

PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL

do Setor da Saúde para a Doença por Vírus Ébola



www.dgs.pt

1.ª Edição: 27 de fevereiro 2015

ÍNDICE

I.	Introdução	5
II.	Âmbito e objetivos	9
III.	Liderança e Coordenação	11
IV.	Estrutura Executiva	12
	1. Avaliação de risco	12
	a. Compilação e análise de informação	13
	b. Avaliação de risco e sua categorização	14
	c. Comunicação de resultados	14
	d. Articulação interinstitucional nacional e internacional	15
	e. Vigilância epidemiológica	16
	f. Sanidade Internacional	16
	2. Prevenção e Controlo	17
	a. Detecção de um Caso suspeito	18
	b. Validação de um Caso suspeito	19
	c. Encaminhamento de um Caso provável	20
	d. Internamento e gestão do caso/doente	20
	e. Diagnóstico laboratorial	21
	f. Equipamento de Proteção Individual	21
	g. Descontaminação e gestão de resíduos	22
	h. Vigilância de contactos na Comunidade e em Contexto laboral	23
	i. Tratamento e acesso a terapêuticas experimentais	25
	j. Procedimentos perante um óbito	25
	k. Formação e Treino	26
	l. Simulacros	27
	3. Comunicação	28
	4. Avaliação interna e externa	30
V.	Síntese	32

Anexos

Nota Prévia

A evidência científica disponível, a evolução da epidemia na África Ocidental e as lições aprendidas com a preparação e resposta a uma emergência de saúde pública da magnitude da epidemia da Doença por Vírus Ébola na África Ocidental, implicam uma revisão constante dos planos e orientações já elaborados.

Assim, a edição do Plano de Contingência Nacional do Setor da Saúde para a Doença por Vírus Ébola não dispensa a consulta do *site* da Direção-Geral da Saúde (DGS): www.ebola.dgs.pt, no qual estão disponíveis as versões mais atualizadas do Plano de Contingência e das orientações.

DGS, 27 de fevereiro de 2015

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

ARS: Administração Regional de Saúde

CDC: *Centers for Disease Control and Prevention*

DGS: Direção-Geral da Saúde

ECDC: *European Centre for Disease Prevention and Control*

EEPH: Equipa de Emergência Pré-hospitalar

EETT: Equipa Especializada de Transporte Terrestre

EMA: *European Medicines Agency*

ENIVD: *European Network for Diagnostic of Imported Viral Diseases*

EPI: Equipamento de Proteção Individual

EPIS: *Epidemic Intelligence Information System*

EWRS: *Early Warning and Response System*

GCL-PPCIRA: Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

GCR-PPCIRA: Grupos Coordenadores Regionais do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

GIPS/GNR: “Grupo de Intervenção, Proteção e Socorro” da Guarda Nacional Republicana

GNR: Guarda Nacional Republicana

IHR: *International Health Regulations*

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

INFARMED: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

INSA: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.

OMS: Organização Mundial da Saúde

QUANDHIP: *Quality Assurance Exercise and Networking on the Detection of Highly Infectious Pathogens*

RSI: Regulamento Sanitário Internacional

UESP: Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergências em Saúde Pública

UNMEER: *United Nations Mission for Ebola Emergency Response*

SARS: *Severe Acute Respiratory Syndrome*

SINAVE: Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

I. Introdução

Em dezembro de 2013 emergiu em países da África Ocidental a maior epidemia de Doença por Vírus Ébola identificada até ao momento. Até à data, a epidemia apresentou transmissão intensa e disseminada na Guiné-Conacri, Libéria e Serra Leoa e transmissão localizada na Nigéria e no Mali, com casos esporádicos (infecção secundária) registados no Senegal, nos Estados Unidos da América, em Espanha e em outros países. Na República Democrática do Congo foi declarado um outro surto de Ébola sem ligação ao anterior, entretanto dado como extinto.

Perante a magnitude da epidemia na África Ocidental a 8 de agosto de 2014 foi declarada, pela Diretora-Geral da OMS, “Situação de emergência de saúde pública de âmbito internacional”, ao abrigo do Regulamento Sanitário Internacional.

Na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 19 de setembro de 2014, foi adotada a Resolução para o estabelecimento da *United Nations Mission for Ebola Emergency Response* (UNMEER), liderada por Anthony Banbury, e que tem como objetivo promover e acelerar os esforços internacionais e regionais no combate ao Ébola e facilitar o apoio aos países mais afetados, Guiné-Conacri, Libéria e Serra Leoa. Esta Missão estabeleceu a sua sede em Accra, no Gana.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no final de fevereiro de 2015, a incidência da doença está em fase descendente na Libéria e estacionária na Guiné-Conacri. No entanto, a transmissão na Serra Leoa continua intensa, onde têm surgido casos sem ligação epidemiológica conhecida, mantendo-se o risco de disseminação da doença através das fronteiras daquele país.

Portugal, que faz parte dos países de baixo risco, não teve, até ao momento, nenhum Caso confirmado de Doença por Vírus Ébola.

O vírus Ébola é um vírus da família Filoviridae, género vírus Ébola com ARN de cadeia única, da qual faz parte também o vírus Marburgo¹. O género vírus Ébola divide-se em cinco espécies relacionadas com a localização geográfica onde foi identificado pela primeira vez: *Zaire*, *Sudan*, *Tai Forest*, *Bundibugyo* e *Reston*.² O vírus identificado na atual epidemia é 98% semelhante ao vírus Ébola *Zaire*.

A Doença por Vírus Ébola é uma zoonose cujo principal reservatório natural são os morcegos da fruta da família *Pteropodidae*.³ A doença apresenta um ciclo epizootico esporádico infetando primatas não

¹ Feldmann H, Geisbert TW (2011) “Ebola haemorrhagic fever”, *Lancet*, 377, pp: 849–62

² Nina J (2014) “Ebolaviruses: a 2014 Review for Clinicians”, *Acta Medica Portuguesa*, 27(5), pp: 625-633

³ European Centre for Disease Prevention and Control (2014) “Factsheet for health professionals” [Online]. Disponível em:

http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_febv/factsheet-for-health-professionals/Pages/factsheet_health_professionals.aspx

humanos e outros animais.⁴ Muitas vezes estes animais são encontrados mortos por humanos que se infetam quando entram em contacto com os seus fluidos orgânicos.

A Doença por Vírus Ébola é transmitida entre humanos por contacto direto com fluidos ou secreções corporais (como sangue, vômitos, fezes, saliva ou sémen) de pessoas infetadas, mortas ou vivas^{3,4}. Pode também ser transmitida através do contacto direto com superfícies, objetos ou roupas contaminadas com fluidos de doentes. A doença pode ainda ser transmitida por contacto sexual não protegido com um Caso confirmado até três meses depois de este ter recuperado da doença.

A transmissão do vírus só ocorre quando o doente se encontra sintomático, sendo os principais grupos de risco os familiares diretos de doentes, os profissionais de saúde e os profissionais envolvidos na descontaminação, gestão de resíduos e cuidados *post-mortem*^{3,4}, exigindo medidas especiais de contenção e de proteção de barreira, adequadas a agentes biológicos de grupo de risco 4⁵.

O período de incubação varia entre os 2 e os 21 dias. Inicialmente os doentes apresentam um quadro clínico inespecífico caracterizado por febre, mio-artralgias, odinofagia e astenia³, que dura habitualmente cerca de três dias mas que pode prolongar-se até aos 10 dias.

A fase seguinte da doença caracteriza-se por sintomatologia multissistémica: gastrointestinal (anorexia, vômitos, náuseas, dor abdominal, diarreia); respiratória (tosse, dispneia); neurológica (cefaleias, confusão, coma); vascular (hiperemia conjuntival, hipotensão postural); cutânea (eritema maculopapular). Podem ocorrer manifestações hemorrágicas nesta fase que se caracterizam por hemorragia gastrointestinal, equimoses, petéquias, podendo alguns doentes evoluir para coagulação intravascular disseminada.

No estadio terminal da doença, os doentes morrem com um quadro clínico de taquipneia, anúria, choque hipovolémico e insuficiência multiorgânica⁶.

O vírus Ébola é geralmente identificado laboratorialmente por RT-PCR em amostras biológicas colhidas entre o 3º e o 10º dia após o início dos sintomas.

Se a recolha de produtos biológicos do doente for efetuada num período inferior a 3 dias desde o início dos sintomas e o resultado for negativo é necessário colher nova amostra para exclusão definitiva de infeção por vírus Ébola. Embora a cultura viral seja o *gold standard* no diagnóstico da Doença por Vírus

⁴ World Health Organisation (2014) "Ebola Strategy: Ebola and Marburg virus disease epidemics: preparedness, alert, control, and evaluation", [Online]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130160/1/WHO_HSE_PED_CED_2014.05_eng.pdf?ua=1

⁵ Grupo de risco 4: agentes biológicos que causam doenças graves no Homem e que constituem um grave risco para os trabalhadores; podem apresentar um risco elevado de propagação na coletividade; regra geral, não existem meios de profilaxia ou de tratamento eficazes (Decreto-Lei nº 84/97, de 16 de abril, Portaria nº 405/98, de 11 de julho e Portaria nº 1036/98, de 15 de dezembro)

⁶ Ficha para profissionais de saúde (trad. ECDC), IHMT, atualizada 11 setembro 2014, p. 1-5. Disponível em: http://www.ihmt.unl.pt/images/uploaded/news/ECDC_Ficha%20para%20profissionais%20de%20saude_PT.pdf

Ébola, esta só pode ser realizada em laboratório de nível de segurança 3 ou 4 pelo risco de exposição dos profissionais do laboratório², devendo igualmente haver um reforço das condições de segurança individuais, minimizando o risco de transmissão da infeção por via percutânea, através de mucosas e de procedimentos geradores de aerossóis, com a correta utilização de equipamento de proteção individual (EPI).

Atualmente, não existe tratamento curativo ou vacina para as doenças provocadas por Filovírus. Segundo a OMS existem atualmente duas vacinas promissoras que estão a terminar a fase 1 dos ensaios clínicos e que se espera terminarem a fase 3 no final do primeiro trimestre de 2015⁷.

Atualmente as estratégias de tratamento são sintomáticas e de suporte de órgãos. Os dados mais recentes sugerem que a hidratação vigorosa e a correção eletrolítica precoce, o suporte nutricional e a antibioterapia em doentes com infeções bacterianas secundárias melhoram o prognóstico do doente.

Os doentes infetados com o vírus Ébola devem ser isolados em quartos com pressão negativa, sendo essencial que os protocolos de prevenção e de controlo de infeção (nomeadamente a correta utilização do EPI) sejam meticulosamente cumpridos para que não exista transmissão nosocomial.

Nos países afetados têm sido usados de forma experimental transfusões de sangue ou plasma de doentes convalescentes, estando dois ensaios clínicos a decorrer na Libéria e na Guiné-Conacry com vista a testar a sua eficácia. Existem ainda vários medicamentos experimentais em estudo como o ZMapp (uma mistura de anticorpos monoclonais) ou o TKM-Ebola (RNA de interferência; siRNA – *small interference RNA*), cuja eficácia e utilização apresentam inúmeras limitações⁸.

O risco de infeção é considerado baixo, mesmo em visitantes e residentes nos países afetados, desde que não se verifique exposição direta a pessoas ou animais doentes.

Por recomendação da OMS, não estão interdidadas as viagens internacionais para as áreas afetadas mas os cidadãos devem ponderar viajar apenas em situações essenciais, tendo em atenção o princípio da precaução.

O risco de importação de um caso para um país europeu não é nulo, mas é considerado baixo.

Desde março de 2014 foi implementado em Portugal, um Dispositivo de Coordenação para resposta à epidemia de Ébola que incluiu, para além da Direção-Geral da Saúde (DGS), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. (INSA), os Hospitais de

⁷ World Health Organisation (2015) "2nd WHO high-level meeting on Ebola vaccines access and financing", [Online]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149045/1/WHO_EVD_Meet_HIS_15.1_eng.pdf?ua=1

⁸ World Health Organisation (2014) "WHO Ebola R&D Effort – vaccines, therapies, diagnostics", [Online]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/ebola_r_d_effort/en/

Referência para esta doença (Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E. – Hospital de Curry Cabral e Hospital D. Estefânia e o Centro Hospitalar de S. João, E.P.E.) e ainda, como observadores, a Direção-Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas e as Forças Armadas.

Face à evolução da situação epidemiológica, principalmente nos países afetados da África Ocidental, o Conselho Nacional de Saúde Pública reuniu na DGS em 15 de outubro de 2014 e aprovou a Plataforma de Resposta a Doença por Vírus Ébola (Anexo I: Despacho do Diretor-Geral da Saúde nº 9/2014 de 15/10/2014, atualizado a 24/10/2014).

A estrutura organizacional prevista na Plataforma visa reforçar e/ou estabelecer mecanismos para detetar precocemente casos importados e impedir ou minimizar a ocorrência de casos secundários e de cadeias de transmissão da doença em Portugal.

Na sequência do elevado número de casos de Doença por Vírus Ébola e do aparecimento de alguns casos esporádicos a nível europeu, foi criada a Comissão Interministerial de Coordenação da Resposta ao Ébola⁹ (Anexo II), que visa coordenar as respostas e as decisões políticas de carácter intersectorial e transversal relativas à epidemia de Ébola, não só ao nível interno como ao nível externo, nomeadamente da União Europeia e das Nações Unidas.

Este Plano de Contingência prevê portanto, as linhas estratégicas principais face a esta emergência de saúde pública de âmbito internacional e pretende integrar os vários dispositivos, medidas e procedimentos já implementados e respetivos protocolos de atuação.

O Plano contempla, a nível interno, referenciais que se desenvolveram desde 1997 com a emergência da “Gripe das aves” em Hong Kong, e posteriormente com outras crises de saúde pública como a Pneumonia atípica/*Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) em 2003, a Febre hemorrágica de Marburgo em Angola em 2005, e a Pandemia de Gripe A (H1N1) em 2009/2010.

Sendo Portugal membro efetivo da OMS e estando integrado na União Europeia, as recomendações expressas no Plano nacional estão alinhadas com as melhores práticas e com o estabelecido a nível internacional, sem prejuízo de recomendar a nível interno medidas específicas, em consonância com as recomendações daquelas instituições.

Salienta-se a importância da consulta ao *site* www.ebola.dgs.pt para atualização constante das recomendações emanadas pela DGS.

⁹ Resolução do Conselho de Ministros, de 31 de outubro de 2014

II. Âmbito e objetivos

O Plano adaptou o modelo conceptual proposto pela Comissão Europeia¹⁰, que se sumariza na figura seguinte:



Figura 1 - Modelo conceptual para resposta a emergências (adaptado)

O âmbito do Plano é essencialmente nacional e do setor da saúde sem prejuízo de múltiplas articulações com Instituições nacionais e internacionais.

Os objetivos gerais são, como referido, detetar precocemente casos importados e impedir ou minimizar a ocorrência de casos secundários e de cadeias de transmissão da doença em Portugal.

Os objetivos específicos do Plano de Contingência pretendem emitir recomendações que permitem:

- Estabelecer a estrutura de Coordenação da preparação e resposta, em parceria com entidades chave para execução deste Plano (INEM, INSA, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), Administração Regional de Saúde (ARS), Hospitais de referência e outros parceiros, como o Exército Português e a Guarda Nacional Republicana (GNR)) (Anexo I).
- Elaborar e divulgar orientações, algoritmos e protocolos de atuação flexíveis para respostas adequadas e prontas (de acordo com a situação epidemiológica em curso).
- Robustecer, no âmbito da Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergências em Saúde Pública (UESP), mecanismos para avaliação do risco, nomeadamente

¹⁰ http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/gpp_technical_guidance_document_1_december_2009.pdf

afinando as ferramentas para captação de informação através da vertente de *Epidemic Intelligence* e com recurso a redes dedicadas de articulação interinstitucional nacional e internacional.

- Proceder à avaliação do risco e à sua categorização e comunicar os resultados dessa avaliação aos responsáveis pelas estruturas de preparação e resposta da Plataforma, a todos os parceiros considerados pertinentes e aos cidadãos.
- Manter ativa a Linha de Apoio ao Médico (300 015 015), da DGS, para validação de casos suspeitos de Doença por Vírus Ébola, e criar equipa para esse fim.
- Promover procedimentos que facilitem a deteção de um Caso suspeito;
- Validar casos suspeitos (Linha de Apoio ao Médico, constituída por uma equipa multiprofissional, com atendimento 24horas/7dias), de acordo com o algoritmo de definição de caso (Orientação nº 012/2014 “Procedimentos gerais”).
- Encaminhar casos prováveis para os Hospitais de referência já designados (Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E. – Hospital de Curry Cabral e Hospital D. Estefânia e o Centro Hospitalar de S. João, E.P.E.), de acordo com o algoritmo que consta da Orientação nº 012/2014 “Procedimentos gerais”.
- Promover, junto dos hospitais de referência e demais estabelecimentos de saúde, a atualização dos seus Planos de Contingência, incluindo protocolos de gestão do caso/doente, nas vertentes da abordagem clínica, da prevenção e do controlo de infeção e do circuito laboratorial.
- Reforçar a vigilância epidemiológica já em vigor no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), de forma a acomodar a identificação e a caracterização dos “casos” reportados no âmbito da Linha de Apoio ao Médico, bem como a eventual incidência de casos importados e/ou secundários em Portugal.
- Reforçar os mecanismos já estabelecidos no âmbito da Sanidade Internacional, de acordo com as orientações do Regulamento Sanitário Internacional.
- Manter atualizadas as orientações disponíveis em www.ebola.dgs.pt e os respetivos protocolos interinstitucionais.
- Acompanhar a disponibilidade a nível internacional de fármacos para eventual utilização compassiva e elaborar os respetivos protocolos de utilização.
- Desenvolver e implementar o Plano de Formação e Treino, incluindo a realização de simulacros.
- Operacionalizar e promover a realização de simulacros a nível nacional, regional e institucional e, de acordo com o grau de exposição ao risco (emergência pré-hospitalar, serviços de prestação de cuidados de saúde e área laboratorial). Estes simulacros podem ser realizados em parceria com equipas do Exército Português e da Guarda Nacional Republicana bem como autoridades

portuárias e aeroportuárias e outras entidades e têm como objetivo testar os procedimentos de atuação definidos nas orientações elaboradas e publicadas, perante diferentes cenários.

- Desenvolver e implementar o Plano de Comunicação estruturado em duas fases: “fase sem casos confirmados” e “fase com casos confirmados”. Este Plano visa informar diferentes grupos-alvo no sentido de os capacitar para lidar com o risco e com as respostas propostas.
- Avaliar, a nível interno e externo, o Plano de Contingência.

III. Liderança e coordenação

Tendo como referencial teórico o modelo da Comissão Europeia¹¹ e a experiência adquirida na conceção e aplicação do Plano de Contingência Nacional do Setor da Saúde para a Pandemia da Gripe¹², e especificamente nas suas estratégias, ações, iniciativas e projetos, foi implementada como referido uma estrutura de “comando e controlo” assente nas competências do Dispositivo de Coordenação de resposta à doença por vírus Ébola¹³. Este dispositivo foi criado em março de 2014, data em que foi conhecida a epidemia de Doença por Vírus Ébola na África Ocidental.

Tal como referido anteriormente, o Dispositivo de Coordenação integrou a Direção-Geral da Saúde (DGS), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. (INSA), os Hospitais de Referência para a Doença por Vírus Ébola (Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E. – Hospital de Curry Cabral e Hospital D. Estefânia e o Centro Hospitalar de S. João, E.P.E.), e ainda, como observadores, a Direção-Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas e as Forças Armadas.

Estavam, assim, representados no Dispositivo de Coordenação o nível nacional e regional do sistema de saúde, sendo que, a partir do nível regional, as estratégias seriam operacionalizadas em planos de âmbito local e/ou institucional.

Posteriormente, em outubro de 2014, foi criada a Plataforma de Resposta à Doença por Vírus Ébola (Anexo I), que integra a DGS, o INEM, o INSA, o INFARMED, a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., as Administrações Regionais de Saúde, I.P., a Direção-Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), as Forças Armadas, bem como representantes das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

¹¹ http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/gpp_technical_guidance_document_1_december_2009.pdf

¹² <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-contingencia-nacional-do-setor-da-saude-para-a-pandemia-de-gripe.aspx>

¹³ <http://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/plataforma-de-resposta-a-doenca-por-virus-ebola.aspx>

A “Plataforma de Resposta à Doença por Vírus Ébola” compreende além do Dispositivo de Coordenação, uma Estrutura Executiva e Núcleos Transversais.

A Estrutura Executiva da Plataforma é coordenada pelo Diretor-Geral da Saúde e é constituída pelos seguintes eixos:

- Eixo para a Avaliação do Risco;
- Eixo para a Prevenção e Controlo;
- Eixo para a Comunicação;
- Eixo de Avaliação.

A Estrutura Executiva é apoiada por um órgão consultivo designado por Comité de Biossegurança, que integra especialistas nesta matéria.

Ao nível político, foi criada uma Comissão Interministerial de Coordenação da Resposta ao Ébola (Anexo II), coordenada pelo Ministro da Saúde e constituída pelos membros do Governo responsáveis pelos Negócios Estrangeiros, Defesa Nacional, Administração Interna e Infraestruturas e Transportes, e por representantes dos Governos Regionais das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, com o objetivo de coordenar as respostas e decisões políticas de carácter intersetorial e transversal.

Como referido, todo o Plano, incluindo os aspetos relacionados com a liderança e a coordenação, está em permanente revisão, podendo ser atualizado e adaptado de acordo com as necessidades de resposta.

IV. Estrutura Executiva

1. Avaliação de risco

A avaliação de risco é uma componente fundamental das respostas em saúde pública¹⁴ e deve ser feita a partir da recolha de informação de natureza diversa e baseada na evidência científica disponível em cada momento (a informação deve ser claramente identificada, avaliada, comunicada e atualizada).

Essa avaliação deve ser consistente, transparente, flexível e de fácil interpretação, e complementada por um conjunto de decisões e ações suportadas pela informação disponível.

O Eixo para a avaliação de risco da Doença por Vírus Ébola, de acordo com o estabelecido na Plataforma de Resposta à Doença por Vírus Ébola¹⁵, é coordenado pela Unidade de Apoio à Autoridade

¹⁴ http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1108_TED_Risk_Assessment_Methodology_Guidance.pdf

¹⁵ <http://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/plataforma-de-resposta-a-doenca-por-virus-ebola.aspx>

de Saúde Nacional e à Gestão de Emergências de Saúde Pública, da DGS e inclui as seguintes áreas específicas:

- Mecanismos que permitem a captação de informação através da vertente de *Epidemic Intelligence* e com recurso a redes dedicadas de alerta e deteção precoce;
- Avaliação de risco e sua categorização;
- Comunicação de resultados;
- Articulação interinstitucional nacional e internacional;
- Vigilância epidemiológica;
- Sanidade Internacional.

a. Compilação e análise de informação

Esta atividade compreende a recolha de informação em diferentes fontes, através da metodologia implementada durante a pandemia da Gripe A (H1N1) 2009, com base no modelo europeu de *Epidemic Intelligence* (figura 2).

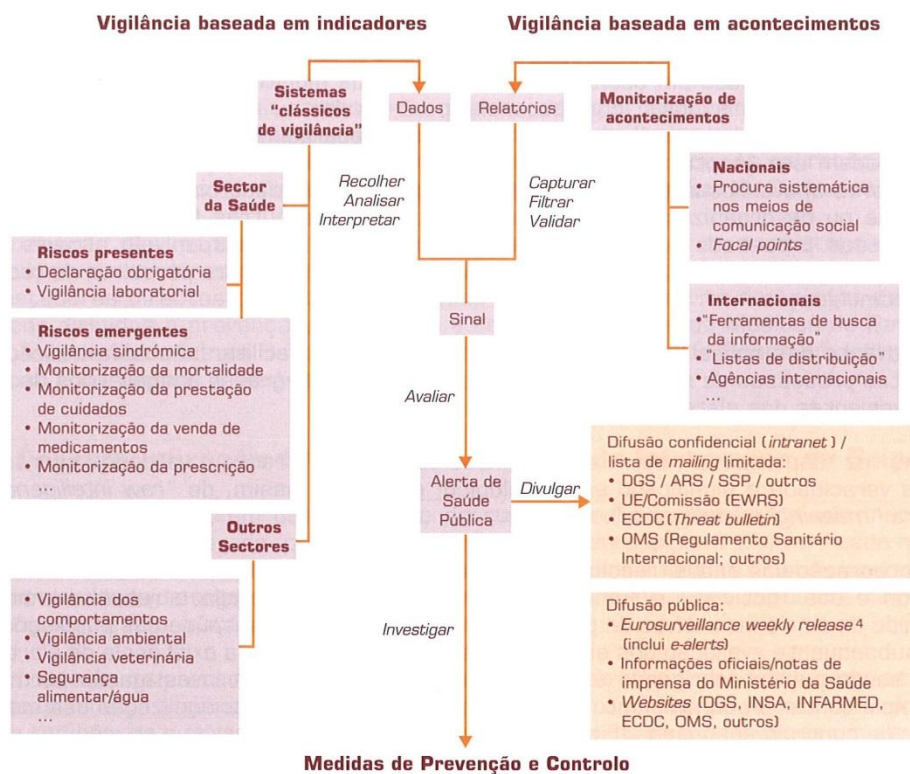


Figura 2 - Estrutura conceptual de *Epidemic Intelligence* adaptada do ECDC

Neste modelo está incluída:

- Informação resultante de indicadores, nomeadamente os fornecidos pela “Vigilância epidemiológica” e pelos serviços de saúde;
- Informação baseada em eventos e recolhida de forma sistemática nos *media*, *sites* oficiais de instituições e organizações nacionais e internacionais, rede nacional de autoridades de saúde, Linha Saúde 24 e outras fontes;
- Informação recebida pelos sistemas de alerta europeu: *Early Warning and Response System* (EWRS) e *International Health Regulations* (IHR);
- Informação confidencial no âmbito da participação em redes europeias e internacionais (OMS, *Health Security Committee* e outros);
- Informação partilhada regularmente a nível internacional com a Comissão Europeia, com a OMS e com os Estados Membros (áudio e videoconferência e outros).
- Compreende também a realização de reuniões diárias para o acompanhamento da situação e disseminação de documentação atualizada aos vários eixos da Plataforma e outros parceiros.

b. Avaliação de risco e sua categorização

A avaliação de risco é feita tendo em conta a situação em cada momento, a melhor evidência científica disponível e o parecer de especialistas (DGS e externos).

A avaliação de risco é realizada por rotina de forma sumária ou de forma mais estruturada quando necessário, nomeadamente perante alterações importantes ou inesperadas da situação em Portugal ou nas áreas afetadas pelo surto.

A avaliação de risco relativamente à situação internacional tem como principais referências as avaliações do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).

A DGS trabalha com peritos e organizações internacionais no sentido de vir a consensualizar e uniformizar, se exequível, uma “escala” para a categorização do risco.

c. Comunicação de resultados

A UESP disponibiliza diariamente, e em todos os momentos em que nova informação e/ou a avaliação rápida do risco o justifique, informação ao Diretor-Geral da Saúde.

Esta informação pode ser também transmitida aos responsáveis pelas estruturas de preparação e resposta da Plataforma e a todos os parceiros considerados pertinentes, nomeadamente aos profissionais da Linha de Apoio ao Médico, da Linha Saúde 24, dos Conselhos Diretivos das ARS, aos Delegados de Saúde Regionais e às equipas dos Hospitais de referência e ainda aos cidadãos.

São utilizadas diferentes vias para troca de informação que incluem o correio eletrónico, audioconferências, *website*, *sms*, entre outros.

A UESP, no âmbito das suas atividades de rotina, tem já estes procedimentos estabelecidos, publicando semanalmente o Boletim Ébola.

d. Articulação interinstitucional nacional e internacional

A mais-valia da DGS em relação ao acesso a informação de qualidade verifica-se através das redes e canais instituídos a nível nacional e internacional que permitem, em tempo útil, obter informação “informal” e “formal” (validada e não validada), para apoio à decisão.

O Diretor-Geral da Saúde, como Autoridade de Saúde Nacional, tem como competência a supervisão da atividade das autoridades de saúde e a coordenação do funcionamento global da rede dessas autoridades.

A nível nacional, estão estabelecidos mecanismos de contacto com outros Ministérios e *stakeholders*, destacando-se a cooperação com o INSA, o INEM, os Hospitais de referência, o IHMT, o Exército Português e a Guarda Nacional Republicana, entre outros.

A nível internacional, salienta-se o contacto privilegiado do Diretor-Geral com os seus homólogos europeus e de instituições internacionais de referência em matéria de doenças infecciosas e de biossegurança.

Especificamente, o Diretor-Geral da Saúde é o ponto focal nacional para o Regulamento Sanitário Internacional, sendo os contactos com este órgão feitos através de plataforma dedicada e segura.

No âmbito da União Europeia, a DGS integra:

- Redes da Comissão Europeia, designadamente o *Health Security Committee* e o EWRS;
- Redes estabelecidas pelo ECDC, nomeadamente a plataforma *Epidemic Intelligence Information System* (EPIS);

- Ainda a nível do ECDC, a DGS é *competente body* a nível nacional para aquela Instituição, sendo ponto focal para as áreas de *preparedness and response, threat detection, communication e training*;
- Outras redes.

e. Vigilância epidemiológica

As atividades de vigilância epidemiológica para a Doença por Vírus Ébola compreendem:

- Elaboração de um sistema de informação para registo de chamadas dirigidas à Linha de Apoio ao Médico (300 015 015), para aconselhamento ou validação de um Caso suspeito, de acordo com o algoritmo estabelecido na Orientação n.º 012/2014 “Procedimentos gerais”. Relativamente aos casos prováveis, introdução, *a posteriori*, do resultado laboratorial;
- Adaptação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) de modo a incluir a identificação e a caracterização de casos de Doença por Vírus Ébola em Portugal (casos importados e/ou secundários, em cidadãos nacionais e/ou estrangeiros), tendo em conta a definição de caso estabelecida a nível europeu que consta da Orientação n.º 012/2014 “Procedimentos gerais” da DGS;
- Criação de base de dados para eventual registo de casos de Ébola conhecidos por outras vias, não no SINAVE;
- Compatibilização de dados clínicos com os resultados laboratoriais;
- Na sequência do aparecimento de casos importados ou secundários em Portugal, recolha diária de informação no sentido de fornecer os seguintes indicadores: incidência da doença e caracterização demográfica do(s) caso(s); sintomatologia; letalidade e outros a definir;
- Notificação internacional de casos, através do EWRS, utilizando o questionário elaborado pela Comissão Europeia para o efeito;
- Recolha de informação relevante recebida através da Linha Saúde 24 (808 24 24 24);
- Compilação e análise de informação referente a contactos de casos confirmados, caso existam.

f. Sanidade Internacional

- Reforçar os mecanismos já estabelecidos no âmbito da Sanidade Internacional, de acordo com as orientações do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) para os pontos de entrada (portos e aeroportos), nomeadamente os que respeitam à articulação com as autoridades de saúde responsáveis pelos portos e aeroportos;

- Acompanhar as políticas europeias e internacionais relativamente a medidas a aplicar no âmbito da Sanidade Internacional;
- Elaborar e atualizar orientações técnicas destinadas a viagens por via aérea e marítima, de acordo com a evolução da situação internacional (Orientação nº 014/2014 “Procedimentos de vigilância de viajantes durante um voo, antes do desembarque ou após o desembarque” e Orientação nº 013/2014 “Procedimentos de vigilância de viajantes por via marítima”);
- Reforçar a colaboração e articulação com diferentes parceiros, nomeadamente com as comunidades portuárias e aeroportuárias;
- Elaborar e divulgar, quando pertinente, materiais de comunicação destinados a aeronaves, embarcações, portos e aeroportos.

2. Prevenção e Controlo

Como anteriormente referido decorre desde há alguns meses, na África Ocidental, um surto de Doença por Vírus Ébola associado a elevadas taxas de letalidade.

Em seres humanos, como referido, a evidência obtida a partir de surtos relatados, indicia:

- A principal via de transmissão do vírus Ébola é por contacto com:
 - Sangue, secreções, tecidos, órgãos ou líquidos orgânicos de doentes vivos ou cadáveres ou com animais infetados, vivos ou mortos, ou através da manipulação ou ingestão de carne de caça (primatas, antílopes e algumas espécies de morcegos);
 - Objetos ou superfícies contaminados com sangue ou outros fluidos orgânicos de pessoas ou animais infetados, vivos ou mortos.
- Não há evidência epidemiológica de transmissão por aerossol deste vírus.
- A transmissão do vírus ocorre apenas com o início dos sintomas.

O risco de infeção é considerado baixo em visitantes e residentes nos países afetados, desde que não se verifique exposição direta a casos confirmados ou a animais doentes. No entanto, existe um risco acrescido para os profissionais de saúde que pode ser minimizado se forem cumpridos os procedimentos recomendados para prevenção da transmissão da doença, nomeadamente a utilização de EPI (Orientação nº 020/2014 “Procedimentos e Equipamento de Proteção Individual (EPI)”).

Não estão interditas as viagens internacionais para as áreas afetadas mas os cidadãos devem ponderar viajar apenas em situações essenciais, tendo em atenção o princípio da precaução.

As estratégias e ações de prevenção e controlo baseiam-se na evidência científica disponível à data, relacionada quer com o vírus quer com a doença, e são ativadas de acordo com o princípio da proporcionalidade por forma a haver equilíbrio, adequação e prontidão das medidas e a não se verificarem disfunções sociais ou pânico evitável.

No âmbito da intervenção do Eixo “Prevenção e controlo” enquadram-se objetivos e ações específicos, nomeadamente:

- a) Detecção de um Caso suspeito;
- b) Validação de um Caso suspeito;
- c) Encaminhamento de um Caso validado/provável;
- d) Internamento e gestão do caso/doente;
- e) Diagnóstico laboratorial;
- f) Equipamento de proteção individual;
- g) Descontaminação e gestão de resíduos;
- h) Vigilância de contactos na Comunidade e em Contexto laboral;
- i) Tratamento e acesso a terapêuticas experimentais;
- j) Procedimentos perante um óbito;
- k) Formação e treino;
- l) Simulacros.

Este Eixo é coordenado a nível da DGS pela Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde e articula-se com múltiplos parceiros nacionais e internacionais para definir os procedimentos adequados, suportados em evidência científica e que reúnem consenso entre os especialistas da comunidade científica, no sentido da sua operacionalização por todos os intervenientes, institucionais ou individuais.

a. Detecção de um Caso suspeito

A definição de Caso suspeito de Doença por Vírus Ébola encontra-se descrita na Orientação nº 012/2014 “Procedimentos gerais”.

O primeiro contacto de um Caso suspeito com o sistema de saúde deve ser efetuado preferencialmente através de ligação telefónica, nomeadamente com a Linha Saúde 24.

Um Caso suspeito pode ser detetado pelos serviços de saúde através de:

- Contacto telefónico:
 - Para a Saúde 24 (808 24 24 24) – via de contacto recomendada;
 - Para o INEM (112) - em caso de emergência;
 - Para um profissional de saúde.
- Contacto accidental com um Caso suspeito pela Equipa de Emergência Pré-hospitalar (EEPH).
- Presença de um Caso suspeito num serviço de saúde.

b. Validação de um Caso suspeito

O profissional de saúde, ou outro, que identifica um Caso suspeito, através de um contacto telefónico, deve contactar de imediato a DGS através da Linha de Apoio ao Médico (300 015 015), para validação da suspeição. A gestão da situação é da responsabilidade da DGS em articulação com os diferentes intervenientes no processo.

Se um Caso suspeito se apresentar diretamente numa unidade de saúde, deve permanecer em isolamento numa área restrita devidamente equipada (Orientação nº 020/2014 “Procedimentos e Equipamento de Proteção Individual”). Simultaneamente, o responsável clínico da equipa, ou em quem este delegue, procede imediatamente à validação do Caso suspeito junto da DGS, através da Linha de Apoio ao Médico (300 015 015) (Orientações nº 012/2014 “Procedimentos gerais” e nº 019/2014 “Procedimentos perante um doente que se apresente nos serviços de saúde”).

A DGS procede à validação do caso em coordenação com o Hospital de referência e, se pertinente, com outros profissionais de saúde:

- Se o Caso suspeito não for validado fica encerrado para Doença por Vírus Ébola, devendo continuar-se a investigação diagnóstica de acordo com a situação clínica;
- Se o Caso suspeito for validado passa a Caso provável e a DGS contacta o INEM para efetivação do transporte para o respetivo Hospital de referência, assegurando o contacto com outros intervenientes no processo de acompanhamento de um caso provável.

c. Encaminhamento de um Caso provável

Como referido, se o Caso suspeito for validado, passa a Caso provável e a DGS contacta o INEM para providenciar o transporte seguro do doente para o respetivo Hospital de referência (Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E. – Hospital de Curry Cabral e Hospital D. Estefânia e o Centro Hospitalar de S. João, E.P.E.), através de uma Equipa Especializada de Transporte Terrestre (EETT) do INEM, devidamente formada, treinada e equipada para o efeito.

d. Internamento e gestão do caso/doente

O Caso suspeito validado pela DGS (Caso provável) é transportado pelo INEM a um dos hospitais de referência mencionados onde permanece internado em condições de isolamento num quarto com pressão negativa. Estas condições estão previstas nos Planos de Contingência dos respetivos hospitais.

No Hospital de referência é efetuada a colheita de produtos biológicos do doente e é informado o INSA sobre a hora prevista de chegada dos produtos biológicos para análise.

A recolha de produtos biológicos é feita de acordo com os procedimentos previstos na Orientação n.º 015/2014 “Procedimentos laboratoriais para Hospitais de referência e INSA”, sendo também realizada a notificação do caso à DGS (Orientação n.º12/2014 “Procedimentos gerais”).

A assistência de um Caso confirmado em meio hospitalar segue as boas práticas clínicas, sendo que o tratamento é de suporte e as recomendações de proteção individual e para a recolha de amostras biológicas para diagnóstico laboratorial devem cumprir o preconizado nas respetivas orientações, como referido anteriormente.

Qualquer utilização de terapêuticas experimentais tem de ser equacionada entre o Hospital de referência e o INFARMED, tendo em atenção a obtenção prévia do consentimento informado do doente ou do seu legítimo representante, respeitando os princípios éticos e deontológicos.

As questões relacionadas com a biossegurança nos estabelecimentos de saúde, especialmente naqueles que tenham doentes internados, são coordenadas pelas respetivas equipas do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), tendo em atenção o preconizado nas orientações da DGS.

e. Diagnóstico laboratorial

De acordo com a diretiva 2000/54/CE o vírus Ébola é classificado como agente biológico de grupo de risco 4. Os procedimentos indicados pela OMS, pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), pelo *European Network for Diagnostic of Imported Viral Diseases* (ENIVD) e pelo *Quality Assurance Exercise and Networking on the Detection of Highly Infectious Pathogens* (QUANDHIP), para a colheita, manipulação, transporte e diagnóstico laboratorial, preconizam a adoção das medidas de segurança recomendadas para outros agentes infecciosos do mesmo grupo ou outros vírus de febres hemorrágicas.

O diagnóstico molecular do vírus Ébola pode ser efetuado em laboratório de nível de segurança 3 (BSL-3), tendo presente o reforço das condições de segurança individuais, minimizando o risco de transmissão da infeção por via percutânea, através de mucosas e de procedimentos geradores de aerossóis, usando corretamente o EPI de acordo com a Orientação nº 020/2014 “Procedimentos e Equipamento de Proteção Individual (EPI)”.

A partir do momento em que um Caso suspeito é validado e passa a Caso provável (Orientação nº 012/2014 “Procedimentos gerais”), sendo transportado para um dos Hospitais de referência, é mandatário a realização de diagnóstico laboratorial de Doença por Vírus Ébola. Os procedimentos laboratoriais perante um Caso provável ou confirmado só podem ser realizados no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA).

O envio de amostras em segurança ao INSA deve seguir o preconizado na Orientação nº 015/2014 “Procedimentos laboratoriais para Hospitais de Referência e INSA”.

f. Equipamento de Proteção Individual

Como referido, o vírus Ébola é um agente biológico de grupo de risco 4 e que se pode transmitir através do contacto direto ou indireto com sangue ou outros fluidos corporais de pessoas doentes ou de cadáveres.

De acordo com os conhecimentos atuais não existe evidência de transmissão por via aérea no contexto da história natural da doença.

A doença está associada a uma elevada taxa de infeção nosocomial entre os profissionais de saúde, com elevada letalidade, sendo portanto, necessário garantir a segurança dos profissionais de saúde com EPI específico, de barreira, resistente a fluidos e preferencialmente de uso único.

Assim, todos os profissionais dos serviços de prestação de cuidados de saúde que contactam, tratam ou encaminham, um Caso provável ou confirmado, vivo ou morto, de Doença por Vírus Ébola, devem seguir as recomendações relativamente ao uso de EPI para os profissionais do sistema de saúde constantes nas orientações nº 012/2014 “Procedimentos gerais” e nº 020/2014 “Procedimentos e Equipamento de Proteção Individual (EPI)”.

g. Descontaminação e gestão de resíduos

Os agentes biológicos de grupo de risco 4 implicam a adoção de medidas estritas de descontaminação e de gestão de resíduos.

Os procedimentos de descontaminação, conforme a situação, seguem o preconizado na Orientação n.º 021/2014 “Descontaminação e Gestão de Resíduos” e obedecem ao seguinte

- A descontaminação de rotina, nos hospitais de referência, é assegurada por equipas devidamente formadas, treinadas e equipadas do respetivo hospital cumprindo o preconizado na referida Orientação e em articulação com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA);
- A descontaminação de rotina do laboratório do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), é assegurada por equipas devidamente formadas, treinadas e equipadas da responsabilidade do respetivo Instituto;
- A descontaminação de rotina das viaturas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é assegurada por equipas devidamente formadas, treinadas e equipadas da responsabilidade do respetivo Instituto;
- Os resíduos hospitalares do Grupo IV são removidos e transportados para incineração por operadores contratados para gestão de resíduos hospitalares, devidamente formados, treinados e equipados;
- A descontaminação de rotina dos veículos utilizados no transporte de resíduos hospitalares do Grupo IV é efetuada após cada transporte em espaço específico e disponível na Unidade de Incineração de Resíduos Hospitalares, de acordo com os protocolos dos operadores contratados para gestão de resíduos hospitalares;
- A descontaminação terminal é efetuada por profissionais utilizando o EPI adequado, com formação e treino especial. Estes procedimentos podem ser assegurados por:

- Equipa(s) do “Elemento de Defesa Biológico, Químico e Radiológico (BQR)” do Exército, que atua(m), se necessário, na descontaminação de espaços e equipamentos, nomeadamente:
 - Na área de isolamento onde esteve internado um Caso confirmado até a alta hospitalar por cura. Nesta situação a equipa do Elemento de Defesa BQR atua em complementaridade com a(s) equipa(s) do respetivo Hospital de referência;
 - Na área onde permaneceu ou circulou, na fase sintomática, um Caso confirmado;
 - No domicílio onde permaneceu, na fase sintomática, um Caso confirmado;
 - Em viaturas (exceto INEM) que tenham transportado, na fase sintomática, um Caso confirmado.
- Equipa(s) do “Grupo de Intervenção, Proteção e Socorro” da Guarda Nacional Republicana (GIPS/GNR), que procedem à preparação e transporte do cadáver até ao destino final e atua(m) na descontaminação de espaços e equipamentos onde se verificou o óbito.

h. Vigilância de contactos na Comunidade e em Contexto laboral

A vigilância de contactos é uma componente essencial da estratégia para o controlo da transmissão do vírus Ébola ao permitir a identificação, o mais precocemente possível, de casos sintomáticos, de modo a que possam ser isolados, diagnosticados e tratados na fase inicial da doença, tal como preconizado na Orientação n.º 018/2014 “Vigilância de Contactos na Comunidade e em Contexto laboral”.

Um Contacto próximo é uma pessoa que, nos últimos 21 dias, teve contacto físico com um Caso confirmado (vivo ou morto) ou com fluidos corporais de um Caso confirmado ou com superfícies ou objetos contaminadas com vírus Ébola. Contacto físico inclui partilhar o mesmo quarto/cama, tratar de um doente, tocar em fluidos corporais ou participar ativamente num funeral.

É fundamental que todos os contactos de um Caso provável e/ou Caso confirmado de Ébola sejam identificados. Esta identificação de contactos é destruída se o Caso provável for infirmado.

Perante um Caso confirmado, os contactos próximos são colocados sob vigilância durante 21 dias (o período máximo de incubação do vírus), a partir do dia do último contacto. Conforme as circunstâncias, a vigilância é ativa ou passiva.

A vigilância dos contactos requer uma monitorização contínua e é da responsabilidade:

- Na comunidade, dos Delegados de Saúde Coordenadores/Equipas de Saúde Pública;
- Em contexto laboral (serviços de saúde), dos Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho, em articulação com os Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), sem prejuízo do envio dos registos da vigilância aos Delegados de Saúde Regionais.

Considera-se “gestor de contacto” qualquer uma das Equipas de Saúde Pública, de Saúde Ocupacional ou do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

No âmbito da monitorização / vigilância clínica ativa são funções cruciais do “gestor de contacto”:

- Fornecer obrigatoriamente à pessoa sob vigilância/Contacto próximo, um número de telefone acessível 24 horas/7 dias, por escrito aquando da entrega do folheto;
- Informar a pessoa sob vigilância/Contacto próximo ou um seu cuidador sobre a utilização correta de termómetro;
- Contactar uma vez por dia, por via telefónica, a pessoa sob vigilância/Contacto próximo para obter informação sobre os valores de temperatura registados e o aparecimento de qualquer sintoma;
- Contactar, sempre que se justifique, a pessoa sob vigilância/Contacto próximo para recolher informação sobre outros parâmetros clínicos pertinentes, nomeadamente terapêutica com aerossóis;
- Caso surja(m) febre e/ou sintomas da pessoa sob vigilância/Contacto próximo, proceder ao encaminhamento do Caso suspeito;
- Terminar a vigilância, passados 21 dias após o último contacto, informando a própria pessoa assim como o Delegado de Saúde Regional.

A pessoa sob vigilância / Contacto próximo tem como obrigação:

- Medir a temperatura duas vezes por dia, de manhã e ao fim do dia, durante 21 dias após o último contacto com o doente;
- Registar os valores da temperatura, data e hora, em suporte próprio fornecido pelo respetivo “gestor de contactos”;
- Não tomar medicação antipirética durante o período de monitorização;
- Informar de imediato o “gestor de contacto” se surgir febre (mesmo inferior a 38°C) ou qualquer outro sinal ou sintoma de doença, incluindo vómitos, diarreia, cefaleias, mialgias, mal-estar, dor de garganta, erupção cutânea e/ou hemorragia.

Contactos próximos ocorridos em viagens marítimas ou aéreas cumprem o preconizado nas Orientações nº 013/2014 “Procedimentos de vigilância de viajantes por via marítima” e nº 014/2014 “Procedimentos de vigilância de viajantes durante um voo, antes do embarque ou após o desembarque”, posteriormente, se aplicável, a vigilância destes contactos, na comunidade, é assegurada pelos Delegados de Saúde Coordenadores/Equipas de Saúde Pública.

A nível europeu, e na maioria dos países, a vigilância dos Contactos próximos não prevê a quarentena de indivíduos saudáveis. No entanto, em situações excecionais e em alguns países a quarentena tem sido considerada em contexto de medidas extremas de saúde pública. Em Portugal, esta situação não está contemplada legalmente, no entanto, estão a ser equacionadas soluções jurídicas que possam colmatar constrangimentos verificados atualmente.

i. Tratamento e acesso a terapêuticas experimentais

Atualmente, não existe tratamento curativo ou vacina para as doenças provocadas por Filovírus. Segundo a OMS existe atualmente duas vacinas promissoras que estão a terminar a fase 1 dos ensaios clínicos e que se espera terminarem a fase 3 no final do primeiro trimestre de 2015¹⁶.

As estratégias de tratamento para a Doença por Vírus Ébola são sintomáticas e de suporte de órgãos, dependendo do quadro clínico do doente. Não há indicação para quimioprofilaxia nem há vacina disponível.

O INFARMED coordena os trabalhos nesta área tendo em atenção que não existe terapêutica específica aprovada por Agências Internacionais do Medicamento, nomeadamente a European Medicines Agency (EMA), e que os tratamentos disponíveis só podem ser utilizados compassivamente.

O INFARMED emitiu uma Orientação específica sobre os medicamentos experimentais disponíveis e das condições para a sua utilização.

j. Procedimentos perante um óbito

Todos os serviços de prestação de cuidados de saúde (primários, pré-hospitalares ou hospitalares, públicos, privados ou sociais), bem como todos os prestadores de saúde do sistema nacional de saúde

¹⁶ World Health Organisation (2015) “2nd WHO high-level meeting on Ebola vaccines access and financing”, [Online]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149045/1/WHO_EVD_Meet_HIS_15.1_eng.pdf?ua=1

e dos setores público, social e privado, perante um óbito de Caso provável ou confirmado de Doença por Vírus Ébola, devem seguir os procedimentos constantes na respetiva Orientação.

O manuseamento para a preparação de cadáver de um Caso provável ou confirmado de Doença por Vírus Ébola, é realizado apenas por equipas de profissionais do Grupo de Intervenção, Proteção e Socorro, da Guarda Nacional Republicana (GIPS/GNR), devidamente formadas, treinadas e equipadas, aplicando procedimentos específicos. A intervenção do GIPS/GNR é realizada mediante contacto prévio da DGS.

Esta equipa é responsável por todos os procedimentos que envolvem a preparação do cadáver até à sua colocação em urna, seguido de deposição em forno crematório de cemitério previamente identificado pelo Município em causa. A cremação do cadáver é o procedimento recomendado em caso de óbito ocorrido por Doença por Vírus Ébola.

Em caso de impossibilidade de cremação, o cadáver é colocado em urna, seguido de deposição em sepultura disponível, em cemitério de referência identificado pelo Município em causa.

O transporte da urna, devidamente fechada, até ao crematório ou cemitério, em viatura própria e destinada exclusivamente a este fim, não obriga ao uso de EPI, uma vez cumpridos os procedimentos específicos de preparação de cadáver anteriormente referidos. Este transporte é efetuado, como referido, pelo GIPS/GNR.

k. Formação e Treino

Os agentes biológicos do grupo de risco 4 implicam a adoção de medidas de biossegurança reforçadas tendo em atenção a elevada incidência da doença em profissionais de saúde. Até à data verificaram-se cerca de 900 Casos confirmados de Doença por Vírus Ébola em profissionais de saúde que trabalham na África Ocidental, dos quais cerca de 500 resultaram em óbito.

Assim, a DGS desenvolveu um Plano de Formação e Treino, disponível no *site* www.ebola.dgs.pt, para profissionais e participa em planos de formação/treino com o INSA, INEM, unidades de saúde ou outros parceiros.

Dada a multidisciplinaridade de profissionais potencialmente envolvidos na atuação perante uma situação de Doença por Vírus Ébola, prevê-se que a estratégia formativa tenha uma abordagem integrada mas simultaneamente específica.

Do ponto de vista estratégico, pretende-se obter uma disseminação eficaz da informação técnico-científica, no menor período de tempo, utilizando para tal um modelo formativo em rede que permita concretizar a formação desde o nível nacional ao nível local.

O Plano de Formação e Treino é desenvolvido numa lógica de formação em cascata, prevendo também a realização de simulacros, como forma de aferir a formação, o treino e a prontidão de todos os envolvidos.

Os referenciais técnicos previstos no Plano de Formação e Treino baseiam-se nas orientações e protocolos divulgados pela DGS e outros parceiros da Plataforma de Resposta à Doença por Vírus Ébola (Anexo I).

A DGS equaciona com as respetivas unidades de saúde e caso a caso, através da Linha de Apoio ao Médico (300 015 015), quaisquer situações clínicas, epidemiológicas ou de biossegurança que não estejam contempladas em orientações ou protocolos.

A formação é dirigida a diferentes grupos profissionais de acordo com o grau de exposição ao risco, nomeadamente emergência pré-hospitalar, serviços de prestação de cuidados de saúde e laboratórios.

A nível nacional uma equipa da DGS, apoia do ponto de vista formativo, os Grupos Coordenadores Regionais do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCR-PPCIRA) e os Delegados de Saúde Regionais para posterior disseminação da formação a nível das estruturas locais de prevenção e controlo de infeção.

A equipa formadora da DGS colabora com as ARS no sentido de apoiar a formação de formadores sobre as medidas recomendadas para deteção e controlo da Doença por Vírus Ébola.

Assim, todos os estabelecimentos de saúde públicos, privados ou outros, devem dar formação e se aplicável, promover o treino dos seus profissionais de acordo com o tipo de intervenção previsível para aquelas unidades de saúde, cumprindo o preconizado nas orientações da DGS.

As necessidades de treino são particularmente pertinentes no caso de profissionais de saúde que têm contacto direto e eventualmente prolongado com um Caso confirmado, nomeadamente as equipas do INEM e do INSA e principalmente, os profissionais dos hospitais de referência, em particular dos serviços onde os doentes estão internados.

I. Simulacros

A necessidade de testar os mecanismos recomendados e implementados para uma resposta coordenada, adequada e pronta à eventual importação de caso(s) de Doença por Vírus Ébola para território nacional, torna prioritário o desenvolvimento de formação, de treino e de simulacros cujo objetivo é testar a adequação e a prontidão das respostas dos serviços envolvidos e dos cidadãos.

Nesse sentido, a DGS promove e participa, de forma autónoma ou integrada, em simulacros nacionais e internacionais e desenvolve exercícios, em colaboração com peritos nacionais e internacionais, que permitem testar o grau de preparação e de prontidão das estruturas de saúde e outras, a nível nacional e regional, estimulando ainda a realização de exercícios pelas instituições mais diretamente envolvidas nas ações de resposta a um Caso provável ou confirmado da doença como sejam o INEM, o INSA e os Hospitais de referência.

3. Comunicação

O Eixo da Comunicação constitui um elemento fundamental na gestão de ameaças e de crise. A comunicação do risco em saúde pública tem características próprias das quais se salientam a centralidade, a pró-atividade e a celeridade na resposta pelo que existe um Plano de Comunicação de Resposta à Doença por Vírus Ébola.

O Plano corresponde a um dos quatro eixos centrais da Estrutura Executiva da Plataforma de Resposta à Doença por Vírus Ébola e é estruturante na gestão de ameaças e de crise, contemplando duas fases que, tendo em conta a proporcionalidade e a evolução da situação, prevê a divulgação de mensagens-chave adequadas a cada uma das fases e a grupos-alvo identificados.

As fases do Plano de Comunicação são:

1. Fase sem casos confirmados: incide essencialmente na informação proactiva e preventiva sobre o Ébola, principais riscos, formas de transmissão e informação sobre os circuitos e procedimentos adequados de resposta, dirigida especialmente aos cidadãos e aos profissionais de saúde;
2. Fase com casos confirmados: incide na informação reativa e proactiva relacionada com a comunicação de casos confirmados e com o reforço e adequação dos circuitos e procedimentos de resposta. Esta fase distingue-se da anterior pela intensidade das ações a desenvolver e pela necessidade de comunicar a dinâmica da incidência dos casos.

O Plano tem inerentes os seguintes princípios fundamentais (OMS, 2008):

- Confiança - construir e manter um elo de confiança entre o público e as organizações responsáveis por gerir o acompanhamento do “surto”;
- Celeridade na informação - uma comunicação proactiva e em tempo real diminui rumores e desinformação;
- Transparência - dar uma informação completa sobre o risco real ou potencial gera confiança e reforça compromisso, melhorando os resultados;

- Auscultação – ter a capacidade para compreender a perceção do risco pelas populações é crucial para uma comunicação efetiva;
- Planeamento - ter a capacidade de desenvolver estratégias de comunicação proactivas, adaptáveis ao longo do processo de acordo com a evolução da situação e da monitorização do processo.

Os objetivos gerais deste Plano são:

- Contribuir para impedir cadeias de transmissão de Doença por Vírus Ébola em Portugal;
- Evitar ou diminuir o alarme público;
- Promover a divulgação de informação e esclarecimento público;
- Orientar os cidadãos na procura de cuidados de saúde;
- Facilitar a resposta do Sistema de Saúde à Doença por Vírus Ébola;
- Sistematizar, gerir e centralizar as atividades de comunicação e informação.

A mensagem privilegiada de todo o Plano no que diz respeito aos cidadãos, é aconselhar o contacto com a Linha Saúde 24 para avaliação, aconselhamento e orientação, no sentido de evitar toda e qualquer deslocação espontânea aos serviços de saúde.

Com efeito, para a população em geral e na primeira fase, as mensagens devem centrar-se na situação internacional (onde têm ocorrido casos e porquê), na ligação epidemiológica a áreas afetadas, na definição de sinais, sintomas, formas de transmissão e de atuação perante casos suspeitos.

Por outro lado, para os profissionais do Sistema de Saúde, privilegia-se a informação decorrente das orientações e protocolos técnicos definidos, especificamente, para cada segmento deste grupo-alvo, alinhada com a estratégia do Eixo da Comunicação e do Plano de Formação e Treino criando sinergias.

Neste sentido, estão identificados os públicos-alvo de informação específica: Cidadãos em geral; Profissionais do Sistema de Saúde; Outros profissionais que possam contactar populações com ligação epidemiológica a áreas afetadas; Organizações de migrantes que recebam cidadãos provenientes de áreas afetadas; Comunicação Social.

O Plano de Comunicação é um documento dinâmico e como tal todas as medidas e ações desenvolvidas são flexíveis e adaptáveis à evolução do surto a nível internacional e do seu impacte na saúde e na sociedade.

4. Avaliação interna e externa¹⁷

A avaliação é entendida como “um processo que consiste na determinação e aplicação de critérios e normas com a finalidade de julgar os diferentes componentes do plano, desde a sua conceção e desenho, até à sua execução, passando por todas as etapas do processo de planeamento”¹⁸.

A avaliação do Plano de Contingência Nacional do Setor da Saúde para a Doença por Vírus Ébola apresenta elevado potencial para corrigir, adaptar ou adequar qualquer um dos elementos que o constituem, desde as orientações estratégicas, até aos objetivos e ações preconizadas.

A avaliação implica, definir critérios ou normas que funcionam como modelos ou padrões e proceder à sua comparação com as atividades executadas, os processos utilizados, os resultados obtidos e o impacto alcançado. Da comparação podem detetar-se desvios que, uma vez analisados, permitem identificar os fatores a corrigir, melhorar ou adaptar.

A avaliação de qualquer plano de contingência deve ser vista como um poderoso processo de aperfeiçoamento da capacidade para lidar com uma emergência de saúde pública, desde a preparação, passando por todas as componentes da execução até à conclusão da crise, proporcionando uma atitude e uma dinâmica de aprendizagem e de melhoria contínuas.

Para que atinja o seu potencial máximo, a avaliação deve, pois, ser efetuada ao longo de todo o processo de elaboração e de execução do plano (avaliação concorrente ou concomitante) e não apenas no final (avaliação final ou retrospectiva).

Naturalmente que a avaliação final, ou seja, a análise dos resultados e do impacto da emergência após esta ter terminado, é imprescindível e da máxima importância. Do ponto de vista da aprendizagem, constitui um momento ímpar para o aperfeiçoamento da preparação do País para lidar com futuras emergências.

Contudo, o valor da avaliação concorrente ou concomitante é inestimável. O acompanhamento crítico de todas as etapas do processo de elaboração de um plano de contingência, do cumprimento das orientações estratégicas e da execução das medidas e procedimentos preconizados, ao longo da aplicação do plano, permite a sua melhoria contínua, em função do conhecimento que a própria avaliação proporciona (avaliação formativa).

¹⁷ Adaptado do Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe

¹⁸ Adaptado de Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria - conceptos, métodos, estratégias. Barcelona: Masson, S. A. y Salude y Gestión; 1987

A avaliação do Plano é efetuada a todos os níveis de intervenção: nacional, regional, local e da instituição, para as respetivas áreas de influência e respetivos Planos de Contingência.

Definem-se, assim, as orientações gerais do processo de avaliação do Plano e dos demais planos de contingência de nível regional, local e institucional, tendo em conta que do ponto de vista do avaliador estão contemplados todos os níveis de intervenção.

A avaliação do Plano é interna e externa, entendendo-se por avaliação interna a avaliação efetuada pelos responsáveis na elaboração e/ou execução do Plano e por avaliação externa a avaliação efetuada por avaliadores externos ao processo de elaboração e/ou execução do Plano.

A nível nacional, o Diretor-Geral da Saúde e o Dispositivo de Coordenação da Plataforma, em colaboração com a Estrutura Executiva, são os responsáveis pela avaliação interna do Plano de Contingência.

Os níveis regionais, locais e das instituições são os responsáveis pela avaliação interna dos respetivos Planos.

A avaliação externa é efetuada por avaliadores externos aos processos de elaboração e execução de cada plano, nacionais e/ou internacionais.

O ECDC, em articulação com a Comissão Europeia e a Região Europeia da OMS, bem como o CDC de Atlanta, podem ser avaliadores externos internacionais do Plano de Contingência Nacional, à semelhança do que já se verificou com o Plano de Contingência Nacional do Setor da Saúde para a Pandemia da Gripe.

No que se refere à relação temporal entre o momento da avaliação e o momento da ação avaliada, preconiza-se a realização de Avaliações concomitantes ou concorrentes e de Avaliações finais dos planos de contingência, por avaliadores quer internos, quer externos.

As avaliações finais são efetuadas no fim da epidemia. As avaliações concorrentes são efetuadas ao longo da elaboração e atualização dos planos de contingência e durante a sua execução.

As conclusões e recomendações que decorrem da avaliação, principalmente quando se trate das avaliações concomitantes, devem ser, conforme referido, comunicadas com a maior brevidade possível aos executores, sob risco de perderem a sua pertinência e, conseqüentemente, a oportunidade de melhoria e aperfeiçoamento.

V. Síntese

Este Plano de Contingência é um referencial para que os profissionais do setor da saúde e outros desenvolvam de forma compreensiva, organizada, eficiente e flexível os seus Planos e ações perante o risco, ainda que baixo, de importação de um caso de Doença por Vírus Ébola para Portugal.

Avaliar corretamente em cada momento o risco é essencial para que as respostas sejam adequadas.

No plano comunicacional são imperativas três mensagens:

- Os cidadãos, perante uma suspeita de infeção por vírus Ébola, devem contactar o sistema de saúde através da Linha Saúde 24 (808 24 24 24). “Não vá, telefone” é a mensagem-chave;
- Os profissionais do sistema saúde, perante uma suspeita de infeção por vírus Ébola, devem contactar a Linha de Apoio ao Médico, da DGS (300 015 015);
- Os profissionais, de acordo com o seu nível de prestação de cuidados, devem estar capacitados através de formação, treino e EPI para lidar, em segurança com um vírus que está classificado como agente biológico do grupo de risco 4.

O Plano é suportado e coordenado pela Plataforma de Resposta à Doença por Vírus Ébola e por outras estruturas previstas em normativos e legislação próprios, que permitem ativar com prontidão mecanismos de coordenação de respostas proporcionais ao risco avaliado em cada momento.

A Doença por Vírus Ébola não é a primeira ameaça biológica à saúde pública com que o País se confronta. À data, o risco de importação de um caso para Portugal é baixo e não se equaciona a possibilidade de disseminação da doença com um padrão semelhante ao que se verifica atualmente em países da África Ocidental.

A nível nacional o principal objetivo do Plano é evitar a ocorrência de casos secundários, detetando e encaminhando precocemente casos suspeitos e cumprindo rigorosamente as medidas de biossegurança definidas.

Os cidadãos devem ser informados com transparência sobre a situação, de modo a confiarem no Sistema de Saúde e a agirem com tranquilidade uma vez que não é previsível a disseminação da doença no nosso País.

A confiança dos cidadãos e a adequada organização e prontidão dos serviços do Sistema de Saúde permitem, certamente, tratar adequadamente eventuais casos importados, e evitar disfunções sociais importantes ou pânico injustificado.

Direção-Geral da Saúde, 27 de fevereiro de 2015

Relatores

Andreia Silva

Cristina Santos

Graça Freitas

Natália Pereira

A Direção-Geral da Saúde agradece os contributos de todos os profissionais que colaboraram na elaboração do Plano de Contingência Nacional do Setor da Saúde para a Doença por Vírus Ébola.

Despacho n.º 9/2014
(atualizado a 24/10/2014)

Plataforma de Resposta à Doença por Vírus Ébola

A Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública.

A referida lei prevê que, para garantir o funcionamento eficaz da rede integrada de informação e comunicação no que diz respeito à vigilância epidemiológica e com vista a uniformizar informação nesse âmbito, compete ao Diretor-Geral da Saúde determinar, mediante despacho, as orientações sobre as medidas de proteção a adotar em situações de emergência, as orientações sobre informação e guias de práticas corretas para uso das populações e os meios técnicos necessários e adequados aos procedimentos de divulgação e tratamento de dados de forma comparável e compatível.

Em face do surto de Ébola na África Ocidental, a Organização Mundial da Saúde decretou o estado de emergência de Saúde Pública de âmbito internacional, por o mesmo constituir um “evento extraordinário” e um risco de Saúde Pública para outros Estados, por as consequências de eventual agravamento da propagação internacional da doença poderem ter sérias implicações face às características do vírus e por uma resposta internacional coordenada ser essencial para controlar a epidemia e a sua disseminação. Dada a probabilidade de importação de casos e a probabilidade de ocorrência de casos secundários, importa estabelecer uma estrutura que coordene a resposta à Doença por Vírus Ébola, a nível nacional, a fim de serem desenhadas e desenvolvidas as medidas necessárias para contenção do vírus e para a resposta a uma eventual situação de contágio em território nacional.

Assim, ao abrigo do disposto nos artigos 9.º e 14.º da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, determino:

1 – É criada a Plataforma de Resposta à Doença por Vírus Ébola, a nível nacional, cujo objetivo é detetar precocemente casos importados, impedir ou minimizar a ocorrência de casos secundários e de cadeias de transmissão da doença em Portugal, bem como definir, divulgar e operacionalizar um Plano de Resposta/Contingência, com Orientações e Protocolos de atuação.

2 – A Plataforma de Resposta à Doença por Vírus Ébola compreende um Dispositivo de Coordenação, uma Estrutura Executiva e Núcleos Transversais.

3 – O Dispositivo de Coordenação é composto pelo Diretor-Geral da Saúde, pelo Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Emergência Médica, IP (INEM), pelo Presidente do Conselho Diretivo do INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP (INFARMED), pelo Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP (INSA), e pelos presidentes dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde. Integra ainda, como Observadores, representantes das Regiões Autónomas dos Açores e

da Madeira, um Representante das Forças Armadas e um Representante da Direção-Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas.

4 – A Estrutura Executiva é coordenada pelo Diretor-Geral da Saúde, coadjuvado pela Subdiretora-Geral da Saúde, Maria da Graça Freitas, sendo apoiada por um órgão consultivo, designado Comité de Biossegurança. A Estrutura Executiva engloba os seguintes eixos:

- Eixo para a Avaliação do Risco
- Eixo para a Prevenção e Controlo
- Eixo para a Comunicação
- Eixo de Avaliação.

4.1- O Eixo para Avaliação do Risco, coordenado pela Chefe da Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde e à Gestão de Emergências em Saúde Pública da Direção-Geral da Saúde (DGS), Cristina Abreu Santos, desenvolve atividades de pesquisa de informação, validação, monitorização e avaliação do risco e atua como ponto focal das redes de alerta internacionais.

4.2- O Eixo para a avaliação do risco integra as seguintes áreas específicas:

- a) Informação (*Epidemic Intelligence*), sendo gestora Isabel Marinho Falcão, da DGS;
- b) Articulação Interinstitucional (internacional e nacional), sendo gestora Paula Vasconcelos, da DGS;
- c) Informação Epidemiológica, sendo gestora Cátia Sousa Pinto, da DGS;
- d) Sanidade Internacional, sendo gestora Maria João Martins, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, ACES Lisboa Central.

4.3 – O Eixo para a Prevenção e Controlo, coordenado pela Diretora de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde da DGS, Andreia Jorge Silva, desenvolve atividades de orientação, coordenação e acompanhamento dos casos de doença no sistema de saúde.

4.4 – O Eixo para a prevenção e controlo integra as seguintes áreas específicas:

- a) Gestão do Caso/doente, sendo gestora Margarida Tavares, do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E.;
- b) Formação e treino, sendo gestora Raquel Ramos, do INEM, em articulação com Sérgio Gomes, da DGS e Jorge Machado do INSA.;
- c) Medicamento, sendo gestor Hélder Mota Filipe, do INFARMED;
- d) Gestão de Contactos, sendo gestor Fernando Maltez, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E, Hospital de Curry Cabral, em articulação com Maria da Graça Freitas, da DGS.

4.5 – O Eixo para a comunicação, coordenado pela Subdiretora-Geral da Saúde, Catarina Sena, ou, em sua substituição, por Carlota Pacheco Vieira, da DGS, disponibiliza informação aos cidadãos, profissionais de saúde, organizações, instituições e estabelecimentos.

4.6 – O Eixo de avaliação, coordenado por Jorge Torgal, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, avalia o Plano de Resposta/Contingência, a sua execução e impacto.

4.7 – O órgão consultivo de apoio à Estrutura Executiva, denominado de Comité de Biossegurança e coordenado por Sofia Núncio (INSA), coadjuvada por Eduardo Gomes da Silva, elabora informações, pareceres, orientações ou protocolos mediante solicitação do Dispositivo de Coordenação ou da coordenação da Estrutura Executiva, em áreas como transporte de casos suspeitos validados, gestão do doente internado (do ponto de vista da biossegurança), procedimentos laboratoriais, Equipamentos de Proteção Individual (EPI), desinfeção de superfícies, eliminação de resíduos, procedimentos perante um óbito, vigilância de contactos (do ponto de vista da biossegurança) e aspetos relacionados com a formação/treino em biossegurança (diferentes níveis de risco e de profissionais).

5 – O Núcleo de Assuntos Jurídicos, coordenado por Ana Pedroso, da DGS, analisa e elabora pareceres sobre matérias de carácter jurídico mediante solicitação do Dispositivo de Coordenação ou da coordenação da Estrutura Executiva.

6 – O Núcleo de Apoio às Autoridades de Saúde, coordenado por João Pedro Pimentel, da Administração Regional de Saúde do Centro, IP, apoia a decisão das autoridades de saúde em matéria de prevenção e controle da doença em articulação com o Dispositivo de Coordenação ou com a coordenação da Estrutura Executiva.

7 – O Núcleo de Medicina Tropical coordenado por Jaime Nina, perito do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

8 – O Núcleo de Cooperação Internacional, coordenado pela Diretora de Serviços de Coordenação das Relações Internacionais da DGS, Eva Falcão, articula ações de cooperação internacional mediante solicitação do Dispositivo de Coordenação ou da coordenação da Estrutura Executiva.

9 – Por despacho do Diretor-Geral da Saúde são designados os elementos que integram os diversos eixos da Estrutura Executiva, bem como o seu órgão consultivo, assim como os elementos que compõem os diferentes núcleos.

10 – A DGS presta todo o apoio necessário ao funcionamento da Plataforma de Resposta à Doença por Vírus Ébola, assegurando, nomeadamente e quando necessário, o abono de ajudas de custo e de transporte.

11 – O presente despacho produz efeitos a partir de 16 de outubro de 2014.

Lisboa, 24 de outubro de 2014.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Resolução do Conselho de Ministros n.º 60/2014

Em março de 2014, foi declarada em países da África Ocidental a maior epidemia de doença por vírus Ébola identificada até agora. O risco de propagação da doença existe em Portugal, embora de forma reduzida.

Como medida preventiva, foi implementada uma Plataforma de Resposta à Doença pelo Vírus Ébola, responsável pela coordenação técnica para a prevenção e resposta a casos de doença, que integra a Direção-Geral da Saúde, que coordena, o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P., o INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., as Administrações Regionais de Saúde, I.P., a Direção-Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas e as Forças Armadas, bem como representantes das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

A Plataforma de Resposta à Doença pelo Vírus Ébola assegura a atualização contínua do Plano de Contingência para resposta a uma eventual importação de casos da doença para Portugal, tendo sido criados mecanismos e normativos para deteção precoce de casos suspeitos, avaliação do risco, encaminhamento para hospitais de referência e utilização de equipamentos de proteção individual, bem como diagnóstico laboratorial e tratamento. De igual modo, foi desenhado um plano de comunicação de risco, incluindo informação para os cidadãos e profissionais de saúde, e determinaram-se mecanismos de controlo à entrada de potenciais casos de infeção.

Contudo, e atendendo ao aumento verificado do surto de Ébola e à verificação do primeiro caso de contaminação intraeuropeu, justifica-se a criação de uma Comissão que reforce a coordenação ao nível político interministerial, de forma a assegurar a maior coerência e a melhor organização da resposta nacional na luta contra esta epidemia, não só ao nível interno como no contexto externo, designadamente da União Europeia e das Nações Unidas.

Assim:

Nos termos da alínea g) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

1 — Criar a Comissão Interministerial de Coordenação da Resposta ao Ébola, adiante designada Comissão, com o objetivo de coordenar as respostas e decisões políticas de caráter intersetorial e transversal sobre o surto de Ébola.

2 — Determinar que compete à Comissão assegurar a articulação interministerial das políticas, decisões e respostas prosseguidas pelos diversos ministérios competentes, designadamente em matérias de relações internacionais, segurança, defesa e saúde pública.

3 — Estabelecer que a Comissão é integrada pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas dos negócios estrangeiros, da defesa nacional, da administração interna, das infraestruturas e transportes e da saúde, ou seus representantes, e por representantes dos Governos Regionais das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

4 — Determinar que a Comissão pode ainda integrar representantes de outros ministérios, sempre que for considerado adequado.

5 — Determinar que compete ao Ministro da Saúde promover e dinamizar os trabalhos da Comissão, cabendo à Secretária-Geral do Ministério da Saúde assegurar o apoio logístico para o seu funcionamento.

6 — Estabelecer que a constituição e funcionamento da Comissão não dá lugar à assunção de qualquer encargo adicional.

7 — Determinar que a presente resolução produz efeitos a partir da data da sua publicação.

Presidência do Conselho de Ministros, 23 de outubro de 2014. — O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

Decreto-Lei n.º 162/2014

de 31 de outubro

A promoção da competitividade e do investimento tem sido uma prioridade do Governo desde o início da legislatura.

Nesta matéria, durante o ano de 2013, foram adotadas iniciativas da maior relevância, nomeadamente o pacote para o investimento e a Reforma do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas (IRC).

No âmbito do pacote para o investimento foi aprovado um conjunto significativo de medidas que contribuíram, de forma decisiva, para promoção do investimento e da competitividade. Entre essas medidas destaca-se a criação do Crédito Fiscal Extraordinário ao Investimento para permitir reforçar o investimento privado em 2013.

Por outro lado, no âmbito da Reforma do IRC, reduziu-se a taxa nominal de IRC em dois pontos percentuais e simplificou-se o imposto, diminuindo os custos de cumprimento e aumentando a competitividade do sistema fiscal.

Na sequência da reforma do IRC e com o objetivo de intensificar o apoio ao investimento, favorecendo o crescimento sustentável, a criação de emprego, e contribuindo para o reforço da estrutura de capital das empresas, o Governo propõe-se agora promover a revisão global dos regimes de benefícios ao investimento e à capitalização.

Neste contexto, o Governo considerou premente a revisão do Código Fiscal do Investimento de modo a, por um lado, adaptá-lo ao novo quadro legislativo europeu aplicável aos auxílios estatais para o período 2014-2020 e, por outro lado, reforçar os diversos regimes de benefícios fiscais ao investimento, em particular no que se refere a investimentos que proporcionem a criação ou manutenção de postos de trabalho e se localizem em regiões menos favorecidas.

Assim, e no que se refere aos benefícios fiscais contratuais, é aumentado o limite máximo do crédito de imposto em sede de IRC, sendo aumentadas as majorações previstas para investimentos realizados em regiões com um poder de compra *per capita* significativamente inferior à média nacional, que proporcionem a criação ou a manutenção de postos de trabalho ou que contribuam para a inovação tecnológica ou para a proteção do ambiente.

Por outro lado, relativamente ao Regime Fiscal de Apoio ao Investimento, é também aumentado o limite do crédito de imposto em sede de IRC, sendo ainda alargado o período máximo de isenção de Imposto Municipal sobre Imóveis, bem como o âmbito de aplicação da isenção de Imposto do Selo, incentivando o empreendedorismo, a inovação e favorecendo a criação de empresas com estruturas de capital saudáveis.

Assim:

No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 44/2014, de 11 de julho, e nos termos das alíneas a)



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt