



**EXERCÍCIO MELIANDOU –
SIMULACRO NACIONAL SOBRE
DOENÇA POR VÍRUS ÉBOLA:
RELATÓRIO FINAL**

27.11.2014

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 3 |
| 2. CARACTERÍSTICAS DO EXERCÍCIO | 3 |
| 3. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CENÁRIOS | 5 |
| 4. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO | 6 |
| 5. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO | 7 |
| 5.1. AVALIAÇÃO POR OBJETIVOS..... | 8 |
| 5.2. ASPETOS RELATIVOS À COORDENAÇÃO E RESPOSTA NACIONAL | 14 |
| 5.3. OBSERVAÇÕES RELATIVAS À DEMONSTRAÇÃO DO DIA 1 DE NOVEMBRO..... | 15 |
| 5.4. AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO..... | 16 |
| 6. RECOMENDAÇÕES | 17 |
| 7. CONCLUSÕES | 24 |

1. INTRODUÇÃO

Face ao surto de Ébola na África Ocidental, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou, a 8 de agosto de 2014, o estado de emergência de Saúde Pública de âmbito internacional, requerendo uma preparação e resposta internacional coordenada.

Da mesma forma, a implementação da nova decisão n.º 1082/2013/EU¹ sobre as ameaças transfronteiriças graves para a saúde obriga a uma preparação a nível nacional para alertas internacionais.

Considerando a importação de casos, a transmissão secundária ocorrida na Europa (mais especificamente em Espanha) e a possibilidade de importação de casos para Portugal, foram reforçadas as estratégias de prevenção e controlo necessárias para a resposta coordenada e adequada a uma eventual situação em território nacional.

No âmbito da preparação para responder a eventual introdução do vírus em Portugal, foi realizado um exercício de simulação organizado pela Direção-Geral da Saúde (DGS). Esse exercício está enquadrado nas actividades da Plataforma de Resposta a Doença por Vírus Ébola².

2. CARACTERÍSTICAS DO EXERCÍCIO

O Exercício Meliandou foi um exercício nacional, organizado pela DGS, do tipo *field exercise*³ e *command-post* (CPX)⁴ que implicaram a concretização de ações em

1 Decisão n.º 1082/2013 / UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de outubro de 2013 sobre as ameaças transfronteiriças graves para a saúde. Disponível em

http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_pt.pdf

2 Plataforma de Resposta a Doença por Vírus Ébola – Despacho do Diretor-Geral da Saúde n.º 9/2014 de 15710/2014. Disponível em <http://www.ebola.dgs.pt/documentos-dgs/despachos.aspx>

3 Field exercise focuses on operational capability. It include the actual deployment of resources required for coordination and response in as realistic setting as possible without risking the safety of the public and staff. For example, this could involve setting up an emergency treatment centre and conducting triage of simulated patients.

<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Simulation-exercise-manual.pdf>

4 Command post exercises or functional exercises. In this kind of exercises all available tools, technologies and procedures are tested as if it were a real event at the designated facility, thus enabling the evaluation of both strategic and operational issues. The exercise usually covers several different functions of an organisational

tempo real com equipamentos, ferramentas e meios de comunicação e tomada de decisões.

A responsabilidade de organização do exercício teve por base três eixos da Plataforma de Resposta a Doença por Vírus Ébola:

- Eixo de Avaliação de Risco, coordenado pela Dr^a Cristina Abreu Santos e operacionalizado por elementos da área de Informação Intersectorial Nacional e Internacional (Dr^a Paula Vasconcelos e Dr. Ricardo Mexia);
- Eixo de Formação (Dr^a Raquel Ramos, Enf^o Sérgio Gomes e Dr. Jorge Machado);
- Eixo de Avaliação, coordenado pelo Professor Jorge Torgal da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.

O objetivo geral do exercício foi testar os procedimentos perante um caso suspeito e sua consequente confirmação laboratorial para doença de vírus Ébola, assim como testar a coordenação a nível da Plataforma de Resposta a doença por vírus Ébola.

Teve como participantes elementos de várias instituições como DGS, INEM, INSA, INFARMED, IPST, Departamentos de Saúde Pública Regionais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo e da ARS Norte e ainda Autoridades de Saúde locais, Hospitais de referência (Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Curry Cabral em Lisboa e Centro Hospitalar de S. João no Porto) e o ACES da Amadora – Centro de Saúde da Damaia (Anexo 1)

A preparação do exercício teve por base:

- Contacto prévio com instituições parceiras da Plataforma de Resposta a doença por vírus Ébola a fim de conformar envolvimento e identificar co-organizadores;
- Elaboração de Guia de Orientação (Anexo 2) que foi partilhado com os participantes antes do exercício, resumindo aspetos essenciais relativamente aos objetivos e operacionalização do mesmo;
- Elaboração de versão mais alargada do Guia de Orientação com anexos quanto a cenários e processo de avaliação que foi unicamente partilhado com os avaliadores do exercício;

structure and should test various roles and responsibilities as well as the procedures and competences in a single- or multiple-emergency response or agency. Hierarchies and decision-making chains are usually tested too. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Simulation-exercise-manual.pdf>

- Disseminação de informação sobre as Orientações da DGS e a relevância das mesmas na operacionalização dos mecanismos de resposta a nível dos serviços de saúde.

Foi realizado em duas componentes:

1. No dia 31 de outubro de 2014: para testar os aspetos técnicos da deteção, validação, transporte, uso de equipamentos, internamento nos hospitais de referência, diagnóstico laboratorial, tratamento e gestão de contactos;
2. No dia 1 de novembro de 2014: para demonstração aos media de parte do exercício (contacto para a Linha Saúde 24 e transporte de doente pelo INEM) com uma figura pública, para dar visibilidade e divulgação pública do exercício e da mensagem em relação à estratégia nacional de impedir cadeias de transmissão no país.

3. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CENÁRIOS

O exercício no dia 31 de outubro teve como base dois cenários (cenário A e cenário B) que decorreram em simultâneo em Lisboa e no Porto prevendo praticamente os mesmos passos do processo, com as diferenças de deteção de caso suspeito via Linha Saúde 24 (Porto), cumprindo os procedimentos recomendados pela Direção-Geral da Saúde para o público em geral e a deteção através do recurso a uma unidade de cuidados de saúde primários (Lisboa).

A demonstração no dia 1 de novembro (Cenário C) permitiu seguir os procedimentos de contacto com a Linha Saúde 24, validação de caso suspeito e transporte para hospital de referência, com o acompanhamento permanente da comunicação social.

Cada cenário foi sistematicamente organizado numa sequência de eventos e ações previstas (*Master Event List – MEL*), servindo de guião para o acompanhamento e consequente avaliação do processo por parte dos controladores e avaliadores.

Segue-se o sumário dos cenários:

Cenário A

Mulher de 31 anos efetua contacto para a Linha Saúde 24, com sintomas compatíveis com doença por vírus Ébola. O marido trabalha na Serra Leoa. Esteve

no Porto durante 6 dias e de regresso àquele país ficou doente e teve diagnóstico positivo para Ébola.

Cenário B

Doente de 28 anos, teve contacto com amigo trabalhador de uma ONG que presta cuidados a doentes com Ébola na Guiné-Conacri. Desenvolve sintomas compatíveis com doença por vírus Ébola e resolve recorrer ao CS da Damaia para ser visto pelo seu médico de família.

Cenário C

Catarina Furtado (figura pública), “esteve” na Libéria enquanto Embaixadora de Boa Vontade das Nações Unidas, tendo visitado centros com doentes com Ébola. De regresso a Portugal apresentou sintomas compatíveis com doença por vírus Ébola e decide telefonar para a Linha Saúde 24.

4. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação incluiu abordagens complementares de avaliação interna e externa nas seguintes fases:

- Antes do exercício: sob a coordenação do eixo de avaliação, dirigida pelo Professor Jorge Torgal, foi feita a identificação de avaliadores das diferentes instituições e foram elaboradas as fichas de avaliação; foi trocada informação por emails e foram feitas reuniões com os avaliadores de todas as instituições.
- Durante o exercício: feita principalmente pelos avaliadores de cada instituição, com base nas fichas previamente elaboradas e nas notas que foram registando; Foram também tidas em conta as observações efetuadas e anotadas pelos figurantes que fizeram de doentes em ambos os cenários, trazendo a perspetiva do cidadão suspeito de doença por vírus Ébola.
- Logo após o exercício (*hot debriefing*): decorreu poucos minutos após o fim do exercício com o preenchimento de ficha geral de avaliação e respetiva discussão oral dos principais aspetos considerados positivos e menos positivos pelos participantes de cada instituição. Houve também a discussão oral dos controladores e avaliadores sobre o que de melhor foi identificado e o que numa primeira impressão precisa ser melhorado nos

processos testados,

- Dias depois do exercício (*cold debriefing*): decorreu em ambiente de reunião a 10 de novembro de 2014, com os controladores/avaliadores tendo sido feita compilação dos principais aspetos avaliados no exercício e discutida a forma de os apresentar no relatório final.

Os controladores/avaliadores de cada instituição foram nomeados com base em:

- Avaliadores internos: peritos de cada instituição, conhecedores das estruturas, organização, procedimentos, funções e responsabilidades institucionais,
- Avaliadores externos nacionais: peritos exteriores às instituições mas conhecedores das áreas a avaliar; foram selecionados portugueses, alumni do programa Europeu EPIET (*European Programme for Intervention Epidemiology Training*) coordenados pelo Prof. Jorge Torgal.

Avaliadores externos internacionais: peritos do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) que se juntaram à equipa de avaliadores nacionais, internos e externos. Um dos avaliadores do ECDC acompanhou as atividades de campo do exercício junto do INEM e do Hospital Curry Cabral, enquanto o outro permaneceu na DGS a acompanhar os circuitos de coordenação nacional na DGS (Anexo 3 – Relatório dos peritos do ECDC)

5. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

O processo de avaliação teve por base identificar a conformidade e a adequação das ações a desencadear pelas diferentes instituições participantes no âmbito dos objetivos preconizados. Recolheu a informação qualitativa das fichas de informação e organizou as mesmas de acordo com a sequência de procedimentos e respetiva coordenação (e não sobre instituições ou indivíduos), referindo aspetos que:

- foram mais frequentemente referidos pelos diferentes avaliadores;
- foram considerados específicos e pertinentes e para os quais foram emitidas sugestões de alterações/melhorias.

Foi ainda feita uma avaliação quantitativa sobre a opinião dos participantes.

5.1. AVALIAÇÃO POR OBJETIVOS

- **Testar a deteção de casos suspeitos**

Foi feita em dois aspetos: através de contacto com a Linha S24 (Cenário A) e através de recurso a unidade de cuidados de saúde (Cenário B)

O contacto com Linha Saúde 24 foi fácil de estabelecer, tendo sido prontamente atendida, usando o IVR (*Interactive Voice Response*). Após as perguntas habituais, o processo de validação com a DGS demorou cerca de 10 minutos. Do ponto de vista da figurante/observadora, o tempo que decorre para as validações internas parece longo, principalmente para quem estivesse ansioso com uma situação deste género.

O contacto com a unidade de saúde/cuidados primários revelou que à entrada, logo pelo segurança da instituição foram feitas perguntas ao utente/figurante que permitiram identificar eventual ligação a países efetuados por doença por vírus Ébola o que motivou o desencadear de procedimentos dentro da instituição. O caso foi validado através do contacto com a Linha de apoio ao médico 300 015 015, desencadeado pela médica que observou o caso suspeito. Do ponto de vista dos diferentes avaliadores foram procedimentos corretos e adequados.

- **Testar processo de validação de casos**

Durante o exercício verificou-se que os atendedores/validadores da linha de apoio ao médico na DGS foram sobrecarregados, tendo em conta a simultaneidade de casos suspeitos em curto espaço de tempo.

A linha de apoio ao médico tem um sistema rotativo aleatório pelo que telefonemas de seguimento do mesmo caso podem ser atendidos por outro validador (que pode não estar a par do processo iniciado com outro colega). Embora existam formulários de preenchimento no processo de validação apenas num dos casos suspeitos houve lugar a registo. Não foi verificada a existência de uma base de dados de registo e acompanhamento de tais contactos telefónicos e seguimento do caso.

- **Testar transporte de casos suspeitos**

Verificou-se que após validação de um caso suspeito a ativação de transporte pelo INEM não foi direta para o centro coordenador. O número de telefone dá acesso ao sistema interno do CODU, mas a entrada da chamada foi via CODU Norte (tendo em conta que o caso suspeito do cenário A era do Porto) e não via centro coordenador para caso suspeitos de Ébola (CODU Lisboa). O processo de revalidação desencadeado pelo INEM acabou por ser resolvido em cinco minutos, mas levou a demora na ativação do transporte.

O INEM referiu que o treino sistemático e contínuo proporcionado pela resposta a casos suspeitos desde Abril de 2014 tem permitido a sistematização de todos os passos, desde a ativação do transporte até à descontaminação da ambulância.

Foi referido no hospital de referência do cenário B que houve excessivo tempo de espera na chegada do doente (por falta de atualização em relação ao percurso do doente e estimativa de hora de chegada por parte do INEM) e não houve informação prévia sobre o estado clínico do mesmo. Foi também referido que nenhum objeto (incluindo papel) deve acompanhar o doente.

- **Testar adequação, colocação e remoção de equipamentos de proteção individual (EPI) e procedimentos de descontaminação**

A colocação de EPI foi verificada na preparação dos tripulantes da ambulância do INEM. O cuidado que a colocação de tais equipamentos exigem algum tempo, num local considerado exíguo. Embora realizados em conformidade, houve algumas dúvidas no que respeita à colocação e remoção dos cobre-botas.

Foi levantada a questão pelos observadores externos da necessidade do condutor da ambulância ter EPI idêntico aos restantes tripulantes, considerando que isso pode intervir na segurança da condução. Nas reuniões de discussão dos aspetos de avaliação foi referido que o uso de EPI completo pelo condutor é no contexto de prevenção: caso ocorra algo imprevisível aos dois outros tripulantes, haver um terceiro elemento já equipado adequadamente.

A colocação e remoção de EPI nas estruturas hospitalares e laboratorial decorreram em conformidade com as normas internas de cada instituição,

embora tivesse sido verificada alguma discrepância entre alguns passos de remoção nas diferentes instituições.

Foi reconhecida a dificuldade de colocação de EPI e o tempo de demora, assim como de manter o equipamento durante muito tempo (“é quente e ruidoso”). Foram detetados alguns erros e corrigidos imediatamente, tendo em conta que a maioria foi efetuada sob supervisão.

As questões de descontaminação foram levantadas a dois níveis:

- local de descontaminação das ambulâncias do INEM, que se encontra ao ar livre, colocando naturais dificuldades em caso de meteorologia adversa;
- serviços de cuidados primários de saúde, onde, após passagem de caso suspeito a confirmado se desencadeará a necessidade de descontaminação da sala de isolamento onde o doente permaneceu. De acordo com as Orientações da DGS, estão previstas medidas de descontaminação das estruturas após obtenção de resultados laboratoriais. No âmbito do exercício, não foi claro que mecanismos foram desencadeados para a operacionalização da descontaminação das estruturas.

- **Testar processo de diagnóstico laboratorial**

O acondicionamento de amostras nos hospitais decorreu de forma lenta, o que resultou na demora na chegada de amostras e sem aviso prévio do cálculo de tempo ao INSA. Foi observado que o circuito de acondicionamento das amostras no laboratório do cenário A foi muito demorado e o cuidado na colocação de EPI foi lento e com excesso de zelo.

Os procedimentos laboratoriais no INSA foram observados e sob cronometragem do tempo de duração das fases testadas, que decorreram em conformidade com as normas *standards* e de acordo com o esperado e adequado.

O procedimento para reportar resultados foi observado, com alguma dificuldade em estabelecer contacto com os clínicos envolvidos, em especial no cenário B, uma vez que o número de contacto disponibilizado para a comunicação interinstitucional corresponde a um telefone fixo, tornando-se difícil localizar os profissionais. Não foram observados protocolos escritos quanto à informação de confirmação laboratorial de casos positivos para a DGS, sendo prática a comunicação ser feita pelo Presidente do INSA ao Diretor-Geral de Saúde.

- **Testar procedimentos inerentes à gestão de doentes**

No cenário B, em que o caso suspeito se deslocou à unidade de saúde, foi referido que o caso foi precocemente considerado suspeito logo à filtragem de perguntas dirigidas pela segurança e que o figurante/observado foi colocado em sala de isolamento. A sala estava adequadamente equipada, com indicação de instalações sanitárias, com vidro por onde foi observado à distância e com indicações sobre como comunicar por telefone com os profissionais de saúde e como se comportar, inclusive como medir a temperatura. O contacto com a médica e a enfermeira fez-se por telefone intercomunicador e aquando da chegada do INEM foram fornecidas informações adequadas ao doente sobre como se iria processar o transporte. Segundo o observador e os avaliadores, a abordagem foi correta e adequada, tendo sido cumprido a rigor a circular normativa interna do ACES sobre “Abordagem ao doente com suspeita de Ébola”.

Nos hospitais de referência, a receção e o circuito interno do doente decorreram de acordo com os procedimentos internos nos hospitais de referência, com as medidas de prevenção para evitar situações de eventual contaminação.

Embora as fichas de procedimentos internos fossem ligeiramente diferentes entre os dois hospitais de referência, as linhas gerais de biossegurança, abordagem do doente e recolha de amostras laboratoriais são similares e cumprem no geral as Orientações da DGS.

Foi reconhecida a morosidade/complexidade dos procedimentos de envio de amostra para o INSA. Optou-se pelo envio rápido de amostras com o preenchimento de folha de envio (anexo das Orientações da DGS) e não o modelo do SINAVE, pois constatou-se a morosidade acrescida que isso iria trazer.

No cenário A foi observada a preocupação centrada nos EPI e na proteção dos profissionais, o que prejudicou de algum modo o apoio à “doente”, mesmo não apresentando sintomatologia grave.

No cenário B não foi observada informação prévia sobre a hora de chegada do doente nem informação clínica prévia sobre o mesmo.

A comunicação intersectorial e intrainstitucional foi considerada eficaz em ambos os níveis de prestação de cuidados e como um dos pontos mais positivos verificados neste exercício.

- **Testar procedimentos para desencadear a aquisição e administração de medicamentos**

Apenas no cenário B estava previsto o desencadeamento de procedimentos para a obtenção de drogas experimentais. O Hospital de referência desencadeou o pedido de Autorização de Utilização Especial (AUE) para o INFARMED, tendo sido dado conhecimento à DGS, embora não pelos emails indicados nos já definidos procedimentos de intervenção do INFARMED no âmbito da Doença por vírus Ébola. Foi verificado que todo o pedido do hospital chegou completo ao INFARMED, inclusive com o parecer positivo da Comissão Ética do CHLC, EPE.

A referir que o consentimento informado foi verbal e sem a assinatura do doente, o que levantou a necessidade de verificação de conformidade de tal consentimento no contexto legal em vigência.

O INFARMED desencadeou contactos com fabricantes e cumpriu o fluxograma de concessão definido até ao ponto possível no contexto de simulação/exercício, tendo chamado a atenção para o facto das terapias antivirais não terem ainda dados confirmados quanto à segurança e eficácia.

- **Testar procedimentos para obtenção, armazenamento e distribuição de Plasma convalescente de Vírus Ébola para utilização em transfusão**

A participação do IPST permitiu verificar conformidade com os procedimentos previstos nas Circulares Informativas do IPST e do INFARMED sobre plasma convalescente. Foi observado que os requisitos apresentados para desencadear obtenção de plasma convalescente não estavam devidamente claros, nomeadamente no que se refere ao parecer da Comissão de ética relativamente a terapêuticas experimentais, bem como em relação ao número de unidades necessárias.

Considerando a situação dos cenários, em que não se encontrava disponível plasma convalescente no território nacional, o IPST acionou os contactos internacionais para essa obtenção.

O exercício permitiu verificar a dificuldade de disponibilidade a nível de parceiros europeus para a obtenção do plasma.

- **Testar sistema de registo e notificação de casos suspeitos e ativação do SINAVE e dos sistemas europeus e internacionais para casos confirmados**

Em ambos os cenários foram efetuados registos no SINAVE, quer a nível do centro de saúde, quer a nível dos hospitais, através dos sistemas SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e SClínico. Foram verificados alguns problemas de acesso e não foram utilizados os modelos de registo do SINAVE para a notificação laboratorial, tendo os clínicos de ambos os hospitais de referência utilizado o modelo de preenchimento de papel para envio de amostras para o INSA. Foi considerado que o preenchimento no SINAVE é demasiado moroso, sendo mais importante neste tipo de situação apressar o envio das amostras por preenchimento manual de notificações.

O sistema de SMS de notificação de efetuação de registos no SINAVE funcionou devidamente para os telemóveis programados (Divisão de Epidemiologia e Vigilância e Diretor-Geral).

Foi verificado que a ativação das notificações simuladas para o EWRS foram devidamente iniciadas, nomeadamente a notificação simultânea para o EWRS e o IHR. Foram também bem geridas, com disseminação da informação sobre a entrada de pseudo notificações estrangeiras solicitando *contact tracing*, no âmbito do cenário B.

- **Testar o desencadeamento da identificação e vigilância de contactos**

O exercício permitiu verificar que o processo de identificação e vigilância de contactos trouxe algumas dificuldades, resultantes também das condicionantes da própria simulação. O exercício vinha já na fase final e nem todos os contactos estavam “sincronizados” como previsto nos cenários. O seguimento dos contactos baseou-se nas Orientações da DGS sobre a temática, tendo sido utilizados modelos previstos na Orientação.

No cenário A foram cumpridos os procedimentos entre o hospital de referência e o departamento de saúde pública embora tivesse sido verificado que a lista recebida do hospital era muito reduzida. Foram desencadeadas iniciativas junto

dos "familiares" do caso suspeito para identificação dos demais contactos, o que se revelou uma tarefa árdua, como habitualmente ocorre na vida real.

O cenário B veio trazer a evidência de contactos na unidade de saúde, inclusive com demais utentes, previamente à suspeição e encaminhamento para a sala de isolamento. Houve uma articulação e partilha de informação constante entre a unidade de saúde local e o Departamento e Saúde Pública da Região.

O exercício permitiu verificar que os procedimentos do INEM quanto ao seguimento dos contactos trabalhadores foram adequadamente ativados a nível interno. Embora tivessem sido levantadas questões quanto a essa vigilância ser partilhada com os serviços de saúde pública, no cenário B houve troca de informação entre o Departamento de Saúde Pública da ARS e o INEM.

- **Testar os mecanismos de comunicação para o público e os meios de comunicação social**

O exercício permitiu verificar rapidez na recolha e resumo de informação de vários tipos e de diferentes fontes de informação (informação clínica, informação das autoridades de saúde, EWRS, decisões e medidas do Diretor-Geral) para a elaboração de proposta de Comunicado a ser enviado à comunicação social.

5.2. ASPETOS RELATIVOS À COORDENAÇÃO E RESPOSTA NACIONAL

O exercício permitiu avaliar a forma de organização da resposta nacional com base na Plataforma de Resposta a Doença por Vírus Ébola, seus respetivos eixos e núcleos, assim como os mecanismos de resposta por parte das equipas hospitalares, das unidades de saúde e dos serviços de saúde pública face à situação de supostos casos confirmados de doença por vírus Ébola.

Foi verificado que o documento Plataforma de Resposta à Doença por Vírus não é um documento operativo, não estando definida a forma como se articulam as diferentes equipas perante um caso confirmado.

O Diretor-Geral e Subdiretora-Geral da Saúde estiveram sobrecarregados com o evento (inclusive como validadores), não tendo sido perceptível uma delegação de competências em termos de gestão interna de resposta da DGS à situação.

A UESP manteve um bom nível de resposta quanto à entrada de informação e gestão e disseminação da mesma. Mostrou uma capacidade de rapidez e flexibilidade perante a simultaneidade de dois cenários e dois casos suspeitos, embora funcionando num espaço limitado e em múltiplas salas, o que dificulta a interação entre profissionais com diferentes tarefas.

Verificou-se que a articulação entre as várias organizações decorreu de forma ágil e correta, embora tenha sido verificado em cada instituição alguma dependência de pessoas-chave para determinadas tarefas.

Embora não definido em procedimentos escritos, a comunicação pelo presidente do INSA de resultados positivos de amostras laboratoriais foi feito telefonicamente para o Diretor-Geral da Saúde que relatou, também telefonicamente, o caso confirmado ao Ministro da Saúde.

Em termos gerais foi referido por todos os avaliadores que as instituições revelaram conhecer e agir adequadamente com base em funções e responsabilidades bem definidas, embora para os avaliadores estrangeiros não tenha sido clara a diferença de resposta em fase de caso suspeito e fase de caso confirmado.

5.3. OBSERVAÇÕES RELATIVAS À DEMONSTRAÇÃO DO DIA 1 DE NOVEMBRO

A demonstração teve como objetivo proporcionar à comunicação social e à população a visibilidade sobre os processos que decorrem perante a validação de um caso suspeito e, principalmente, capacitar as pessoas sobre o que fazer perante um caso suspeito.

A mensagem de que se deve contactar a Linha Saúde 24 foi o tema principal, tendo sido possível realçar esses aspetos quer pelas declarações de Catarina Furtado, quer pela afixação de cartazes na sala da conferência de imprensa que se seguiu à demonstração.

A presença de uma figura pública com a dimensão de Catarina Furtado permitiu uma exposição mediática muito alargada, alcançando um público que dificilmente tomaria contacto com a demonstração caso apenas fossem envolvidos os meios técnicos.

Segundo os avaliadores estrangeiros presentes no dia da demonstração, esta iniciativa foi considerada inovadora e eficaz para a divulgação mais alargada ao público em geral e para os meios de comunicação social sobre as medidas preconizadas para a deteção e encaminhamento de casos suspeitos. Referiram

que o evento foi bem organizado e relevando o envolvimento dos decisores *major* nos planos nacionais de preparação para a Doença por vírus Ébola.

5.4. AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO

Foram recebidas 52 fichas de avaliação preenchidas pelos participantes, que usando uma escala de 1 (Discordo totalmente) a 4 (Concordo totalmente) responderam às seguintes perguntas:

Questão A- A participação no exercício permitiu testar o meu papel no âmbito de resposta à doença por vírus Ébola,

Questão B - O exercício ajudou a entender o papel e as responsabilidades de diferentes parceiros,

Questão C - O exercício contribuiu para aumentar o meu conhecimento sobre os procedimentos de deteção, avaliação, validação, comunicação e gestão de casos e contactos,

Questão D - O exercício atingiu os objetivos preconizados,

Os resultados apresentam-se na tabela 1, por instituição.

Tabela 1 – Resultados do questionário de avaliação do exercício~

| Entidade | # | A | B | C | D |
|-----------|----|-----|-----|-----|-----|
| CHSJ | 10 | 3,6 | 3,5 | 3,7 | 3,4 |
| CS Damaia | 8 | 3,9 | 4,0 | 3,9 | 3,6 |
| DGS | 8 | 4,0 | 3,9 | 3,8 | 3,8 |
| HCC | 6 | 3,8 | 4,0 | 4,0 | 3,8 |
| INEM | 11 | 3,7 | 3,5 | 3,8 | 3,7 |
| INSA | 5 | 3,8 | 3,6 | 3,8 | 3,8 |
| IPST | 1 | 4,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 |

| | | | | | |
|-------------|----|-----|-----|-----|-----|
| INFARMED | 2 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 4,0 |
| (em branco) | 1 | 3,0 | 4,0 | 4,0 | 3,0 |
| Total Geral | 52 | 3,8 | 3,7 | 3,8 | 3,7 |

Sendo a avaliação global muito positiva, verificou-se a classificação muito próxima do máximo (3,7 e 3,8 numa escala de 4) para as questões relacionadas com a utilidade do exercício, em especial a questão A e C (respetivamente relativas a “entender o seu papel” e “contribuiu para aumentar o conhecimento no âmbito dos circuitos de resposta a casos suspeitos e confirmados de doença por vírus Ébola”).

6. RECOMENDAÇÕES

Ao longo de todo o processo e dos diferentes passos testados, alguns aspetos foram referidos pelos avaliadores e também pelos participantes como áreas a melhorar.

Com base nas fichas de avaliação e nas notas recolhidas no *hot* e *cold debrief*, foram compilados os contributos por unidades/instituições e por áreas.

6.1. Unidades/instituições:

- Linha Saúde 24:
 - Encurtar tempo de entre os contactos iniciais e a validação.
- Unidade de saúde:
 - Melhorar o plano de Contingência do ACES e ajustar procedimentos locais às condições e recursos disponíveis;
 - Colocar lista de contactos de telefones necessários na sala de isolamento de caso suspeito assim como informação mínima sobre o vírus e a doença;

- Garantir distribuição de cartazes e demais informação a todas as unidades do ACES;
 - Reforçar formação sobre biosegurança e regras de distância;
 - Criar forma de identificar quem se aproximou a menos de 1 metro do doente desde a entrada na unidade à sala de isolamento;
 - Definir melhor papel/função do 1º profissional que contacta com caso provável;
 - Definir e partilhar com INEM circuitos para transporte de caso suspeito;
 - Identificar salas de isolamento que idealmente proporcionem visualização direta do doente e que possam ser isoladas durante um período de tempo sem prejuízo para o funcionamento das unidades;
 - Rever normas e procedimentos de limpeza e desinfeção assim como de gestão de resíduos com base nas OT da DGS.
- INEM:
 - Definir e partilhar com DGS linha telefónica de contacto de ponto focal para ativação de transporte;
 - Definir e partilhar com hospitais de referência contactos para partilha de informação sobre tempo de duração de transporte e informação clínica sobre caso suspeito (considerar hipótese da informação clínica ser disponibilizada por via eletrónica)
 - Melhorar as instalações para a colocação dos EPIs e do local de descontaminação de ambulâncias e material;
 - Melhorar e agilizar o processo de descontaminação (demorou cerca de 1h e 15 minutos no total);
 - Definir com a Autoridade de Saúde a questão da vigilância dos tripulantes de ambulância quando de confirmação de caso;

- Rever procedimento ao que respeita transporte de objetos pessoais do doente, devendo pensar-se num procedimento alternativo de espólio.

- DGS:
 - Rever processo de validação e rotatividade de validadores (deve ser reforçada a equipa; deve ser garantido seguimento de cada caso pelo validador responsável com eventual troca de telemóveis para as chamadas seguintes);
 - Alterar Orientações (OT), nomeadamente: OT 12 no que respeita ao timing de notificação do SINAVE e respetivo ponto no fluxograma de procedimentos gerais; OT 17 sobre Procedimentos perante um doente que se apresente nos serviços de saúde, nomeadamente no que se refere a elaborar/melhorar algoritmo de abordagem a nível dos cuidados primários; OT 20 sobre EPI, devendo haver uma disseminação da mesma, de forma a evitar discrepâncias no tipo e no modo de colocar e remover EPI pelas diferentes instituições; foi sugerido que estas normas tivessem um peso mais vinculativo quanto à sua aplicação; OT 21 sobre descontaminação e gestão de resíduos, tornando-a mais clara quanto à atribuição de responsabilidade para essa atividade;
 - Elaborar OT consideradas necessárias e urgentes:
 - Procedimentos em caso de óbito;
 - Procedimentos em caso de acidente de profissional de saúde durante prestação de cuidados ao doente.
 - Rever um plano interno de gestão e reposta a crise, identificando 1 coordenador/gestor operativo e desenvolver algoritmos internos que traduzam procedimentos a nível de comando para as fases de casos suspeitos vs casos confirmados;

- Rever a resiliência do sistema sem haver necessidade de recorrer a rede informal de contactos; a eventualidade da ausência de pessoas-chave deve ser considerada;
 - Rever acesso ao SINAVE pelos diferentes serviços de saúde; importante que a sua utilização não interfira com as tarefas urgentes relacionadas com a gestão de casos, mas avaliando também a possibilidade de ser abolida a existência de papel (evitando a sua manipulação e contaminação);
 - Existência de uma linha telefónica (que não a de validação) que permita um contacto imediato para os profissionais que estão no terreno, para que possam esclarecer dúvidas e obter apoio para qualquer actividade relacionada com a gestão de casos suspeitos/confirmados.
- INSA:
 - Agilizar a informação do hospital para o INSA no que se refere a envio de amostras e comunicação de resultados; contactos diretos deviam ser trocados;
 - Definir o que são análises necessárias para os hospitais para doentes estáveis, e equacionar-se a resposta do INSA nestas situações, minimizando a manipulação de amostras contaminadas fora do laboratório de referência;
 - Clarificar as normas internas sobre a comunicação à DGS de resultados positivos de confirmação laboratorial.
 - Hospitais de Referência:
 - Rever acesso do SINAVE através do SClínico;
 - Agilizar o acondicionamento e envio de amostras ao INSA;
 - Rever lista de contactos para comunicação com o INSA sobre envio de amostras e receção de comunicado de resultados;

- Rever questão de eventual necessidade de realizar análises antes da confirmação laboratorial do INSA, principalmente em doentes clinicamente estáveis;
 - Rever normas e procedimentos de limpeza e desinfeção, assim como de gestão de resíduos com base nas OT da DGS;
 - Rever conformidade de colocação e remoção de EPI com base nas OT da DGS e demais instituições nacionais envolvidas;
 - Reforçar formação sobre EPI na vertente de prestação de cuidados a doentes para treino da destreza de movimentos e em abordagens invasivas;
 - Rever procedimentos para obtenção de consentimento informado, de modo a considerar as opções legais de consentimento verbal ou outro que não escrito, em articulação com a Comissão de ética;
 - Desenvolver *drills* internos no âmbito da formação e exercícios mais alargados em articulação com outras regiões, e divulgar relatórios respetivos;
-
- **INFARMED:**
 - Prever que nos processos de pedidos de AUE dos hospitais possa o consentimento informado não ser por escrito; requer apenas a confirmação por parte da Direção Clínica em como houve consentimento informado;
 - Elaborar propostas de opções de circuitos não comerciais para transporte e obtenção de medicamentos, face à reduzida disponibilidade e aos prazos de entrega dos circuitos habituais;
 - Rever as Orientações de Acesso a Terapêuticas Experimentais, prevendo reforço da informação para os hospitais de referência de que as terapias anti-virais experimentais atuais, ainda não têm evidência confirmada quanto à segurança e eficácia.

- IPST:
 - Rever os requisitos a apresentar pelos hospitais de referência nos pedidos de plasma convalescente.

- Departamentos de Saúde Pública:
 - Rever circuitos internos para identificação de contactos com os hospitais de referência;
 - Rever articulação com INEM quanto ao seguimento de tripulantes de ambulância;
 - Rever articulação com serviços de saúde quanto a seguimento de profissionais de saúde expostos;
 - Rever colaboração com unidades de saúde quanto à conformidade às OT da DGS;
 - Rever acesso ao SINAVE após notificação prévia pelas unidades de saúde ou hospitais de referência;
 - Coordenar a realização de exercícios regionais e/ou locais nas regiões.

6.2. Áreas prioritárias

- Comunicação: Clarificar os papéis dos vários intervenientes em termos de comunicação com a imprensa;
- EPI: Reforçar treino a todos os níveis de cuidados de saúde; reforçar as regras de proximidade e de fomites;
- SINAVE: Rever acesso no SClinico e SAM;
- Descontaminação: rever estruturas/local de descontaminação de viaturas e equipamentos; rever responsabilidades dos ACES e ARS no desencadear

- dos mecanismos de descontaminação e desinfeção de unidades de saúde e prever a constituição das equipas de descontaminação;
- Algoritmos: Criar algoritmos internos para diferentes circuitos e procedimentos a vários níveis para facilitar integração dos mesmos de forma mais sequencial;
 - Suportes de informação/base de dados: Criar rotina de registo de circuitos/procedimentos nomeadamente validação de casos suspeitos e registo de pessoas que contactaram a menos de 1 metro com caso suspeito.
 - Organização de exercícios:
 - Ter mais tempo de preparação prévia;
 - Divulgação das OT antecipadamente, permitindo que todos os profissionais tenham atempadamente tomado conhecimento delas;
 - Criar suporte de informação que complemente o guião/*master event list*, que funcione como *checklist* de contactos e ações, se houver mais tempo de preparação do exercício;
 - Realizar exercícios a outros níveis, como *drills* e exercícios “cegos” a nível regional”, principalmente no que toca aos pontos de entrada no sistema (cuidados de saúde primários, Hospitais que não os de referência) e articulação com hospitais de referência; considerar a abordagem de eficiência e a medição de tempo em algumas ações a testar, se houver mais tempo de preparação do exercício;
 - Prever formação prévia de avaliadores se houver mais tempo de preparação de exercício.
 - “Preparedness”
 - Considerar a existência de uma equipa alargada para desenhar e aplicar exercícios no âmbito de *preparedness* e a aplicação destas técnicas de forma sistemática e regular;

- Considerar incluir a realização de questionários sistemáticos avaliando a noção da capacidade de resposta de cada instituição, e tendo também por base de análise casos suspeitos reais já ocorridos.

7. CONCLUSÕES

Genericamente, houve uma aplicação adequada das Orientações Técnicas e das normas internas nas diferentes instituições envolvidas no exercício e nas diferentes fases do processo de suspeição à confirmação laboratorial de caso de doença por vírus Ébola.

O Exercício permitiu ainda identificar alguns procedimentos redundantes e outros que careciam de agilização. Foi percecionando pelos avaliadores um sentido prático pelas instituições de alterarem pontos dos procedimentos e circuitos que revelaram alguma problemática.

Os meios e recursos existentes nas instituições envolvidas foram também adequados às diversas tarefas desenvolvidas.

Foi também reconhecido por todos os intervenientes a importância do Exercício enquanto ferramenta de formação e treino dos profissionais.

Este relatório foi redigido por
Paula Vasconcelos e Ricardo Mexia
em articulação com Jorge Torgal e contributos de todos os avaliadores.

A Direção-Geral da Saúde agradece a todos os profissionais de saúde envolvidos na
concretização deste exercício.

Lisboa, 27 de novembro de 2014

“You can discover more about a person in an hour of play than in a year of conversation.”
- Platão -

ANEXOS

Anexo 1 – Lista de participantes

Anexo 2 – Guia de orientação do exercício

Anexo 3 – Relatório do ECDC

Anexo 4 – Fotografias

ANEXO 1: LISTA DE PARTICIPANTES

Anexo 1 – Lista de Participantes

| Instituição | Nome |
|--------------------|--|
| DGS | Francisco George |
| | Graça Freitas |
| | Cristina Abreu Santos |
| | Cátia Sousa Pinto |
| | Isabel Marinho Falcão |
| | Sérgio Gomes |
| | Alexandra Bordalo |
| | Nelson Guerra |
| | Maria Cortes |
| | Plácido Teixeira |
| | Maria Gracinda Ferreira |
| | Josefina Borges |
| | Paula Vasconcelos* |
| | Ricardo Mexia* |
| Guilherme Duarte | |
| Saúde 24 | Enfermeiros da Saúde 24 |
| FCM - UNL | Jorge Torgal** |
| | Cristina Furtado** |
| | Eugénio Cordeiro** |
| | Carlos Carvalho** |
| | Laura Brum** |
| ECDC | Graham Fraser** |
| | Jonathan Suk** |
| INSA | Fernando Almeida |
| | Jorge Machado* |
| | Isabel Carvalho |
| | Ana Pelerito |
| | Rita Cordeiro |
| Maria João Gargaté | |
| INEM | Raquel Ramos* |
| | João Lourenço |
| | Rui Campos |
| | Pedro Coelho dos Santos |
| | Luís Fernandes |
| | Elementos do CODU de Lisboa e Porto |
| | Tripulantes de ambulâncias no Porto e Lisboa |
| CHLC | Fernando Maltez* |
| | Susana Aguiar |
| | João Pais |
| | Susana Mendes |
| | Isabel Barros |

| | |
|------------------------|-------------------------------|
| | Maria Gonçalves |
| | Sara Cardoso |
| CHSJ | Margarida Tavares |
| | 6 profissionais de saúde |
| ARSLVT DSP | António Tavares |
| | Elsa Soares |
| | Maria Adelaide Coelho |
| | Carlos Orta Gomes |
| ACES Amadora | Etelvina Calé* |
| | Vanessa Gouveia |
| | Dora Vaz |
| | Manuela Sousa |
| | António Carlos |
| | André Peralta |
| | Marina Soares |
| | Helena Silva |
| | Paula Marques |
| | João Rodrigues |
| ARSN | DSP Maria Neto |
| | Ana Maria Correia |
| | Ana Mendes |
| | Médico de Saúde Pública |
| | 1 Enfermeira de Saúde Pública |
| Sanidade Internacional | Maria João Martins |
| IPST | Gracinda Sousa* |
| | Susana Ramalhete |
| | Matilde Santos |
| INFARMED | Eurico Castro Alves |
| | Luís Soares* |
| | Hélder Mota Filipe |
| | Marta Marcelino |
| | Margarida Oliveira |

* Avaliadores/controladores ; ** Avaliadores Externos

ANEXO 2: GUIA DE ORIENTAÇÃO



GUIA DE ORIENTAÇÃO

Exercício Meliandou

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 3 |
| 2. OJETIVO GERAL | 3 |
| 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 4 |
| 4. ASPETOS OPERACIONAIS | 5 |
| 4.1. NOME DO EXERCÍCIO | 5 |
| 4.2. TIPO DE EXERCÍCIO | 5 |
| 4.3. ORGANIZADORES..... | 5 |
| 4.4. PARTICIPANTES | 7 |
| 4.5. DATAS | 7 |
| 4.6. CENÁRIO | 8 |
| 4.7. INJECTS..... | 9 |
| 4.8. EQUIPAMENTOS E FERRAMENTAS | 9 |
| 4.9. DOCUMENTAÇÃO PARA O EXERCÍCIO | 10 |
| 4. 10. INTERRUPÇÃO DO EXERCÍCIO..... | 10 |
| 5. DIVULGAÇÃO DO EXERCÍCIO | 11 |
| 5.1. DIVULGAÇÃO PARA INSTITUIÇÕES/PROFISSIONAIS PARTICIPANTES..... | 11 |
| 5.2. DIVULGAÇÃO PARA OS MEDIA | 12 |
| 6. AVALIAÇÃO | 13 |

1. INTRODUÇÃO

Face ao surto de Ébola na África Ocidental, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou o estado de emergência de Saúde Pública de âmbito internacional, requerendo uma resposta internacional coordenada.

Da mesma forma, a implementação da nova decisão n.º 1082/2013/EU¹ sobre as ameaças transfronteiriças graves para a saúde obriga a uma preparação a nível nacional para alertas internacionais.

Considerando a importação de casos e a transmissão secundária ocorrida na Europa (mais especificamente em Espanha) e a probabilidade de importação de casos para Portugal, foram reforçadas as estratégias de prevenção e controlo necessárias para a resposta coordenada a uma eventual situação em território nacional.

No âmbito da capacitação de resposta a eventual introdução do vírus em Portugal, é necessário desenvolver um exercício de simulação para testar os planos, procedimentos e circuitos de comunicação e respetivas ferramentas até agora elaborados.

Este exercício é organizado e operacionalizado pela DGS no âmbito das ações previstas da Plataforma de Resposta a Doença por Vírus Ébola.

2. OBJETIVO GERAL

O objetivo do Exercício é testar a capacidade de deteção, validação e encaminhamento de um caso suspeito de Ébola, bem como todos os procedimentos a implementar numa situação de diagnóstico confirmado.

¹ Decisão n.º 1082/2013 / UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de outubro de 2013 sobre as ameaças transfronteiriças graves para a saúde. Disponível em http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_pt.pdf

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos do exercício são:

- Testar a deteção de casos suspeitos;
- Testar processo de validação de casos;
- Testar transporte de casos suspeitos;
- Testar adequação, colocação e remoção de equipamentos de protecção individual (EPI) e procedimentos de descontaminação;
- Testar processo de diagnóstico laboratorial;
- Testar procedimentos inerentes à gestão de doentes;
- Testar procedimentos para desencadear a aquisição e administração de medicamentos;
- Testar procedimentos para obtenção, armazenamento e distribuição de Plasma convalescente de Vírus Ébola para utilização em transfusão;
- Testar sistema de registo e notificação de casos suspeitos e ativação do SINAVE e dos sistemas europeus e internacionais para casos confirmados;
- Testar o desencadeamento da identificação e vigilância de contactos;
- Testar os mecanismos de comunicação para o público e os meios de comunicação social.

4. ASPETOS OPERACIONAIS

4.1. NOME DO EXERCÍCIO

Foram identificados os seguintes públicos que podem vir a ser alvo de informação específica: Tratando-se de um exercício relativo à possibilidade de importação de casos da África Ocidental, e tendo em conta que o surto se iniciou na vila de Meliandou, na prefeitura de Gueckedou na Guiné Conacri em dezembro de 2013, o exercício intitula-se EXERCÍCIO MELIANDOU.

4.2. TIPO DE EXERCÍCIO

Será um exercício misto com componentes de *field exercise*² e *command-post* (CPX)³ também designados *functional exercises*, que implicará a concretização de ações em tempo real em conjunto com outras simuladas, com equipamentos, ferramentas e meios de comunicação utilizados durante incidentes e emergências “reais”. Para efeitos deste exercício algumas fases dos circuitos e procedimentos previstos serão “encurtados”.

4.3. ORGANIZADORES

O exercício é organizado pela DGS em articulação com um conjunto de controladores, avaliadores e observadores que acompanharão o planeamento, a realização do exercício e a sua avaliação. A organização é

² Field exercise focuses on operational capability. It include the actual deployment of resources required for coordination and response in as realistic setting as possible without risking the safety of the public and staff. For example, this could involve setting up an emergency treatment centre and conducting triage of simulated patients.
<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Simulation-exercise-manual.pdf>

³ Control Post Exercises (adopted)
In control post exercises, each participating organisation are positioned at the control posts they would use during an actual incident or live exercise. This tests communication arrangements and, more importantly, information flows between remotely positioned teams and organisations. In
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/61087/the-exercise-planners-guide.pdf

Functional Exercises strive to create a situation as close to an actual event as possible (...) This exercise is more complex and demands more comprehensive planning and preparation than table-top exercise.
<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Simulation-exercise-manual.pdf>

da responsabilidade de elementos de três eixos da Plataforma de Resposta a Doença por Vírus Ébola:

- Eixo de Avaliação de Risco, coordenado pela Dr^a Cristina Abreu Santos e operacionalizado por elementos da área de Informação Intersectorial Nacional e Internacional (Dr^a Paula Vasconcelos e Dr. Ricardo Mexia);
- Eixo de Formação (Dr^a Raquel Ramos, Enf^o Sérgio Gomes e Dr. Jorge Machado);
- Eixo de avaliação, coordenado pelo Professor Jorge Torgal da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.

O eixo da Avaliação de Risco e os elementos da área de Informação Intersectorial Nacional e Internacional são responsáveis pela organização e coordenação major do exercício que é operacionalizado com o apoio de controladores⁴, iniciando o desencadear das atividades com base nos pontos-chave do cenário. Os controladores serão nomeados um por cada instituição envolvida no exercício.

Os organizadores irão contactar com figurantes que simulam situações de doença e garantem a disponibilidade de “amostras” ou demais material que seja necessário simular.

O eixo de Avaliação incluirá uma rede de observadores/avaliadores de académicos e peritos portugueses, alumni do programa Europeu EPIET (European Programme of Intervention Epidemiology Training) coordenados pela pelo Prof. Jorge Torgal. Estarão localizados em cada uma das instituições participantes e irão acompanhar o exercício ao longo do seu desenrolar, tirando notas com base em suportes de informação específicos (Anexos).

⁴ Controllers set up and operate the exercise by planning and managing the exercise play. Controllers direct the pace of play by providing information to players. They may prompt or initiate certain player actions and injects to the players, as described in the scenario to ensure exercise continuity. They monitor the exercise timeline and the safety of exercise. Controllers are the only participants who should provide information or direction to players.
<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Simulation-exercise-manual.pdf>

4.4. PARTICIPANTES

No Exercício participam elementos que deverão desenvolver ações inerentes às suas funções habituais nas seguintes entidades:

- DGS
- INEM
- INSA
- INFARMED
- IPST
- Departamentos de Saúde Pública Regionais da ARS de Lisboa e vale do Tejo e da ARS Norte e ainda Autoridades de Saúde locais.
- Hospitais de referência: Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Curry Cabral em Lisboa e Centro Hospitalar de S. João no Porto
- Unidades de saúde: ACES da Amadora – Centro de Saúde da Damaia

4.5. DATAS

O Exercício está previsto para decorrer em dois dias:

- 31 de outubro de 2014, para testar circuitos de casos suspeitos, capacidade laboratorial e resposta de hospitais de referência assim como mecanismos de identificação e vigilância de contactos.
- 1 de novembro de 2014, demonstração de parte do exercício (contacto para a Saúde 24 e transporte de doente pelo INEM) para dar visibilidade e divulgação pública do evento do dia anterior com o apoio de uma figura pública.

Prévia à data do exercício, decorrerão encontros e reuniões preparatórias entre os elementos organizadores para definição dos passos do exercício em cada instituição envolvida (ver quadro infra).

Quadro 1 – Resumo de atividades e respetiva data

| | |
|---------------------------------|--|
| Atividades pré-exercício | 15-27 outubro 2014 Preparação interna de documentação de suporte |
| | Informação de preparação partilhada com pontos focais das instituições parceiras |
| | 27 outubro 2014 Reunião de planeamento com pontos focais parceiros e Ministro da Saúde |
| | 28-30 outubro Troca de informação com demais parceiros e envio das últimas atualizações dos documentos relativos ao exercício |
| Exercício | A) para testar circuitos dos serviços de saúde 31 outubro 2014 08h00 STARTEX Início do exercício 17h00 ENDEX Fim do exercício 17h 30 Hot Debrief |
| | B) para divulgação junto dos media 1 novembro 2014 10h30 STARTEX 11h25 ENDEX Conferência de imprensa |
| <i>Cold debrief</i> | 10 novembro 2014 Reunião pós-exercício com observadores/avaliadores |
| Relatório final | 24 -28 novembro 2014 Elaboração do relatório final |

4.6. CENÁRIO

O exercício simulará uma situação o mais próximo possível da realidade e inclui diversos eventos em simultâneo sobre eventuais casos suspeitos que

se vêm a confirmar ou não (Anexo 1). O cenário só estará disponível para os controladores e avaliadores, os participantes terão conhecimento do mesmo ao longo do exercício.

4.7. INJECTS

Os eventos constantes nos cenários e as ações que se prevê serem desencadeadas são sistematizados e sequenciados numa lista que serve de guião ao exercício, com base em *Injects*⁵ (parte de informação do cenário). Essa lista, definida como *Master Event List* (MEL) é um dos documentos major dos controladores para desencadear as ações previstas a testar (Anexo7).

Os controladores do exercício, com base nos *Injects*, estimularão ações ou simulação das mesmas a fim de dinamizar intervenções e os circuitos de informação entre os participantes. Esses *Injects* poderão ser recebidos sob a forma de telemóvel, e-mail, telefone, fax, ou através do website ou ainda simulação de meios de comunicação social (pseudomedia) como jornais , TV, etc. ou por comunicação verbal directa. Os injects poderão ser ainda situações simuladas por figurantes, que contactem com as unidades de saúde, seja presencialmente, seja por via telefónica e/ou electrónica.

Qualquer *inject* que não seja claro e necessite de eventual esclarecimento sobre a sua “adequação” para simulação do real deverá ser de imediato comunicada para os organizadores do exercício sob a coordenação da Dra. Paula Vasconcelos a contactar através do 91 95 95 358 ou 21 843 06 34.

4.8. EQUIPAMENTOS E FERRAMENTAS

Os participantes irão operar a partir dos centros operacionais das instituições. Poderão ter de se articular com parceiros ou simular essa

⁵ Injects are messages, or information about the next stage or events in the scenario. Injects are handed out by controllers or simulated by role-players and include directives, instructions and decisions. Injects will drive players towards the achievement of specific objectives. Injects can be written, oral, televised, and/or transmitted by any means (e.g., fax, phone, e-mail, voice, pseudo media).

<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Simulation-exercise-manual.pdf>

articulação ou a partilha de informação, utilizando meios habituais de comunicação (via telefónica, eletrónica ou comunicação direta) e a fazer uso dos equipamentos e instrumentos habituais para a execução de determinadas ações.

A utilização do SINAVE está prevista neste exercício e o seu acesso garantido através da simulação de número de utentes (ver anexos), permitindo que, em ambiente hospitalar e de unidades de saúde se tenha acesso para fins de “pseudonotificação” dos casos dos cenários.

4.9. DOCUMENTAÇÃO PARA O EXERCÍCIO

Os participantes deverão operacionalizar as ações preconizadas com base nas Orientações e documentos publicados pela DGS e nos procedimentos internos de cada instituição para a resposta à doença por vírus Ébola.

Os documentos mais recentes da DGS estão disponíveis através do *link*: <http://www.ebola.dgs.pt/profissionais.aspx>

Os procedimentos internos de cada instituição estarão disponíveis para controladores e avaliadores/observadores antes do início do exercício.

4. 10. INTERRUPTÃO DO EXERCÍCIO

O exercício poderá vir a ser interrompido a qualquer momento, desde que uma situação real possa a tal obrigar. Tal interrupção será decretada pelos organizadores que darão o alerta de “terminou o exercício”, interrompendo-se qualquer atividade simulada a partir do momento da notificação de paragem.

5. DIVULGAÇÃO DO EXERCÍCIO

5.1. DIVULGAÇÃO PARA INSTITUIÇÕES/PROFISSIONAIS PARTICIPANTES

Todas as instituições envolvidas deverão ser informadas da realização do exercício através dos seus controladores. A informação deverá ser remetida com antecedência a avisar os locais e pessoal diretamente envolvidos nas ações/atividades que se pretendem testar.

A informação deverá constar de:

- Indicação de horário de início do exercício e o fim de participação de cada fase para permitir o rápido retorno às atividades rotineiras reais dos serviços de cada instituição;
- Informação que não serão divulgados nenhuns pormenores relativos aos cenários;
- Indicação que o exercício prevê a concretização de certas ações como se no real se tratasse;
- Informação para que a partilha de informação e comunicações (oral e escrita) durante o exercício deverá sempre precedida da declaração escrita ou oral : "EXERCÍCIO EXERCÍCIO EXERCÍCIO ";
- Informação de utilização dos equipamentos, as ferramentas e demais material simulado como na atividade real; que o acesso às ferramentas eletrónicas do serviço está garantido com números simulados meramente para efeito do exercício, nomeadamente acesso ao SINAVE mas que algumas informações poderão ter que ser assumidas ou "simuladas" pelos próprios participantes, por exemplo pormenores de moradas ou dados no preenchimento dos dados em fichas clinicas que poderão ser "simulados" com zeros ou supostos nome de ruas e demais itens, precedidos da palavra EXERCICIO, mesmo antes do nome fictício dos casos; esses dados serão todos eliminados após a avaliação do exercício.
- Informação sobre a observação do exercício por observadores/avaliadores internos e externos que contribuirão para o relatório final sobre o exercício

e as recomendações resultantes do mesmo (ver ponto 6 para mais pormenores).

- Informação sobre a necessidade de todos os envolvidos no exercício venham a estar listados como participantes (Anexo 3) e que preencham uma ficha de avaliação no final do exercício (Anexo 6) .

- Indicação que o exercício poderá ser interrompido a qualquer momento caso algum evento real que entretanto ocorra assim o obrigue.

5.2. DIVULGAÇÃO PARA OS MEDIA

O Diretor-Geral da Saúde, através do Eixo de Comunicação da Plataforma Plataforma de Resposta a Doença por Vírus Ébola fará a divulgação do exercício aos meios de comunicação social dias antes do exercício.

A participação de uma figura pública ajudará a divulgar as ações que, a nível nacional, se espera ocorram por parte da população em geral perante a dúvida sobre eventual suspeição de doença. O exercício pretende realçar a estratégia nacional de, em caso de suspeição clínica e verificação de possíveis *links* epidemiológicos, seja de evitar ao máximo a deslocação a serviços de saúde e telefonar para a Linha Saúde 24.

No dia 1 de novembro, o exercício só decorre para efeitos de divulgação dos preparativos de resposta nacional a doença por vírus Ébola. Não serão efetuados os passos de avaliação como no dia anterior. No entanto o circuito de telefonema para a Saúde 24 e o transporte pelo INEM para ao hospital de referência será feito sob observação de elementos da organização.

Esta parte do exercício, com fins de divulgação para os media decorrerá com o apoio da figura pública Catarina Furtado (atriz e apresentadora de televisão conhecida a nível nacional e internacional, como embaixadora das Nações Unidas). A Catarina Furtado fará de figurante doente a telefonar e será transportada da sua “suposta” casa para o hospital de referência Hospital de Curry Cabral. O fim da simulação no Hospital Curry Cabral

coincidirá com a um conferência de imprensa com o Ministro da Saúde, Diretor-Geral de Saúde e demais elementos do Conselho de Administração, Direção Clínica e Direção do Serviço de Infeciologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, contando ainda com a colaboração de Catarina Furtado que contribuirá para disseminar informação ao público em geral sobre as principais medidas a tomar por um cidadão em caso de suspeição de doença por vírus Ébola.

6. AVALIAÇÃO

O processo de avaliação incluirá avaliação interna e externa e em três fases:

- Durante o exercício;
- Logo após o exercício (*hot debriefing*);
- Dias depois do exercício (*cold debriefing*);

No âmbito da Plataforma de Resposta a Doença por Vírus Ébola, o eixo de avaliação é coordenado pelo Prof. Jorge Torgal, que articular-se-á com os organizadores da DGS e os restantes observadores/avaliadores.

O exercício será também avaliado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), com sede em Estocolmo. Virão dois peritos em *preparedness*, Graham Fraser and Jonathan Suk que se juntarão à equipa de avaliadores. Um dos avaliadores do ECDC acompanhará as atividades de campo do exercício junto do INEM e do Hospital Curry Cabral, enquanto o outro estará na DGS acompanhando os circuitos de coordenação nacional.

Cada instituição deverá ter um observador/avaliador interno que não tenha envolvimento direto nas questões alvo da simulação para acompanhar o seguimento sequencial do exercício, devendo ter conhecimento do modo de organização e circuitos internos e que efetuará a avaliação do exercício durante e após o exercício. Quando possível a função de

observador/avaliador interno deverá ser complementada com um elemento do eixo de avaliação externa, coordenada pelo Prof. Jorge Torgal.

O processo de avaliação baseia-se numa *checklist* de avaliação padronizada que será utilizada ao longo de todo o exercício e onde se registam observações e notas. Essa *checklist* (Anexos 4) é baseada nos objetivos do exercício e nos pontos essenciais dos procedimentos previstos para cada instituição. Antes do exercício, o avaliador de cada instituição é responsável por fazer chegar à DGS uma *checklist* interna de avaliação que reflita todos os pontos essenciais dos procedimentos internos considerados pertinentes para serem testados.

Todos os participantes deverão preencher ficha de avaliação geral do exercício (Anexo 6), a preencher logo após o exercício, no *hot debriefing*.

Em complemento às fichas de avaliação por instituição, os avaliadores preencherão uma ficha posterior no contexto de *cold debriefing* (Anexo 5) coordenado pelos organizadores do exercício e pelos elementos do eixo de avaliação da Plataforma para elaboração do relatório final. Essa ficha deve ser remetida à DGS antes de 10 de novembro de 2014.

Os organizadores irão compilar as observações e questões levantadas ao longo do processo de avaliação e será elaborado um relatório final que incluirá eventuais recomendações relativamente à situação atual da preparação de resposta à eventual introdução do vírus Ébola em Portugal.

ANEXOS

Anexo 1 – Cenários

Anexo 2 – Lista de contactos

Anexo 3 – Modelo lista de participantes por instituição

Anexo 4 - Fichas de avaliação para avaliadores das diferentes instituições

Anexo 5 – Ficha de avaliação de avaliadores – Cold Debrief

Anexo 6 - Ficha de avaliação geral do exercício

Anexo 7 – Master Event Lista (MEL)



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

ANEXO 3: RELATÓRIO DO ECDC



FINAL REPORT

Operation Meliandou, Lisbon, 31 October 2014. Report of External Exercise Observers, ECDC. Final report 26 November 2014 (Draft submitted 8 November 2014)

1 INTRODUCTION*:

In the context of the ongoing Ebola outbreak in West Africa, Portugal decided to run an extensive simulation exercise (command-post and field exercise of management of Ebola cases in Portugal). This was in part to test the draft Ebola Preparedness Plan that Portugal has developed but not yet officially published and to test technical guidance's and protocols published regarding general procedures for health services.

The exercise involved a range of key players in the health sector:

- Directorate-General for Health (DGS) (coordination at national and international level, and lead for risk assessment and Ebola case validation)
- National Medical Emergency Institute (INEM) (ambulance transport)
- National Institute of Health (INSA – national reference laboratory)
- Referral Hospitals in Lisbon, Porto
- Primary Health Care Unit, Damia - Amadora,

The specific objectives of the exercise were to test the system's ability to identify, respond to and manage cases of Ebola occurring in Portugal. ECDC was invited by Portugal to assist the evaluation team as observers and to provide:

- external expert input into the assessment of the exercise;
- to make eventual recommendations for system improvements (as seen through the exercise) and for further testing of VHF preparedness in Portugal –(see **Terms of Reference Annex V**).

2 THE EXERCISE:

2.1 Exercise scope

The exercise was ambitious in scope, comprising both a command centre at DGS, and real life simulation of the path through the health services of an actual patient (acted by volunteer junior doctors in public health training). The scenario involved identification of cases in both Porto and Lisbon, and testing the early recognition of a suspect case and immediate communications, ambulance delivery of the patient and reception at the tertiary hospital, and simulation of blood sample taking and laboratory analysis, as well as formal notifications in country and international communication procedures. Specific exercise objectives are given in **Annex IV**.

2.2 Exercise Observations

The simulation exercise was conducted according to Portuguese preparedness technical guidance's and protocols available here: <http://www.ebola.dgs.pt/profissionais.aspx>. One ECDC observer (GF), followed the ambulance picking up the simulated Ebola suspect case at a primary health care unit, and the entry of this patient to the hospital system. The other observer (JS), followed the activities at the command centre at DGS.

Observations on the preparedness system arising out of the exercise are given in **Annex I**. Possible areas of recommendation for improved assessment of further exercises and for the overall preparedness system are given in **Annex II**. The observers also had opportunity to observe the demonstration for the media on 1st November 2014. This comprised a demonstration of the public call number and transport from domicile to hospital of the patient, employing a well known TV personality. Media coverage was extensive.

2.3 Report Limitations:

Observations regarding the state of preparedness systems for imported VHF cases in Portugal are derived only from those made as external observers during Exercise Meliandou. Neither ECDC observer was fluent in Portuguese, which imposed some limitations, although the availability of professional staff to undertake incidental interpretation and explanation of documents and events, is gratefully acknowledged.

Graham Fraser
Senior Expert, Health Systems
and Preparedness

Jonathan Suk
Expert, Health Determinants and Preparedness

European Centre for Communicable Disease Prevention and Control,
26 November 2014 (draft elaborated 8 November), Stockholm.

Annex I

OBSERVATIONS ARISING FROM EXERCISE MELIANDOU

1 Command Center at DGS

(a) Exercise Event Description

The team at DGS rapidly mobilized and liaised with a very wide range of partners/stakeholders from within the Portuguese emergency preparedness infrastructure, including INEM, INSA, hospitals, international bodies via EWRS, etc. The team quickly identified the few glitches that arose (such as the errant direction of the phone call at 08:35), and some difficulties arising from implementing new protocols within SINAVE (notification system).

(b) Areas for possible development:

a. Physical facilities for the Emergency Operations Centre (EOC):

A working space sufficient in size and amenities/technologies to accommodate all EOC staff could be more efficient than one where staff are decentralized across several offices. Few MS can justify permanent EOC facilities for health emergencies, but some have, eg as at DGS, a meeting or conference room that can be converted with additional phones, ICT equipment etc at short notice. This requires advance planning and SOPs for the technicians etc;

b. Promulgation and further development of the EVD strategic preparedness plan

Although staff clearly knew their roles and responsibilities during the exercise, it was less clear to external observers how these responsibilities match the overall strategic preparedness EVD plan. The *de facto* operation of the draft plan was assumed, by the observers, although it has not yet been promulgated. Although the draft plan sets out clearly the overall design of and rationale for the response, and considerable operational detail, there are at present no overall operational plans set out the expectations of each responding organisation/staff, and the how they are expected to interact at each stage of the emergency.

Operational expectations and standards for the response appeared to be largely those of each responder organisation, and it was not clear to observers that these are all known to and agreed by DGS, or that

their interaction as an overall system is described in operational terms. This present lack makes it difficult at present, for (even national) assessors to assess how well the system performed against expectations in the emergency plans (over and above checking that all response steps were operationalised in expected sequence, at each responder organisation).

(c) Tiered response according to emergency level

It is not clear at present that the draft plan distinguishes responses required in the suspect case phase and in a confirmed case phase. Some responses are the same in either situation, others differ depending on whether the case is confirmed (eg decontamination/cleaning; contact tracing, clinical care precautions, clinical waste management etc). The confirmed case stage might also require elevated responsibilities/powers to be evoked (eg re case finding, contact management, treatment contingency powers, etc).

(d) Response algorithms

The development of a specific algorithm that would outline roles and responsibilities (both within DGS and across the whole health emergency system) at different emergency phases could be very useful, if it does not already exist; it could be expanded to set out and clarify the operational responsibilities of different response organisations at each point, and at different emergency levels.

In addition to the present algorithm for Ebola case identification/evaluation/management, other algorithms could be developed to support clear professional/technical communication regarding laboratory sample handling, community contact tracing, procedures at points of entry etc (c.f examples from ECDC, other international organisations, other MS (eg UK 2014)

(e) Response resilience, independent of individuals involved

A major strength of the performance in the exercise was the professional and cordial way in which DGS interacted with diverse health emergency partners; part of the success of the response is reliant upon personal networks and contacts.

However the contingency of the unavailability of key personnel (eg through sickness, on leave, etc) should be considered - are preparedness arrangements and structures robust enough to work

with any combination of personnel? In part this implies standard operating plans, and training of sufficient key individuals in each responder organization.

2 Primary health Centre

(a) Exercise Event description and response

[This part of the exercise was not observed (apart from retrieval of the patient from the isolation room)].

The plan and public message for persons returned from affected countries who become ill, is that they should call the 24hr number, and not see their doctor or hospital emergency department (ED). For the primary health care unit in the exercise, the triage for fever and travel history was evidently carried out by security rather than clinical or reception staff; the patient accordingly was diverted to an isolation room for retrieval by INEM, without potentially contaminating waiting or clinical areas.

(b) Areas for possible review

a. Efficient and effective identification of cases requiring assessment

Despite the wide promulgation of the 24 hr public call number for Ebola, it should be anticipated that some ill persons, infected in the affected countries, may attend their primary health centres or hospital emergency departments on development of symptoms. This critical point of the response capacity (for any health system) was not tested in this exercise; health services staff anywhere in the country, independently of being reference hospitals, need to be aware of the possibility of VHF infection within the health facilities, and have clear procedures on how to respond appropriately.

At the same time, assessment of febrile patients without travel history needs to proceed effectively and efficiently by clinical staff, whatever the contingent security arrangements at health facilities invoked due to the international Ebola crisis.

b. Algorithm for case recognition and investigation

Although the national algorithm for identification of a person requiring assessment for VHF infection rightly emphasises sensitivity, over

specificity, it is not clear that all hospitals use this (eg require fever of a certain level).

3 INEM

(a) Exercise event description and response:

The incoming call was received and efficiently evaluated by the duty doctor and designated INEM focal reference officer; ambulance crew prepared efficiently, with direct supervision of donning of PPE, a dedicated ambulance (plastic interior lining) was despatched from a dedicated facility, arrival at primary care centre; retrieval of patient was completed effectively and efficiently, including patient reassurance; patient transfer to the dedicated isolation treatment room at the tertiary reference hospital was completed efficiently without incident.

(b) Possible areas for review:

a. PPE for ambulance drivers

The present protocol provides for ambulance driver to have the same level of PPE as the patient care crew. While it is recognized that this provides for additional flexibility (the driver can actively assist clinical crew if required), and there are no current international guidelines for drivers in this situation (in non affected countries), ECDC expert opinion is that this level of protection is not necessary for the driver, provided:

1. The window communicating between cab and patient area of the vehicle is sealed off (e.g. through a plastic cover; this may need improved electronic communication system between driver and attendants in the back)
2. The driver remains in the vehicle during pickup and discharge of the patient.

b. Facilities for donning and removal of PPE:

- i. The present physical facility for donning PPE is in a quite restricted space.
- ii. The present physical facility for doffing (disrobing) PPE is (reportedly, not observed) in an open uncovered area. This could pose particular difficulties for ambulance staff safely disrobing if it is raining at the time.

4 Infectious disease Unit

(a) Event emergency description and response

The patient was efficiently received into a negative pressure isolation treatment room¹, almost direct access for outside, separate from the main department/ward ; admitted by doctor and nurse in level 2 PPE, venous blood sample 'taken' for submission to the national reference laboratory. Doctor, nurse and patient were also in communication with senior infectious disease specialist staff by intercom (and video observation). Doffing of PPE by the doctor proceeded first via step by step instruction via intercom/video observation in the patient room, and was then completed in the airlock under direct observation and instruction from senior staff member. Blood specimens were appropriately initially packaged by doctor in the airlock and subsequently fully packaged according to transport requirements by other staff. On confirmation by the laboratory the patient was notified as a confirmed case by telephone to command centre at DGS and SINAVE.

(b) Possible areas for review

None. SINAVE was not functional at the Unit at the time of the exercise.

5 Reference laboratory:

Sample reception and handling procedures were not observed.

¹ Capable of providing intensive care, including ventilation, dialysis etc

Annex II.

RECOMMENDATIONS RELATED TO FUTURE TESTING OF PREPAREDNESS.

Overall, the exercise appears to have been successful in examining the functioning of the health system when faced with a suspect and then confirmed Ebola case.

Some areas could be considered when designing further tests of the preparedness of the health emergency response system:

1 Complementary forms of emergency preparedness testing:

Complementary forms of preparedness testing, in addition to simulation exercises, could be considered. Valuable complementary intelligence regarding preparedness can also be obtained from:

1 ***Proactive surveys of capacities and capabilities of responder organisations***

Systematic prospective (and periodically repeated) surveys can usefully give systematic intelligence re current *capacities* (and some indication of *capabilities*) of responder organisations (eg number of level 2 PPE ambulance crews available 24h in Lisbon region; number of doctors and nurses trained/available 24h for care of level 4 patients at infectious disease unit, tertiary reference hospitals etc);

2 ***Critical incident reviews***

We were informed that the full emergency procedures for 'probable VHF' cases had been invoked recently, on six occasions (all negative, mostly with malaria diagnoses). However none had been evaluated through joint critical review of the response to the patient, by all responder organisations involved;

Each such incident is essentially a 'free exercise', and one which has the authenticity of an unscheduled 'real world' response (cf the inevitable artificiality of staged exercises). There is evidence that critical post incident reviews can provide insight into emergency preparedness not easily obtained in other ways (eg through root cause analysis and similar techniques)²

3 ***Further development of Simulation Exercises***

a. *Extension to other sectors*

The present exercise was confined to health service responders, re the most likely scenario of a person becoming ill after return from one

² See eg recent publications by Stoto et al

of the affected countries. A future exercise would usefully involve other sectors, including point of entry, re eg repatriation of a health/aid worker known to be infected. We understand this is intended.

b. Exercise scope

It could be useful to consider running only one location scenario at a time; two similar independent cases with onset in two locations was demanding for the DGS EOC (and for the external observer).

c. Exercising of first responders

A critical aspect of the response is that of primary health centres and hospital emergency departments, which might be required anywhere in the country – these centres have to remain sensitive to febrile patients with a travel history in affected countries, while continuing to respond efficiently to local cases (flu, colds, etc). This aspect is hard to test with a single ‘prepared’ primary responder organisation. This might be addressed by:

1. A regional approach to exercises, where hospitals and PHCs are warned of the time frame within a few days, but not to which health units or general hospitals the ‘clearly identified ‘exercise patient’ will present (all effectively have to review their procedures and prepare);
2. Critical incident review of each ‘probable case’ (as above), with particular attention to how the initial health service response was handled.

d. Further development of exercise assessment design

In addition to evaluating the exercise in terms of checklists of chronological activities completed, further attention could be given to criteria that assess the performance of staff/responder organisations against the preparedness plan; the efficiency and usefulness of the plan itself, and issues such as logistics, etc. Some of these criteria, adapted specifically to the Portuguese VHF exercise as an example, are given in **Annex III**.

e. Preparation and training of assessors

Assessors should be trained well in advance in the assessment design as above. It is understood this was limited on this occasion due to time constraints.

ANNEX III.

CROSS-CUTTING SIMULATION EXERCISE EVALUATION CRITERIA THAT MIGHT ACCOMPANY TASK-SPECIFIC CHECKLISTS*

VHF (or level 4 infectious disease) preparedness plan:

- Did the plan anticipate needs, including equipment and medicines?
- Did the plan anticipate roles and responsibilities?
- Are there any key gaps in the plan?

Fulfillment/execution of the plan:

- Were staff aware plan had been executed, was this clearly communicated?
- What happened when the plan was activated?
- Did people know where to go and what to do? (Were roles and responsibilities clear?)
- Were functional role assignments followed?
- Was the desired outcome achieved?
- Was it clear who was in charge?

Efficiency in implementing the plan

- Time for notifications?
- Time criteria in plan?

Efficiency in plan execution

- Down time?
- Repeated messaging/messages?
- Conflicting instructions?
- Supplies wasted?

Logistics

- Were all the necessary equipment, resources and supplies available?
- Was the space adequate?
- Were appropriate amenities made available to participating actors?

Staff competency/training

- Functional roles assessed?
- Were staff knowledgeable and/or appropriately trained to execute the plan?

The exercise

- How well did the exercise enable the desired objectives?

**adapted from simulation exercise toolkits produced by U Columbia, and Public Health Ontario.*

ANNEX IV.
EXERCISE MELIANDOU.
SPECIFIC EXERCISE OBJECTIVES

Specific objectives for the scenario included:

- To test the detection of suspected cases;
- To test the process for validation of suspected cases to be further investigated;
- To test transport of suspected cases;
- To test suitability, placement and removal of personal protective equipment (PPE) and decontamination procedures;
- To test laboratory diagnostic process;
- To test procedures of clinical management of patients;
- To test procedures for activation of acquisition and administration of medicines, including procedures for the acquisition and administration of immunoglobulin's serum;
- To test notification system of suspected cases and activation of surveillance system SINAVE as well as European and international notifications;
- To test the procedures related to contacts management;
- To test the communication mechanisms for the public and the media.

ANNEX V. TERMS OF REFERENCE FOR ECDC OBSERVERS IN EXERCISE MELIANDOU.

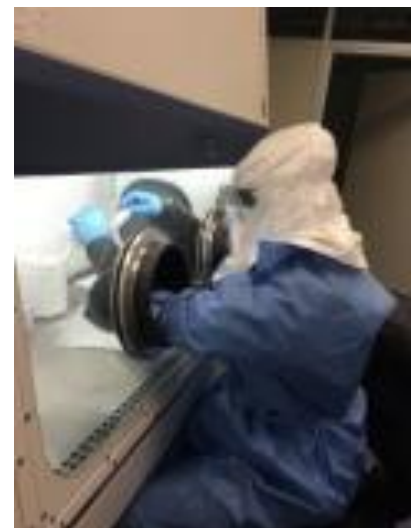
Participation of ECDC experts (Graham Fraser and Jonathan Suk) in Operation Meliandou, a Portuguese national simulation exercise that will take place in Lisbon on 31 October and 1 November 2014.

- 1 Two ECDC experts in health emergency preparedness will participate in Operation Meliandou, convened by DGS on 31 October - 1st November 2014. They will also participate in exercise planning meetings on 30 October.
- 2 The experts will participate as independent observers, as part of the national team, following health and public health service responses to the exercise on 31 October. The experts will work at the locations assigned, under the overall direction of the Operation Meliandou assessment team leader and will be observing the ongoing actions in close collaboration with the national evaluator signed for the three main locations: Directorate-General of Health and National Institute of Medical Emergency and one of the national reference hospitals for Ebola.
- 3 The roles of the experts will be to provide expert input, particularly as independent observers from a European perspective, into:
 - a. critical observations during the exercise regarding:
 - i. responses of the various healthcare and public health actors (people and organisations) involved in the exercise;
 - ii. overall response system integration, including apparent effectiveness of coordination and communication between organisations involved in the exercise response;
 - iii. apparent availability and use of plans and guidelines by the 'response actors';
 - iv. effective implementation of EU and international level reporting requirements.
 - b. participation in the hot debriefing on 31 October;
 - c. participation in planning meetings on 30 October as requested;
 - d. observation of the "media simulation exercise" on 1st November, as considered appropriate, and respecting our agreement on media contacts of ECDC staff;
 - e. contribution of written observations to the drafting team for the assessment report for the exercise, particularly with respect to 3a above;
 - f. review and comment on the draft exercise assessment report, if requested by DGS.

Anexo 4 – Fotografias

A) Exercício 31 de outubro de 2014

Cenário A



Cenário B



B) Demonstração no dia 1 de Novembro de 2014

Cenário C : Simulação de caso suspeito com Catarina Furtado, disponível em <http://www.ebola.dgs.pt/simulacao-catarina-furtado.aspx>

SIMULAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE ÉBOLA COM CATARINA FURTADO, DIA 1 DE NOVEMBRO DE 2014

Catarina Furtado participou num exercício de demonstração dos comportamentos a adotar em caso de suspeita de Doença por Vírus Ébola.

A apresentadora e atriz associou-se à Direção-Geral da Saúde (DGS), na divulgação de mensagens de prevenção e controlo da doença por vírus Ébola. As principais mensagens a transmitir à população centraram-se nos sinais e sintomas relacionados com o Ébola; na relação existente entre o contacto com doentes infetados ou estadia num país onde existe surto e o aparecimento de doença (link epidemiológico); principal procedimento a adotar em caso de suspeita de doença por Vírus Ébola: Contacto telefónico para a Linha Saúde 24 - 808 24 24 24.

A DGS agradece a Catarina Furtado pela sua colaboração e ao Hotel Holiday Inn Lisbon - Continental pela disponibilização do seu espaço para as filmagens.

Poderá visualizar nas fotografias abaixo as diferentes etapas desta demonstração.

Principal procedimento a adotar em caso de suspeita de doença por Vírus Ébola: Contacto telefónico para a Linha Saúde 24 - 808 24 24 24.



Catarina Furtado cumpre as recomendações da DGS e telefona para a Linha Saúde 24.



Descreve: mal-estar, dores de cabeça, febre, dores abdominais e musculares. Estadia na Serra Leoa há 10 dias, no âmbito das Nações Unidas.



É questionada sobre a sua situação clínica, sendo esclarecida sobre os procedimentos de precaução que deve adotar perante ser um caso provável de Ébola.



Ação de ambulância para o transporte de Catarina Furtado para Hospital de Referência - Hospital Curry Cabral.



Explicação dos técnicos INEM sobre como se irá processar a deslocação na ambulância.



Transporte na ambulância com todos os procedimentos adequados para a sintomatologia apresentada.



Chegada ao hospital e entrada diretamente para o Serviço de Infeciologia.



Conferência de Imprensa realizada no fim da demonstração com a presença do Ministro da Saúde, do Diretor-Geral da Saúde, do Presidente do INEM, do Presidente do INSA e do Diretor de Serviço de Infeciologia do Hospital Curry Cabral.



Declarações de Catarina Furtado sobre a demonstração, contribuindo assim para o esclarecimento e informação dos cidadãos sobre o Ébola.

GOVERNO DE PORTUGAL | Ministério da Saúde

© 2014 DGS. All rights reserved. powered by



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

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