



Ministério da Saúde



PANDEMIA DE GRIPE:

PLANO DE CONTINGÊNCIA DA

REGIÃO CENTRO

(SECTOR DA SAÚDE)

Departamento de Saúde Pública e Planeamento

Coimbra, Abril de 2008

Chave de siglas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
CHC	Centro Hospitalar de Coimbra
CS	Centro de Saúde
DC	Departamento de Contratualização da ARSC
DERHAG	Departamento de Estudos, Recursos Humanos e Administração Geral da ARSC
DGF	Departamento de Gestão Financeira da ARSC
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DIE	Departamento de Instalações e Equipamentos da ARSC
DRSC	Delegado Regional de Saúde do Centro
DSPP	Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARSC
ECDC	Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças
EPI	Equipamento de Protecção Individual
GAH	Gripe Humana de origem Aviária (<i>orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde</i>)
GAR	Grupo de Acompanhamento do Plano Pandémico Regional
GIC	Gabinete de Informação e Comunicação em Saúde
GRAG	Grupo Regional de Acompanhamento da Gripe
HPC	Hospital Pediátrico de Coimbra (Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar de Coimbra)

HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INSA	Instituto Nacional da Saúde Dr. Ricardo Jorge
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONSA	Observatório Nacional da Saúde
NUTS	Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
REM	Reserva Estratégica de Medicamentos
SARA	Sistema de Alerta e Resposta Adequada da Direcção-Geral da Saúde
SIAPC-G	Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe da DGS
SIIG	Sistema Integrado de Informação da Gripe da Direcção-Geral da Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO	3
3. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO	5
4. FINALIDADE E OBJECTIVOS	11
5. ESTRUTURA E COORDENAÇÃO	12
6. PLANOS-SÍNTESE DA REGIÃO CENTRO	13
6.1. Plano Regional de Informação Epidemiológica	14
6.2. Plano Regional de Saúde Pública	19
6.3. Plano Regional de Cuidados de Saúde	26
7. AVALIAÇÃO	34
8. CONTACTOS ARS CENTRO, IP	37

ANEXOS

Anexo I: Fases de actividade gripal (OMS, 2005)

Anexo II: Investigação epidemiológica de casos e expostos/Fase 3 (DGS, 2006)

Anexo III: Fontes de informação (webpages nacionais e internacionais)



1. INTRODUÇÃO

Desde 2005 que a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) tem vindo a desenvolver um esforço apreciável de preparação da Região Centro para uma eventual pandemia de gripe, em estreita colaboração com os serviços regionais de saúde pública e com os hospitais da Região.

Dentre as actividades desenvolvidas, destacam-se a formação descentralizada de profissionais de saúde em Março de 2006 (posteriormente replicada a profissionais do Hospital Militar Regional nº 2 em Março de 2007) que contou com a colaboração do Serviço de Infecçologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (hospital de referência para a Região Centro), a Cimeira Luso-espanhola da Gripe em Dezembro de 2006 (tendo por finalidade promover a interoperabilidade dos planos pandémicos transfronteiriços da região central da Península), passando pela elaboração de suportes de informação (desdobráveis) sobre gripe destinados à população em geral (Março de 2006) e a disponibilização de informação on line destinada aos vários públicos-alvo.

Em Agosto de 2005 foi formalmente criado, no âmbito do então Centro Regional de Saúde Pública do Centro - cujas competências transitaram para o Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP - o Grupo de Acompanhamento da Infecção pelo Vírus A/H5N1, entretanto extinto quando da criação, pelo Conselho de Administração da ARS do Centro, do Grupo Regional da Gripe (que incluiu representantes dos hospitais centrais da Região).

A extinção dos Centros Regionais de Saúde Pública enquanto serviços regionais de saúde pública que se articulavam técnica e funcionalmente com a Direcção-Geral da Saúde fez com que as ARS, IP assumissem as atribuições dos primeiros. A identificação das necessidades de saúde da população, bem como a monitorização da execução de programas e projectos específicos e a avaliação do impacte decorrente da prestação dos cuidados de saúde são competências do Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP, constantes dos Estatutos desta Administração Regional de Saúde (Portaria nº 650/2007 de 30 de Maio).

O Plano de Contingência da Região Centro para uma Pandemia de Gripe, elaborado pelo Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP em colaboração com outros departamentos e gabinetes desta Administração Regional de Saúde diz respeito a todas as fases de actividade gripal - não obstante o seu enfoque na fase pandémica (fase 6).

A estratégia de operacionalização regional do plano nacional consistiu na agregação dos 6 planos específicos da Direcção-Geral da Saúde em 3 planos-síntese regionais: informação epidemiológica, saúde pública (que inclui os planos nacionais de medidas de saúde pública e de comunicação) e cuidados de saúde (que inclui os planos nacionais de cuidados de saúde em ambulatório, cuidados de saúde em internamento e vacinas e medicamentos).



Tendo em consideração o cenário pandémico traduzido por um aumento da procura e diminuição da oferta (estima-se um absentismo laboral do sector da saúde em 30-40%), o plano pandémico regional – a disponibilizar na página web da ARSC (www.arscentro.min-saude.pt) e no microsite do Delegado Regional de Saúde do Centro (www.dgs.pt) - considera a comunicação em saúde como instrumento estratégico em saúde pública.

A estratégia da ARSC em fase de pandemia instalada consiste em adequar os recursos necessários mediante a sua redistribuição racional. Note-se que apesar do presente plano ser um plano regional do sector da saúde, a articulação estreita com outros sectores da sociedade afigura-se essencial, por forma a minorar o impacte duma pandemia de gripe.

O Plano de Contingência da Região Centro para a Pandemia de Gripe deve ser entendido como complementar ao Plano de Contingência Nacional da Direcção-Geral da Saúde, sendo que, no que for omissivo, se aplicará o disposto no Plano Nacional e nos normativos entretanto emitidos por aquela Direcção-Geral. Os especialistas que colaboraram na sua elaboração manter-se-ão como interlocutores regionais para os diversos planos-síntese regionais e serão responsáveis pela sua revisão e actualização em conformidade com a evidência científica disponível.

Não posso deixar de destacar o contributo inestimável dos especialistas hospitalares que integraram em representação das suas unidades hospitalares o então Grupo Regional da Gripe (Fevereiro de 2005 a Maio de 2007), pela sua disponibilidade e partilha de conhecimento na área dos cuidados hospitalares e da infecciologia.

Quanto mais bem preparado estiver um País ou Região para fazer face à gripe sazonal (em termos institucionais – serviços de saúde - e comunitários – população em geral) menor será o impacte duma eventual pandemia de gripe.

Estou certo de que este plano, provisório como qualquer plano de contingência, poderá contribuir para minorar as consequências duma pandemia de gripe na área de influência da ARSC e desde já convido todos os profissionais de saúde da Região Centro a participar, mediante os seus contributos e sugestões.

João Pedro Travassos de Carvalho Pimentel

Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP



2. ENQUADRAMENTO

A gestão da ameaça pandémica é a gestão da incerteza absoluta: não só não é possível prever a emergência da próxima pandemia de gripe, como não é possível prever qual o vírus influenza responsável por tal. No entanto, existe uma certeza: o actual vírus aviário A(H5N1) tem potencial pandémico pelo facto de ser um vírus completamente novo e porque produz doença grave nos hospedeiros humanos.

A presente actividade gripal (Março de 2008) é compatível com a fase 3 do período de alerta pandémico: casos esporádicos em humanos sem evidência de transmissão inter-pessoal eficiente e sustentada. Dessa forma, é teoricamente possível tentar o que nunca foi tentado na história da Humanidade: conter um surto pandémico na fonte, mediante uma identificação e resposta precoce da estirpe pandémica e a implementação das medidas de controlo disponíveis (incluindo a utilização de antivirais em larga escala).

Em Agosto de 2005 foi criado o Grupo de Acompanhamento da Infecção pelo Vírus A(H5N1) do Centro Regional de Saúde Pública do Centro. A finalidade deste grupo consistiu em divulgar informação relevante e temporalmente oportuna aos profissionais de saúde da Região Centro e assessorar os decisores regionais na tomada de decisão.

O microsite do “Centro Regional de Saúde Pública do Centro” - entretanto rebaptizado microsite do “Delegado Regional de Saúde do Centro” - alojado em www.dgs.pt e a página web da ARS do Centro disponibilizam desde Outubro de 2005 material destinado aos profissionais de saúde em geral (e aos profissionais de saúde pública em particular), tendo em vista a sua formação e capacitação relativamente a temas de saúde em geral e à gripe, em particular.

A preparação para uma eventual pandemia de gripe ao nível regional baseia-se nos normativos da Direcção-Geral da Saúde, editados recentemente e divulgados na página web daquele serviço nacional de saúde pública (“Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe” – Lisboa, DGS, 2007 – disponível em www.dgs.pt / “Microsite da gripe”).

Note-se que, conforme o disposto no Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe o presente plano regional diz respeito não só à fase 6 (pandemia) mas a todo o continuum de actividade gripal (fases 1 a 6) – incluindo, nomeadamente, a gripe sazonal que é anualmente responsável por uma morbilidade apreciável (estimada em 0,5 a 1 milhão de doentes) e por um excesso de mortalidade estimado em 1 700 casos (sobretudo idosos e doentes crónicos).

A finalidade primeira deste plano regional é promover a preparação dos serviços de saúde para um cenário pandémico, assegurando o funcionamento de serviços essenciais, tendo em consideração o aumento explosivo da procura de serviços e a redução significativa da oferta.



Ministério da Saúde



Nesse esforço de preparação e de resposta apropriada, os serviços de saúde pública terão um importante papel a desempenhar, concertando iniciativas com os serviços prestadores de cuidados de saúde, com os restantes sectores da sociedade e com a população em geral – promovendo a elaboração dos planos de contingência locais e institucionais, a capacitação em saúde e a veiculação de comportamentos e atitudes redutores do risco (“comunicação do risco”) e desencadeando a necessária investigação epidemiológica (incluindo localização de contactos).

Como qualquer plano de contingência, o presente plano regional não é uma versão definitiva, sendo alvo de revisão periódica ou sempre que o conhecimento científico e epidemiológico o justifique. Desde já apelamos a todos os profissionais de saúde pública, e à sociedade em geral, que dê o seu contributo, mediante críticas ou sugestões.

José Manuel Azenha Tereso

Delegado Regional de Saúde do Centro

Director do Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP



3. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO

Coordenação:

António Brochado Morais

Coordenador da Unidade de Planeamento

Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP

amorais@arscentro.min-saude.pt

Lúcio Meneses de Almeida

Unidade de Planeamento

Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP

lucioalmeida@arscentro.min-saude.pt

A Administração Regional de Saúde do Centro, IP, com sede em Coimbra, foi criada ao abrigo do decreto-lei nº 222/2007 de 29 de Maio, dando cumprimento ao disposto no decreto-lei nº 212/2006 de 27 de Outubro. Os seus estatutos foram publicados a 30 de Maio de 2007 (portaria nº 650/2007).

A 31 de Dezembro de 2006, a ARS do Centro, IP dispunha de 31 hospitais (perfazendo um total de 6 807 camas hospitalares), 109 centros de saúde com 688 extensões de saúde (Quadro I) para uma população estimada de 2 416 270 habitantes.

Quadro I - Rede de cuidados de saúde na Região Centro (Dezembro de 2006)

	Região Centro	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu
Hospitais	31	9	2	10	2	5	3
Nº camas hospitalares	6807	1140	641	3075	387	738	826
Centros de saúde	109	19	11	22	14	17	26
Extensões de saúde	688	138	137	143	85	116	69
Centros de saúde com SAP 24 horas	74	9	7	6	13	16	23
Centros de saúde com internamento	9	1	1	2	5	0	0
N.º de camas em CS	172	35	16	40	64	0	15

Fonte: ARSC/DERHAG



O número de profissionais de saúde (todas as categorias) da área de influência desta Administração Regional de Saúde em Dezembro de 2006 correspondia a 28 398, dos quais cerca de 23% integrando a rede de cuidados primários e os restantes a rede de cuidados hospitalares (Quadros II e III).

**Quadro II – Recursos humanos da rede de cuidados primários da Região Centro em Dezembro de 2006
(a negrito o pessoal assistencial)**

<i>Carreira Profissional</i>	Região Centro	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu
Médica clínica geral*	1722	478	145	379	132	333	255
Médica saúde pública*	107	21	4	34	7	23	18
Outras especialidades*	9	2	0	6	0	1	0
Enfermagem	1424	369	191	376	178	34	276
Técnica superior	69	16	3	28	5	10	7
Técnico	204	36	24	44	25	36	39
Administrativo	1611	398	180	385	122	301	225
Outros	1273	281	109	318	170	160	235
TOTAL	6419	1601	656	1570	639	898	1055

* Não inclui médicos internos

Fonte: ARSC/ DERHAG

A 31 de Dezembro de 2006 a ARSC dispunha de 4 581 médicos de todas as carreiras (saúde pública, clínica geral e hospitalar) nas unidades de saúde da sua área de influência e de 9 040 enfermeiros.

**Quadro III – Recursos humanos da rede de cuidados hospitalares da Região Centro em Dezembro de 2006
(a negrito o pessoal assistencial)**

<i>Carreira Profissional</i>	ARSC	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu
Dirigente	104	32	7	33	8	15	9
Administrador hospitalar	71	12	6	40	1	6	6
Médica clínica geral	160	29	5	37	0	80	9
Médica saúde pública	7	7	0	0	0	0	0
Médica hospitalar	2576	471	198	1262	119	293	233
Outro pessoal médico	74	29	0	13	0	32	0
Técnica sup. de saúde	320	43	51	169	14	24	19
Enfermagem	7616	1294	775	3301	419	930	897
Téc. diag. e terapêutica	1441	222	138	682	69	183	147
Técnico superior	310	33	60	153	8	33	23
Pessoal docente e de investigação	36	2	2	28	1	1	2
Técnico	26	5	4	14	3	0	0
Outro pessoal técnico	2	1	0	1	0	0	0
Informático	95	17	17	42	5	8	6
Tec. profissional	480	2	16	358	9	64	31
Administrativo	1949	358	281	730	87	260	233
Operário	344	49	54	167	21	31	22
Serviços gerais	5152	812	541	2246	264	723	566
Auxiliar	444	254	26	103	13	27	21
Outro pessoal	42	9	3	16	4	5	5
TOTAL	21979	3783	2225	9775	1073	2781	2342

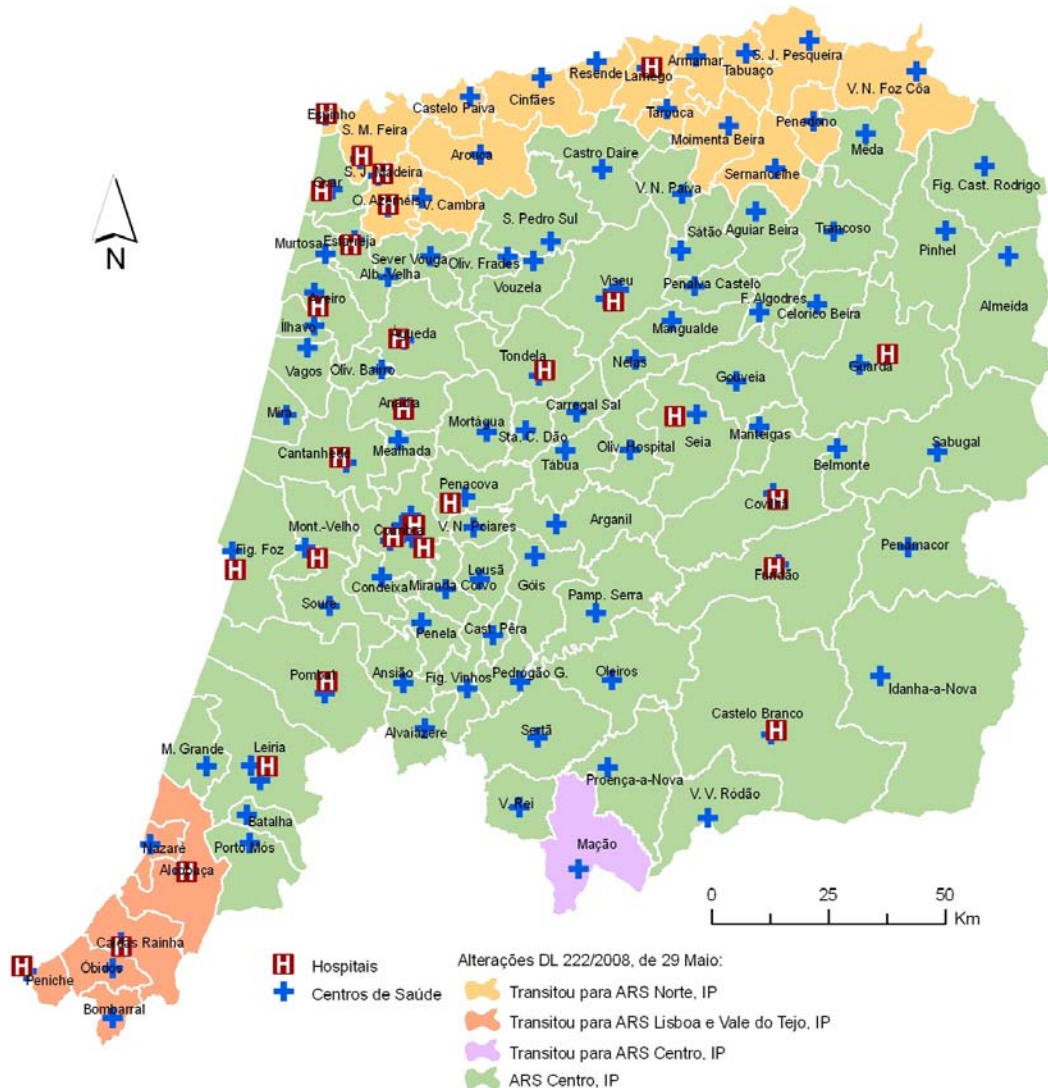
Fonte: ARSC/ DERHAG



De acordo com o disposto no número 1 do artigo 2º do decreto-lei nº 222/2007 de 29 de Maio, a jurisdição territorial da área de influência da ARS do Centro, IP corresponde à Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos de nível II (NUTS II) previstos no decreto-lei nº 317/99 de 11 de Agosto (figura 1).

Desta forma, transitam para a área de influência da ARS do Norte, IP 18 concelhos e para a área de influência da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP 6 concelhos. Em termos de “entradas”, o concelho de Mação (correspondente à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP) transita, de acordo com o decreto-lei nº 222/2007, para a área de influência da ARS do Centro, IP (quadro IV).

Figura 1 – Mapa da rede de serviços de saúde da nova área de influência da ARS do Centro, IP





**Quadro IV – Transferências de jurisdição territorial na área de influência da ARS do Centro, IP
(Decreto-lei nº 222/2007 de 29 de Maio)**

Para a área de influência da ARS do Norte, IP	Para a área de influência da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP	Para a área de influência da ARS do Centro, IP
Espinho* Feira* S. João da Madeira* Oliveira de Azeméis* Vale de Cambra Arouca Castelo de Paiva Cinfães Resende Lamego* Tarouca Armamar Moimenta da Beira Tabuaço Sernancelhe S. João da Pesqueira Penedono Vila Nova de Foz Côa	Nazaré Alcobaça* Caldas da Rainha* Óbidos Bombarral Peniche*	Mação

* Concelhos com hospitais que transitaram da ARSC, IP para outras áreas de influência em Julho de 2007

Conforme as estimativas referentes a 31/12/2006, a Região de Saúde do Centro integra, de acordo com o decreto-lei nº 222/2007 de 29 de Maio, 78 concelhos – correspondentes a uma população residente de 1 795 322 habitantes (Quadro V). O seu índice de envelhecimento é superior ao do Continente (Região: 145,16; Continente: 114,21).

Quadro V- Caracterização demográfica da nova Região de Saúde do Centro e do Continente por grupos etários a 31/12/2006

	População total	Categorização por grupos etários							
		0-14		15-24		25-64		65 +	
CONTINENTE	10 110 271	1 546 450	15,3%	1 191 875	11,8%	5 605 801	55,4%	1 766 145	17,5%
REGIÃO	1 795 322	252 670	14,1%	211 527	11,8%	964 343	53,7%	366 782	20,4%

(Fonte: INE – cortesia Dr. Eduardo Duarte/adaptado)



Esta nova área de influência representou, em Julho de 2007, a perda de jurisdição territorial correspondente a 8 hospitais – S. Sebastião (Feira), S. João da Madeira, N. Sr^a da Ajuda (Espinho), Oliveira de Azeméis e Lamego e Caldas da Rainha, Bernardino Lopes de Oliveira (Alcobaça) e S. Pedro Telmo (Peniche) – e, até ao final do primeiro trimestre de 2008, de 23 centros de saúde, correspondentes à região Norte dos distritos de Aveiro e de Viseu e à região sul do distrito de Leiria.

A nova área de influência da ARS do Centro, IP, integra, desta forma, 23 hospitais e de 86 centros de saúde (figura 1) – estes últimos correspondentes a 18 agrupamentos de centros de saúde.

Quadro VI- Hospitais gerais da nova área de influência da ARS do Centro, IP, lotação praticada e número de médicos e enfermeiros (2006)

Hospital	C INT	MED	ENF
Hosp. Universidade de Coimbra	1494	687	1535
Centro Hosp. de Coimbra	618	346	813
Hosp. S. Teotónio - Viseu	623	257	565
Hosp. Infante D. Pedro - Aveiro	375	157	348
Hosp. St. ^o André - Leiria	423	135	473
Hosp. Distrital de Águeda	99	30	100
Centro Hosp. Cova da Beira - Covilhã	339	91	310
Hosp. Sousa Martins - Guarda	323	124	374
Hosp. Distrital da Figueira da Foz	159	82	190
Hosp. Cândido Figueiredo - Tondela	64	16	58
H. Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	50	23	83
Hosp. Distrital de Pombal	59	24	68
Hosp. Visconde Salréu - Estarreja	48	14	42
Hosp. Amato Lusitano - Castelo Branco	306	128	362
Hosp. N. ^a Sr. ^a Assunção - Seia	60	17	62
Hosp. Distrital de Anadia	44	18	55
Hosp. Dr. Francisco Zagalo - Ovar	79	38	82
	5163	2187	5520

C INT – lotação praticada (excepto SO)

MED – n^o de médicos

ENF – n^o de enfermeiros

Fonte: ARSC/DERHAG (adaptado)



4. FINALIDADE E OBJECTIVOS

A **finalidade** do Plano de Contingência da Região Centro para a Pandemia de Gripe é minimizar a disrupção social decorrente duma eventual pandemia de gripe na Região Centro de Portugal mediante a operacionalização ao nível regional, do Plano Nacional de Contingência da Direcção-Geral da Saúde.

Os principais **objectivos gerais** deste plano regional são sobreponíveis aos constantes do Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde (Lisboa, DGS, 2007) e incluem:

- Reduzir a incidência da gripe sazonal, de transmissão zoonótica e pandémica na Região Centro;
- Reduzir a gravidade e mortalidade da gripe sazonal, de transmissão zoonótica e pandémica na Região Centro;
- Minimizar a disrupção social e económica decorrente duma pandemia de gripe na Região Centro.

A **estratégia de intervenção** da Região Centro assenta em três eixos fundamentais:

- Caracterização da capacidade máxima de resposta das unidades de saúde da Região e estimação de necessidades em função de cenários teóricos;
- Promoção da vacinação sazonal dos grupos vulneráveis e de risco (constantes dos normativos da Direcção-Geral da Saúde) mediante oferta da vacina sazonal aos profissionais de saúde da ARS do Centro e divulgação de mensagens capacitadoras junto da população em geral;
- Capacitação do público em geral relativamente à gripe e à procura racional dos serviços de saúde;
- Participação no esforço de contenção da pandemia em fase de alerta pandémico.



5. ESTRUTURA E COORDENAÇÃO

A coordenação estratégica do plano regional é da responsabilidade do Presidente do Conselho Directivo da ARS do Centro, IP.

O **Grupo Coordenador** é presidido pelo Presidente do Conselho Directivo e inclui a Vice-Presidente do Conselho Directivo, o Delegado Regional de Saúde do Centro/Director do Departamento de Saúde Pública e Planeamento e o responsável pela Unidade de Planeamento deste departamento.

Em situações de crise ou de emergência em saúde pública a uma escala regional ou nacional será activado o **Grupo de Crise**.

Este grupo é presidido pelo Presidente do Conselho Directivo da ARS do Centro e incluirá a Vice-Presidente e Vogais do Conselho Directivo, o Delegado Regional de Saúde do Centro, os Directores dos Departamentos da ARS do Centro, o responsável pelo Gabinete Jurídico e do Cidadão da ARS do Centro, o responsável pelo Gabinete de Informação e Comunicação em Saúde (a criar no âmbito do Plano Regional de Saúde Pública), o interlocutor junto dos hospitais (figura a criar no âmbito do Plano Regional de Cuidados de Saúde), o representante do hospital de referência para o período de alerta pandémico (Hospitais da Universidade de Coimbra), o representante do Hospital Pediátrico de Coimbra do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE e o responsável pelo sector de Epidemiologia do Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP.

Cabe a este grupo promover a adequação dos serviços e recursos de saúde da Região Centro a necessidades de saúde decorrentes de situações de crise ou catástrofe, nomeadamente através da mobilização de profissionais e adequação das redes de referenciação das unidades de saúde.



6. PLANOS-SÍNTESE DA REGIÃO CENTRO

O Plano Regional de Contingência para a Pandemia de Gripe resulta da operacionalização ao nível regional do Plano Nacional de Contingência para a Pandemia de Gripe editado em 2007 (Março de 2007) e baseia-se nos normativos publicados até à data (Dezembro de 2007) por aquela Direcção-Geral.

Os seis planos específicos originais da Direcção-Geral da Saúde (DGS) foram agrupados em três “**planos-síntese**” **regionais**: Informação/vigilância epidemiológica (Plano Regional de Informação epidemiológica), Comunicação em saúde e Medidas de saúde pública (adiante designado por Plano Regional de Saúde Pública) e Cuidados de saúde e vacinas e medicamentos (adiante designado por Plano Regional de Cuidados de Saúde).

O Plano Regional de Saúde Pública integra os planos específicos de Medidas de saúde pública e de Comunicação da DGS e o Plano Regional de Cuidados de saúde integra os planos específicos de Cuidados de saúde em internamento, Cuidados de saúde em ambulatório e Vacinas e medicamentos da DGS.

Estes três planos-síntese regionais e o diagnóstico da situação regional agrupam-se em duas vertentes: a vertente de **informação para a decisão** (Diagnóstico da situação e Plano regional de Informação epidemiológica) e a vertente da **intervenção** (Planos regionais de Saúde Pública e de Cuidados de Saúde).

A liderança técnica do processo de planeamento, execução e avaliação é da competência do Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP sendo a sua liderança estratégica do Presidente do Conselho Directivo desta ARS – em estreita articulação com a Autoridade Regional de Saúde.



6.1. PLANO REGIONAL DE INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Coordenação geral:

José Manuel Tereso

Delegado Regional de Saúde do Centro

Coordenação técnica:

Eugénio Cordeiro

Assessor para a Epidemiologia

Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP

eugeniocondeiro@arscentro.min-saude.pt

Introdução

A preparação da sociedade para a gripe pandémica representa um dos maiores desafios de que há memória, para os serviços de saúde e em primeira linha para os serviços de saúde pública, instados a organizar a sua resposta a esta ameaça anunciada sem data.

A evidência científica é esmagadora e por muito que a pandemia se faça esperar um dia um telefonema trará a notícia de que no nosso concelho ou no vizinho foram confirmados casos humanos de gripe aviária ou pandémica.

Isto é informação e a sua difusão será inexorável e vertiginosa numa sociedade democrática onde os meios tecnológicos estão ao serviço e servem os fins de quem os pode, sabe e quer utilizar. Portanto não corremos o risco de “ver passar a pandemia”, pois por muito que não a queiramos ela quer-nos e far-se-á anunciar.

Como outros problemas globais, também as pandemias carecem de soluções locais e serão os responsáveis de saúde, particularmente as autoridades de saúde, imersas nas suas tarefas diárias que serão convocadas a gerir e a coordenar a resposta pública e privada a esta ameaça na sua área de intervenção.



Por ser cientificamente expectável que a capacidade de resposta de rotina da sociedade e dos serviços de saúde perante uma nova estirpe humana de vírus da gripe seja rapidamente ultrapassada foi criado o plano de contingência nacional do sector da saúde para a pandemia da gripe com o qual os planos regionais se devem harmonizar.

Sem informação não há conhecimento e sem este não pode haver tentativa de contenção, nem de atrasar a propagação da pandemia como recomenda a OMS, nem de gestão de recursos; por isso o plano de contingência nacional compreende um plano específico de informação em saúde.

Como vimos informação não vai faltar, poderemos portanto estar tranquilos? Não – não porque a informação em saúde carece de organização especializada. A informação organizada para fins de saúde pública é conhecida como vigilância e serve para fundamentar a acção. Organiza-se em sistemas caracterizados por atributos cuja importância relativa varia em função dos objectivos.

Sem treino em epidemiologia de intervenção não se pode esperar um bom desempenho dos serviços de saúde pública, actores de primeira linha na investigação epidemiológica de casos e vigilância de pessoas expostas (ver orientações técnicas da DGS, documento GAH6); detecção precoce, investigação e controlo de casos agrupados (ver *Avian Influenza Tool Kit – ECDC*, Novembro 2007 e *“Rapid Operations to Contain the Initial Emergence of Pandemic Influenza” – OMS*, Outubro 2007); manutenção, controlo e avaliação dos sistemas de informação em plena evolução da pandemia (ver Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde - Plano Específico de Informação em Saúde, DGS 2007).

Os *Centres for Disease Control (CDC)* de Atlanta, escreveram a história do conceito de *Epidemic Intelligence*. Em 1951 criaram um sistema de alerta precoce de resposta às ameaças à saúde pública decorrentes de conflitos biológicos e epidemias intencionais, assente num programa de treino em epidemiologia de campo para médicos, pesquisadores e cientistas. Com a duração de 2 anos, foi fonte de inspiração do actual *European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET)*.

O diagrama do conceito de “inteligência epidémica” está magnificamente representado no plano específico de informação do plano de contingência nacional para o sector da saúde da DGS, 2007.

Estudos de modelação matemática sugerem a possibilidade de contenção da pandemia em fase de alerta pandémico desde que se verifiquem os pressupostos enunciados no documento *“Rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza”*, OMS – Outubro 2007. O propósito deste documento estratégico é receber (e dar) assistência da (à) OMS para interromper o desenvolvimento da pandemia se o vírus for detectado na sua fase inicial e antes que ele seja capaz de se difundir. Ainda que não tenhamos a oportunidade de praticar a tentativa de contenção porque



ninguém sabe onde o vírus vai emergir, quanto melhor nos prepararmos para essa eventualidade, melhor iremos de encontro à estratégia de tentativa de atrasar a propagação da epidemia como recomenda a OMS.

Assim, no período de alerta pandémico precisamos de ter um sistema de informação eficaz, capaz de emitir alertas para investigação de casos humanos de gripe aviária ou pandémica e de casos agrupados e consequente capacidade de investigação. A rapidez da investigação é o pomo da questão, sabendo-se que os surtos de influenza são explosivos dado o curto período de incubação (1-3 dias) e o pico da infecciosidade se verificar no início da doença. Para um número básico de reprodução viral médio de 1,6 a 2, independentemente de outros factores, pode perder-se a oportunidade de tentativa de contenção em duas semanas. A OMS estima o intervalo de 3 semanas como o tempo útil, a partir da detecção do cluster inicial, para a eventual utilização massiva de medicamentos profiláticos. Sistemas de vigilância complexos são contra-indicados e potencialmente inúteis neste período.

Passada a oportunidade de contenção, o melhor sistema de vigilância será o que então existir de preferência barato, testado e consagrado. Os seus **objectivos principais** serão: caracterizar a pandemia, apoiar a gestão de recursos, avaliar os procedimentos para correcção de estratégias, etc.

Sistemas complexos deverão ser eficientes, desenhados, implementados e avaliados em fase interpandémica ou fase 3 de alerta pandémico e úteis para propósitos de vigilância em saúde pública para além do período pandémico.

O esforço exigido para a preparação pandémica incluindo a melhoria dos sistemas de informação deverá traduzir-se, desde o início da sua implementação, na melhoria da eficiência geral do sistema de saúde e ter reflexos positivos no controlo de outras doenças, como por exemplo a tuberculose, trazendo para a ribalta, boas práticas mal lembradas tais como a “*toilette*” brônquica, a higiene das mãos, as precauções “*standard*” para a prevenção de transmissão de microrganismos infectantes, a separação por coortes, etc.



Estratégias

- Desenvolver um sistema de informação com a finalidade de detectar casos humanos de gripe aviária ou casos agrupados de gripe pandémica (período de alerta pandémico), de base clínica e laboratorial, veterinária e humana, caracterizado pelos seguintes atributos, por ordem decrescente de importância: sensibilidade, reactividade, simplicidade, representatividade. Meios de transmissão: telefone; sistema de alerta e resposta apropriado (SARA), fax e outros.
- Interligar as redes de vigilância epidemiológica veterinária e humana a nível local e regional;
- Desenvolver as capacidades da prática da epidemiologia de intervenção dos médicos de saúde pública, dos veterinários e de outros profissionais de saúde;
- Fortalecer a sociedade civil na resistência a esta ameaça, integrando-a na construção de sistemas de informação informais, tirando partido da sua capacidade de voluntarismo;
- Manter conhecimentos actualizados e capacidade selectiva do manancial de informação internacional disponível e promover a sua divulgação inter-pares;
- Testar o funcionamento dos sistemas de informação existentes, em situação de alerta pandémico, incluindo as fases 3 a 5;
- Estimular o aperfeiçoamento dos planos de contingência das unidades de saúde como instrumentos disciplinadores das práticas clínicas, estruturantes do funcionamento das unidades de saúde e não vê-los como mera obrigação administrativa (ver Plano de Cuidados de Saúde);
- Cooperar activamente com a DGS e participar no sistema de vigilância integrado da gripe preconizado (SIIG), a nível regional e local.

Metodologia

- Conceber, participar e por em prática exercícios de simulação multidisciplinares, intersectoriais e interinstitucionais envolvendo os cuidados de saúde públicos e privados, forças policiais, militares, associações humanitárias, sociedade civil organizada, etc., incluindo as práticas recomendadas no **documento técnico GAH6 da DGS (ANEXO II do presente Plano)**;



- Desenvolver os contactos encetados com os veterinários, responsáveis pelo sistema de vigilância epidemiológico veterinário regional e local;
- Realizar acções de formação em técnicas de investigação de surtos para médicos de saúde pública e outros profissionais de saúde;
- Trabalhar a ideia de que os adolescentes e os estudantes, particularmente os do ensino superior como utilizadores exímios da Internet podem servir de base para uma rede voluntária (e gratuita) de transmissão de informação em período pandémico. Assim desempenhariam um papel crucial na transmissão de informação credível e compreensível para a população, construindo pontes de confiança, capazes de preparar a sociedade para enfrentar a crise e prevenir o pânico, em articulação com Gabinete de Informação e Comunicação da ARSC (a criar no âmbito do Plano de Saúde Pública);
- Utilizar a técnica da “unidade de saúde modelo” para testar planos de contingência e implicitamente os seus sistemas de informação, em situação real de gripe sazonal, através de exercícios de simulação. Avaliar e corrigir os erros e progressivamente estender e adaptar o “modelo” às outras unidades de saúde;
- Dar continuidade à Cimeira Transfronteiriça, realizada na Guarda em Dezembro de 2006, em que participaram representantes dos serviços de saúde pública da Extremadura e de Castilla-y-Léon.

Actividades a desenvolver

- Realizar acções de formação e informação para a sociedade organizada e a sociedade civil em geral (conforme o previsto no Plano de Saúde Pública);
- Actualizar a avaliação do risco em função da evidência científica disponível e em articulação estreita com a Direcção-Geral da Saúde;
- Realizar exercícios de simulação na Região.

O apoio estratégico e operacional às equipas de investigação epidemiológica de campo será assegurado através da Assessoria para a Epidemiologia do Departamento de Saúde Pública e Planeamento. O seu responsável integrará o Grupo de Crise conforme o disposto no presente Plano de Contingência Regional (“Estrutura e coordenação”).



6.2. PLANO REGIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Coordenação geral:

José Manuel Tereso

Delegado Regional de Saúde do Centro

Coordenação técnica:

Lúcio Meneses de Almeida

Assessor do Delegado Regional de Saúde do Centro

lucioalmeida@arscentro.min-saude.pt

Introdução

A próxima pandemia de gripe será caracterizada pelo aumento da procura de serviços (traduzida por um aumento explosivo do número de doentes que procura cuidados médicos) e uma redução significativa da oferta (absentismo laboral).

Tendo em consideração que a taxa de ataque numa pandemia de gripe corresponderá a 5 a 6 vezes a taxa de ataque da gripe sazonal e que se estima que o absentismo laboral do sector da saúde corresponda a 30-40% dos cuidadores, facilmente se poderá inferir que a gestão da pandemia assenta na gestão do “caudal” de doentes na fase 6 (período pandémico).

A ruptura dos serviços de saúde (em termos de capacidade de resposta) será tanto mais precoce quanto mais concentrados forem os casos no tempo. Assim, a estratégia preconizada pela OMS perante a instalação da pandemia de gripe consiste retardar a progressão da pandemia, possibilitando que os serviços de saúde, numa primeira fase, mantenham a capacidade de resposta.

A estratégia de gestão da ameaça pandémica assenta na capacitação do público em geral, tendo em vista a prestação de auto-cuidados e a promoção da procura presencial apropriada dos serviços de saúde (em particular, dos serviços hospitalares).

O presente Plano Regional de Saúde Pública integra, a um âmbito regional, os Planos específicos de Medidas de Saúde Pública e de Comunicação do Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe da Direcção-Geral da Saúde. Conforme o disposto neste normativo da Direcção-Geral da Saúde, refere-se a todo o *continuum* de actividade gripal (fases 1 a 6).



A comunicação em saúde é um poderoso instrumento de saúde pública, enquanto disseminador de mensagens capacitadoras do público-alvo. A comunicação do risco – entendida como a troca interactiva de informação sobre risco - é fundamental em situações em que o comportamento dos indivíduos pode influir no risco de doença ou de acontecimento adverso (mensagens redutoras do risco) promovendo a adesão do público-alvo às medidas de prevenção e controlo preconizadas pelas autoridades de saúde e serviços de saúde pública.

No entanto, a comunicação do risco encerra, em si própria, riscos decorrentes da inadequação da mensagem ao público-alvo (em termos de forma ou conteúdo) ou da sua não-oportunidade temporal – esta última propicia a proliferação de boatos, rumores e desinformação.

De acordo com a OMS, a comunicação do risco é essencial em todas as fases de actividade gripal, desde a fase 1 até à fase 6, sendo que a competência nesta área na gestão dum surto é tão importante como a investigação epidemiológica ou o apoio laboratorial.

Tendo em vista o exposto, e o facto da comunicação do risco em saúde pública ter um carácter mediático e mediatizado, considera-se da maior relevância que as autoridades de saúde, a quem cabe a avaliação e gestão do risco em saúde, sejam competentes em comunicação do risco.

Metodologia

Face à interligação estreita entre os planos de comunicação em saúde e de medidas de saúde pública (sendo que os instrumentos de comunicação se assumem como veículos difusores das medidas de saúde pública) e tendo em vista a operacionalização dos respectivos planos específicos nacionais a um âmbito regional, estes serão “agregados” num “plano-síntese” ao nível da Região Centro.

Desta forma, o presente plano baseia-se nos planos específicos de Comunicação e de Medidas de saúde pública da Direcção-Geral da Saúde (Lisboa, 2007) considerando-se a comunicação em saúde como um instrumento de implementação das medidas preconizadas no Plano de Medidas de saúde pública da DGS.

O Plano Regional de Medidas de Saúde Pública assume, desta forma, um papel “regulador” da procura dos serviços de saúde, ao promover a literacia em saúde e a auto-suficiência relativamente à



prestação de cuidados básicos de saúde (“auto-cuidados”) e a procura apropriada dos serviços de saúde (em especial, dos serviços hospitalares).

As medidas de saúde pública incluem, de acordo com o Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe, os seguintes eixos de intervenção:

- **Métodos de protecção individual** (equipamentos de protecção individual, medidas de higiene das mãos e medidas de “etiqueta” respiratória);
- **Medidas de distanciamento social** (nomeadamente isolamento, quarentena, encerramento de espaços públicos e proibição de aglomerações);
- **Procedimentos, acções e recomendações no âmbito das viagens internacionais** (via aérea ou marítima);
- **Parcerias** de âmbito comunitário, ou outro, visando a criação de estruturas e redes de suporte social em cenário pandémico ou de grave disrupção social;
- **Medidas e procedimentos legislativos ou regulamentares**, de suporte à intervenção das Autoridades de Saúde.

De acordo com o Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe/Plano específico Medidas de Saúde Pública, “a promoção da adesão às medidas de saúde pública assenta na informação à população, que terá de ser adequada ao nível de risco epidemiológico, nacional e internacional (comunicação do risco)” (p. 145).

Face ao exposto e ao facto do processo comunicacional ser um “ponto crítico” de adesão das populações às recomendações das autoridades e serviços de saúde, será criado um **Gabinete de Informação e Comunicação (GIC)** no âmbito da ARS do Centro, IP, correspondendo à entidade responsável pela gestão do processo de comunicação ao nível da área de influência desta ARS.

Este gabinete gere os recursos humanos e materiais já existentes de forma a maximizar o impacto da comunicação em saúde na área de influência da ARS do Centro. Sendo a comunicação em saúde considerada um instrumento de saúde pública, considera-se que a coordenação deste gabinete deverá ficar a cargo de um médico especialista em saúde pública, com reconhecida experiência e competência em comunicação em saúde.

No processo de comunicação do risco, os *mass media* são um parceiro primordial, pelo que o gabinete e os seus interlocutores assumirão uma postura transparente, temporalmente oportuna e “proactiva” (*i.e.*, antecipando possíveis questões). A proactividade pressupõe uma monitorização das



notícias veiculadas, por forma a identificar possíveis receios ou preocupações da população ou boatos e rumores veiculados nas comunidades e ainda a avaliação da efectividade da mensagens difundidas pela ARS do Centro através do seu GIC.

Este gabinete, que actuará na dependência directa do Presidente do Conselho Directivo, terá a seguinte composição:

- Responsável pela Informação e Comunicação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Pública e Planeamento que detém a coordenação operacional;
- Interlocutor da ARS do Centro, IP junto dos hospitais;
- Assessor de imprensa da ARS do Centro, IP;
- Assessor(es) científico(s) – responsável pelo sector da Epidemiologia do Departamento de Saúde Pública e Planeamento e, eventualmente, outros elementos deste departamento (a designar sempre que considerado necessário para a avaliação do risco);
- Representante a designar pelo hospital de referência.

São **competências** do Gabinete de Informação e Comunicação:

- Elaborar o plano operacional de comunicação e mantê-lo actualizado, em função da realidade social e mediática;
- Contribuir para a implementação das medidas de saúde pública constantes do plano nacional de contingência, enquanto instrumento estratégico difusor de informação e capacitador da população;
- Integrar, através do seu coordenador, o Grupo de Crise da ARS do Centro;
- Assessorar o Conselho Directivo da ARS do Centro na avaliação, gestão e comunicação do risco;
- Colaborar com as autoridades de saúde na comunicação do risco (no âmbito do exercício do seu poder legal);
- Assegurar, através do assessor de imprensa, a interlocução de rotina com os órgãos de comunicação social, mantendo um registo actualizado de contactos individuais e institucionais e identificando parceiros-chave;
- Planear, através do assessor de imprensa, os formatos comunicacionais adequados à situação a gerir (entrevistas, comunicados e conferências de imprensa, notas à imprensa, etc.);



- Assegurar a efectividade das mensagens sobre risco, adequando-as ao público-alvo em função da melhor evidência científica disponível e promovendo a avaliação sistemática das notícias veiculadas pelos *mass media* (avaliação da efectividade);
- Proceder à validação de todos os conteúdos informativos (incluindo suportes de informação como desdobráveis, cartazes ou outros) a divulgar pela ARS do Centro;
- Disponibilizar informação em saúde validada científica e estrategicamente a públicos-alvo previamente definidos;
- Promover a capacitação em saúde da população em geral (“literacia em saúde”), incluindo a promoção da procura e utilização apropriada dos serviços de saúde;
- Planear, em articulação com o Gabinete de Formação da ARS Centro, acções de formação sobre temas emergentes destinadas a autoridades de saúde e profissionais de saúde da Região;
- Apoiar tecnicamente os gabinetes congéneres distritais ou equiparáveis no planeamento e execução dos respectivos planos de comunicação;
- Assumir as funções de avaliador externo dos planos de comunicação de nível imediatamente inferior, de acordo com o disposto no plano nacional de contingência.

A **coordenação estratégica** do Gabinete de Informação e Comunicação está a cargo do Presidente do Conselho Directivo da ARS do Centro, IP, em estreita articulação com o Delegado Regional de Saúde do Centro (DRSC).

Poderá ser solicitada pela ARS do Centro, IP a colaboração de profissionais de reconhecido mérito e competência científica na elaboração de conteúdos dirigidos a públicos-alvo específicos – tal é o caso de campanhas de sensibilização dirigidas a profissionais de saúde (medidas de controlo da infecção).

Em situação de crise ou de emergência toda a informação relativa à área de influência da ARS do Centro, IP - incluindo a disponibilizada na sua página *web* - terá de ser pré-validada (*validação científica*) pelo Gabinete de Informação e Comunicação e submetida à validação final (*validação estratégica*) pelo Presidente do Conselho Directivo da ARS do Centro.

Cabe ao Presidente do Conselho Directivo da ARS do Centro designar os porta-vozes com a comunicação social e assumir essas funções em situações de crise ou catástrofe (por exemplo, declaração ou instalação de pandemia de gripe). Nas suas ausências ou impedimentos o Presidente do Conselho Directivo será substituído pelo Vice-Presidente do Conselho Directivo ou, sempre que considerado relevante, pelo Delegado Regional de Saúde do Centro.



Actividades a desenvolver pelos serviços de saúde pública locais da ARS do Centro

- Divulgar as medidas de higiene das mãos e de higiene respiratória destinadas à população em geral, grupos vulneráveis e de risco (idosos, institucionalizados, crianças, etc.) e seus cuidadores (isoladamente ou em articulação com outros sectores relevantes da sociedade);
- Promover a vacinação gripal anti-sazonal dos grupos de risco (incluindo prestadores de cuidados de saúde) de acordo com o disposto nas circulares da Direcção-Geral da Saúde e proceder ao registo e processamento de dados relevantes em suportes apropriados (a disponibilizar pelo serviço regional de saúde pública);
- Promover o cumprimento das orientações da DGS quanto à administração de vacinas incluídas, ou não, no Programa Nacional de Vacinação;
- Colaborar na revisão dos planos de contingência das unidades de saúde;
- Assegurar que as unidades de saúde da sua área de influência dispõem dum diagnóstico de situação actualizado relativamente às necessidades de equipamentos de protecção individual (EPI) destinados a profissionais e visitantes;
- Assegurar a divulgação dos procedimentos da Direcção-Geral da Saúde (orientações técnicas) relativamente ao uso correcto de EPI;
- Programar e colaborar em acções de sensibilização destinadas ao público em geral e grupos vulneráveis e de risco e seus cuidadores (creches, infantários, escolas, lares de idosos e centros de dia, etc.);
- Colaborar na formação de profissionais de grupos de risco (profissionais de saúde, trabalhadores de abate sanitário, trabalhadores de agências ltuosas, etc.) tendo em vista a divulgação das medidas de prevenção e controlo da infecção gripal;
- Colaborar com as autoridades de saúde na implementação das medidas de saúde pública previstas no Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe de acordo com uma avaliação fundamentada do risco (caso da evicção escolar, evicção laboral e vigilância de contactos);
- Colaborar com as autoridades de saúde no rastreio e vigilância da saúde dos viajantes (viagens internacionais – via área ou marítima) caso se aplique e de acordo com o constante no Plano específico de Medidas de Saúde Pública da DGS (fases 3 a 5 do período de alerta pandémico).



Ministério da Saúde



Perante uma avaliação de risco fundamentada, tomada em consideração a efectividade das medidas de saúde pública, poderão as autoridades de saúde determinar, nos termos da Lei, o encerramento de instituições/espacos confinados e a limitação da realização de eventos públicos que impliquem grandes aglomerações de pessoas.

O apoio técnico e monitorização das actividades de preparação pandémica dos serviços locais de saúde pública é realizada, a nível regional, pelo Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP (ver “Avaliação”).



6.3. PLANO REGIONAL DE CUIDADOS DE SAÚDE

Coordenação geral:

Mário Rui Ferreira

Vogal do Conselho Directivo da ARS do Centro, IP

Joaquim Gomes da Silva

Vogal do Conselho Directivo da ARS do Centro, IP

Coordenação técnica:

Lúcio Meneses de Almeida

Unidade de Planeamento

Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP

lucioalmeida@arscentro.min-saude.pt

António Queimadela Baptista

Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, IP

queimadelabaptista@arscentro.min-saude.pt

Colaboração:

Elisabete Gonçalves

Gabinete da Farmácia e do Medicamento da ARS do Centro, IP

gabfarmed@arscentro.min-saude.pt

Introdução

O Plano de Cuidados de Saúde é um dos três planos-síntese da Região, resultando da agregação operacional dos planos específicos nacionais da Direcção-Geral da Saúde de cuidados de saúde em ambulatório, cuidados de saúde em internamento e vacinas e medicamentos.

Tal resulta da imprescindibilidade de optimização dos recursos existentes e disponíveis, face a uma taxa de ataque total que variará entre 30 a 40% (de acordo com os Cenários de 2006 do INSA/ONSA) – correspondente a duas ondas com a duração total de 16 semanas, sendo que a primeira será de intensidade inferior (taxa de ataque de 10%), ainda que de duração semelhante à da segunda onda (8 semanas).



De acordo com os cenários elaborados pelo INSA/ONSA – que devem ser encarados como instrumento teórico de planeamento e não como previsões – será de esperar que haja uma procura de cuidados de saúde em ambulatório de, pelo menos, 110% da população afectada – sendo que o excesso decorre daqueles indivíduos que, não tendo gripe, acorrem aos serviços de saúde por “suspeita” de doença (independentemente de apresentarem clínica e desta ser compatível ou não com gripe).

Assim, e de acordo com o Plano de Contingência Nacional para a Pandemia de Gripe (Lisboa: DGS, 2007) os **principais objectivos** da prestação de cuidados em ambulatório em cenário pandémico são os seguintes:

- Atrasar a propagação da doença;
- “Recuperar” os doentes o mais precocemente possível;
- Prevenir as complicações da doença e a mortalidade evitável associada.

A estratégia preconizada pela DGS inclui, nomeadamente, o estabelecimento duma rede dedicada de atendimento a doentes com sintomas de gripe (“Serviços de Atendimento de Gripe”) e um sistema de atendimento telefónico (que inclui a Linha SAÚDE 24) com a dupla vertente de “telecuidados” (incluindo comunicação do risco) e de “televigilância epidemiológica” (vigilância activa).

No que diz respeito aos cuidados em internamento, a derradeira “linha de defesa” perante uma pandemia de gripe, os objectivos preconizados pela DGS consistem na optimização dos recursos de saúde face a um previsível aumento exponencial da procura e uma redução acentuada da oferta decorrente do absentismo laboral (estimado em 30-40%) e no contributo para minorar o impacte da doença na comunidade (reduzindo a mortalidade associada).

Já o Plano Nacional de Vacinas e Medicamentos, prevê a criação duma reserva estratégica central de medicamentos que inclui a constituição, aprovisionamento e dispensa do antiviral fosfato de oseltamivir – a cargo da Direcção-Geral da Saúde. De facto, de acordo com o referido plano, o fosfato de oseltamivir “só poderá ser utilizado em situação de pandemia e ficará armazenado centralmente” (ponto 2.5. do quadro sinóptico – p. 247) - não obstante ser prevista a sua descentralização regional.

Este plano prevê a constituição da reserva estratégica de medicamentos do sector hospitalar – de uso exclusivo hospitalar – “procedimentos a assegurar pelo INFARMED em colaboração com a DGS, o IGIF [actual ACSS] e outras instituições (por exemplo, ARS e hospitais)”.



Pretende-se, com o presente plano-síntese, o mais complexo de todos, otimizar a resposta das unidades de saúde da área de influência da Administração Regional de Saúde do Centro, IP perante uma eventual pandemia de gripe, tendo em consideração os normativos constantes dos planos específicos correspondentes da Direcção-Geral da Saúde (DGS).

Metodologia

O objectivo principal do Plano Regional de Cuidados de Saúde consiste em minorar o impacto de uma eventual pandemia de gripe através da prestação de cuidados apropriados aos doentes com gripe em função dos recursos disponíveis (em ambulatório e em internamento), garantindo a prestação de cuidados inadiáveis a doentes com outras patologias.

Face à inevitável escassez de recursos perante uma pandemia de intensidade moderada a elevada, cabe à ARS do Centro, IP, na pessoa do seu Presidente do Conselho Directivo, a coordenação estratégica (planeamento) e operacional (mobilização de recursos) no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde directos ao nível da Região Centro, cabendo às unidades de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde a prestação directa de cuidados.

O presente plano assenta na interoperabilidade dos vários planos-síntese regionais (em especial, com o Plano Regional de Saúde Pública) e nos seguintes **pressupostos**:

- A promoção dos auto-cuidados e tele-cuidados poderá reduzir o afluxo inapropriado de utentes aos serviços de saúde ou, pelo menos, contribuir para a dispersão temporal da procura de cuidados;
- A prestação dos cuidados de primeiro contacto será assegurada pelas unidades e serviços de cuidados primários (nomeadamente centros de saúde e unidades de saúde familiar);
- A prestação de cuidados diferenciados será assegurada pelas unidades hospitalares;
- Perante uma pandemia de intensidade moderada a elevada (traduzida por taxas de ataque superiores a 25%) os serviços de saúde entrarão em ruptura;
- A adequação da prestação de cuidados de saúde poderá exigir a colaboração e eventual requisição de unidades e serviços privados de saúde (bem como dos respectivos profissionais) nos termos da Legislação em vigor e do constante no Plano Nacional de Contingência para a Pandemia de Gripe.



A **estratégia** a adoptar passa, assim, pela potenciação e optimização dos recursos disponíveis, mediante a prestação de cuidados de forma integrada e concertada pela ARS, tendo os seguintes **objectivos operacionais**:

- Diminuir a procura inapropriada de cuidados de saúde mediante a promoção dos auto-cuidados (comunicação do risco) e tele-cuidados e, desta forma, diminuir a sobrecarga das unidades prestadoras;
- Criação de centros de atendimento de gripe ou similares nos concelhos ou áreas de influência em que seja justificável e exequível (por exemplo, alocar em regime de exclusividade, extensões de saúde a doentes com sintomas compatíveis com gripe);
- Assegurar o funcionamento dos sistemas de informação em cuidados de saúde e respectivos instrumentos de rotina, bem como de sistemas “ad hoc” - caso do Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe (SIAPC-G) da DGS a activar por aquela Direcção-Geral em caso de pandemia;
- Mobilização de profissionais de saúde reformados e de estudantes de Medicina e de Enfermagem habilitados à prática de cuidados essenciais e aconselhamento em saúde;
- Selecção, pela ARSC, de locais estratégicos de alojamento temporário para prestadores de cuidados de saúde, tendo em vista a sua eventual utilização;
- Selecção de “hospitais dedicados” e pavilhões ou serviços dedicados para a fase de pandemia instalada nos termos previstos no Plano Nacional de Contingência;
- Promoção da articulação com outras entidades e outros sectores da sociedade relevantes.

O Gabinete de Informática da ARS do Centro, IP, assegurará a formação e o apoio na área dos sistemas de informação, mediante a constituição e treino de equipas operacionais de âmbito loco-regional e dotadas dos meios técnicos e funcionais necessários a acorrer a emergências informáticas.

De acordo com o Plano Nacional de Contingência, é responsabilidade das entidades laborais a organização de residências temporárias para profissionais de saúde durante a fase 5 do período de alerta pandémico – tendo em vista a sua eventual utilização durante a fase 6 do período pandémico (em função da avaliação circunstanciada da situação).



Desta forma, o Departamento de Instalações e Equipamentos manterá actualizada a base de dados relativa às instalações e equipamentos das unidades de saúde dependentes da ARS do Centro, IP (de acordo com o disposto na alínea c) do artigo 7º do anexo à Portaria nº 650/2007 de 30 de Maio – “Estatutos da ARS do Centro, IP”) no sentido de identificar possíveis locais de alojamento temporário dos seus profissionais para a fase 6.

O Departamento de Estudos, Recursos Humanos e Administração Geral actualizará periodicamente uma **base de dados dos profissionais de saúde** (nomeadamente, médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica), na qual deverá constar a categoria profissional e qualificação específica, residência e contactos (telemóvel) bem como outros elementos de interesse para uma fácil localização e caracterização profissional. No caso dos profissionais reformados, deverá constar a data da reforma e, sempre que possível, eventuais actividades desempenhadas no sector da saúde desde então.

A selecção dos **hospitais de referência** para as fases 4 e 5 do período de alerta pandémico é da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde e da ARS do Centro – de acordo com o disposto no Plano Nacional de Contingência - e conta com a colaboração das unidades hospitalares. Para o período de alerta pandémico (fases 3 a 5) mantém-se como hospital de referência da Região Centro para os adultos os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), para onde serão referenciados pela Direcção-Geral da Saúde os casos suspeitos de gripe humana por vírus aviário.

No caso dos doentes pediátricos, e enquanto se mantiver no Hospital Pediátrico de Coimbra a ausência de condições de isolamento necessárias e previstas no Plano Nacional de Contingência, a referenciação destes doentes, para o presente período de alerta pandémico, será feita para o Hospital Pediátrico de D. Estefânia em Lisboa, sendo o seu transporte assegurado pelo INEM - à semelhança dos doentes adultos. A referenciação dos doentes pediátricos poderá vir a ser alterada pela DGS em função de eventuais propostas a apresentar oportunamente pela ARSC.

Relativamente aos “**hospitais dedicados**”, previstos no Plano Nacional de Contingência da Gripe, serão utilizados no início da fase 6 até exaustão da sua capacidade de internamento, dentro das áreas urbanas ou regiões que disponham de mais do que um hospital. Caso a pandemia seja de intensidade leve estes hospitais poderão funcionar durante todo o período pandémico.

Nos termos do referido plano nacional, a selecção dos hospitais dedicados na Região Centro será feita pelo Conselho Directivo da ARS do Centro, IP em articulação com os Conselhos de Administração dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.



Os critérios de selecção destes hospitais serão definidos pela ARS do Centro, IP através da Unidade de Planeamento do Departamento de Saúde Pública e Planeamento, em articulação com o Departamento de Estudos, Recursos Humanos e Administração Geral, o Departamento de Instalações e Equipamentos e o interlocutor regional junto dos hospitais.

O **interlocutor regional junto dos hospitais**, figura a criar no âmbito do presente plano, será designado pelo Conselho Directivo da ARS do Centro, IP e reportará perante este órgão directivo. A sua missão consiste em actuar como “facilitador” da articulação entre a ARSC e os hospitais da Região, mediante o acompanhamento da sua preparação pandémica e a promoção do previsto no Plano Nacional da DGS relativamente à constituição e gestão da reserva estratégica medicamentosa por cada unidade hospitalar do SNS.

A Administração Regional de Saúde do Centro, IP, promoverá em articulação com a Direcção-Geral da Saúde e as Comissões de Ética dos hospitais da Região, a discussão dos aspectos éticos decorrentes da prestação de cuidados diferenciados em cenário pandémico.

Actividades a desenvolver pelas unidades de saúde da ARS do Centro

- Elaboração do diagnóstico da situação em termos de equipamentos e recursos relacionados com a higiene adequada das mãos (incluindo a identificação de obstáculos estruturais ou processuais à adesão a estas medidas de controlo da infecção);
- Estimação de necessidades em equipamentos e recursos relacionados com a higiene adequada das mãos dos profissionais, utentes e visitantes (lavatórios de mãos com torneiras de comando não manual, devidamente localizados e sinalizados e dispendo dos meios higiénicos de lavagem e secagem das mãos, bem como soluções anti-sépticas de base alcoólica);
- Garantir o suprimento das necessidades em equipamentos e recursos relacionados com a higiene adequada das mãos;
- Caracterização dos recursos existentes (humanos e infra-estruturais) e estimacão da capacidade máxima de expansão dos serviços;
- Promover a vacinação anti-gripal sazonal dos profissionais de saúde, de acordo com as orientações emanadas anualmente pela Direcção-Geral da Saúde nos termos da legislação ocupacional em vigor e colaborar com os serviços locais de saúde pública remetendo os dados relativos aqueles;
- Disponibilizar recursos relacionados com a higiene respiratória (toalhetes descartáveis de papel e caixotes de lixo apropriados);



- Identificar necessidades em equipamentos de protecção individual (EPI) e garantir o seu aprovisionamento e gestão adequada dos *stocks*;
- Promover acções de formação destinadas a profissionais de saúde;
- Prever espaços nas unidades de saúde destinados ao isolamento de doentes de acordo com o disposto no Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe;
- Rever o respectivo plano de contingência (processo da responsabilidade do órgão directivo da unidade de saúde);
- Manter actualizado o registo de contactos de profissionais (incluindo reformados).

As unidades hospitalares deverão constituir e gerir a Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe (REM-G), em articulação com a ARS do Centro, a Direcção-Geral da Saúde e o INFARMED, nos termos constantes do Plano Nacional de Vacinas e Medicamentos.

Será constituído, pela ARS do Centro, o **Grupo Gestor Regional da REM-G hospitalar** que será presidido por um Vogal do Conselho Directivo e que integrará a responsável pelo Gabinete da Farmácia e do Medicamento da ARSC (que detém a coordenação operacional), o interlocutor regional junto dos hospitais (figura a criar no âmbito do presente plano) e representantes dos hospitais da Região (directores clínicos e responsáveis pela Farmácia).

O Grupo Gestor Regional articular-se-á com o Grupo Gestor Nacional (coordenado pela DGS) e terá como missão promover e avaliar o processo de constituição e gestão da REM-G dos hospitais da região e gerir a reserva estratégica medicamentosa (REM) na área de influência da ARS do Centro, caso esta última seja descentralizada a nível regional pela DGS - nos termos constantes do Plano Nacional de Vacinas e Medicamentos.

São **competências específicas** do Grupo Gestor Regional da REM-G hospitalar:

- Promover, junto de cada unidade hospitalar (e nos Centros de Atendimento de Gripe que venham a ser criados) a constituição da respectiva REM, mediante a identificação e caracterização das condições estruturais físicas para armazenamento e distribuição das vacinas e dos medicamentos da REM;
- Assegurar a gestão da REM-G regional caso seja descentralizada pela DGS – em articulação com a DGS, o INFARMED e outras entidades envolvidas na gestão e controlo da dispensa do fosfato de oseltamivir;
- Constituir grupos de trabalho especializados para elaboração de orientações técnicas, de acordo com os normativos emitidos ou a emitir pela DGS;



- Elaborar dossiês técnicos específicos onde estejam contemplados critérios para a definição de necessidades em vacinas e medicamentos, as medidas e procedimentos a executar (incluindo os respectivos responsáveis) bem como eventuais mecanismos prioritários de aprovisionamento, adaptação e ajustamento nos circuitos de distribuição;
- Assegurar o cumprimento pelas unidades de saúde dos normativos da Direcção-Geral da Saúde em relação à vacina pandémica (quando disponível) mediante o aprovisionamento por aquelas unidades de seringas e agulhas em função do número de doses imunogénicas a administrar (previsivelmente 2 doses com um intervalo de 4 a 6 semanas), adequação da rede de frio (em especial a área de armazenamento de frio) e programação da respectiva administração;
- Assessorar o Conselho Directivo da ARS do Centro, IP.



7. AVALIAÇÃO

Coordenação geral:

João Pedro Pimentel

Presidente do Conselho Directivo da ARS do Centro, IP

Rosa Reis Marques

Vice-Presidente do Conselho Directivo da ARS do Centro, IP

Coordenação técnica:

António Brochado Morais

Coordenador da Unidade de Planeamento

Departamento de Saúde Pública e Planeamento

amorais@arscentro.min-saude.pt

De acordo com o disposto no “Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe” (Lisboa, DGS, 2007) a avaliação do plano de contingência da gripe divide-se, em função da etapa do planeamento, em “avaliação concorrente ou concomitante” (correspondendo à elaboração e execução do plano regional) e em “avaliação final ou retrospectiva” (correspondente à avaliação do impacto ou resultado das intervenções propostas).

No que diz respeito à classificação em função da entidade avaliadora, divide-se em “avaliação interna” (avaliação efectuada pelos responsáveis pela elaboração e/ou execução do plano em questão) e “avaliação externa” (efectuada por entidades externas ao processo de avaliação).

A avaliação externa do sector da saúde está subordinada, de acordo com o plano de contingência nacional da Direcção-Geral da Saúde (Lisboa, 2007), à sua cadeia hierárquica, sendo que o avaliador externo da ARS do Centro é, de acordo com o disposto no plano nacional de contingência, a Direcção-Geral da Saúde.

A avaliação interna do Plano Regional de Contingência para a Pandemia de Gripe e a avaliação externa dos planos distritais ou equiparáveis é da responsabilidade do **Grupo de Acompanhamento do Plano Pandémico Regional** da ARS do Centro, IP (GAR), que sucede ao Grupo Regional da Gripe (GRAG) criado em Fevereiro de 2006.



Este grupo – que tem as competências correspondentes ao “Comité Regional para a Gripe” do Plano de Contingência Nacional - reunirá com uma periodicidade semestral e das reuniões de trabalho convocadas pela ARS do Centro mediante prévia ordem de trabalhos, resultará um relatório sumário a remeter ao Presidente do Conselho Directivo deste Instituto Público.

São, assim, **competências** do GAR:

- Elaborar um Plano de avaliação adequado aos níveis de intervenção da ARS do Centro, IP (avaliação interna e avaliação externa);
- Proceder à avaliação interna do Plano Regional de Contingência e propor revisões sempre que considerado necessário e tendo em consideração o estado de conhecimento e as necessidades em serviços ou recursos decorrentes de eventuais alterações demográfico-assistenciais;
- Assegurar o apoio técnico ao planeamento e execução dos planos de contingência de âmbito imediatamente inferior (*i.e.*, distritais ou equiparáveis);
- Assumir a competência de “avaliador externo” dos planos de contingência de âmbito imediatamente inferior.

De acordo com o disposto no plano nacional de contingência, o plano de avaliação deve ser disponibilizado a todos os participantes no processo, incluindo os avaliados. Nesse plano de avaliação deverão constar, além do objecto da avaliação (componente a avaliar), a finalidade e a metodologia de avaliação.

Dessa forma, cabe ao GAR elaborar os planos de avaliação externa das unidades operativas da sua área de influência, tendo em consideração os aspectos atrás enunciados constantes do “Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde” e disponibilizar o plano de avaliação às entidades a avaliar.

O **Grupo de Acompanhamento do Plano Pandémico Regional (GAR)** enquanto órgão de assessoria técnico-científica do Conselho Directivo da ARS do Centro é presidido pelo Presidente do Conselho Directivo da ARS do Centro, IP e inclui na sua **composição** um Vogal do Conselho Directivo (que substitui o primeiro nos seus impedimentos), o Director do Departamento de Saúde Pública e Planeamento (DSPP), o Coordenador da Unidade de Planeamento do DSPP, os representantes das unidades hospitalares que integraram o GRAG (director clínico e director do Serviço de Doenças Infecciosas do hospital de referência, o director clínico e o director do Serviço de



Urgências do CHC, o director clínico do HPC e o director do Serviço de Pneumologia do Hospital de S. Teotónio) e directores de serviços de saúde ou equiparáveis das áreas de influência da ARS do Centro, IP (a designar oportunamente), o interlocutor da ARS do Centro, IP, junto dos hospitais (ver Plano de Cuidados de Saúde) e o Assessor para a Epidemiologia.

O GAR manterá uma estreita articulação com os Adjuntos do DRSC que participarão, em representação do DRSC, nos comités de avaliação interna das respectivas áreas de influência.

Na qualidade de avaliador externo, a composição do GAR será adequada ao objecto da avaliação, sendo transitoriamente excluído do comité de avaliação externa o director de serviços de saúde ou equiparável da área em questão.

Pode ainda ser solicitada a participação de outras entidades - na qualidade de peritos internos ou externos - sempre que necessário, podendo-se ainda constituir sub-grupos de trabalho com uma finalidade específica.

A **coordenação operacional** do GAR é detida pelo Coordenador da Unidade de Planeamento do Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS do Centro, a quem cabe elaborar os relatórios a remeter pelo Director do Departamento de Saúde Pública e Planeamento ao Presidente do Conselho Directivo da ARS do Centro, IP.

FIM



Ministério da Saúde



Administração Regional de Saúde do Centro, IP: contactos

Conselho Directivo

Alameda Júlio Henriques, S/n

Apartado 1087

3000-553 Coimbra

Telefone (geral): 239 796 800

Fax (geral): 239 796 861

E-mail: secretariado.ca@arscentro.min-saude.pt

Página web: www.arscentro.min-saude.pt

Delegado Regional de Saúde do Centro

Departamento de Saúde Pública e Planeamento da Administração Regional de Saúde do Centro, IP

Av. D. Afonso Henriques, 141

3000-011 Coimbra

Telefone (geral): 239 488 284

Fax: 239 488 289

E-mail: saudepublica@arscentro.min-saude.pt

Página web: www.dgs.pt (“Delegados Regionais de Saúde”)

ANEXOS

Anexo I

Fases de actividade gripal

(Adaptado de WHO, 2005)

Fases de actividade gripal

Período interpandémico	Fase 1	Ausência de casos de infecção pelo vírus animal em humanos; risco de infecção em humanos baixo
	Fase 2	Ausência de casos de infecção pelo vírus animal em humanos; risco de infecção em humanos substancial
Período de alerta pandémico	Fase 3	Casos de infecção pela estirpe animal em humanos mas ausência de transmissão interpessoal ou transmissão limitada a contactos próximos
	Fase 4	Pequenos <i>clusters</i> independentes e com limitada capacidade de transmissão interpessoal (altamente localizada)
	Fase 5	<i>Clusters</i> de maiores dimensões com capacidade de transmissão interpessoal limitada mas potencial pandémico substancial
Período pandémico	Fase 6	Transmissão (aumentada e sustentada) na população em geral

Anexo II

Período de alerta pandémico (fase 3): Investigação epidemiológica de casos e vigilância de expostos

(Documento GAH6 da DGS, Fevereiro 2006)



Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1)

Período de Alerta Pandémico – Fase 3

(Baixa probabilidade de aparecimento de casos esporádicos na Europa)

Investigação epidemiológica de casos e vigilância de pessoas expostas

1. Investigação epidemiológica de casos

A investigação epidemiológica tem dois objectivos essenciais:

- Identificar a origem da infecção;
- Identificar e seguir os contactos próximos do caso na comunidade antes do internamento, incluindo os profissionais de saúde implicados no atendimento do doente em ambulatório, se necessário.

O circuito da informação na investigação epidemiológica de casos humanos de infecção por vírus da gripe de origem aviária está esquematizado no Anexo 1.

Após identificação de um caso possível o médico da Direcção-Geral da Saúde (DGS) que o validou informará, via telefone, de imediato o Delegado Regional de Saúde (DRS) da área de internamento e, quando aplicável, o Delegado Regional de Saúde (ou seus congéneres de outros países) em cuja área de intervenção o caso possível tenha permanecido nos 7 dias anteriores ao início dos sintomas.

O médico responsável pelo internamento envia, por fax, a declaração de internamento para o DRS da área do hospital.

Os médicos responsáveis pela triagem (nos vários serviços de saúde) e/ou pelo internamento do caso possível devem informar, de imediato, o respectivo Serviço de Medicina do Trabalho (SMT) e a Comissão de Controlo de Infecção (CCI), para que seja iniciada a vigilância dos profissionais que tiveram contacto próximo com o doente e instituídas as medidas de controlo de infecção adequadas.

1.1. Actuação das Autoridades de Saúde

Logo que receba a declaração de internamento de caso possível (ver documento **GAH 2**), o Delegado Regional de Saúde deve enviar cópia, por fax, para a DGS (Divisão das Doenças Transmissíveis, fax: 218430620).



O DRS providenciará para que seja iniciada imediatamente a investigação epidemiológica do caso, através da aplicação do Inquérito Epidemiológico (Anexo 2), que inclui a identificação dos contactos.

Uma cópia do Inquérito Epidemiológico deve ser enviada, por fax, à Divisão das Doenças Transmissíveis da DGS, que se encarregará de comunicar com as Autoridades de Saúde de outros países eventualmente implicados nesta investigação.

1.1.1. Origem da infecção

Se for identificada uma fonte provável da infecção, deverão ser desencadeadas as medidas adequadas junto das Autoridades de Saúde (humanas e/ou veterinárias) para o prosseguimento da investigação e intervenção necessária.

1.1.2. Identificação e vigilância dos contactos na comunidade

O Delegado de Saúde (DS) deverá informar todos os contactos próximos do doente considerado como caso possível (ver documento **GAH 2**), sobre a auto-vigilância de saúde que deverão efectuar durante os 7 dias seguintes ao último contacto próximo com o doente, de acordo com o folheto informativo que lhes será distribuído (Anexo 3). A auto-vigilância consiste na monitorização do estado de saúde, com medição da temperatura corporal duas vezes por dia até 7 dias após o contacto próximo com o doente. Os valores da temperatura, data e hora da sua medição, devem ser registados.

Se o caso evoluir para caso provável ou confirmado, a vigilância dos contactos próximos deverá passar a activa, e o DS deverá contactá-los, diariamente, e tomar conhecimento dos registos da temperatura.

Em todos os casos, contactos de caso possível, provável ou confirmado, se surgir sintomatologia sugestiva a pessoa sob vigilância deverá contactar, de imediato, o DS que fará uma avaliação clínica cuidada (respeitando os procedimentos de protecção individual recomendados (ver documento **GAH 4**) e, se mantiver a suspeita, contactará a LSP, dando início a um novo circuito (ver documento **GAH 3**).

Se o caso inicial evoluir para caso provável ou confirmado deverá ser instituída profilaxia com oseltamivir, como definido no Anexo 4 e no documento **GAH 7**. Esta quimioprofilaxia será interrompida se o caso provável for infirmado.

Se os contactos próximos de um caso possível, provável ou confirmado, estiveram expostos à mesma fonte de infecção, deverão ficar sob vigilância activa e quimioprofilaxia com oseltamivir (ver Anexo 4 e documento **GAH 7**).

Não se recomendam restrições à deslocação dos contactos próximos de casos possíveis, prováveis ou confirmados, durante o período de vigilância.



1.2. Actuação dos Serviços de Medicina do Trabalho (SMT) e Comissões de Controlo de Infecção (CCI)

Os Serviços de Medicina do Trabalho (SMT) e/ou as Comissões de Controlo de Infecção dos serviços de saúde onde tenha ocorrido a triagem e/ou internamento de um caso possível validado, devem identificar os profissionais que tiveram contacto próximo com o doente.

Após a identificação de todos os profissionais que tiveram contacto próximo com o caso possível, provável ou confirmado, o serviço competente deve implementar a sua vigilância activa: monitorização do seu estado de saúde, incluindo a medição da temperatura duas vezes por dia, até 7 dias após o último contacto com o doente. Os valores da temperatura, data e hora da sua medição, devem ser registados. O SMT e/ou CCI é responsável pela vigilância diária destes profissionais.

Se ocorrerem sintomas sugestivos (ver documento **GAH 2**), a pessoa sob vigilância deve informar imediatamente o SMT e/ou CCI. Caso se mantenha a suspeita após uma avaliação clínica mais cuidada (respeitando os procedimentos de protecção individual recomendados no documento **GAH 4**), o médico decidirá acerca do internamento do novo caso possível se estiver num dos hospitais de referência ou contactará a LSP se estiver em qualquer outro serviço de saúde dando início a um novo circuito (ver documento **GAH 3**).

Durante o período de vigilância não se recomendam restrições à deslocação dos profissionais dos serviços de saúde com contactos próximos com casos possíveis, prováveis ou confirmados.

Os responsáveis pela vigilância dos contactos próximos em serviços de saúde (SMT) devem enviar regularmente um relatório sumário aos respectivos Delegados Regionais de Saúde.

Todas as medidas referentes à vigilância dos contactos de um caso possível terminam se o caso for encerrado, ou seja, se não passar a caso provável ou confirmado.

2. Vigilância de pessoas expostas

Na sequência da detecção de um foco de doença aviária com forte suspeição de infecção por vírus da gripe A(H5N1), a Autoridade de Saúde Veterinária contactará o Delegado de Saúde da mesma área, que desencadeará as medidas necessárias à vigilância das pessoas expostas a aves doentes, incluindo a sua identificação, aconselhamento e vigilância como descrito para o vigilância dos contactos de casos no ponto 1.1.2.



Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde



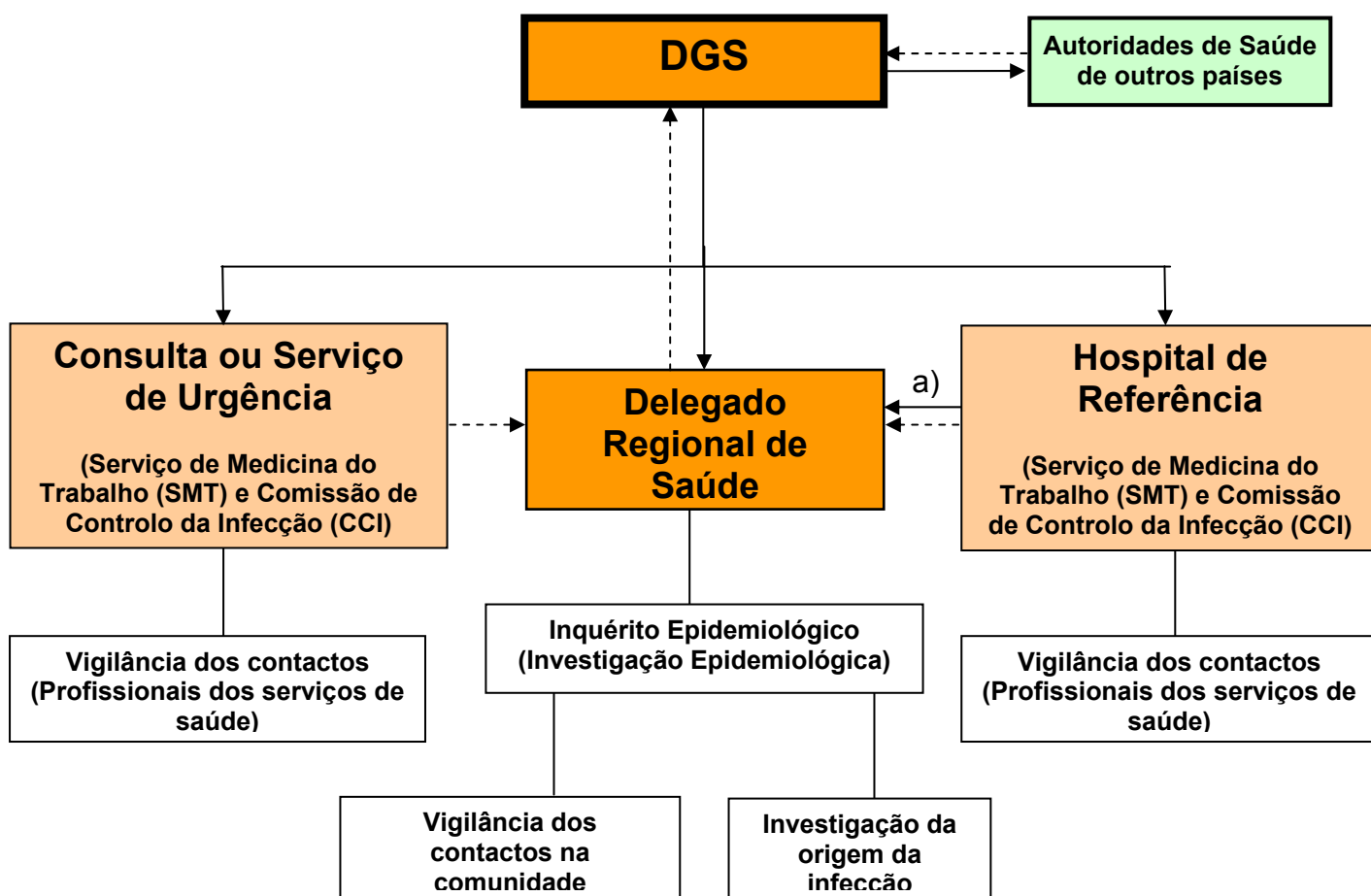
GAH 6

Profissionais de saúde
17-02-06

As medidas de vigilância de pessoas expostas cessarão se o foco em aves for infirmado.

Doença humana por vírus *influenza* de origem aviária A(H5N1)
Período de Alerta Pandémico – Fase 3
(Baixa probabilidade de surgimento de casos esporádicos na Europa)

Fluxograma de investigação epidemiológica perante casos possíveis, prováveis ou confirmados



Legenda:

- > Informação
- - -> Retro-informação
- Acção

a) "Declaração de internamento de casos possíveis" (Anexo 1 do documento **GAH 3**)

A DGS informará os serviços de saúde envolvidos na triagem inicial sobre a evolução do caso, para que os respectivos Serviços de Medicina do Trabalho e Comissões de Controlo da Infecção possam iniciar a identificação e vigilância dos profissionais de saúde que tiveram contacto próximo com o doente.

Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1)

Período de Alerta Pandémico – Fase 3

(Baixa probabilidade de surgimento de casos esporádicos na Europa)

Inquérito epidemiológico referente a um caso possível, provável ou confirmado

Notas de preenchimento

1. Este inquérito é constituído por quatro partes:

- I. Declaração de internamento**, a preencher pelo médico responsável pelo internamento do caso suspeito no hospital de referência, logo após o internamento.
- II. Continuação do Inquérito Epidemiológico**, a preencher pela Autoridade de Saúde designada pelo Delegado Regional de Saúde (DRS) da área do hospital de internamento, nas primeiras 24 horas após a recepção da Declaração de internamento.
- III. Vigilância dos Contactos**, a preencher pela Autoridade de Saúde designada pelo DRS da área do hospital de internamento e, se aplicável, pela Autoridade de Saúde designada pelo DRS da área de estadia/residência do caso durante os 8 dias anteriores ao início dos sintomas e até ao internamento. A identificação dos contactos deve ser iniciada aquando do preenchimento da Parte II.
- IV. Inquérito de Seguimento** a preencher pela Autoridade de Saúde designada pelo DRS da área do hospital de internamento, às 48 horas e aos 7 dias seguintes à declaração de internamento.

2. Para a realização do **Inquérito Epidemiológico**, deve-se ter em atenção o cumprimento das medidas de protecção individual recomendadas no documento **GAH3**.

3. A **Declaração de Internamento (Parte I)** é recebida, por fax, pelo DRS e deve ser completada, se necessário, pela Autoridade de Saúde que realiza o Inquérito Epidemiológico.

4. Após o preenchimento das **Partes I e II**, o DRS deverá enviar cópia à DGS – Divisão de Doenças Transmissíveis*, nas primeiras 24 horas após a recepção da Declaração de internamento.

6. A **Vigilância dos Contactos (Parte III)** inclui identificação e vigilância dos contactos próximos do caso possível, provável ou confirmado. A sua cópia deverá ser enviada à DGS – Divisão de Doenças Transmissíveis*, após o período de vigilância dos contactos de cada caso.

7. O **Inquérito de Seguimento (Parte IV)** poderá ser preenchido por via telefónica e enviado por fax à DGS – Divisão de Doenças Transmissíveis*, às 48 horas e aos 7 dias pós-internamento.

DGS – Divisão de Doenças Transmissíveis (FAX nº 21 843 06 20)

Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1)

Período de Alerta Pandémico – Fase 3

(Baixa probabilidade de surgimento de casos esporádicos na Europa)

Inquérito epidemiológico - PARTE I

Declaração de internamento de um caso possível

Esta Declaração deverá ser preenchida pelo médico responsável pela primeira avaliação clínica, durante o internamento do caso suspeito, devendo ser enviada, de imediato, por fax, para o Delegado Regional de Saúde (DRS) da área do hospital.

Esta declaração deverá também ser utilizada para a requisição de exames laboratoriais ao laboratório de referência (Centro Nacional da Gripe).

Deve ter-se em atenção o cumprimento das medidas de protecção individual durante a observação de um caso (ver o documento GAH 4)

Nome do médico _____
Hospital _____ Serviço _____
Contacto telefónico _____ Fax: _____
e-mail _____@_____
Internamento em: __/__/__; __ h __ m Declaração em: __/__/__; __ h __ m

Nome do doente: _____
Data de nascimento: __/__/____ Sexo: Feminino Masculino
Nacionalidade _____ Naturalidade (país) _____
Morada _____
CP _____ - _____ Telefone _____
Profissão / Ocupação: _____
Instituição / Empresa: _____

A preencher pela DGS
Nº de caso:

1. Sintomas e sinais

Início de sintomas em: __/__/____

<input type="checkbox"/> Febre > 38°C (confirmada)	<input type="checkbox"/> Rinorreia
<input type="checkbox"/> História de febre > 38°C	<input type="checkbox"/> Conjuntivite
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Diarreia aquosa
<input type="checkbox"/> Sensação de dor, ardor ou irritação na garganta	<input type="checkbox"/> SDRA (síndrome da dificuldade respiratória do adulto)
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Radiografia ao tórax (em __/__/____)
<input type="checkbox"/> Cefaleias	<input type="checkbox"/> Pneumonia
<input type="checkbox"/> Mialgias	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Outro(s) sintoma(s) (especifique): _____	

2. Gravidade da doença

Ligeira Moderada Grave Instável Morte (data: __/__/____)

3. História epidemiológica

3.1. Estadia em área(s) afectada(s)* por estirpes altamente patogénicas do vírus da gripe A(H5N1), em animais, nos 7 dias anteriores ao início dos sintomas (actualização diária em www.oie.int) (esta informação pode ser solicitada à Linha Saúde Pública – 808 211 311)

País	Região	Cidade	Estadia
			__/__/____ a __/__/____
			__/__/____ a __/__/____
			__/__/____ a __/__/____
			__/__/____ a __/__/____
			__/__/____ a __/__/____
			__/__/____ a __/__/____

Data da chegada a Portugal: __/__/____

Teve sintomas durante a viagem? Sim Não Não Sabe

3.1.1. Em área afectada, contactou (< 1 metro, sem protecção adequada#) com espécies aviárias (domésticas ou selvagens) e/ou suínos, vivos ou mortos, nos 7 dias anteriores ao início dos sintomas?

Não Não Sabe Sim, onde? _____

3.1.2. Em área afectada, permaneceu, nos 7 dias anteriores ao início dos sintomas, em locais onde se encontravam espécies aviárias (domésticas ou selvagens) e/ou suínos, infectados ou potencialmente infectados com o vírus da gripe A(H5N1), ou onde estes animais tenham estado confinados, nas 6 semanas anteriores, independentemente do tempo de confinamento?

Não Não Sabe Sim, onde? _____

3.1.3. Em área afectada, contactou (< 1 metro, sem protecção adequada#) com um caso de doença respiratória aguda não identificada, em estado grave, nos 7 dias anteriores ao início dos sintomas?

Não Não Sabe Sim, onde? _____

Se sim, descreva:

Caso incluído em surto? Sim Não Não Sabe

Nome do caso índice: _____

Descrição do tipo de contacto: _____

3.2. Trabalha em laboratório onde são manipuladas amostras biológicas (humanas/animais) com suspeita de infecção pelo vírus da gripe A(H5N1)?

Não Não Sabe Sim, onde? _____

3.3. Contactou (< 1 metro, sem protecção adequada#), nos 7 dias anteriores ao início dos sintomas, com um caso humano possível, provável ou confirmado de infecção pelo vírus da gripe A(H5N1) durante o período de transmissibilidade (desde 1 dia antes até 7 dias depois do início dos sintomas)?

Não Não Sabe Sim, onde? _____

* A definição de área afectada encontra-se no documento **GAH 2**.

A protecção adequada, de acordo com o tipo de exposição, encontra-se descrita no documento **GAH 4**.

Se sim, qual a classificação do caso índice:

possível provável confirmado

Caso índice incluído em surto? Sim Não Não Sabe

Nome do caso índice: _____

Descrição do tipo de contacto: _____

4. Requisição de exames laboratoriais para vírus respiratórios

Exames requisitados	Produtos enviados
<p>Diagnóstico de vírus da gripe A(H5N1)</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa de vírus da gripe aviário A(H5N1) (Teste de diagnóstico e teste de confirmação)</p> <p>Diagnóstico diferencial</p> <p><input type="checkbox"/> RT-PCR para vírus da gripe sazonal (A(H1N1); A(H3N2); B)</p> <p><input type="checkbox"/> RT-PCR para vírus sincicial respiratório A e B</p> <p><input type="checkbox"/> PCR para adenovírus</p> <p><input type="checkbox"/> Imunofluorescência para vírus parainfluenza</p> <p><input type="checkbox"/> RT-PCR para metapneumovírus humano</p> <p><input type="checkbox"/> RT-PCR para coronavírus associado à síndrome respiratória aguda (SARS-CoV)</p> <p>Pesquisa de anticorpos</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos humanos contra vírus da gripe aviário A(H5N1) em 1º e 2º soro</p>	<p>Tracto respiratório superior</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirado da nasofaringe</p> <p><input type="checkbox"/> Exsudado da nasofaringe colhido em zaragatoa</p> <p><input type="checkbox"/> Exsudado da orofaringe colhido em zaragatoa</p> <p>Tracto respiratório inferior</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirado endotraqueal</p> <p><input type="checkbox"/> Lavado broncoalveolar</p> <p>Sangue (soro)</p> <p><input type="checkbox"/> Amostra de sangue na fase aguda</p> <p><input type="checkbox"/> Amostra de sangue na fase convalescente</p>

As amostras devem ser colhidas conforme orientações do documento **GAH 5** ("Colheita de produtos biológicos destinados à investigação laboratorial virológica") e acompanhadas desta Declaração, devidamente preenchida, no envio para:

Centro Nacional da Gripe
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
Av. Padre Cruz, CP 1649-016 Lisboa

Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1)

Período de Alerta Pandémico – Fase 3

(Baixa probabilidade de surgimento de casos esporádicos na Europa)

Inquérito epidemiológico - PARTE II

Continuação do inquérito epidemiológico

A preencher pela Autoridade de Saúde designada pelo Delegado Regional de Saúde (DRS) da área do hospital de internamento, nas 24 horas a seguir à recepção da Declaração de Internamento.

Autoridade de Saúde _____
Centro Regional de Saúde Pública _____ Centro de Saúde _____
Contacto telefónico _____ Fax: _____
e-mail _____ @ _____
Data de preenchimento: __ / __ / ____

Nome do doente: _____
Data de nascimento: __ / __ / ____ Sexo: Feminino Masculino

1. Investigação laboratorial - Vírus da gripe

Resultados:

	Data da colheita	Testes utilizados	Data do resultado	Resultado
Influenza tipo A, B ou C				
Subtipo da Hemaglutinina				
Subtipo da Neuraminidase				
Estirpe				

2. Classificação do caso

- Possível Provável Confirmado
 Infirmado (Diagnóstico alternativo: _____)

3. Tratamento/profilaxia com antivirais

3.1. O doente iniciou terapêutica com antivirais, no internamento?

- Não Sim

Se sim:

Data de início: __ / __ / ____

Nome comercial: _____ Princípio activo: _____

Posologia: _____

3.2. O doente tomou antivirais nos 7 dias anteriores ao início dos sintomas?

Não Não sabe Sim

Se sim:

Desde: __/__/____ até: __/__/____

Nome comercial: _____ Princípio activo: _____

Posologia _____

4. Vacina contra a gripe sazonal

Vacina contra a gripe sazonal anterior ao início dos sintomas?

Não Não sabe Sim (data da última inoculação __/__/____; em que país: _____)

5. Evolução da doença à data do inquérito

Recuperado Em recuperação Estável A piorar

Morte (data: __/__/____)

6. Condições de Internamento

O doente está em isolamento? Sim Não

Se sim, em que condições?

Quarto individual com pressão negativa

Quarto individual, com casa de banho

Outro, especifique as condições: _____

7. Se, na Declaração de internamento, foi respondido sim à questão 3.1.1, caracterize a situação

7.1. Contacto (< 1 metro, sem protecção) com animais, vivos ou mortos:

suínos, data: __/__/____

aves domésticas. Quais: _____; data: __/__/____

aves selvagens. Quais: _____; data: __/__/____

7.2. Contacto de âmbito:

profissional. Descreva: _____

em lazer: Descreva: _____

7.3. Descrição do tipo de contacto e duração da exposição:

8. Se, na Declaração de internamento, foi respondido sim à questão 3.1.2:

caracterize os **locais** onde o doente permaneceu, incluindo as **datas**, as **actividades** aí desenvolvidas e, se possível a **duração** dessa permanência:

9. Se, na Declaração de internamento, foi respondido sim à questão 3.2:

Data da última exposição: __ / __ / ____

Nome do laboratório: _____

Função desempenhada: _____

Duração da exposição: _____

10. Viagens efectuadas (entre os 7 dias antes do início dos sintomas e até ao internamento)

Partida (local, data e hora)	Chegada (local, data e hora)	Identificação da viagem	Meio de transporte

11. Estadias após o início dos sintomas:

País	Região	Cidade	Estadia
			__ / __ / ____ a __ / __ / ____
			__ / __ / ____ a __ / __ / ____
			__ / __ / ____ a __ / __ / ____
			__ / __ / ____ a __ / __ / ____
			__ / __ / ____ a __ / __ / ____
			__ / __ / ____ a __ / __ / ____
			__ / __ / ____ a __ / __ / ____

12. Serviços de Saúde onde o doente foi atendido desde o início dos sintomas:

1. _____ data __ / __ / ____



Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde



GAH 6 - Anexo 2

Profissionais de saúde
17.02.2006

2. _____ data __ / __ / ____
3. _____ data __ / __ / ____
4. _____ data __ / __ / ____

13. Vigilância dos contactos próximos de um caso, na comunidade

As tabelas para identificação e registo da vigilância dos contactos próximos do doente constituem a **Parte III** deste Inquérito.

Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1)

Período de Alerta Pandémico – Fase 3

(Baixa probabilidade de surgimento de casos esporádicos na Europa)

Inquérito epidemiológico - PARTE III

Vigilância dos contactos próximos de um caso, na comunidade

A preencher pela Autoridade de Saúde designada pelo Delegado Regional de Saúde (DRS) da área do hospital de internamento, nas 24 horas a seguir à recepção da Declaração de internamento (Inquérito epidemiológico - Parte I).

Para cada caso, uma cópia destas tabelas deve ser enviada à DGS após terminado o período de vigilância.

Contactos próximos na comunidade (até à data do internamento)	Definições	Acção
I. VIAJANTES	Pessoas que se sentaram na mesma fila, nas 2 filas à frente e na fila de trás áquela em que o doente se sentou e todos os assistentes de bordo	Autoridade de Saúde deve: <ul style="list-style-type: none">– informar os contactos que pertencem a uma população de risco e iniciar a sua vigilância– entregar folheto informativo para contactos (Anexo 3 do documento GAH 6)
II. COABITANTES E CONVIVENTES	Pessoas que coabitaram ou conviveram diariamente com o doente, que lhe tenham prestado assistência ou estado em contacto com fluidos, secreções respiratórias ou excreções do doente.	
Outros	Contactos não contemplados em I e II considerados de risco acrescido.	



Vigilância dos contactos próximos de um caso, na comunidade

Informação recolhida pelo Delegado de Saúde: _____

Nome do caso índice: _____ Sexo _____ Idade _____

VIAJANTES				Dias da vigilância**						
Nome	Morada	Telefone	Contacto*							
			.. / .. /							
			.. / .. /							
			.. / .. /							
			.. / .. /							
			.. / .. /							
			.. / .. /							
			.. / .. /							
			.. / .. /							
			.. / .. /							
			.. / .. /							
			.. / .. /							

* Data do último contacto com o doente

** O primeiro dia a assinalar corresponde à data em que o caso foi detectado (ex: se o último contacto tiver ocorrido 3 dias antes da detecção do caso, segue-se o contacto por 4 dias).

Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1)

Período de Alerta Pandémico – Fase 3

(Baixa probabilidade de surgimento de casos esporádicos na Europa)

Inquérito epidemiológico - PARTE IV

Inquérito de seguimento

A preencher pela Autoridade de Saúde designada pelo Delegado Regional de Saúde (DRS) da área do hospital de internamento, às 48 horas e aos 7 dias a seguir à recepção da Declaração de Internamento

Autoridade de Saúde _____
Centro Regional de Saúde Pública _____ **Centro de Saúde** _____
Contacto telefónico _____ Fax: _____
e-mail _____ @ _____
Data de preenchimento: __ / __ / ____ ; h __ m

Nome do doente: _____
Data de Nascimento: __ / __ / ____ Sexo Feminino Sexo Masculino

Seguimento às 48 horas

DATA: __ / __ / ____

1. Investigação laboratorial - Vírus da gripe

Resultados:

	Data da colheita	Testes utilizados	Data do resultado	Resultado
Influenza tipo A, B ou C				
Subtipo da Hemaglutinina				
Subtipo da Neuraminidase				
Estirpe				

2. Classificação do caso

- Possível Provável Confirmado
 Infirmado (Diagnóstico alternativo _____)

3. Evolução actual da doença

- Recuperado Em recuperação Estável A piorar
 Morte (data: __ / __ / ____)

4. O doente já teve alta?

- Não Sim (data: __ / __ / ____)

Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1)

Período de Alerta Pandémico – Fase 3

(Baixa probabilidade de surgimento de casos esporádicos na Europa)

Inquérito epidemiológico - PARTE IV

Inquérito de seguimento

A preencher pela Autoridade de Saúde designada pelo Delegado Regional de Saúde (DRS) da área do hospital de internamento, às 48 horas e aos 7 dias a seguir à recepção da Declaração de Internamento

Autoridade de Saúde _____
Centro Regional de Saúde Pública _____ Centro de Saúde _____
Contacto telefónico _____ Fax: _____
e-mail _____ @ _____
Data de preenchimento: __/__/____; h__m

Nome do doente: _____
Data de Nascimento: __/__/____ Sexo Feminino Sexo Masculino

Seguimento aos 7 dias

DATA: : __/__/____

1. Investigação laboratorial - Vírus da gripe

Resultados:

	Data da colheita	Testes utilizados	Data do resultado	Resultado
Influenza tipo A, B ou C				
Subtipo da Hemaglutinina				
Subtipo da Neuraminidase				
Estirpe				

2. Classificação do caso

- Possível Provável Confirmado
 Infirmado (Diagnóstico alternativo _____)

3. Evolução actual da doença

- Recuperado Em recuperação Estável A piorar
 Morte (data: __/__/____)

4. O doente já teve alta?

- Não Sim (data: __/__/____)



Informação para:

Contactos próximos de um doente com gripe de origem aviária

Se esteve em contacto próximo (menos de 1 metro) com um doente com **gripe de origem aviária**, deve vigiar atentamente o seu estado de saúde por 7 dias após o último contacto com o doente, medindo a temperatura 2 vezes por dia.

Data do último contacto com o doente: ___/___/___

Registo da temperatura (2 vezes por dia durante 7 dias):

Dia	Manhã	Tarde/Noite
1º	____ °C	____ °C
2º	____ °C	____ °C
3º	____ °C	____ °C
4º	____ °C	____ °C
5º	____ °C	____ °C
6º	____ °C	____ °C
7º	____ °C	____ °C

Se tiver febre elevada (superior a 38°C) ou sintomas respiratórios, telefone imediatamente para o Delegado de Saúde, explicando a situação.

Assim que detectar os referidos sintomas deve:

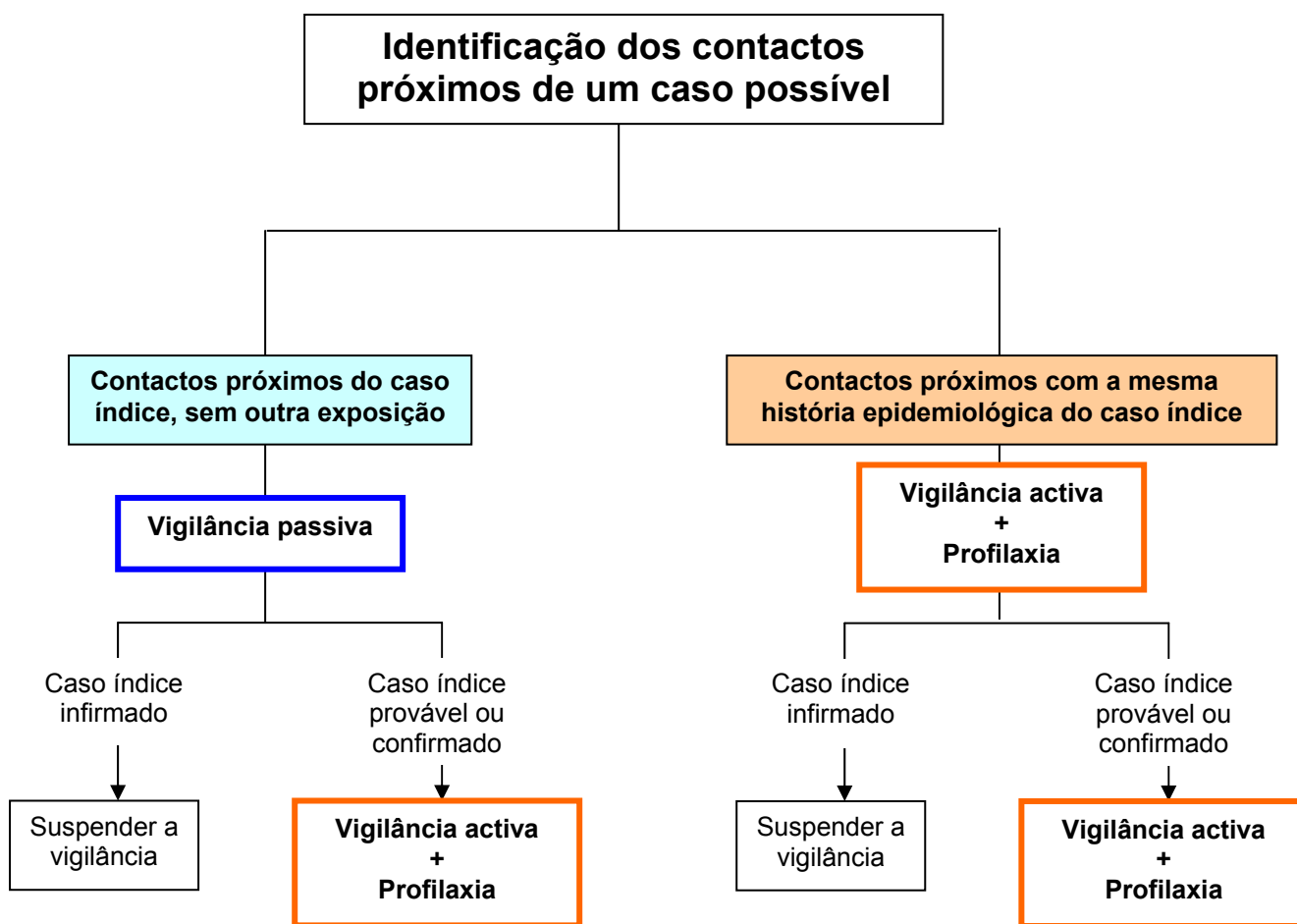
- Colocar uma máscara de protecção, se disponível
- Manter-se em casa ou no quarto do hotel (se aplicável)
- Evitar o contacto próximo (menos de 1 metro) com outras pessoas (excepto as pessoas que lhe prestarem cuidados, desde que munidas de luvas, máscara e avental ou bata)
- Arejar o ambiente (desligar o ar condicionado e abrir a janela)
- Tapar a boca e o nariz com um lenço/toalhete de papel quando tossir ou espirrar, deitando os lenços usados no balde do lixo
- Manter as mãos limpas, lavando-as com água e sabão frequentemente

Delegado de Saúde: _____

Tel: _____

Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1)
Período de Alerta Pandémico – Fase 3
(Baixa probabilidade de surgimento de casos esporádicos na Europa)

Fluxograma de vigilância e profilaxia de contactos de casos possíveis, prováveis ou confirmados



A profilaxia será administrada de acordo com as recomendações do documento **GAH 7**.

Anexo III

Fontes de informação

(contactos nacionais e *webpages* internacionais)

Contactos e fontes de informação nacionais

LINHA SAÚDE 24 (inclui *Linha de Saúde Pública*): **808 24 24 24** (custo de chamada local)

MINISTÉRIO DA SAÚDE/"PORTAL DA SAÚDE" (www.portaldasaude.pt)

Telefone 213 305 000

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Página web: www.dgs.pt (*Microsite da Gripe e microsite do Delegado Regional de Saúde do Centro*)

Telefone (geral): 218 430 500 Fax (geral): **218 430 530**

Divisão de Prevenção e Controlo da Doença (*antiga Divisão das Doenças Transmissíveis*)

Telefone: **218 430 567**

Fax: **218 430 744**

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (www.insarj.pt)

Telefones:

Lisboa: **217 519 336/70/71/68** Porto: **223 326 704**

Fax (Lisboa): **217 519 290**

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA (www.mai.gov.pt/)

Telefone 213 233 000

DIRECÇÃO-GERAL DA VETERINÁRIA/Centro Nacional de Emergência da Gripe Aviária (www.gripedasaves.pt)

Número verde 800 207 275

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP

Conselho Directivo – telefone geral 239 796 800

Departamento de Saúde Pública e Planeamento – telefone geral 239 488 284

Ver "*Contactos ARS do Centro*" (p. 37)

Fontes de informação internacionais

Organização Mundial da Saúde (informação actualizada apenas em Inglês):

www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html

Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC): www.ecdc.europa.eu

European Influenza Surveillance Scheme (EISS) : www.eiss.org/index.cgi

Centres for Disease Control and Prevention (USA)/Pandemic flu: www.pandemicflu.gov/

Centres for Disease Control and Prevention (USA)/Seasonal flu: www.cdc.gov/flu/

Ministère de la Santé et de la Solidarité (France) :

www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/grippe_aviaire/kit_grippe_aviaire/index.html#

(*kit* informativo sobre « gripe aviária »)

Agências Europeias: ECDC – informação em Português (contactos):

http://europa.eu/agencies/community_agencies/ecdc/index_pt.htm