

AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA DA GRIPE DAS UNIDADES DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO

Eugénio Cordeiro – Centro Regional de Saúde Pública do Centro

CONTEXTO

A disseminação explosiva do vírus da gripe aviária A/H5N1, com 30 novos países afectados nos primeiros 4 meses de 2006,¹ aumenta o número de pessoas expostas bem como as possibilidades de recombinação genética e de mutação, pelo que estaremos agora mais perto da manifestação de um possível potencial pandémico do que quando a exposição era pouco comum; embora não possa daqui depreender-se que o vírus tenha adquirido maior capacidade de adaptação aos humanos.²

As modificações genéticas do vírus, precursoras do fenómeno de adaptação são difíceis de investigar³ e os estudos epidemiológicos e serológicos até agora têm sido raros e pouco consistentes.⁴

Uma investigação serológica e de factores de risco retrospectiva, de base populacional e familiar realizada numa vila do Camboja, na qual foram analisadas 351 amostras de soro de indivíduos assintomáticos expostos a factores de risco (contacto directo e frequente com aves, algumas das quais infectadas por A/H5N1) mostrou que nenhum desenvolveu anticorpos sugerindo que ele permanece um vírus animal incapaz de provocar infecções moderadas ou assintomáticas em humanos.⁴

Estes resultados são aparentemente contraditórios com um outro estudo de base populacional realizado no Vietname que aponta para uma associação entre a exposição a aves doentes e o desenvolvimento de doença moderada mas que não teve suporte serológico.

Não havendo sinais de que o A/H5N1 se esteja a adaptar aos humanos mas existindo sob forma estável nas aves selvagens de muitos países europeus, terão estes de adicioná-lo à lista de zoonoses presentes nos animais e que ocasionalmente infectam os humanos.

Essencialmente estamos perante duas formas de risco para a saúde humana resultante destes vírus; a infecção directa com a estirpe altamente patogénica do vírus aviário A/H5N1 e a emergência de uma nova estirpe pandémica de um vírus influenza de tipo A.

A ameaça potencial é tão dramática que seria errado os países não darem ênfase aos seus planos de contingência.

Todos os ingredientes para a formação de um novo vírus influenza com potencial pandémico existem – particularmente na Ásia – mas ele pode emergir em qualquer outro continente onde o vírus circule. De facto já se encontraram estirpes por recombinação de vírus humano e aviário na Itália e na Holanda.⁵ Pensa-se também que a primeira pandemia do século XX emergiu, pelo menos em parte, de vírus influenza aviários oriundos da Europa e da América do Norte⁶.

A monitorização de infecções humanas por A/H5N1 e outros vírus influenza emergentes é de crucial importância e decerto será apenas nas fases precoces da emergência de um vírus pandémico que existe alguma esperança de contenção.

A falha na detecção de um caso de infecção humana por gripe aviária, embora não desejável e clinicamente dramática, não representa um problema de saúde pública já que ele não pode vir a gerar outros casos, na ausência de transmissão inter-humana sustentada. Já a falha no diagnóstico de um número de casos intimamente agrupados no espaço e num curto período de tempo, compatíveis com suspeição de doença respiratória não identificada (desejavelmente com padrões clínicos e epidemiológicos pouco habituais) pode também representar falha no diagnóstico do sinal epidemiológico da transição da forma de transmissão inter-humana não sustentada do vírus para a forma eficiente e sustentada que corresponde ao início da pandemia⁷.

Duas investigações utilizando modelos matemáticos de padrões de transmissão que poderão ser vistos no início da pandemia sugerem que um surto inicial causado por um vírus pandémico emergente pode ser contido ou a sua propagação atrasada desde que várias condições exigentes sejam postas em prática num curto período de tempo. Estas investigações estão na origem de um documento de trabalho da OMS que contém as acções de contenção e resposta rápida recomendadas. Neste documento define-se um agrupamento de 5 casos como sinal de suspeição do início da transmissão inter-humana sustentada e propõe-se que casos agrupados de 3 ou mais pessoas que reúnam as condições descritas, das quais destacamos a ligação social ou geoespacial devem disparar de imediato a intensificação da investigação para evidenciar a infecção causada por um novo vírus influenza A e aproveitar a oportunidade única de tentar a contenção ou pelo menos atrasar a propagação do vírus.

Gastar recursos escassos para proteger a saúde de uma ameaça anunciada sem data, é um desafio destabilizante para todos e particularmente difícil ou impossível para países que nem cuidados básicos de saúde conseguem oferecer à sua população.

Este facto é tão mais importante quanto sabemos que há agora mais países afectados, onde a vigilância em saúde humana e veterinária é tão pobre que a detecção de mortes de pessoas ou aves por um vírus pandémico pode demorar semanas, escondendo a eclosão da pandemia e impossibilitando a tentativa de contenção. Por isso a OMS faz depender a aplicação da sua estratégia de contenção e resposta rápida da garantia mínima de sucesso que as condições locais possam oferecer e tem-se responsabilizado pela organização de conferências de doadores, para ajudar estes países .

Apesar dos exemplos de sucesso na contenção da gripe aviária pela estirpe altamente patogénica do vírus A/H5N1 em explorações industriais, a epizootia já se instalou nos continentes asiático, africano e europeu, envolvendo um número crescente de países. O Cáucaso e o sul dos Balcãs são regiões de momento consideradas de alto risco.⁸

A natureza do reservatório deste vírus (aves selvagens) não permite a erradicação pelo que a contenção da sua disseminação nas explorações avícolas é a forma mais segura que temos para tentar que não se transforme num vírus facilmente transmissível entre humanos.⁹

A qualidade do plano de controlo da epizootia nas explorações avícolas da Tailândia,¹⁰ baseado no abate das aves nas áreas afectadas; desinfecção das explorações e restrição dos movimentos comerciais num raio de 10 km por 30 dias – sem recurso à imunização – é aceite como explicação para a diminuição drástica do número de casos humanos observados naquele país desde 2004.

Assim, no primeiro semestre de 2006 não houve notificações apesar da investigação intensa, quer em pessoas (cerca de 4200 casos clínicos investigados), quer em aves (detecção e controlo de surtos).

Porém, em Julho surgiram os 2 primeiros casos de 2006 que funcionaram como *casos-sentinela para surtos em aves*, ou seja; a sua detecção foi anterior à dos surtos aviários que ocorreram na mesma província.¹¹ Esta inversão dos objectivos do sistema de vigilância sugere sub-deteção ou sub-notificação do “programa activo de vigilância animal” e ilustra a importância da comunicação imediata entre as autoridades de saúde humana e veterinária, sempre que haja um caso suspeito (em pessoas ou em animais).

Nestes dois casos não se verificaram critérios epidemiológicos de exposição, necessários para a definição de caso possível¹² – não por não existirem – mas por serem então desconhecidos. A definição operacional de caso é incontornável, mas também é dinâmica e pode estar a ser reescrita no momento da investigação.

Desde 2004 o vírus já matou 141 pessoas, das quais 64 em 2006.¹³

O PEDIDO DE PLANOS DE CONTINGÊNCIA ÀS UNIDADES DE SAÚDE

A Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) pediu às unidades de saúde que elaborassem planos próprios de contingência da gripe (PCUS), na sequência da sua nomeação, em 21 de Fevereiro de 2006, como entidade de saúde regional responsável pela coordenação dos serviços de saúde na organização da resposta a este problema.

A própria ARSC ficou obrigada a apresentar o seu plano de contingência regional. A elaboração dos planos de contingência insere-se na estratégia internacional liderada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Centro Europeu de Controlo das Doenças (ECDC) e na estratégia nacional liderada pela Direcção Geral da Saúde (DGS).

Este pedido foi realizado na sequência de reuniões promovidas pela ARSC e pelo Centro Regional de Saúde Pública (CRSP) com representantes das unidades de saúde hospitalares e representantes sub-regionais das estruturas dos cuidados de saúde primários (coordenadores sub-regionais e adjuntos do delegado regional de saúde).

A estratégia adoptada de pedir a elaboração de planos específicos às unidades de saúde antes da elaboração do plano de contingência regional baseia-se em dois pressupostos; não existe um modelo de plano de contingência e muito menos um modelo universal ajustado a cada unidade de saúde; o plano de contingência regional será essencialmente um plano de gestão pelo que terá de ser construído tendo em consideração os recursos existentes em cada unidade de saúde.

Nas reuniões atrás referidas foi bem vincado que os PCUS se deviam referir à fase pandémica 6, por se ter julgado que as acções de formação para profissionais de saúde levadas a cabo pela ARSC e pelo CRSP em conjunto com as orientações técnicas da DGS seriam suficientes para preparar a resposta à actual fase pandémica 3.

Não obstante as unidades de saúde responderam com planos para as fases pandémicas 3 ou 6, ou para as fases 3 e 6 ou ainda fazendo referência a todas as fases.

Os PCUS para a fase 3 caracterizam-se pela **gestão de casos**, não têm correspondência a nível regional (não há necessidade de um plano de contingência regional para a fase 3) e devem ser construídos e adaptados às características das unidades de saúde. O documento de excelência para a sua preparação é o dossier de orientações técnicas da DGS .

Os PCUS para a fase 6 caracterizam-se pela **gestão de recursos**, têm correspondência com o plano regional de contingência, devem ser adaptados às características das unidades de saúde e à gestão regional de recursos. Os documentos de excelência para a sua preparação são os cenários para uma eventual pandemia do Instituto Nacional de Saúde (INSA)¹⁴.

As fases 4 e 5 referem-se aos casos agrupados, precursores imediatos da pandemia e constituem prova da transmissão inter-humana sustentada. É fácil conceber a sua sobreveniência, difícil é saber se a execução dos PCUS permitirá a sua detecção oportuna. Existindo esta, preconiza-se uma resposta rápida e a tentativa de contenção, minuciosamente descrita pela OMS .

¹ Nabarro D, 4 May 2006, Press Conference by un Avian Flu Coordinator.
(http://www.un.org/News/briefings/docs/2006/060504_Nabarro.doc.htm)

² ECDC Technical Report. The Public Health Risk from Highly Pathogenic Avian Influenza Viruses Emerging in Europe with Specific Reference to type A/H5N1. Version June 1st 2006. (<http://www.ecdc.eu.int>)

³ Nabarro D, Chief Avian Flu Coordinator for the United Nations, quoted by Donald G. McNeil Jr. in the International Herald Tribune article: The response to Bird Flu: Too much or not enough, March 28, 2006.

⁴ ECDC Influenza Team. Evidence that mild or asymptomatic human H5N1 infections have not occurred in a Cambodian village with poultry infections. Eurosurveillance weekly release, volume11, Issue 9, 7 September 2006. (http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2006_08_23/en/print.html)

⁵ Wilschut J C et al. Influenza. Second edition. Rapid Reference. Mosby Elsevier, Edinburgh, 2006.
(<http://www.elsevierhealth.com>)

⁶ Taubenburger e tal. Nature Vol 437 October 6th 2005 doi:10.1038/nature04320.
(<http://www.nature.com/news/2005/051003/full/nature04230.html>)

⁷ WHO. WHO Pandemic Influenza Draft Protocol for Rapid Response and Containment. Updated draft 30 May 2006.

⁸ UN FAO, 21 August 2006. Bird flu a threat to southern Balkans, Caucasus region.
(<http://www.un.org/apps/news/printnews.asp?nid=19586>)

⁹ Domenech J, Chief Veterinary Officer of FAO, 21 August 2006. Bird flu a threat to southern Balkans, Caucasus region. (<http://www.un.org/apps/news/printnews.asp?nid=19586>)

¹⁰ FAO. Thailand shares secrets of success.
(http://www.fao.org/newsroom/en/focus/1000348/article_1000352en.html)

¹¹ ECDEC Influenza team and the Editorial team of Eurosurveillance. Avian Influenza H5N1 update: resurgence in Thailand. Eurosurveillance weekly release, volume11, Issue 8, 3 August 2006.
(<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060803.asp>)

¹² DGS. Orientações Técnicas. Período de alerta pandémico – Fase 3. Documentos de trabalho da DGS sobre gripe de origem aviária A/H5N1. Documentos de GAH1 a GAH8, primeira versão de Fevereiro de 2006.
(<http://www.dgs.pt>)

¹³ WHO. Cumulative Number of Confirmed Cases of Avian Influenza A/(H5N1) Reported to WHO, 23 August 2006.

¹⁴ Baltasar et al. Gripe – Cenários preliminares para uma eventual pandemia. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Junho de 2005 (www.insarj.pt/site/resources/docs/pandemia.pdf)

PONTO DA SITUAÇÃO

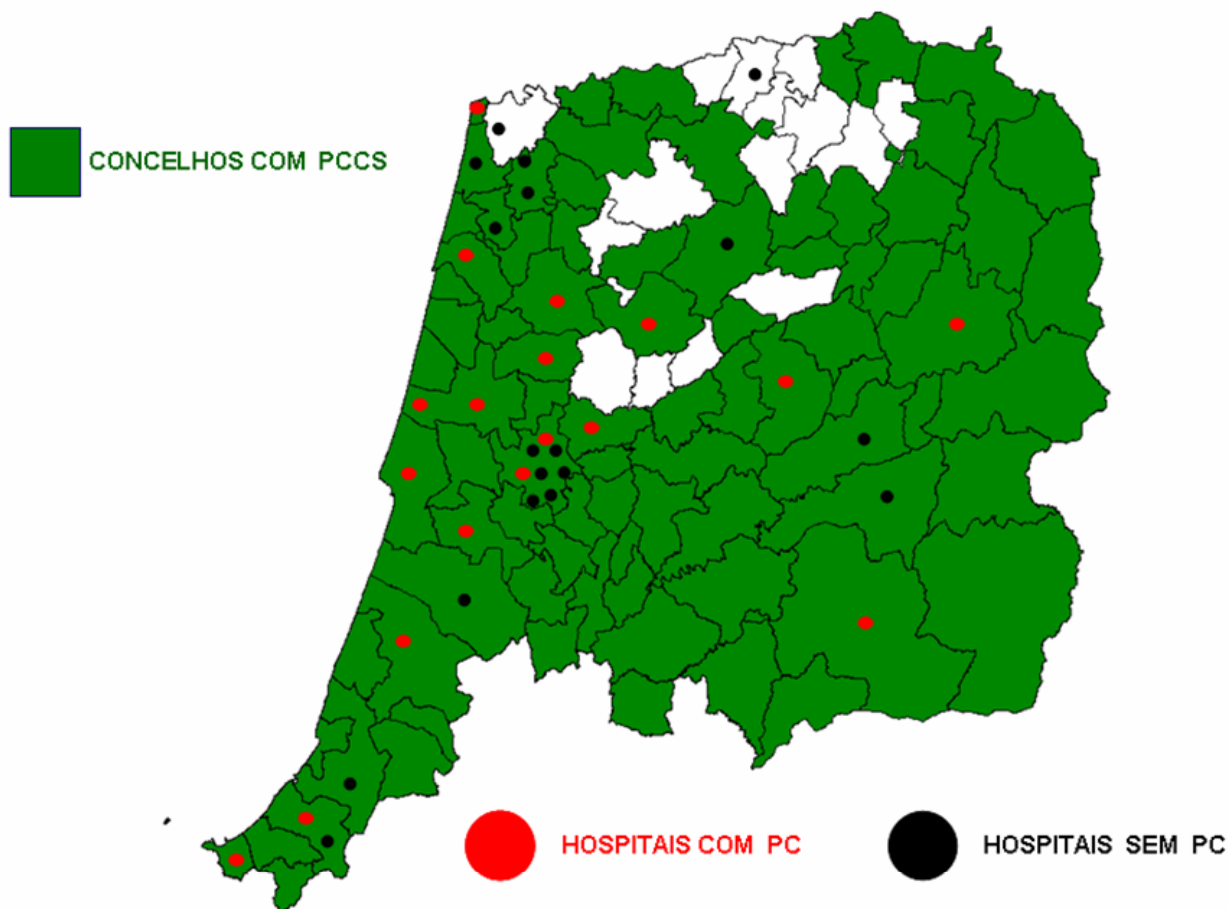


Fig. 1. Os concelhos marcados a verde possuem centros de saúde com planos de contingência. Os pontos vermelhos e os pontos pretos representam os hospitais.

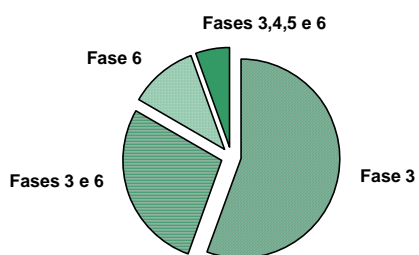


Fig. 2. Dezoito hospitais enviaram planos de contingência: destes, 55,6 % (10/18) são da fase pandémica três; 27,8 % (5/18) são das fases 3 e 6; 11,1 % (2/18) são da fase seis e 1 (5,6%) é das fases três, quatro, cinco e seis.

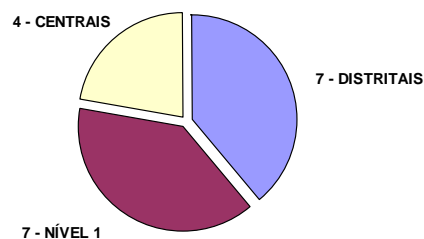


Fig. 3. Dos 18 hospitais que enviaram planos de contingência; 40% (7/18) são distritais; 40% (7/18) são de nível 1 e 20% (4/18) são centrais.

PLANOS DE CONTINGÊNCIA DOS HOSPITAIS

Até ao dia 12 de Agosto de 2006 foram recebidos 50% (18/36) dos planos de contingência dos hospitais (PCH). Cinquenta e seis por cento (10/18) referem-se à fase pandémica três; 27,8 % (5/18) referem-se às fases três e seis; 11,1 % (2/18) à fase seis; e 5,6 (1/18) refere-se às fases três, quatro, cinco e seis. Sete são hospitais distritais, 7 são de nível 1 e 4 são centrais. Nos hospitais centrais estão incluídos os HUC, 2 hospitais psiquiátricos e um centro médico de reabilitação.

PCH PARA A FASE PANDÉMICA TRÊS

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<p>Reciclagem de Conhecimentos Gerais</p> <ul style="list-style-type: none">• Articulação inter profissional e interinstitucional• Educação dos doentes sobre o fenómeno infeccioso• Reforço das precauções padrão• Isolamento de contacto• Medidas de etiqueta respiratória• Higiene das mãos dos profissionais e doentes• Separação de doentes por coortes de risco• Barreiras físicas nos balcões e <i>guichets</i>• Práticas seguras• Equipamento para recolha de resíduos sólidos• Circuito de recolha de resíduos sólidos• Adequação do material de higienização• Equipamento para higiene individual• Manutenção do equipamento de higienização	<p>Aspectos Formais</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausência de índice• Ausência de paginação (<i>página de páginas</i>) e data• Ausência de sumário executivo <p>Peso Relativo dos Capítulos</p> <ul style="list-style-type: none">• Introduções com peso relativo excessivo <p>Conteúdo</p> <ul style="list-style-type: none">• Dispersão com dissimulação involuntária dos objectivos dos PCUS• Transcrições extensas de documentos conhecidos• Referência a competências de outros organismos• Protecção de primeiro contacto não referida• Área de isolamento mal caracterizada• Equipamento da área de isolamento não referido• Ausência de referência ao encerramento de caso• Circuito mal caracterizado• Confusão de atribuições• Confusão sobre a utilização dos EPI• Treino da utilização dos EPI não referido• Exercícios de simulação faseados não previstos• Princípio marcha em frente não referido
<p>Medidas Específicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Designação de equipas para gestão dos PCUS• Revisão e adequação da existência de material• Sinalética para utilização oportuna• Mensagens para utilização oportuna• Diagramas de colocação e remoção dos EPI• Formação de todos os profissionais, sobre gripe• Informação; profissionais, doentes e população• Escolha de uma área adequada para isolamento• Adaptação do isolamento• Processo de descontaminação do isolamento• Rejeição adequada resíduos sólidos do isolamento• Cuidados pós morte	<p>Medidas Específicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Faltam sub – equipas executivas pequenas• Aferição da funcionalidade das tarefas dos profissionais e do circuito de casos suspeitos nas unidades de saúde não referidas

PCH PARA A FASE PANDÉMICA SEIS

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<p>Conteúdo</p> <ul style="list-style-type: none">• Cenários calculados para a área de atracção do hospital• Adequação das instalações das urgências• Pré triagem, primeiro contacto protegido – <i>reflectir, provavelmente impraticável em fase 6</i>• Atendimento separado de utentes com sintomas de gripe <i>ab initio</i>• Articulação entre instituições da saúde• Articulação com outras instituições• Suspensão de serviços não urgentes• Adequação estrutural e funcional de todos os serviços• Criação de um quarto (área) de isolamento• Rampa de oxigénio e sistema de aspiração na sala de isolamento• Torneiras de comando não manual• Adequação da oferta de serviços adaptada ao crescimento da procura consoante cenários• Afectação do pessoal por coortes *• Suspensão de ausências ao serviço excepto por doença• Afectação de recursos humanos externos• Adequação dos <i>stocks</i> de material em qualidade e quantidade *• Adequação do horário de serviços de apoio• Restrição do acesso ao hospital• Informação massiva à população e doentes• Formação dos profissionais• Educação dos doentes• Redução de material ao estritamente necessário• Eliminação de material de higienização difícil• Reforço das medidas gerais de higiene• Renovação de ar dos espaços fechados• Planta com readaptação de espaços• Cronograma de actividades• Identificação de documentos de apoio• Sinalética para utilização oportuna• Mensagens para utilização oportuna	<p>Aspectos Formais</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausência de índice• Ausência de paginação (<i>página de páginas</i>) e data• Ausência de sumário executivo <p>Conteúdo</p> <ul style="list-style-type: none">• Quarto (área) de isolamento mal caracterizada• Equipas de urgência rotativas para funcionar 24/24 horas, não previstas• Número e funções de profissionais para funcionar nas equipas de urgência rotativas• Listas de profissionais para funcionar nas equipas de urgência rotativas• Horário de turnos das equipas de urgência rotativas não previsto• Exercícios de simulação faseados não previstos• Articulação inter-institucional não operacionalizada• Curto-circuitos no encaminhamento dos casos suspeitos• Caracterização de instalações não especificada; plantas• Caracterização de recursos não especificada; capacidade de internamento; quadro de profissionais• Apropriação de PC de outras unidades de saúde• Mistura de conceitos com a fase pandémica 3• Consequências da apresentação dos cenários pouco ou nada desenvolvidas• Responsabilidade pela vigilância e investigação epidemiológicas não atribuída• Articulação com o plano regional de contingência• Consenso regional para aprovação dos PCUS

PCH PARA AS FASES PANDÉMICAS:

TRÊS E SEIS

TRÊS QUATRO CINCO E SEIS

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<p>Conteúdo</p> <ul style="list-style-type: none">• Quarentena domiciliar• Triage externa ao hospital• Adaptações estruturais• Reorganização funcional• Aquisição ou instalação de equipamento pesado *• Adequação dos <i>stocks</i> de material em qualidade e quantidade *• Comissões <i>de contingência</i> para a gripe• Linha telefónica para a gripe 24/24 horas• Criação de gabinete de gestão da informação• Previsão de formação específica para a gripe• Reforço da segurança interna e externa• Adequação das casas mortuárias• Diagramas de utilização dos EPI• Actualização de procedimentos de remoção de resíduos sólidos contaminados• Barreiras físicas nos balcões e <i>guichets</i>• Protocolo de limpeza da área de isolamento• Procedimentos de profilaxia pós exposição• Especificação do quadro de pessoal• Reforço das medidas de controlo de infecção das Comissões de Controlo de infecção; precauções padrão alargadas; etiqueta respiratória; isolamento de contacto; sinalética• Fichas temáticas de medidas de controlo de infecção• Listagem de contactos por área de responsabilidade• Procedimentos dos serviços de rouparia; alimentação, resíduos• Circuitos dos serviços de rouparia; alimentação, resíduos• <i>Spots</i> informativos prontos• Fichas sobre precauções básicas• Diagramas sobre higienização das mãos• Diagramas sobre colocação e remoção dos EPI	<p>Aspectos Formais</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausência de índice• Ausência de paginação (<i>página de páginas</i>) e data• Ausência de sumário executivo <p>Conteúdo</p> <ul style="list-style-type: none">• Confusão na caracterização das fases pandémicas• Transcrições evitáveis de documentos conhecidos• Confusão de conceitos• Exposição descritiva contínua, de difícil apreensão rápida, com referência indistinta a procedimentos específicos das diferentes fases• Referência incipiente à fase 6• Área de isolamento não caracterizada• Treino da utilização dos MPI não referido• Gestão da área de isolamento indefinida• Falta de caracterização de instalações - plantas• Caracterização de recursos não especificada; capacidade de internamento; quadro de profissionais• Extravasamento de competências• Equipas de urgência rotativas para funcionar 24/24 horas, não previstas• Número e funções de profissionais para funcionar nas equipas de urgência rotativas• Listas de profissionais para funcionar nas equipas de urgência rotativas• Articulação com o plano regional de contingência• Consenso regional para aprovação dos PCH• Ausência de sub-comissões <i>de contingência</i> operacionais, com poucos elementos• Formação específica para a gripe não caracterizada nem calendarizada• Responsabilidade pela vigilância e investigação epidemiológicas não atribuída• Ausência de cenários• Consequências da apresentação dos cenários pouco ou nada desenvolvidas• Indefinição do profissional que deve fazer o primeiro contacto protegido

PLANOS DE CONTINGÊNCIA DOS CENTROS DE SAÚDE

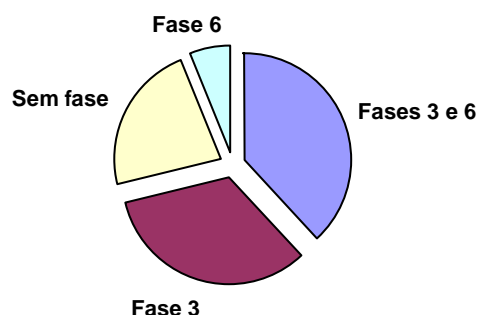


Fig. 2. Dos 92 centros de saúde que enviaram planos de contingência; 38% (35/92) referem-se às fases pandémicas três e seis; 33% (30/92) referem-se à fase três; 23% (21/92) não têm referência à fase e 7% (6/92) referem-se à fase seis.

Até ao dia 12 de Agosto de 2006 foram recebidos 84% (92/109) dos planos de contingência dos centros de saúde (PCCS). Em 38% (35/92) são abordadas, indistintamente, as fases três e seis; 33% (30/92) abordam a fase três; em 23% (21/92), não é referida a fase pandémica, limitando-se à descrição dispersa de algumas estratégias preconizadas pela DGS e 7% (6/92) abordam a fase seis.

PCCS PARA AS FASES PANDÉMICAS:

TRÊS

TRÊS E SEIS

SEIS

SEM REFERÊNCIA À FASE

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<p>Conteúdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação de uma área de isolamento • Reorganização de serviços • Adaptação de instalações dos serviços de atendimento permanente para atendimento por coortes de doentes com sintomatologia respiratória • Reforço das equipas de serviço urgente • Articulação com outras instituições • Reforço das medidas de higienização • Suspensão de serviços não urgentes • Sinalética • Reforço de aprovisionamento de material • Restrição de equipamento ao estritamente necessário • Articulação complementar com instituições externas • Alargamento do horário de atendimento • Elaboração de cenários • Previsão de recursos 	<p>Aspectos Formais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de índice • Ausência de paginação (<i>página de páginas</i>) e data • Ausência de sumário executivo • Ausência de objectivos • Apenas 22% dos planos apresentavam capa, só 37,4% tinham paginação e apenas em 27,5% havia um índice <p>Conteúdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alguns profissionais de saúde parecem não levar a sério a ameaça de gripe pandémica. Dos planos recebidos, 8 não ocupavam mais do que uma página A4 sendo que um deles ocupava $\frac{1}{4}$ de uma página

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização de serviços 	<ul style="list-style-type: none"> • Muito poucos PCCS apresentavam cenários específicos e ainda menos relacionavam esses cenários com os recursos existentes • Ausência de especificidade local, ou seja, enumeração de generalidades que servem para qualquer Centro de Saúde e para nenhum em particular

CONSIDERAÇÕES

Como tem sido reiteradamente referido em diversas reuniões e documentos produzidos pelo CRSPC, não existem modelos universais de PCUS directamente aplicáveis a cada unidade de saúde. Outrossim são documentos de trabalho em actualização, construídos pelas próprias unidades, dos quais elas se devem apropriar.

Existe muita informação facilmente acessível da qual importa referir os documentos que têm vindo a ser produzidos pela DGS, OMS, ECD, CDC, entre inúmeros outros.

Com o enriquecimento de conhecimentos resultante da análise dos documentos que até agora recebemos, elaborámos uma lista aberta de sugestões que esperamos seja útil para a actualização dos PCUS. Com o mesmo objectivo indicamos também alguma documentação e endereços que consideramos fundamentais.

Os PCUS estão disponíveis para consulta nos serviços centrais e por ser impraticável reproduzi-los todos, seleccionámos alguns que enviamos em anexo.

Importa salientar e agradecer o esforço feito pelas unidades de saúde que perante um pedido tão exigente e pouco vulgar iniciaram a sua resposta de modo exemplar.

Contabilizamos já muitos ganhos com poucos custos, resultantes da formação sobre gripe efectuada a cerca de 750 profissionais de saúde nas 6 sub-regiões; discussão inter-profissional; articulação inter-institucional; reforço das medidas clássicas de luta contra a infecção, tão esquecidas na prática da medicina moderna, como a higienização das mãos; a etiqueta respiratória, as práticas seguras de lidar com a infecção.

SUGESTÕES PARA ELABORAÇÃO DOS PCUS

Fase 3

Como já referimos, os planos de contingência para a **fase 3** devem basear-se nas orientações técnicas da DGS, não colocam problemas de afectação de recursos nem de investimentos importantes, mas sim de organização de serviços; articulação entre profissionais e instituições; vigilância e investigação epidemiológicas e eventuais adaptações estruturais menores.

Objectivos:

- Detecção de casos humanos de gripe aviária
- Detecção de *clusters* humanos de gripe pandémica

Os planos de contingência para esta fase podem ser avaliados através de listas de verificação.

Listas de verificação

- Material necessário de uso geral e de equipamento de protecção individual (EPI)
- Adaptações estruturais
- Características da área de isolamento
 - Equipamento
- Características das salas de atendimento
 - Equipamento
- Características dos balcões e *guichets* de atendimento
- Materiais de formação e informação
- Formação de profissionais
- Educação de doentes
- Informação da população
- Articulação entre as autoridades de saúde humana e animal
- Procedimentos
- Treino da utilização dos EPI
- Circuitos
- Sinalética
- Profilaxia pós exposição
- Exercícios de simulação faseados

- Limitados à unidade de saúde
- Alargados às instituições externas
 - ✓ Hospital de referência
 - ✓ Instituto Nacional de Emergência Médica
 - ✓ Direcção Geral da Saúde
 - ✓ Instituto Nacional de Saúde
 - ✓ Direcção Geral de Veterinária

Não parece verosímil um processo suave de transição da fase 3, para as fases 4 e 5. No caso de termos de lidar com as **fases 4 ou 4 e 5**, existem dois desfechos possíveis:

1. Resposta rápida e contenção bem sucedida
2. Resposta rápida e contenção ausentes ou mal sucedidas

A primeira hipótese representa o sucesso da estratégia e exige eficiência redobrada das medidas propostas para a fase 3, incluindo intensificação das medidas de vigilância, seguimento e controlo de doentes e contactantes.

A segunda hipótese representa a entrada em período pandémico e portanto a implementação dos planos propostos para a fase 6.

Fase 6

A fase 6 ou fase pandémica exige uma resposta mais ampla da sociedade que repousa na capacidade de oferta e de gestão optimizada de recursos a nível nacional e regional.

Na região centro, a ARS é a entidade coordenadora da área da saúde e responsável pela elaboração do plano de contingência regional.

Em fase operacional, a coordenação destes planos deve repousar numa estratégia de “poupança” de clínicos pois todos serão necessários para a prestação directa de cuidados aos doentes.

Objectivos:

- Operacionalização da melhor oferta possível de cuidados de saúde, perante o aumento grave da procura
- Implementação concertada das estratégias recomendadas de diminuição do risco de exposição de humanos ao vírus da gripe pandémica

Estes planos devem contemplar pelo menos:

- Caracterização sumariíssima do concelho ou área de influência da unidade no que diz respeito a recursos de saúde complementares
- Caracterização de recursos
 - Humanos
 - ✓ Por sectores profissionais
 - Estruturais
 - ✓ Condições de ventilação
 - ✓ Capacidade máxima de internamento
 - ✓ Ventilação assistida
 - ✓ Suporte avançado de vida
 - Serviços de urgência
 - ✓ Possibilidade atendimentos urgentes separados por coortes de doentes com sintomatologia de gripe
 - ✓ Propostas de soluções
- Cálculo do excesso esperado da procura de cuidados (cenários)
 - Consultas
 - Internamentos
- Reorganização de serviços perante o excesso de procura
 - As plantas ou esquemas são úteis
 - Sinalética interna e externa
 - Informação crítica generalizada
 - Previsão do encerramento de serviços não urgentes
 - Previsão de atendimentos separativos ou transformação da unidade em clínica de gripe ou unidade de retaguarda
 - Reafectação dos profissionais aos serviços urgentes
 - Cálculo do número de equipas rotativas necessárias para a manutenção de serviços urgentes 24/24 horas
 - Cálculo do número de profissionais necessários para manutenção das equipas de manutenção de serviços urgentes
 - Prever absentismo de profissionais
 - Prever necessidade de recursos a profissionais externos

- Adaptação de serviços de apoio como serviços de rouparia, alimentação, recolha de resíduos
 - ✓ Adequação de horários
 - ✓ Adequação do número de profissionais
- Adequação da morgue ou depósito de cadáveres
- Articulação com os agentes funerários
- Formação de equipa de coordenação dos planos de contingência
 - Listas nominais, contactos e indicação de substitutos redundantes
 - Sub-equipas executivas com poucos elementos
- Envolvimento das comissões de controlo da infecção, farmácias hospitalares e serviços de saúde ocupacional
- Constituição de *stocks* de equipamento e consumíveis adequados
 - Ao excesso da procura
 - À duração do excesso da procura
 - Prevendo roturas de fornecimento no mercado
- Coordenação com a DGS e tutela na política de quimioprofilaxia
 - Definição de grupos de risco
 - Avaliação de prioridades
 - Gestão
- Articulação com as empresas de remoção e transporte de resíduos hospitalares
- Articulação com o pano regional de contingência
 - Submeter o plano à aprovação da ARSC
 - Previsão do número e ritmo de doentes a transferir
 - Prever e justificar a classificação da unidade de saúde em período pandémico
 - ✓ Unidade de gripe
 - ✓ Unidade reservada para outras patologias
 - ✓ Unidade mista
- Previsão da demora do percurso para transferência de doentes
- Articulação com bombeiros e protecção civil
- Articulação do plano com entidades externas complementares relevantes
- Articulação com planos externos à unidade de saúde e aos serviços de saúde
- Apresentação do plano às autarquias, entidades e organizações civis relevantes

DOCUMENTOS

- **DGS.** Orientações Técnicas. Período de alerta pandémico – Fase 3. Documento de trabalho da DGS sobre gripe de origem aviária A/H5N1. Documentos de GAH1 a GAH8, primeira versão de Fevereiro de 2006, site da DGS.
- **CRSPC.** O papel dos serviços de saúde na gestão do risco pandémico – versão adaptada. Outubro de 2005. Site da DGS, microsite do CRSPC, gripe – material de apoio.
- **CRSPC.** Gripe e potencial pandémico: informação aos profissionais. Outubro de 2005. Site da DGS, microsite do CRSPC, gripe – material de apoio.
- **CRSPC.** Fase 3 – vigilância epidemiológica e gestão de casos. Setembro de 2006. Site da DGS, microsite do CRSPC, gripe – material de apoio
- **CRSPC.** Gripe: desdobrável informativo. Setembro de 2006. Site da DGS, microsite do CRSPC, gripe – material de apoio
- **CRSPC.** Lista de material para a gestão de casos humanos de infecção pela gripe das aves (anexo)
- **WHO.** Epidemic And Pandemic Alert And Response. Aide – Memoire (anexo)
- **WHO.** Health-care facility infection control recommendations for avian influenza (AI) (anexo)
- **Baltasar et al.** Gripe – Cenários preliminares para uma eventual pandemia Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Junho de 2005. www.insarj.pt/site/resources/docs/pandemia.pdf
- **INPES – Grippe aviaire – formation • information • communication – Kit à l’usage des professionnels de santé.** <http://www.grippeaviaire.gouv.fr>
- **WHO.** WHO Pandemic Influenza Draft Protocol for Rapid Response and Containment. Updated draft 30 May 2006.
- **ECDC.** Technical report • ECDC scientific advice • The Public Health Risk from Highly Pathogenic Avian Influenza Viruses Emerging in Europe with Specific Reference to type A/H5N1, Version June 1st 2006.
- **WHO.** Avian influenza: assessing the pandemic threat
- **WHO.** WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning
- **CDC.** Business Pandemic Influenza Planning Checklist
- **CDC.** State and Local Pandemic Influenza Planning Checklist
- **CDC.** Long-Term Care and Other Residential Facilities Pandemic Influenza Planning Checklist
- **Yale New Haven Health.** Pandemic Influenza Hospital Preparedness Checklist <http://www.yalenewhavenhealth.org/emergency/influenza/index.html>
- **The Stationery Office.** Communicating about risks to public health pointers to good practice. London, 1997. <http://www.dh.gov.uk>

ENDEREÇOS

- <http://www.dgs.pt>
- www.insarj.pt
- http://who.int/csr/disease/avian_influenza
- <http://www.ecdc.eu.int>
- <http://www.cdc.gov>
- <http://www.grippeaviaire.gouv.fr>
- http://www.oie.int/eng/info/en_influenza.htm
- <http://www.eurosurveillance.org>
- <http://www.fluwikie.com>

ANEXOS

- Lista de material para a gestão de casos humanos de infecção pela gripe das aves
- Epidemic and pandemic alert and response. Aide – memoire
- Health-care facility infection control recommendations for avian influenza
- Plano de contingência do hospital José Luciano de Castro
- Plano de contingência dos HUC
- Plano de contingência do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio
- Plano de contingência do Centro de Saúde de Arouca
- Plano de contingência do Centro de Saúde de Arganil (apresentação no fórum regional sobre gripe. Coimbra, 21 de Setembro de 2006)
- Uma grelha de caracterização dos planos de contingência dos Centros de Saúde