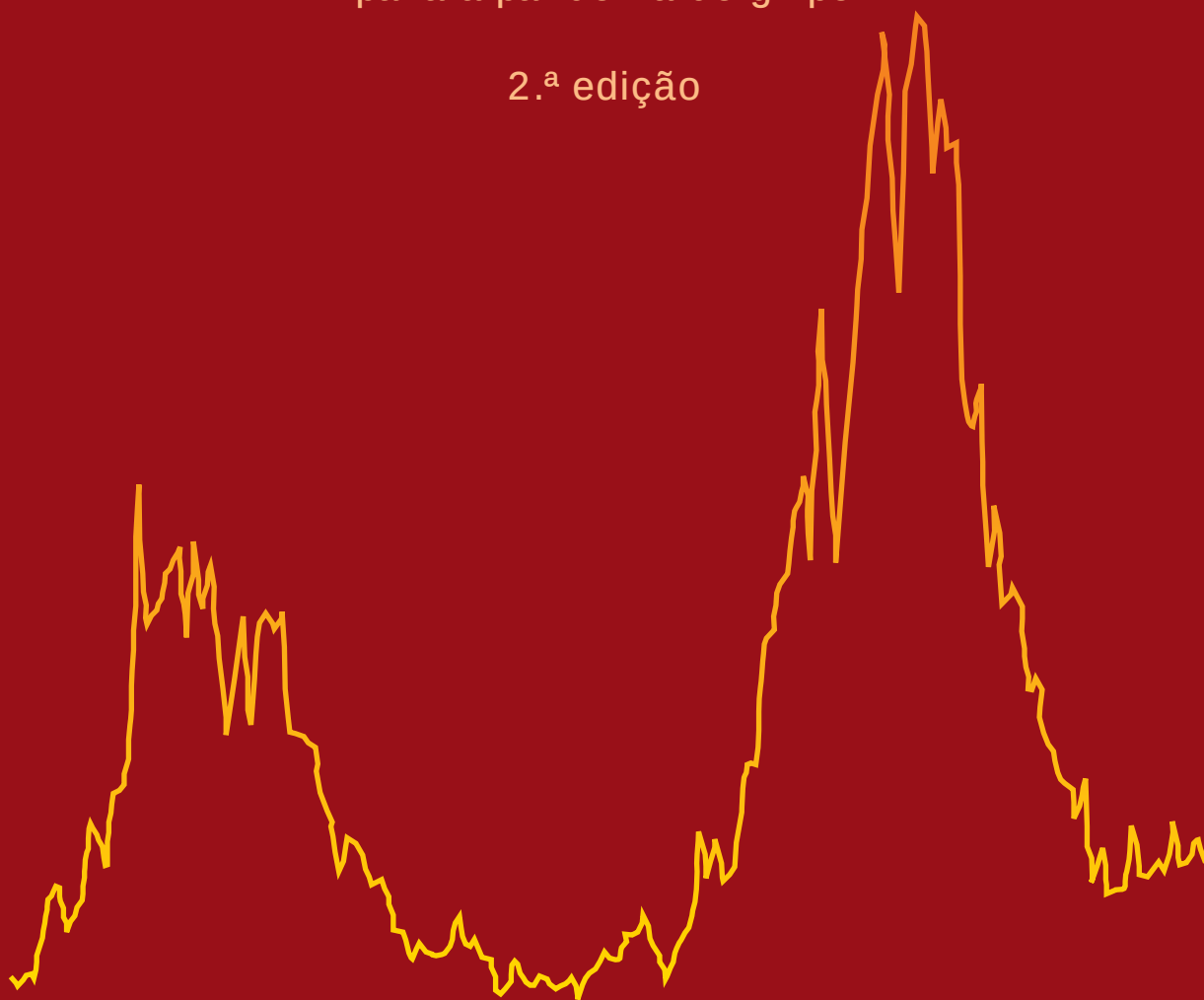




PANDEMIA DE GRIPE

plano de contingência nacional do sector da saúde
para a pandemia de gripe

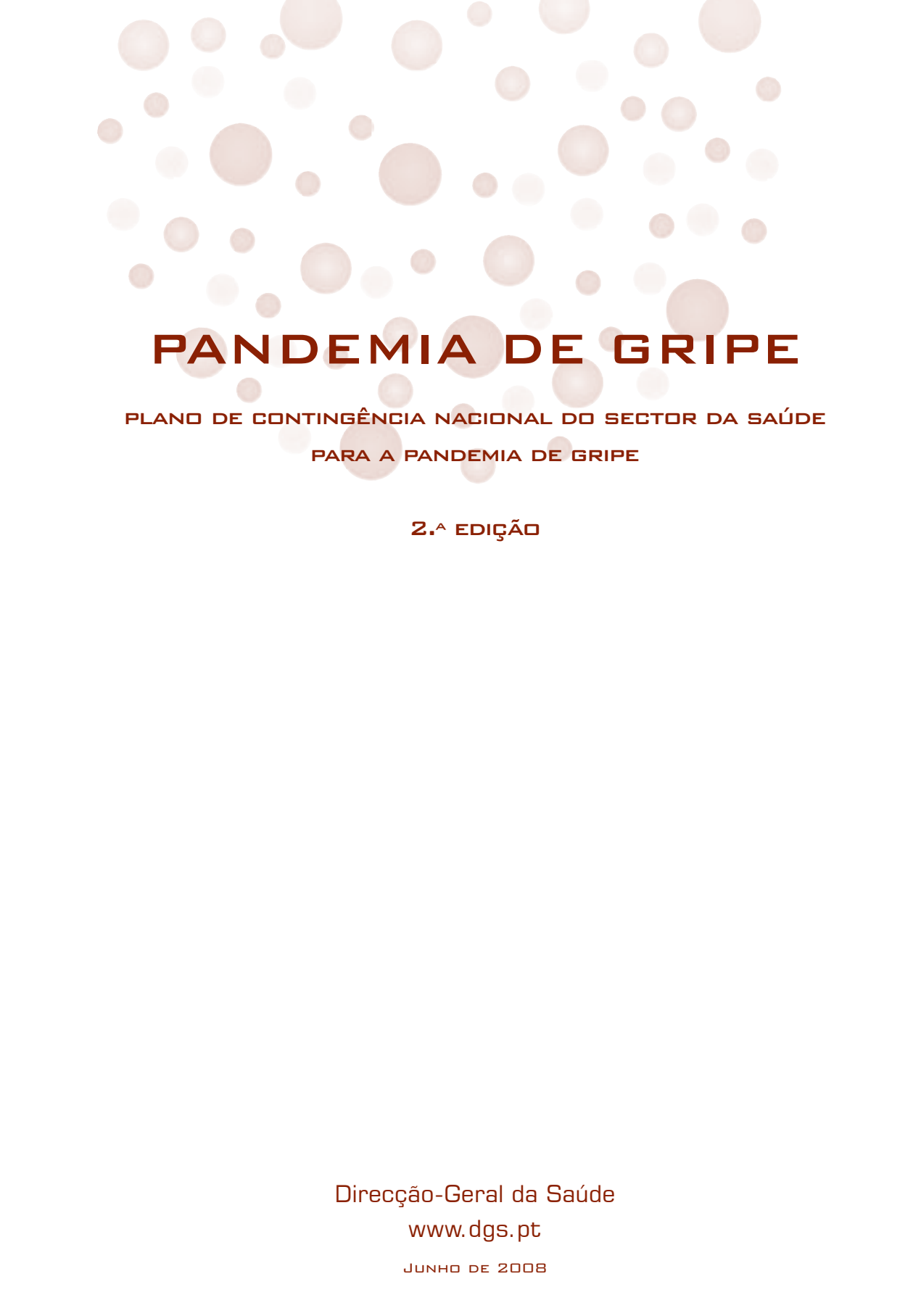
2.^a edição



Direcção-Geral da Saúde

www.dgs.pt

2008



PANDEMIA DE GRIPE

PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL DO SECTOR DA SAÚDE
PARA A PANDEMIA DE GRIPE

2.ª EDIÇÃO

Direcção-Geral da Saúde

www.dgs.pt

JUNHO DE 2008

PORTUGAL.. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde
Pandemia de Gripe. Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de
Gripe - Lisboa : DGS, 2008. 296 pags.

Influenza--epidemiologia / Influenza--prevenção e controlo / Surtos de doenças--prevenção e
controlo / Planos de contingência / Vigilância epidemiológica / Portugal

ISBN 978-972-675-163-2

© Direcção-Geral da Saúde 2008

É permitida a reprodução parcial ou integral desta obra, desde que citada a fonte.

Coordenação da Edição

Ana Cristina Garcia

Maria da Graça Freitas

Autores

Ana Cristina Garcia

Ana Maria Correia

António Diniz

António Mota Miranda

Carla Lacerda Rascoa

Carlos Daniel Pinheiro

Eduardo Duarte

Filipe Froes

Hélder Mota Filipe

José Manuel Almeida

José Mendes Nunes

Kamal Mansinho

Lúcio Meneses de Almeida

Luís Meirinhos Soares

Margarida Tavares

Maria Etelvina Calé

Maria da Graça Freitas

Maria Graziela Soares

Paula Maria Valente

Rita Lago

2.ª Edição

Direcção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 Lisboa

www.dgs.pt

Design e paginação

Generator

Cor d'Água – Design para comunicar

Impressão e acabamento

Europress, Lda.

Capa: "Spanish flu epidemic in 1918 in Geneva, Switzerland"

Disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/em/v07n12/v07n12.pdf>

Tiragem

7 520 exemplares

Depósito legal

277707/08

“Most experts believe that is not a question
of whether there will be another severe influenza pandemic, but when”
(UK, The Government's Chief Medical Officer, 2002)

ÍNDICE

SIGLAS E ACRÓNIMOS	7
AGRADECIMENTOS	9
PREFÁCIO.....	11
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	13
INTRODUÇÃO	17
ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO	27
LIDERANÇA, ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO	53
ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS.....	65
AVALIAÇÃO	89
PLANOS ESPECÍFICOS.....	97
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	99
MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA	133
CUIDADOS DE SAÚDE EM AMBULATÓRIO	169
CUIDADOS DE SAÚDE EM INTERNAMENTO.....	201
VACINAS E MEDICAMENTOS	231
COMUNICAÇÃO	255
BIBLIOGRAFIA.....	275
ÍNDICE DETALHADO.....	289

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AIM	- Autorização de Introdução no Mercado
ARN	- Ácido Ribonucleico
ARS	- Administração Regional de Saúde
AS	- Autoridade de Saúde
CA	- Conselho de Administração
CASNS	- Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde – Saúde 24
CATUS	- Centro de Atendimento de Urgências
CCI	- Comissão de Controlo de Infecção
CDC	- <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CE	- Comissão Europeia
CID-10	- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - 10. ^a revisão
CNG	- Centro Nacional da Gripe
CNPD	- Comissão Nacional de Protecção de Dados
CPMP	- <i>Committee for Proprietary Medicinal Products</i>
CRSP	- Centro Regional de Saúde Pública
CRSRH	- Corpo de Reserva Sanitária de Recursos Humanos
CS	- Centro de Saúde
DCI	- Designação Comum Internacional
DEP	- Divisão de Epidemiologia
DGS	- Direcção-Geral da Saúde
DRS	- Direcção Regional de Saúde
ECDC	- <i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
ECOS	- Em Casa Observamos Saúde
EI	- <i>Epidemic Intelligence</i>
EISS	- <i>European Influenza Surveillance Scheme</i>
EM	- Estados Membros
EMA	- <i>European Medicines Evaluation Agency</i>
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública
EPI	- Equipamento de Protecção Individual
EWRS	- <i>Early Warning and Response System</i>
GDH	- Grupos de Diagnósticos Homogéneos
GOEG	- Grupo Operativo da Estrutura para a Operacionalização do Plano de Contingência da Gripe
IGIF	- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INE	- Instituto Nacional de Estatística
INEM	- Instituto Nacional de Emergência Médica
INFARMED	- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
INSA	- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IPS	- Instituto Português do Sangue
LNIV	- Laboratório Nacional de Investigação Veterinária
MNI	- Médicos na <i>Internet</i>
MS	- Ministério da Saúde
OCS	- Órgãos de Comunicação Social
OMCL	- <i>Official Medicines Control Laboratory</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organização Não Governamental
ONSA	- Observatório Nacional de Saúde

OT	- Orientação Técnica
PST	- Período de Susceptibilidade Terapêutica
PVP	- Preço de Venda ao Público
RA	- Região Autónoma
RCM	- Resumo das Características do Medicamento
REM	- Reserva Estratégica de Medicamentos
REM-G	- Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe
RSI	- Regulamento Sanitário Internacional
SAG	- Serviço de Atendimento da Gripe
SAM	- Sistema de Apoio ao Médico
SAP	- Serviço de Atendimento Permanente
SARA	- Sistema de Alerta e Resposta Apropriada
SIAPC-G	- Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe
SIG	- Sistema de Informação Geográfica
SIIG	- Sistema Integrado de Informação da Gripe
SINUS	- Sistema Informático de Unidades de Saúde
SIP	- Sistema de Informação Primário
SIU	- Sistema de Informação das Urgências
SMD	- Saídas Médias Dia
SMS	- <i>Short Message Service</i>
SNF	- Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
SONHO	- Sistema de Informação para Gestão de Doentes Hospitalares
SRA	- Síndrome Respiratória Aguda
SRS	- Sub-Região de Saúde
SSP	- Serviços de Saúde Pública
UCI	- Unidade de Cuidados Intensivos
UE	- União Europeia
UESP	- Unidade de Emergência de Saúde Pública
USF	- Unidade de Saúde Familiar
WHO	- <i>World Health Organization</i>

AGRADECIMENTOS

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) manifesta o seu agradecimento às instituições que contribuíram para a formulação do Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe (Plano), nomeadamente o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Fundação Calouste Gulbenkian.

A Direcção-Geral reconhece e agradece o rigor, a dedicação, o empenho, a disponibilidade, a capacidade científica e organizativa, a excelência do desempenho e as qualidades humanas da Dr^a Ana Cristina Garcia, coordenadora do “Grupo Operativo da Gripe” da DGS.

O reconhecimento da Direcção-Geral é extensivo a todos os responsáveis pelos diferentes Planos Específicos e outros capítulos deste Plano, nomeadamente, por ordem alfabética, a Dr^a Ana Cristina Garcia, a Dr^a Ana Maria Correia, o Prof. Dr António Mota Miranda, a Dr^a Carla Lacerda Rascoa, o Dr Carlos Daniel Pinheiro, o Dr Filipe Froes, o Dr Hélder Mota Filipe, o Dr José Mendes Nunes, o Dr Kamal Mansinho, o Dr Luís Meirinhos Soares, a Dr^a Maria Etelvina Calé e a Dr^a Rita Lago, e ainda aos especialistas que com eles colaboraram.

Uma palavra especial a todos os especialistas, cuja disponibilidade excedeu as suas responsabilidades no apoio à elaboração do Plano, dos aspectos conceptuais aos operativos, nomeadamente o Dr António Diniz, o Dr Filipe Froes, a Dr^a Joana Chêdas, o Dr Kamal Mansinho, o Dr Luís Meirinhos Soares, o Dr Lúcio Meneses de Almeida, a Dr^a Margarida Tavares, a Dr^a Maria Etelvina Calé, a Dr^a Paula Maria Valente e a Dr^a Teresa Fernandes.

À Dr^a Carla Lacerda Rascoa, a Direcção-Geral reconhece e agradece a sua competência, disponibilidade, dedicação e rigor na elaboração, organização e revisão do Plano.

Sendo os aspectos conceptuais fundamentais para a elaboração do Plano, a Direcção-Geral reconhece e agradece o papel do Prof. Doutor Carlos Costa no desenho geral e concepção daquele, tendo a sua colaboração sido fulcral no que respeita ao Plano Específico de Informação em Saúde.

À Prof. Doutora Helena Rebelo de Andrade (Centro Nacional da Gripe/INSA), um agradecimento pelos seus conhecimentos especializados na área laboratorial, ao Dr Marinho Falcão e ao Dr Baltazar Nunes (Observatório Nacional de Saúde/INSA) um agradecimento pelo seu trabalho na elaboração de cenários para a pandemia da gripe.

Agradece-se também a colaboração da Dr^a Filipa Mafra, do Dr Joaquim Palma e da Dr^a Ofélia da Ponte.

Agradece-se ainda à Doutora Rita Lago a sua disponibilidade para desenhar o Plano de Comunicação e à UNICER - Bebidas de Portugal, SGPS, SA - por ter permitido a sua colaboração com a DGS.

Ao Dr Pedro Serrano agradece-se a disponibilidade e rigor na revisão do capítulo sobre a bibliografia.

À Dr^a Ana Meireles agradece-se toda a disponibilidade e apoio na organização dos textos.

À Dr^a Otilia Duarte, um agradecimento pela sua competência, dedicação e apoio na fase final de revisão e edição do Plano.

À Dr^a Maria Adelaide Meneses agradece-se por ter assegurado as funções da Divisão de Doenças Transmissíveis, quando todos os esforços estavam concentrados na "gripe".

À Dr^a Ana Maria Santos Silva, um agradecimento especial por todo o apoio e carinho dado à "equipa da gripe" e à Divisão de Doenças Transmissíveis.

Maria da Graça Freitas

Março de 2007

II EDIÇÃO

PREFÁCIO

Apesar do reconhecimento que a agenda mediática não tem coincidência com a “agenda” epidemiológica, considera-se oportuno republicar, em nova edição, o Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe.

Os serviços da Direcção-Geral da Saúde têm acompanhado, regularmente, a evolução da circulação do novo subtipo de vírus da gripe, não só no que respeita à fase aviária, como, também, aos casos esporádicos diagnosticados em seres humanos, especialmente no Sudeste Asiático.

Por outro lado, representantes de Portugal têm participado em reuniões e exercícios, quer no contexto bilateral com Espanha, quer no quadro da União Europeia, bem como a nível internacional, com a Organização Mundial da Saúde.

É indiscutível que o impulso dado aos trabalhos de preparação de planos de contingência fica associado às principais organizações do sistema das Nações Unidas (OMS, FAO, OIE, Banco Mundial e UNICEF), incluindo o movimento *International Partnership on Avian and Pandemic Influenza*, iniciado em Washington (Outubro de 2005).

As iniciativas e as acções de prevenção e controlo até agora adoptadas terão tido impacto positivo, traduzido, aliás, na redução sensível da incidência de casos esporádicos em seres humanos de gripe H5N1, verificada nos dois últimos anos comparados com os anteriores.

A gripe aviária, sublinhe-se, é uma infecção zoonótica. Por isso, quando a circulação do vírus é identificada em aves, motiva um conjunto de decisões de controlo (abate sanitário, delimitação de perímetros de segurança, entre outras) geradoras, sobretudo nos países em desenvolvimento, de situações críticas no plano económico e financeiro.

Neste quadro, assume particular relevância o reforço dos sistemas de alerta, de vigilância e notificação no âmbito dos serviços de veterinária, desde que absolutamente transparentes. Naturalmente que as primeiras acções destinadas a impedir a propagação da infecção a aves têm que ser planeadas e concretizadas rapidamente a nível local (*at the source*).

A experiência vivida no Sudeste Asiático desde 2003, tem evidenciado a necessidade de se definirem estratégias de controlo centradas a nível comunitário que uma vez concretizadas perante a identificação de ameaças, são orientadas por planos de acção previamente formulados. Para isso, a mobilização de meios e recursos é essencial para que esses planos possam ser operacionalizados rapidamente.

Por outro lado, tendo em atenção os riscos relacionados com o processo de ignição de uma próxima pandemia, foi necessário intensificar a articulação entre saúde e agricultura. O mundo parecia não estar preparado para juntar sectores aparentemente tão distintos como aqueles, a que veio juntar-se a economia, finanças, transportes e comércio.

Em Portugal, na zona Oeste da Região de Lisboa, no final de 2007, foram identificados pelos serviços de veterinária em dois aviários de perdizes e um de frangos, infecções pelo H5N3, facto que atesta a qualidade do Programa que a Direcção-Geral de Veterinária conduz. A facilidade com que o vírus salta a barreira de espécie deve representar motivo de interesse em futuras investigações.

Todos concordam que é preciso reforçar os sistemas veterinários, melhorando o nível de biosegurança das explorações e assegurando o adequado funcionamento do Programa de Vigilância Laboratorial. Porém, também não se ignora que todos os recursos necessários para responder às situações de gripe identificada em aves (H5 ou outro subtipo) são limitados, sobretudo em muitos dos Países Asiáticos e em África.

A cooperação científica, técnica e financeira assume, por isso, uma dimensão não só multisectorial, mas também multifacetada, uma vez que devem ser envolvidos os departamentos da saúde animal, humana, os centros de crise e protecção civil, comunicações, comércio, etc. A colaboração institucional já é, neste domínio, modelar, mas admite-se que os fundos disponíveis não são suficientes e que é preciso assegurar o apoio financeiro aos países onde o H5N1 é enzoótico. Há, ainda, um *gap* entre necessidades e financiamento.

Atribui-se, muito justamente, relevo aos trabalhos conduzidos por países que têm fronteiras comuns. Os trabalhos de concepção de planos na América do Norte que interessam aos EUA, Canadá e México são, a este propósito, modelares. Também, a outro nível e a outra dimensão, poder-se-ia citar os trabalhos conjuntos entre Portugal e Espanha.

Os planos preparados para curto prazo têm, necessariamente, de ser adaptados para longo prazo.

No que se refere à Saúde Pública Humana, há a realçar que o plano da vigilância epidemiológica e dispositivos de alerta tem ultrapassado antigas dificuldades que tinham sido identificadas. Foram adoptadas novas abordagens, utilizando meios telemáticos inovadores, concebidos por especialistas portugueses e, também, no quadro de um processo liderado pelo Centro Europeu para a Prevenção e Controlo de Doenças, em Estocolmo, o The European Surveillance System (TESSy) constitui a infra-estrutura de vigilância que abrange todos os países da União Europeia.

Garantir nos planos nacionais rápida detecção, rápida notificação e rápida resposta constitui objectivo estratégico principal. Há a noção que se está a planear a resposta para uma ameaça que pode ser muito complexa e abrangente, que interesse a todos os sectores e departamentos do Estado, bem como ao sector privado e social e que pode dar origem a uma disrupção social e económica. Mas, igualmente, que não é possível antecipar quando ocorrerá: seis meses ou seis anos?

Francisco George
(Director-Geral da Saúde)
Lisboa, Junho de 2008

SUMÁRIO EXECUTIVO

Maria da Graça Freitas¹

Os vírus da gripe do tipo A, os únicos com potencial pandémico, têm como reservatório habitual as aves silvestres aquáticas, nas quais permanecem, normalmente, em equilíbrio, com características de baixa patogenicidade. Por vezes, estes vírus infectam aves domésticas e adquirem alta patogenicidade, dando origem a epizootias de dimensão variável e extremamente letais nas aves – a gripe aviária.

Nos seres humanos, a gripe manifesta-se, habitualmente, por epidemias anuais – falamos da gripe sazonal – de magnitude e gravidade variáveis. Actualmente, circulam na espécie humana vírus do tipo B e dos subtipos A(H1N1) e A(H3N2).

Esporadicamente, ocorre transmissão ao Homem (zoonose) de vírus da gripe aviária, responsáveis por epizootias em aves domésticas. Estes vírus não estão adaptados à espécie humana e provocam doença em casos isolados ou pequenos *clusters*, extremamente raros – gripe de transmissão zoonótica.

Muito raramente (três vezes no século XX), a gripe manifesta-se como uma pandemia, quando um novo subtipo de vírus da gripe do tipo A se transmite de forma eficaz e sustentada entre pessoas. Resultante da susceptibilidade generalizada da população ao novo vírus, a gripe ocorre, em simultâneo, em extensas regiões do globo, afecta uma elevada proporção da população e causa excesso de mortalidade e disfunção social.

A pandemia pode evoluir por ondas, cada uma com uma duração de 8 a 12 semanas, e a sua contenção só será possível em estádios muito precoces, pelo que as medidas a tomar no início da pandemia se destinam, principalmente, a atrasar a progressão da doença, permitindo o seu melhor controlo, até que exista a possibilidade de vacinação.

O “Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe”, adiante designado por Plano de Contingência Nacional, integra o documento estratégico “Plano de Contingência Nacional para a Pandemia de Gripe – Sector da Saúde”, aprovado pelo Ministro da Saúde, em Janeiro de 2006, completando-o com componentes mais específicas, nomeadamente:

- a) O enquadramento epidemiológico da gripe em Portugal;
- b) A descrição dos processos de liderança, organização e coordenação;
- c) Os Planos Específicos de Informação em Saúde, de Medidas de Saúde Pública, de Cuidados de Saúde em Ambulatório, de Cuidados de Saúde em Internamento, de Vacinas e Medicamentos e de Comunicação.

A principal finalidade do Plano de Contingência Nacional é minimizar o impacto da pandemia, sobretudo no que respeita à letalidade e à disfunção social. Os efeitos na sociedade podem ser mais graves do que na própria saúde, com consequências no funcionamento de todos os sectores e actividades sociais, incluindo os considerados imprescindíveis à satisfação das necessidades básicas.

¹ Chefe de Serviço de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde.

Assim, apesar de se destinar ao sector da saúde, o Plano de Contingência Nacional aborda também o papel que a sociedade e a população em geral terão de desempenhar quando a pandemia ocorrer, num esforço conjunto para minimizar o seu impacto. Nesse sentido, as diferentes entidades e instituições públicas ou privadas deverão organizar os seus próprios planos de contingência.

O Plano de Contingência Nacional tem como referencial orientações internacionais, nomeadamente, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Comissão Europeia e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (*European Centre for Disease Prevention and Control* - ECDC), e é o documento de referência nacional no que respeita ao planeamento da resposta à emergência de uma pandemia de gripe (plano de contingência) abrangendo, no entanto, todo o *continuum* da actividade gripal (fases 1 a 6 da OMS), incluindo as medidas que devem ser adoptadas durante a gripe sazonal.

O Plano de Contingência Nacional deve ser encarado numa perspectiva mais ampla do que a circunscrita à gripe, tendo em consideração as suas potencialidades para ser adaptado a outras emergências de saúde pública.

A execução das medidas enunciadas, quer sejam preparatórias (tudo o que há a fazer antes da pandemia), quer sejam reactivas ou de resposta (a executar em função da evolução da pandemia), será assegurada aos níveis nacional, regional, local e institucional.

No Sector da Saúde, a instituição responsável pela elaboração do Plano de Contingência Nacional é a Direcção-Geral da Saúde (DGS), em estreita articulação com outros organismos centrais do Ministério da Saúde e com as Administrações Regionais de Saúde, mantendo também colaboração com as Regiões Autónomas.

Assim, as principais funções da DGS, no contexto da preparação e resposta perante a emergência de uma pandemia de gripe, são:

- a) Elaborar o Plano de Contingência Nacional;
- b) Acompanhar e coordenar a elaboração dos Planos de Contingência Regionais, da responsabilidade das Administrações Regionais de Saúde, tendo como referencial o Plano de Contingência Nacional, para assegurar coesão nas respostas de saúde pública do país;
- c) Coordenar a resposta do sector da saúde (execução das medidas preparatórias e das medidas reactivas ou de resposta), incluindo nas áreas de competência da Autoridade de Saúde;
- d) Acompanhar a preparação e a execução dos Planos de Contingência Regionais, assegurando a elaboração e aplicação dos planos específicos, nos diferentes níveis de intervenção;
- e) Assegurar a execução de algumas medidas de carácter nacional, como a aquisição de antivirais;
- f) Gerir, em parceria com o Instituto da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) e com o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), a Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe – REM-G;
- g) Desenvolver um sistema integrado de informação que englobe os dados provenientes de diversos Sistemas de Informação Primários existentes no âmbito da gripe – o Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG). O SIIG deverá ser suficientemente robusto para permitir a avaliação de risco e apoiar a tomada

de decisão, quer no sector da saúde, quer noutros sectores da sociedade;

- h) Desenvolver, em parceria com o IGIF e com o sector privado, o Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe (SIAPC-G), sistema de informação que assegurará, através de vias de comunicação informática efectivas entre as diversas instituições prestadoras de cuidados de saúde, o acompanhamento do doente e o controlo electrónico da prescrição de antivirais e que funcionará como um dos principais Sistemas de Informação Primários do SIIG;
- i) Desenvolver um Plano de Comunicação que oriente a função de informar, em tempo útil e de forma clara e transparente, a população e os profissionais acerca do risco e das medidas a adoptar;
- j) Apoiar o Governo nas decisões a tomar no âmbito da gripe;
- l) Incentivar a criação de uma equipa interministerial que permita uma resposta articulada à pandemia;
- m) Alertar e colaborar com os diferentes sectores da sociedade, nomeadamente os serviços de outros ministérios, as autarquias e a sociedade civil, no desenvolvimento de planos de contingência próprios;
- n) Incentivar a melhoria da vigilância e do controlo da gripe sazonal;
- o) Uma vez declarada a pandemia, activar um “Gabinete de Crise” para coordenar a resposta do sector da saúde e a ligação a outros ministérios e sectores da sociedade.

Os aspectos relacionados com a Liderança, Organização e Coordenação implicam a definição da Cadeia de Comando e Controlo e das Estruturas para a elaboração, a execução e a avaliação do Plano de Contingência Nacional. Elementos destas estruturas e outros especialistas a designar constituirão o “Gabinete de Crise”, quando for declarada a pandemia. A DGS articular-se-á com outras instituições, nomeadamente, pelo seu interesse em fase 3, com a Direcção-Geral de Veterinária.

No capítulo “Liderança, Organização e Coordenação” estão também descritas as funções das diversas entidades aos níveis nacional, regional e local/institucional, sendo da responsabilidade de cada uma desenvolver o seu próprio plano, cobrindo a sua área de atribuições e competências.

As medidas enunciadas no Plano de Contingência Nacional carecem de protocolos para a sua aplicação, consubstanciados em Orientações Técnicas que irão sendo publicadas, em função da necessidade da sua divulgação à população e aos profissionais, e actualizadas de acordo com a evolução epidemiológica da gripe e dos conhecimentos técnico-científicos. Sempre que possível, a referência a essas Orientações Técnicas virá mencionada neste documento.

A pandemia é um acontecimento à escala mundial, pelo que a DGS se articulará com instituições internacionais, como a OMS, a Comissão Europeia e o ECDC, e ainda com outros países, privilegiando a cooperação com Espanha e incentivando a colaboração transfronteiriça entre regiões portuguesas e as suas congéneres espanholas.

A incerteza que rodeia a ameaça de uma pandemia de gripe e o desconhecimento científico quanto a uma série de factores condicionantes de uma resposta efectiva e eficiente justificam que esteja prevista a revisão e actualização periódica do Plano de Contingência Nacional, em parte ou no todo, em função da evolução do conhecimento e da epidemiologia da doença.

NOTA: A designação das entidades e dos serviços de saúde mencionados neste Plano reporta a Março de 2007. Estas devem ser, de futuro, entendidas e mencionadas de acordo com as designações constantes nas Leis Orgânicas, entretanto publicadas.



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Ana Cristina Garcia ¹

No âmbito da prevenção e controlo da doença provocada por vírus da gripe, o planeamento das acções a desenvolver é de fulcral importância em qualquer nível de risco de infecção. Contudo, a sua pertinência assume particular intensidade quando a ameaça de uma pandemia se instala. A elaboração de planos de contingência, com a finalidade de possibilitar, de forma abrangente, organizada e eficiente, que cada país, região ou instituição se prepare para a detecção de qualquer situação de alerta pandémico ou de pandemia e responda com eficácia perante a sua eclosão, torna-se, então, uma prioridade nacional, regional, local e institucional.

A explosão de surtos de gripe em aves domésticas, provocados por um subtipo viral naturalmente adaptado a aves selvagens - o vírus da gripe A(H5N1) -, observada desde 2003 em vários países do mundo, distribuídos pelos continentes asiático, africano e europeu, e cujo controlo ainda está longe de se verificar, implicou a reformulação e adequação das estratégias e planos de acção de prevenção e de controlo da gripe.

Desde 1968 que o risco conhecido de uma pandemia de gripe não era tão elevado, facto que obriga à revisão e ao reforço dos planos de contingência para a gripe em todos os países, tendo em conta o estado da arte, embora o conhecimento científico e técnico seja, de um modo geral, sentido pelos decisores e planeadores como insuficiente em áreas de actuação prioritárias.

Em função da evolução da situação epidemiológica mundial no campo da gripe, Portugal reviu e adaptou o seu plano de contingência para a gripe, tendo sido homologado, em Janeiro de 2006, um novo plano. Essencialmente de cariz estratégico, este previa a elaboração de planos sectoriais, com a finalidade de permitir o planeamento dirigido a áreas fundamentais de intervenção do Sector da Saúde, no contexto de uma pandemia de gripe – os Planos Específicos.

O presente Plano de Contingência Nacional desenvolve as orientações estratégicas e específicas necessárias à intervenção do sector da saúde face a uma pandemia de gripe, integrando o documento estratégico (que corresponde ao Plano de Contingência homologado em Janeiro de 2006) e os Planos Específicos.

No seu conjunto, o Plano de Contingência Nacional procura apresentar, de acordo com uma estrutura própria, uma visão compreensiva dos objectivos a alcançar, das estratégias a seguir e das acções a executar pelos serviços de saúde no âmbito da preparação, da detecção e da resposta a dar perante a doença provocada por vírus da gripe, em todos os períodos da actividade gripal, face à evidência técnica e científica, nacional e internacional. Procurando facilitar a organização das acções aos vários níveis de intervenção dos serviços de saúde, desde o nacional até ao local ou institucional, são definidos, em cada plano específico e por cada acção, as instituições, entidades ou serviços responsáveis pela sua execução.

Deste modo, facilita-se a elaboração dos Planos de Contingência Regionais, Locais e das Instituições, que devem utilizar o Plano de Contingência Nacional como referencial.

¹ Assistente Graduada de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde.

Embora dirigido ao Sector da Saúde, o Plano de Contingência Nacional contempla medidas orientadoras do planeamento de outros sectores da sociedade, públicos e privados, e da população em geral, de forma a proporcionar uma preparação global e coerente do País. O planeamento integrado aumenta a probabilidade de minimização do impacte negativo de uma pandemia, pelo favorecimento da implementação de estratégias sinérgicas e complementares. O ideal será que cada pessoa, família, organização e comunidade saiba, em cada momento, o que fazer para lidar com a emergência e o que esperar das acções desenvolvidas por si e pelos outros. Recomenda-se, pois, que as diferentes entidades e instituições, públicas e privadas, de todos os sectores, elaborem os seus próprios planos de contingência.

O Plano de Contingência Nacional identifica a Cadeia de Comando e Controlo e as Estruturas, aos vários níveis de intervenção, com responsabilidades na elaboração dos respectivos planos de contingência e na sua execução e avaliação.

Embora dirigido à pandemia de gripe, o Plano de Contingência Nacional privilegia as estratégias com potencialidades para proporcionarem a resposta adequada à eclosão de outras emergências de saúde pública. Admite-se, assim, contribuir para o desenvolvimento gradual de competências, atitudes, modelos organizativos e produtos que permitam lidar, de forma efectiva, com situações de emergência potencialmente geradoras de doença, sofrimento e morte, bem como com as disrupções social e económica secundárias, seja no sector da saúde, seja nos demais sectores da sociedade ou na população em geral.

A incerteza que rodeia a ameaça de uma pandemia de gripe e o desconhecimento científico quanto a uma série de factores, desde as características do vírus causador da infecção até à efectividade das medidas de prevenção e de tratamento, justificam que os planos específicos sejam revistos e actualizados periodicamente.

Procurou-se que o Plano de Contingência Nacional fosse suficientemente flexível para proporcionar não só a adaptação da resposta a dar em cada momento, em função da evolução da pandemia e do conhecimento técnico-científico, como também a implementação das medidas preconizadas, aos diferentes níveis de intervenção.

ÁREAS FUNCIONAIS

O Plano de Contingência Nacional reúne as orientações estratégicas para fazer face a uma eventual pandemia de gripe, em Portugal, em capítulo próprio. Estas orientações foram seleccionadas tendo em conta as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Comissão Europeia e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (*European Centre for Disease Prevention and Control* - ECDC).

De acordo com os períodos e fases da actividade gripal, redefinidos em 2005 pela OMS, o documento estratégico (capítulo “Orientações Estratégicas”) organiza as acções a planear e a executar segundo quatro áreas funcionais:

1. Informação em Saúde
2. Prevenção, Contenção e Controlo
 - 2.1. Medidas de Saúde Pública
 - 2.2. Prestação de Cuidados de Saúde

- 2.2.1. Ambulatório
- 2.2.2. Internamento
- 2.2.3. Vacinas e Medicamentos

3. Comunicação

4. Avaliação

A área de Prevenção, Contenção e Controlo diz respeito à resposta que se espera dos serviços de saúde, com a finalidade de, no Homem, prevenir a infecção por vírus da gripe ou, perante a sua eclosão, reduzir a gravidade e a mortalidade que lhe estão associadas. A sua subdivisão em vários sectores permite organizar as acções a desenvolver em vertentes ainda mais restritas (Medidas de Saúde Pública, Cuidados de Saúde em Ambulatório, Cuidados de Saúde em Internamento e Vacinas e Medicamentos), de forma a facilitar o planeamento e a execução locais.

As áreas funcionais da Informação em Saúde e da Comunicação, pelo contrário, não dizem respeito à acção directa dos serviços de saúde prestadores de cuidados face à ameaça ou presença da doença, mas sim a acções de suporte transversais e essenciais, sem as quais a organização e a resposta dos serviços de prestação de cuidados dificilmente terão a efectividade e a eficiência necessárias, nomeadamente nas situações de maior risco.

Para cada uma das subdivisões da vasta área dedicada à Prevenção, Contenção e Controlo, assim como para as áreas funcionais de Informação em Saúde e de Comunicação foi prevista a elaboração de um Plano Específico. Relativamente à Avaliação, foram enumerados os seus princípios gerais.

PLANOS ESPECÍFICOS

A finalidade principal de cada plano específico é fundamentar e organizar, no seu âmbito, as acções, os métodos e os recursos a envolver na preparação e na resposta dos serviços de saúde do País, em todas as fases da actividade gripal.

Nos planos específicos, são identificados e fundamentados, com base nos conhecimentos científicos e técnicos à data disponíveis, as medidas e os procedimentos a executar, quer ao nível da preparação, ou seja, os que, antecedendo a pandemia, criam condições para a acção durante a sua ocorrência (medidas e procedimentos preparatórios), quer ao nível da intervenção, isto é, os que serão accionados após a eclosão da pandemia, em função das necessidades (medidas e procedimentos reactivos ou de resposta).

O Plano de Contingência Nacional inclui não só as medidas e os procedimentos de preparação e de resposta da fase 6 (período pandémico), mas também os de todas as outras fases da actividade gripal (1 a 5), tornando-se, assim, um plano abrangente de Prevenção e Controlo da Gripe, para qualquer nível de risco epidemiológico, desde a gripe sazonal até à gripe pandémica.

O Plano de Contingência Nacional reconhece a importância das estratégias que, perante “novos” acontecimentos, principalmente quando ameaçadores da saúde da população, centram a resposta dos serviços de saúde nos sistemas existentes. Assim, o modelo organizativo dos serviços de saúde responsáveis pela resposta

perante uma pandemia de gripe, desenvolvido nos planos específicos, assenta directa e fundamentalmente na organização dos serviços públicos prestadores de cuidados de saúde existentes no país.

No ambulatório (Plano Específico de Cuidados de Saúde em Ambulatório), planeia-se a criação de uma rede de serviços dedicados ao atendimento de doentes com sintomas compatíveis com gripe – os Serviços de Atendimento da Gripe ou SAG – a partir da rede de centros de saúde nacionais. Os SAG têm como principal objectivo prestar cuidados em ambulatório no período pandémico expressamente aos doentes com sintomatologia compatível com gripe, por forma a maximizar a eficiência dos serviços e a minimizar o risco de transmissão da doença aos portadores de outras patologias e aos profissionais.

Por outro lado, a organização e a prestação de cuidados de saúde em internamento aos doentes com gripe, sempre que indicado, baseia-se na rede de hospitais públicos nacionais (Plano Específico de Cuidados de Saúde em Internamento). Prevê-se a selecção, preparação e activação progressiva, em função das necessidades de internamento, de Hospitais de Referência seleccionados desde o primeiro nível de risco do período de alerta pandémico (fase 3), de Hospitais Dedicados, ou seja, hospitais especialmente destinados ao internamento de doentes com gripe, desde o início da pandemia e até esgotarem a sua capacidade de internamento e, posteriormente e em plena pandemia, de todos os hospitais com internamento da rede pública de cuidados. Eventualmente, se a pandemia for grave, poder-se-á recorrer a outras unidades de internamento existentes ou a criar para o efeito.

Os serviços de saúde estarão preparados para a administração e/ou distribuição dos medicamentos adequados ao tratamento da gripe em situação de pandemia, o que, nesta contingência, implica a organização de uma Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe (REM-G). Espera-se que os antivirais desempenhem um papel fulcral na prevenção e controlo das infecções provocadas por vírus da gripe de transmissão zoonótica e da gripe pandémica, o que implica a execução de uma série de medidas necessárias à aquisição e distribuição, em tempo útil, destes medicamentos (Plano Específico de Vacinas e Medicamentos).

A vacinação, pedra angular de prevenção e controlo da gripe, contra o vírus pandémico não será possível no início da pandemia nem, provavelmente, durante toda a primeira onda, não sendo conhecido o intervalo de tempo necessário para a obtenção, produção e distribuição da vacina em larga escala. Encontram-se, entretanto, já definidas as actividades preparatórias necessárias à vacinação contra o vírus da gripe pandémica, assim que viável (Plano Específico de Vacinas e Medicamentos).

O diagnóstico e tratamento dos doentes e a vacinação não esgotam as possibilidades de intervenção do sector da saúde. Os serviços de saúde são responsáveis, isoladamente ou em parceria com outros sectores da sociedade, pela implementação de outras medidas com potencial para a redução do risco de transmissão da doença (Plano Específico de Medidas de Saúde Pública). De entre elas, destacam-se as de protecção individual (higiene das mãos, uso dos equipamentos de protecção individual, entre outras), de distanciamento social (isolamento dos doentes, quarentena dos contactos, limitação da realização de eventos públicos com grande concentração de pessoas, entre outras) e de vigilância e controlo da saúde dos viajantes. Admite-se que a sua execução atrase ou contenha a transmissão de um novo subtipo viral, desde a fase 3 (vírus responsável pela gripe de transmissão zoonótica) até ao início da fase 6 (vírus pandémico), e que contribua para minorar o impacto da pandemia, em plena fase 6.

Prevê-se também a intervenção do Estado na defesa da Saúde Pública, através da linha hierárquica de Autoridade de Saúde, quando necessário.

Ainda no campo da Prevenção, Contenção e Controlo, são contempladas outras medidas com potencial para retardar o aparecimento do vírus pandémico e, uma vez presente em qualquer outro lugar do mundo, para atrasar a sua entrada em Portugal. Neste âmbito, são identificadas as medidas que potenciam a articulação efectiva entre as Autoridades de Saúde (humana) e as Autoridades de Saúde Veterinária, fundamental no início do período de alerta pandémico, as que reforçam a vigilância epidemiológica de casos humanos, suspeitos ou confirmados, de doença provocada por um novo subtipo viral, assim como as que agilizam a identificação, vigilância e aplicação de medidas de controlo junto dos contactos ou das pessoas potencialmente expostas a um novo subtipo viral.

O Plano de Contingência Nacional inclui, também, o planeamento de intervenções que, ultrapassando a esfera da prestação de cuidados preventivos e curativos, se revelam essenciais à acção directa dos serviços de saúde e se situam no âmbito da informação e da comunicação em saúde. Na realidade, uma pandemia de gripe, ou apenas a sua ameaça, aumenta o nível de exigência quanto às necessidades de informação em saúde e quanto à comunicação.

O sucesso das medidas de resposta perante emergências de saúde pública depende, de forma directa, da celeridade com que os casos são conhecidos e da fiabilidade da informação que lhes diz respeito. Deste modo, o Plano de Contingência Nacional preconiza o desenvolvimento de um sistema integrado de informação dirigido à gripe – o Sistema Integrado de Informação da Gripe ou SIIG (Plano Específico de Informação em Saúde).

O SIIG fará a integração dos dados provenientes de diversas fontes e possibilitará o seu tratamento, armazenamento e análise, bem como a sua difusão para as estruturas que serão responsáveis pela avaliação de risco, em cada momento. O SIIG providenciará, ainda, outra informação essencial à tomada de decisão, no sector da saúde e noutros sectores da sociedade.

Coerente com a intenção de usar, tanto quanto possível, as infra-estruturas já criadas, o SIIG terá como fontes primárias os sistemas de informação no âmbito da gripe existentes em Portugal, sejam de vigilância, de monitorização de serviços ou outros, e que funcionarão como Sistemas de Informação Primários (SIP). Prevê-se, contudo, a criação, e posterior integração, de novos sistemas primários, quando necessário. Encontra-se em desenvolvimento um sistema que permitirá a gestão electrónica de aspectos do processo clínico de cada doente com gripe – o Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe (SIAPC-G) – com funcionalidades de elevada utilidade em pandemia, de que se salienta o controlo electrónico da prescrição de antivirais. O SIAPC-G assegurará, ainda, as vias de comunicação informática efectivas entre as diversas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

O SIIG permitirá a aplicação do conceito de *Epidemic Intelligence*² (EI), através da

² A *Epidemic Intelligence* pode ser definida como o conjunto de actividades relacionadas com a detecção precoce, verificação, avaliação e investigação de acontecimentos que podem representar uma ameaça para a saúde pública, com a finalidade de possibilitar a implementação de medidas de controlo. Compreende duas vertentes essenciais: a vigilância de acontecimentos detectados através dos “sistemas clássicos” de vigilância e de monitorização da morbilidade e da mortalidade e a vigilância baseada em acontecimentos “capturados”, isto é, a vigilância de ocorrências conhecidas a partir de notícias *ad-hoc* não estruturadas, sejam notícias oficiais ou rumores, produzidas por fontes formais ou informais.

integração de dados provenientes de sistemas de informação de saúde “clássicos” e “não-clássicos”, como sejam os sistemas de vigilância “baseada em acontecimentos”, isto é, de ocorrências com potencial para reflectir ou representar riscos para a saúde pública.

A disponibilização de informação de apoio à tomada das decisões que implicam as acções a desenvolver só terá utilidade se for oportunamente comunicada. São parte integrante do Plano de Contingência Nacional as medidas a aplicar com a finalidade de possibilitar comunicações rápidas e efectivas sobre o nível do risco e as acções que devem ser executadas, aos profissionais de saúde, aos meios de comunicação social, aos demais sectores da sociedade e à população em geral (Plano Específico de Comunicação).

Finalmente, a Avaliação constitui uma das etapas fundamentais do processo de planeamento, com o seu potencial para corrigir, adaptar ou adequar qualquer aspecto do Plano de Contingência Nacional, pelo que, em capítulo próprio, se enunciam os seus princípios básicos.

FINALIDADE E OBJECTIVOS

A principal finalidade do Plano de Contingência Nacional é minimizar o impacte da pandemia, sobretudo no que respeita à letalidade e à disfunção social.

Os seus principais objectivos gerais são:

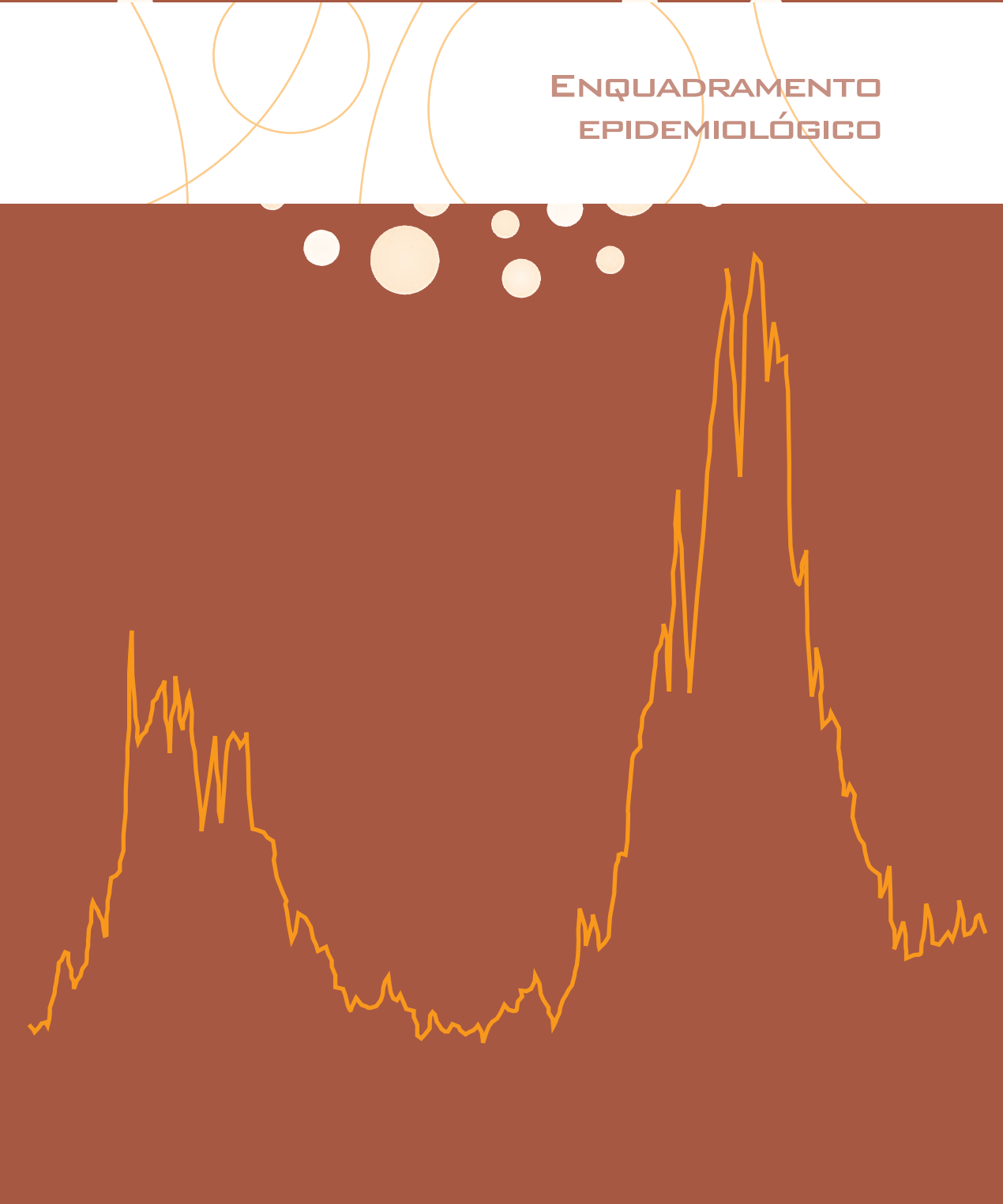
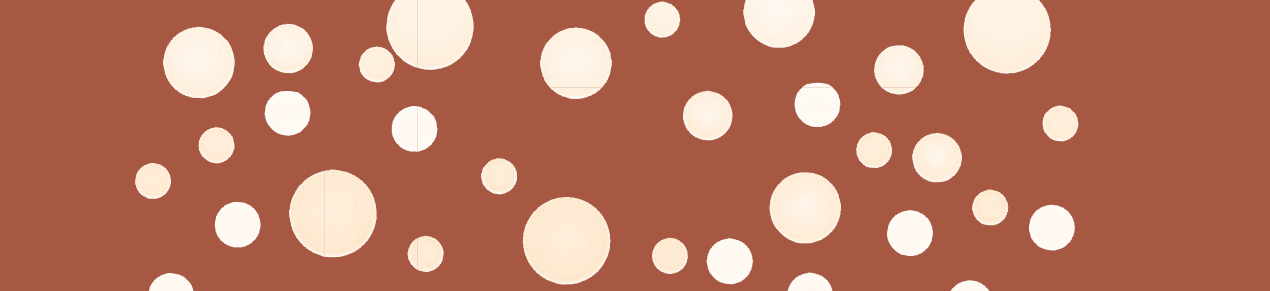
1. Reduzir a incidência da gripe de transmissão zoonótica e da gripe pandémica;
2. Reduzir a gravidade e a mortalidade associadas à gripe de transmissão zoonótica e à gripe pandémica;
3. Minimizar a disrupção social e económica.

Como objectivos de maior especificidade indicam-se os seguintes:

1. Implementar estruturas que permitam uma resposta flexível perante situações de emergência de saúde pública;
2. Detectar e caracterizar precocemente um novo subtipo de vírus da gripe;
3. Identificar precocemente os casos de doença provocada por um novo subtipo de vírus da gripe;
4. Reduzir a transmissão de um novo subtipo de vírus da gripe na comunidade;
5. Identificar e intervir com celeridade junto dos indivíduos expostos a uma fonte de infecção de gripe de transmissão zoonótica ou dos contactos de doentes infectados com um novo subtipo de vírus da gripe;
6. Minimizar o risco de transmissão nosocomial do vírus da gripe;
7. Conter casos humanos esporádicos de gripe de transmissão zoonótica;
8. Prevenir a emergência de um vírus potencialmente pandémico, tanto quanto possível;

9. Retardar a entrada e a propagação do vírus pandémico em Portugal;
10. Providenciar a informação essencial à tomada das decisões que fundamentem a resposta dos serviços de saúde, nos campos da prevenção, contenção e controlo da gripe;
11. Garantir a comunicação eficaz e célere entre todos os intervenientes na avaliação de risco, na gestão do risco, na execução das medidas de resposta e com a população em geral;
12. Prestar os cuidados de saúde adequados aos doentes com gripe pandémica, incluindo o tratamento da doença e das suas complicações e a administração da vacina específica, quando disponível (considerar o número potencialmente elevado de pessoas que poderão estar doentes em simultâneo);
13. Garantir condições de trabalho seguras aos profissionais de saúde;
14. Optimizar a gestão dos recursos humanos e materiais;
15. Assegurar o enquadramento legislativo e normativo necessário à execução dos planos de contingência aos níveis nacional, regional, local e da instituição;
16. Assegurar a formação e o treino dos profissionais de saúde, previamente à eclosão de uma pandemia de gripe;
17. Assegurar a gestão dos processos de remoção e inumação do número potencialmente elevado de cadáveres;
18. Assegurar, durante a pandemia, e tanto quanto possível, a prestação de cuidados de saúde noutras situações de doença que exijam cuidados imediatos ou continuados;
19. Contribuir para o apoio social, durante a pandemia, se necessário, aos doentes e familiares, aos profissionais de saúde e a outros profissionais prioritários, assim como às respectivas famílias;
20. Contribuir para a manutenção dos serviços essenciais da sociedade, durante a pandemia;
21. Contribuir para a redução do impacto da pandemia na vida social e económica.





ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO

Carla Lacerda Rascoa ¹

Paula Maria Valente ²

Maria da Graça Freitas ³

GRIFE SAZONAL

A gripe é uma doença viral aguda, muito contagiosa, que se caracteriza por um quadro clínico, geralmente benigno, autolimitado, e ocorrendo com carácter sazonal. É provocada por vírus da família *Orthomyxoviridae*, com genoma de ARN. Existem vários tipos antigénicos de vírus da gripe. Apenas os tipos A e B estão associados a surtos/epidemias de gripe sazonal, decorrentes da sua enorme capacidade mutagénica, especialmente verificada nos vírus do tipo A.

Estas variações antigénicas *minor* (*drift* antigénico), características de vírus dos tipos A e B, são pontuais e ocorrem segundo um mecanismo de acumulação de mutações nos genes que codificam a hemaglutinina e/ou a neuraminidase (as duas glicoproteínas existentes à superfície dos vírus), mantendo a população susceptível à infecção. Tais mutações levam à necessidade de a vacina ser diferente em cada ano e hemisfério. As vacinas trivalentes, produzidas anualmente, conferem protecção contra duas estirpes de vírus do tipo A e uma estirpe de vírus do tipo B. Nas últimas décadas, têm estado em circulação vírus dos subtipos A(H1N1) e A(H3N2) e vírus do tipo B.

Apesar de ser benigna para a maioria dos indivíduos, a gripe sazonal é um importante problema de saúde pública, dado o seu impacto, não só em termos de morbimortalidade, como em termos de utilização dos serviços de saúde. De facto, assiste-se, em cada época gripal, a um excesso da morbidade e da mortalidade, sobretudo nos grupos de risco para o desenvolvimento de complicações respiratórias. O seu impacto em termos de produtividade é também relevante, dado estar associada a um aumento dos absentismos laboral e escolar.

1. Sistemas de vigilância epidemiológica

Em Portugal, a vigilância epidemiológica da gripe está a cargo do Centro Nacional da Gripe (CNG) e do Observatório Nacional de Saúde (ONSA), ambos do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA).

O Sistema Nacional de Vigilância da Gripe teve início em 1953, com a componente laboratorial. A componente clínica foi incluída em 1990, com a participação da rede de Médicos-Sentinela ⁴, constituindo-se, assim, o Programa de Vigilância Integrada, Clínica e Laboratorial, da Síndrome Gripal. Em 1999, este Programa foi alargado à rede de Serviços de Urgência Sentinela (serviços de urgência hospitalar e serviços

¹ Assistente de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Responsável por este capítulo.

² Assistente Graduada de Saúde Pública, Centro de Saúde de Redondo. Colaboração.

³ Chefe de Serviço de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Organização e coordenação da edição.

⁴ A rede Médicos-Sentinela é um Sistema de Observação em Saúde constituído por médicos de medicina geral e familiar que desenvolvem a sua actividade profissional em centros de saúde (www.onsa.pt, 2006). Inclui profissionais de Portugal Continental e das Regiões Autónomas, sendo a sua participação voluntária.

de atendimento permanente ou similares dos centros de saúde), complementando a vigilância baseada na rede de Médicos-Sentinela.

A componente clínica da vigilância desenvolve-se semanalmente, ao longo de todo o ano. Baseia-se na notificação dos casos identificados com doença compatível com diagnóstico de síndrome gripal (de acordo com a definição de caso adoptada, assente em critérios exclusivamente clínicos) entre os utentes que recorrem à consulta dos médicos de medicina geral e familiar participantes na rede. Esta componente permite estimar incidências da síndrome gripal e detectar a ocorrência de surtos.

A componente de vigilância laboratorial decorre entre Setembro e Maio, consistindo na identificação de vírus isolados em amostras de exsudados nasofaríngeos recolhidas nas zaragatoas feitas aos doentes com síndrome gripal pelos Médicos-Sentinela e pelos médicos dos Serviços de Urgência Sentinela. Permite a identificação dos vírus em circulação, incluindo o reconhecimento de alterações/mutações que possam ocorrer, o que possibilita a detecção e monitorização da emergência e reemergência de vírus com potencial pandémico e de estirpes de vírus que não sejam antigenicamente semelhantes às estirpes integradas na vacina.

Portugal participa, desde o seu início, em 1996, no *European Influenza Surveillance Scheme* (EISS), um sistema de vigilância epidemiológica que tem como finalidade contribuir para a redução da morbilidade e da mortalidade associadas ao vírus da gripe humana, através da monitorização da actividade gripal no espaço europeu e da identificação precoce de eventuais surtos de gripe. A participação portuguesa processa-se através do envio semanal da informação obtida pelo Sistema Nacional de Vigilância da Gripe.

2. Caracterização epidemiológica

2.1. Sazonalidade

No hemisfério Norte, a gripe sazonal ocorre, geralmente, entre os meses de Dezembro e Março.

A duração das épocas gripais na Europa tem variado entre as 10 e as 22 semanas, considerando as épocas ocorridas desde 1999-2000 até 2003-2004 (Quadro I).

Quadro I. Duração das épocas gripais na Europa, de 1999-2000 a 2003-2004

Época gripal	Países incluídos (n)	Duração (n.º de semanas)
1999-2000	13	10 a 14
2000-2001	14	13 a 17
2001-2002	15	14 a 18
2002-2003	16	14 a 18
2003-2004	19	18 a 22

Fonte: Adaptado de Paget J et al, 2004 ⁵.

⁵ Paget J, Meerhoff T, Meijer A, Velden K. Five winters of influenza activity in Europe: an evaluation of the indicators used to measure activity and an assessment of the timing, length and spread of influenza. Poster presented at: Ninth European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET). Scientific Seminar, Mahón, Minorca, Spain (14-16 October 2004). Poster 4 [online]. Utrecht: Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL); 2004 Out [acesso em 2006 Set 20]. Disponível em: http://www.eiss.org/documents/eiss_epiet_poster_oct_2004.pdf

2.2. Incidência de gripe

Estima-se que a gripe sazonal afecte, anualmente, 10 a 15% da população mundial.

As estimativas de incidência, ainda que subavaliadas, são extremamente úteis para detectar o início de actividade gripal e os respectivos picos. Na Figura 1, representam-se as estimativas da taxa de incidência semanal da síndrome gripal por 100 000 indivíduos da população sob observação, a taxa de incidência máxima atingida em cada época gripal e o tipo de vírus predominante, desde a época gripal de 1990-1991 até à de 2005-2006, em Portugal, tendo a informação sido obtida a partir do Programa de Vigilância Integrada, Clínica e Laboratorial, da Síndrome Gripal.

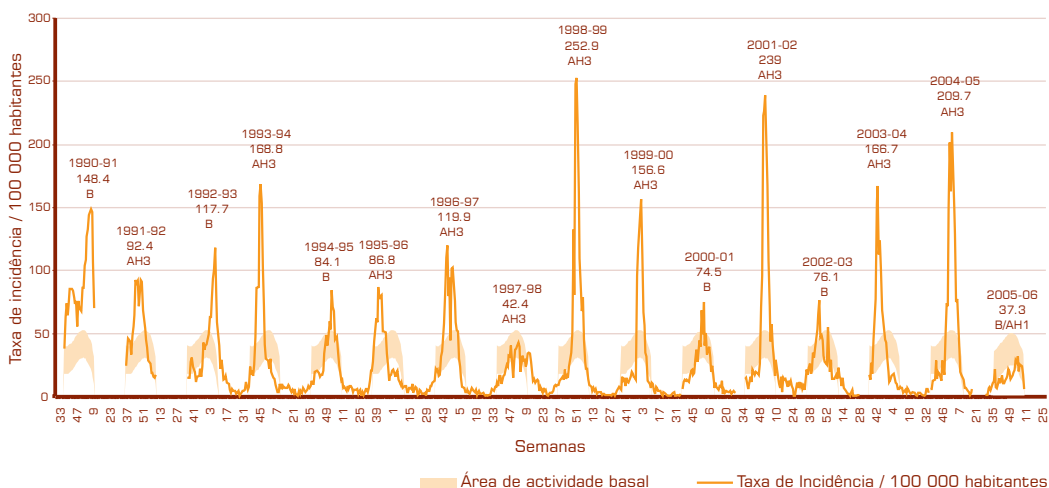


Figura 1. Caracterização da actividade gripal durante as épocas de Inverno, de 1990-1991 a 2005-2006. Incidência semanal de síndrome gripal por 100 000 habitantes, incidência máxima atingida em cada Inverno e tipo de vírus Influenza predominante

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Centro Nacional da Gripe (CNG). Reprodução por cortesia da Prof. Doutora Helena Rebelo de Andrade.

O valor mais elevado da taxa de incidência semanal máxima estimada, desde a época gripal de 1990-1991, ocorreu na época de 1998-1999, com 252,9 casos por 100 000 indivíduos da população sob observação. O valor máximo da taxa de incidência estimada da síndrome gripal, para a época de 2005-2006, foi de 37,3 casos por 100 000, o que corresponde ao valor máximo mais baixo desde 1990, não se identificando um pico epidémico (taxa de incidência abaixo da área de actividade basal) (Figura 1).

As semanas em que se atingiram os valores máximos das estimativas semanais das taxas de incidência da síndrome gripal, em cada ano, variaram entre a semana 47 e a 10, nas quais ocorreu uma única vez, sendo a moda a semana 5.

A análise da distribuição das estimativas das taxas de incidência semanal da síndrome gripal, por grupo etário, na época de 2004-2005 (que representa a mais recente epidemia de gripe ocorrida em Portugal), revela que o valor mais elevado de incidência, por grupo etário, na semana em que se verificou a taxa máxima de incidência (semana 5 de 2005), observou-se nos indivíduos com 65 e mais anos. Para os restantes grupos etários, o pico de incidência foi mais precoce (semana 3 de 2005) (Figura 2).

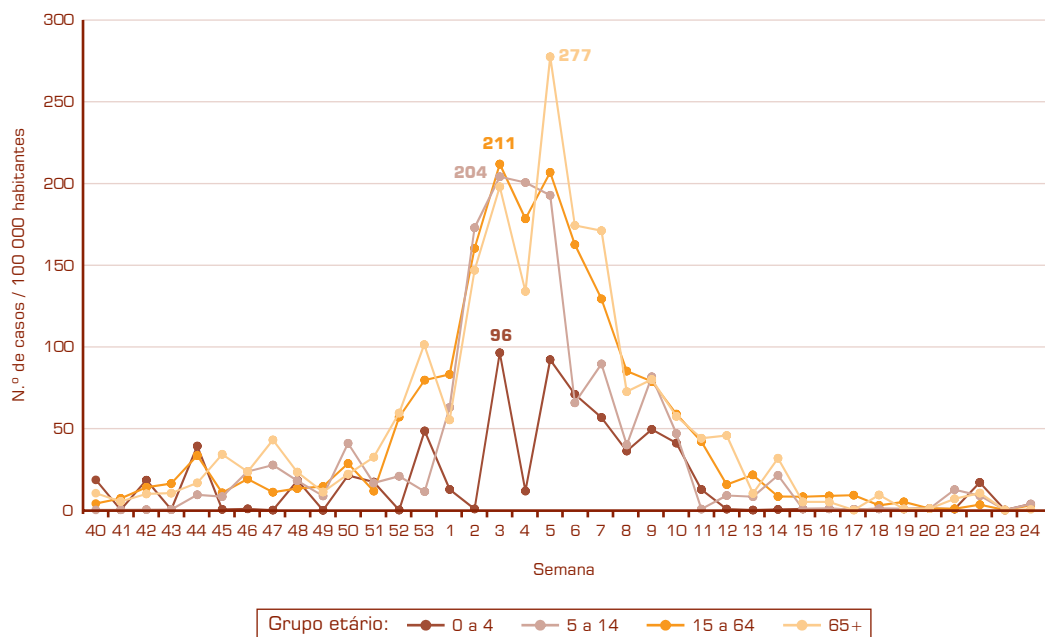


Figura 2. Taxa de incidência da síndrome gripal, por grupo etário, em Portugal Continental e valor máximo atingido, em cada grupo etário, na época gripal de 2004-2005

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Centro Nacional da Gripe (CNG). Cortesia da Prof. Doutora Helena Rebelo de Andrade.

2.3. Mortalidade

A nível mundial, estima-se que a gripe sazonal esteja associada, anualmente, à morte de 250 000 a 500 000 pessoas. Em Portugal, as estimativas apontam para um número médio de 1 773 óbitos, por época gripal, no período de 1990 a 1998⁶.

A mortalidade anual por gripe [J-10 a J-11 (CID-10)] e por causas que podem estar associadas a complicações da gripe [pneumonias: J-12 a J-18 (CID-10)] variou entre 3 822 óbitos, em 2003, e 5 186 óbitos, em 1999, de acordo com os dados disponíveis⁷.

De 1999 a 2003, os óbitos por gripe e por causas que podem estar associadas a complicações da gripe ocorreram, principalmente, no grupo etário de 65 e mais anos, com ainda maior expressão nos indivíduos de idade igual ou superior a 75 anos. Nos anos de 2001 e 2003, a totalidade dos óbitos por gripe registou-se no grupo etário de idade igual ou superior a 65 anos.

Os meses a que corresponde cada época gripal estão, também, associados a um aumento da mortalidade pelas causas que podem estar associadas a complicações da gripe (pneumonias: CID-10: J-12 a J-18) (Figura 3).

⁶ Nogueira PJ, Rebelo de Andrade H. Excess mortality attributable to influenza in Portugal from 1990 to 1998. Poster presented at: Options for the Control of Influenza IV, Crete, Greece (23-28 September 2000).

⁷ Divisão de Epidemiologia da Direcção-Geral da Saúde (DGS/DEP) e Instituto Nacional de Estatística (INE), 2006.

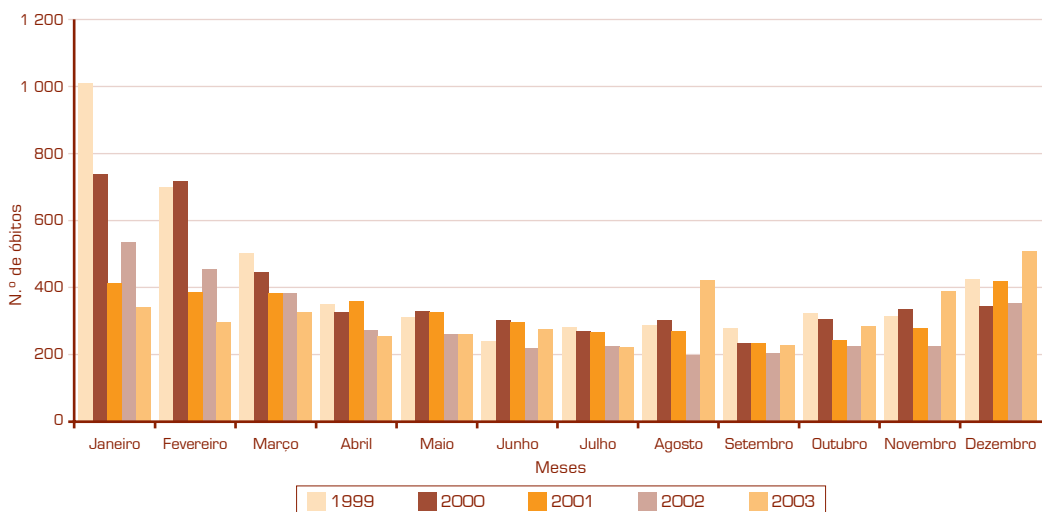


Figura 3. Distribuição mensal do número de óbitos por pneumonia*, em Portugal Continental e Regiões Autónomas, de 1999 a 2003

* J-12 a J-18 (CID-10)

Fonte: Direcção-Geral da Saúde (DGS), Divisão de Epidemiologia (DEP); Instituto Nacional de Estatística (INE).

2.4. Indicadores da actividade gripal

Para além do tipo de vírus dominante em circulação, são indicadores da actividade gripal⁸ a intensidade e a dispersão geográfica da gripe. Apresentam-se, de seguida, estes indicadores para a época gripal de 2004-2005.

Intensidade

De acordo com a informação da vigilância semanal (componente clínica) e a informação histórica da gripe, consideram-se vários níveis de intensidade da actividade gripal: baixa, moderada, alta e muito alta⁹.

A actividade basal representa o nível de actividade gripal fora dos períodos epidémicos e é calculada a partir dos dados históricos dos países. É representada, graficamente, por uma área, designada por *área de actividade basal*, delimitada pela linha de base e pelo limite superior do respectivo intervalo de confiança a 95%¹⁰ (Figura 1).

Em Portugal, na época gripal de 2004-2005, a intensidade máxima da actividade gripal verificou-se na semana 5 de 2005, tendo sido considerada alta, ou seja, foi mais elevada do que a registada habitualmente na informação histórica sobre gripe no País.

Anualmente, e ainda que considerando as diferentes características de cada sistema

⁸ Designa-se por actividade gripal o grau de intensidade da ocorrência da doença, medido pela respectiva taxa de incidência (http://www.onsa.pt/conteu/est_proj_gcgagcl.pdf).

⁹ http://www.eiss.org/cgi-files/bulletin_v2.cgi (2006)

¹⁰ http://www.onsa.pt/conteu/est_proj_gcgagcl.pdf

de vigilância, a intensidade da actividade gripal, no mesmo momento, não é homogénea, quer no território de cada país, quer entre os países europeus, como se pode verificar, a título de exemplo, na Figura 4.

Intensidade
Ano: 2005
Semana: 05

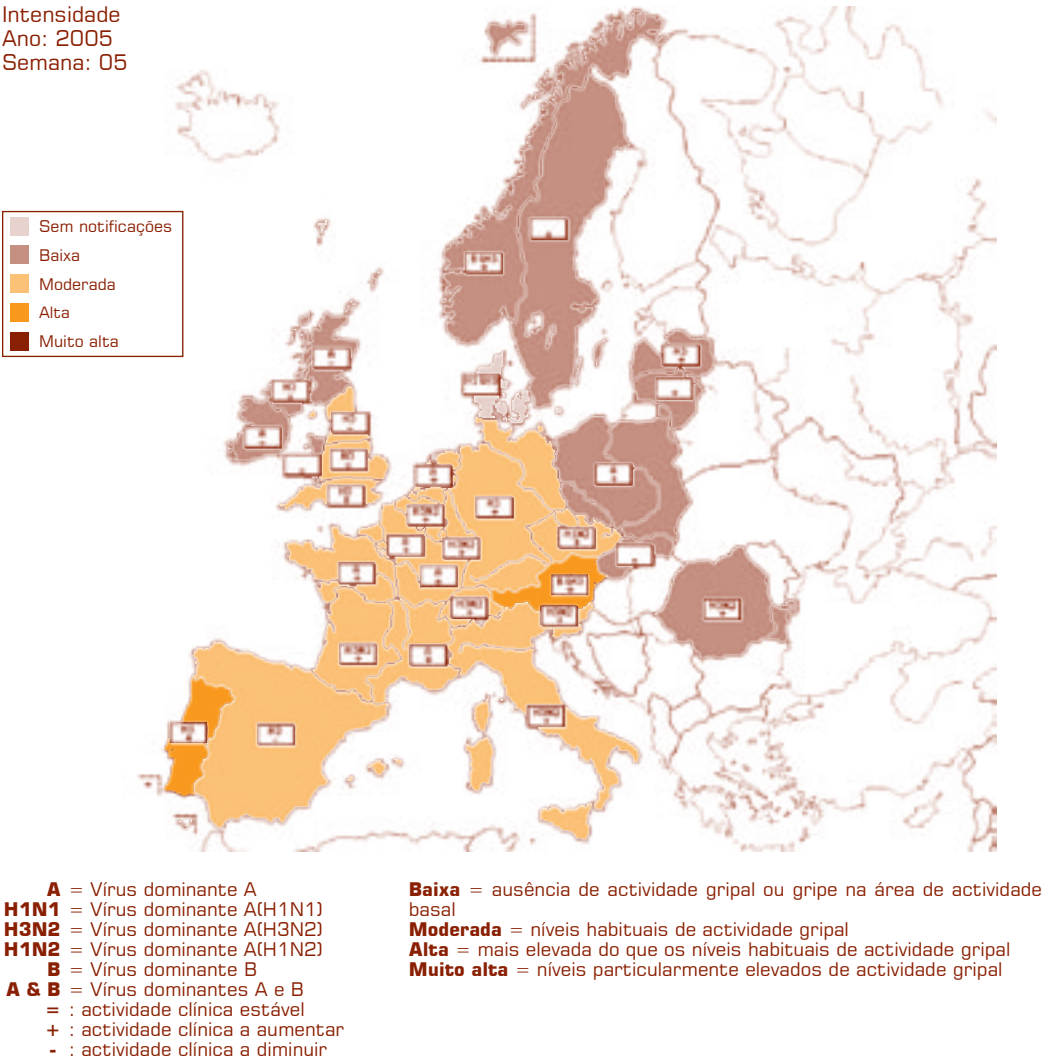


Figura 4. Intensidade da actividade gripal na Europa, época gripal de 2004-2005, semana cinco de 2005

Fonte: European Influenza Surveillance Scheme (EISS) ¹¹.

De facto, na semana 5, dos países da Europa que participam no EISS, além de Portugal, apenas a Áustria registou uma intensidade de actividade gripal alta; em metade dos restantes vinte e dois países, a intensidade de actividade gripal foi moderada e na outra metade foi baixa.

¹¹ European Influenza Surveillance Scheme. Influenza activity on the rise mainly in the central part of Europe and Portugal. EISS Weekly Electronic Bulletin (periódico online). Semana 5: 2005 Jan 31/Fev 6 (acesso em 2006 Set 22);138:aproximadamente 6 p.1. Disponível em: http://www.eiss.org/bulletins_pdf/eiss_2005_5_bulletin.pdf

Dispersão geográfica

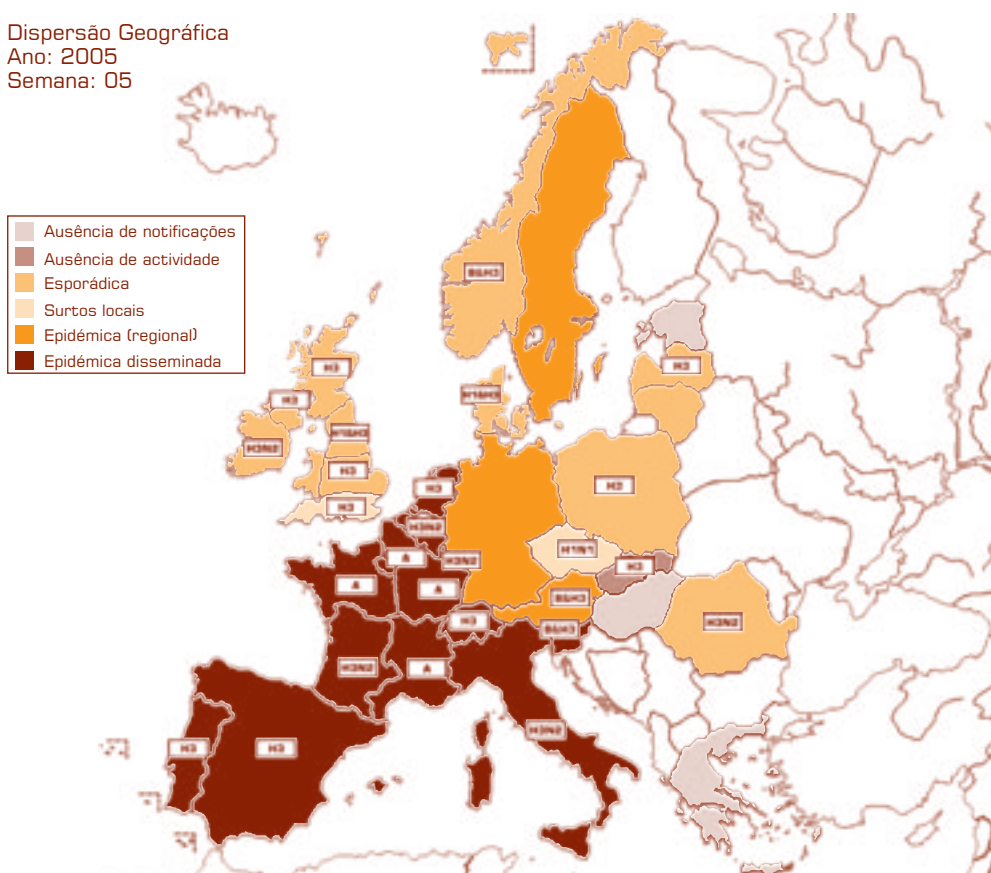
A dispersão geográfica da gripe é um indicador da actividade gripal utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando-se vários níveis: ausência de actividade gripal, actividade gripal esporádica, surtos locais, actividade gripal epidémica ou regional e actividade gripal epidémica disseminada⁹.

Na época gripal de 2004-2005, na semana em que se registou o valor máximo da actividade gripal em Portugal (semana 5 de 2005), verificou-se uma situação de actividade gripal epidémica disseminada, à semelhança do que aconteceu noutros oito países que participam no EISS (Figura 5).

Dispersão Geográfica

Ano: 2005

Semana: 05



A = Vírus dominante A
H1N1 = Vírus dominante A(H1N1)
H3N2 = Vírus dominante A(H3N2)
H1N2 = Vírus dominante A(H1N2)
B = Vírus dominante B
A & B = Vírus dominantes A e B

Ausência de actividade gripal = sem evidência de actividade gripal (notificação clínica permanece abaixo ou na área de actividade basal).

Actividade gripal esporádica = casos isolados de gripe confirmada laboratorialmente.

Surtos locais = aumento da actividade gripal em áreas delimitadas (por ex. uma cidade), numa dada região, ou surtos em duas ou mais instituições (por ex. escolas), numa dada região. Confirmação laboratorial.

Actividade gripal epidémica = actividade gripal acima da área de actividade basal em uma ou mais regiões com população que corresponde a menos de 50% da população total do país. Confirmação laboratorial.

Actividade gripal epidémica disseminada = actividade gripal acima da área de actividade basal em uma ou mais regiões com população que corresponde a 50% ou mais da população total do país. Confirmação laboratorial.

Figura 5. Dispersão geográfica da gripe na Europa, época gripal de 2004-2005, semana cinco de 2005

Fonte: European Influenza Surveillance Scheme (EISS)¹¹.

Quanto à sua propagação na Europa, a gripe sazonal tem progredido, nas épocas gripais mais recentes, no sentido Oeste-Este (épocas de 2001-2002, 2002-2003 e 2003-2004) e, na época de 2001-2002, também no sentido Sul-Norte ¹².

Pensa-se que factores como os tipos e os subtipos virais, as suas características antigénicas, a susceptibilidade dos hospedeiros, as condições atmosféricas (humidade, temperatura, vento, radiações ultra-violeta), o tráfego aéreo e factores sociais (mobilidade das pessoas e densidade populacional) poderão influenciar/determinar o padrão de propagação, mas estes factores terão de ser alvo de estudos mais aprofundados.

Na época gripal de 2004-2005, a actividade gripal clínica iniciou-se no Reino Unido, Espanha e Irlanda, em Dezembro de 2004, e disseminou-se gradualmente para Leste, até ao final de Janeiro de 2005. De Fevereiro a Março, tomou uma orientação Sul-Norte, tendo atingido toda a Europa num período de treze semanas, desde o primeiro pico atingido num país europeu até ao último pico de actividade gripal registado na Europa (nos países participantes) (Figura 6 ¹³).

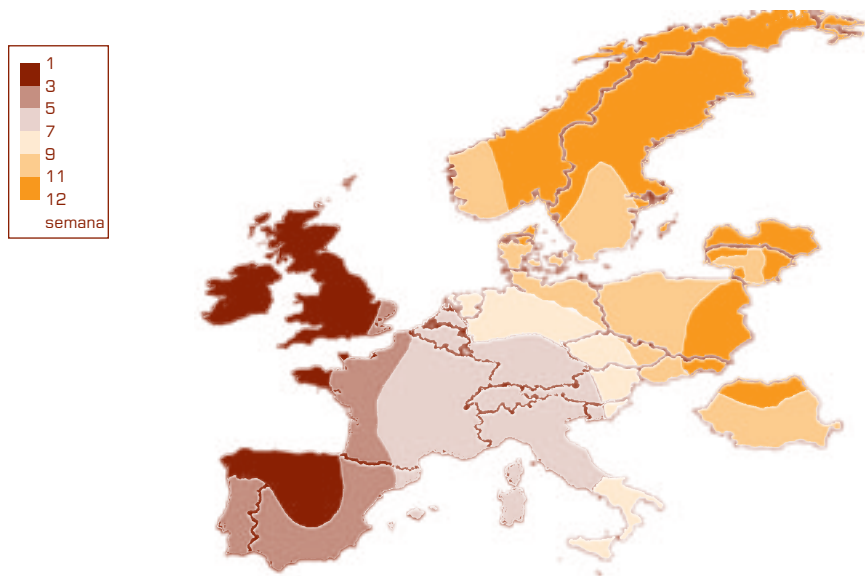


Figura 6. Propagação da gripe sazonal na Europa na época gripal de 2004-2005

Nota: As isobarras representam o tempo intercalado de pico de actividade gripal, distribuído no espaço, com duas semanas de intervalo. Nesta análise, foram incluídos vinte e três países.

Fonte: Saito et al, 2005 ¹⁴.

¹² Meijer A, Paget WJ, Meerhoff TJ, Brown CS, Meuwissen LE, Velden J. Epidemiological and virological assessment of influenza activity in Europe, during the 2004-2005 winter. *Eurosurveillance* [periódico online]. 2006 Mai [acesso em 2006 Set 27];11(5):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://www.eurosurveillance.org/eq/2006/02-06/pdf/eq_5_2006_111-118.pdf

¹³ Mapeamento geográfico da actividade gripal na Europa (movimento e velocidade de propagação da gripe, em termos de picos de actividade gripal clínica nos vários países, em relação ao primeiro país que atingiu o pico de actividade gripal) utilizando um Sistema de Informação Geográfica (SIG) e o método Kriging (Saito et al, 2005).

¹⁴ Saito R, Paget J, Hitaka S, Sakai T, Sasaki A, Velden K, Suzuki H. Geographic mapping method shows potential for mapping influenza activity in Europe. *Eurosurveillance* weekly release [periódico online]. 2005 Out 27 [acesso em 2006 Set 17];10(10):[aproximadamente 10 ecrãs]. Disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/051027.asp>

A análise da propagação da gripe no espaço poderá ser muito útil no contexto de uma pandemia, nomeadamente na avaliação do impacto das medidas tomadas para o seu controlo, como, por exemplo, a vacinação e a disponibilização de medicamentos antivirais, e para o planeamento e a distribuição dos recursos materiais e humanos, maximizando a efectividade da resposta.

2.5. Indicadores indirectos da actividade gripal

2.5.1. Utilização dos serviços de saúde

As epidemias de gripe sazonal estão associadas a uma sobrecarga dos serviços de saúde, com aumento do recurso aos serviços de urgência (especialmente ao nível dos cuidados de saúde primários) e de admissões hospitalares, sobretudo nos grupos de risco, por complicações associadas. No entanto, nem todos os doentes recorrem ao médico. A proporção de indivíduos com sintomatologia compatível com gripe que, em Portugal, procura o médico por este motivo foi estimada em 43,0%^{15,16}.

O excesso de utilização dos serviços de urgência e dos internamentos durante as épocas gripais pode ser utilizado como indicador indirecto para a detecção de picos de actividade gripal.

Serviços de urgência

As épocas de gripe caracterizam-se por um aumento da morbilidade, com reflexo na sobrecarga dos serviços de saúde, principalmente no ambulatório (consultas). Nos serviços de urgência hospitalares e serviços análogos nos centros de saúde, verifica-se um aumento da utilização, o que constitui um indicador indirecto de actividade gripal.

Em Portugal, e de acordo com os dados obtidos pelo Sistema de Informação das Urgências (SIU)¹⁷, em Novembro de 2003 e em Janeiro de 2005, o valor máximo da utilização semanal dos serviços dos centros de saúde ultrapassou, respectivamente, as 20 000 e as 25 000 consultas; o valor máximo da utilização das urgências hospitalares ultrapassou as 16 000 e as 18 000 consultas. Os valores máximos da utilização coincidiram com os picos de actividade gripal (semana 47 de 2003, de 17 a 23 de Novembro, e semana 5 de 2005, de 31 de Janeiro a 06 de Fevereiro) (Figuras 7 e 8).

¹⁵ Branco MJ, Nunes B. Gripe 2000. Relatório científico [relatório *online*]. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde/ Instituto Nacional de Saúde; 2000 Mar [acesso em 2006 Ag 21]. Disponível em: http://www.onsa.pt/index_17.html

¹⁶ O documento identificado na referência 15 diz respeito a um estudo transversal, de auto-avaliação, realizado entre Janeiro e Fevereiro de 2000, através de um questionário aplicado por entrevista telefónica à amostra ECOS - Em Casa Observamos Saúde -, um instrumento de observação criado pelo ONSA a partir do universo das famílias residentes em Portugal Continental, possuidoras de telefone fixo.

¹⁷ O Sistema de Informação das Urgências (SIU) é um sistema de vigilância epidemiológica da utilização de cuidados de saúde coordenado pela Direcção-Geral da Saúde, que tem como fontes de dados o SINUS (Sistema Informático de Unidades de Saúde) e o SONHO (Sistema de Informação para Gestão de Doentes Hospitalares). Integram o SIU os hospitais públicos de Portugal Continental e todas as unidades de saúde dos cuidados de saúde primários que prestam cuidados de urgência, incluindo SAP e CATUS.

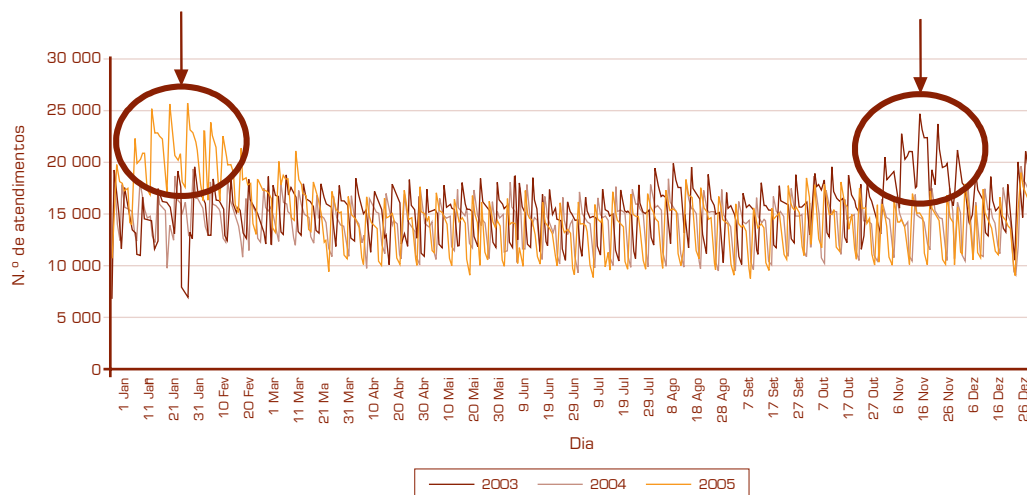


Figura 7. Utilização das urgências dos centros de saúde por motivo de doença, anos de 2003, 2004 e 2005

○ Excesso de utilização dos serviços de urgência das unidades de saúde que integram os cuidados de saúde primários (centros de saúde), incluindo SAP e CATUS, coincidindo com picos de actividade gripal.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde (DGS), Sistema de Informação das Urgências (SIU).

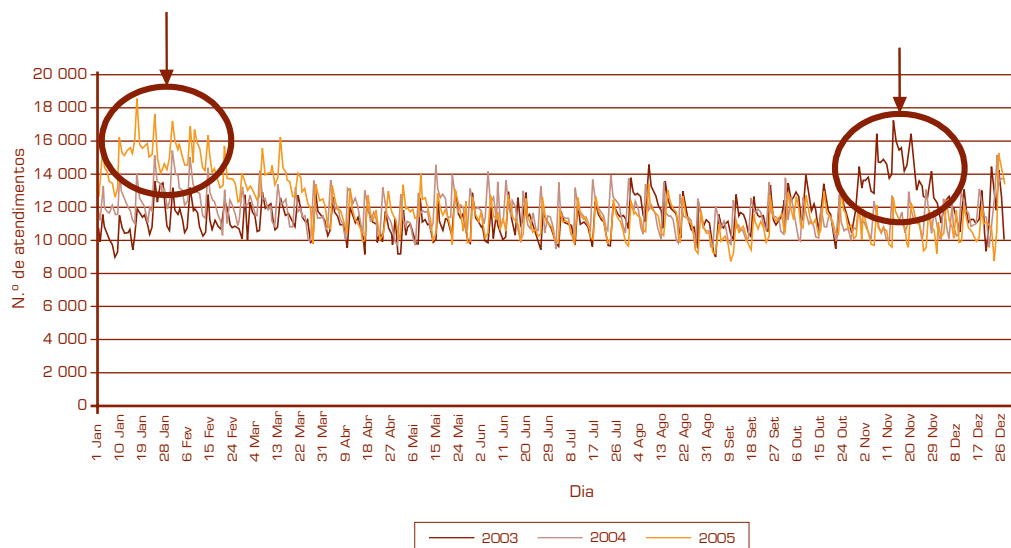


Figura 8. Utilização das urgências dos hospitais por motivo de doença, anos de 2003, 2004 e 2005

○ Excesso de utilização dos serviços de urgência hospitalares, coincidindo com picos de actividade gripal

Fonte: Direcção-Geral da Saúde (DGS), Sistema de Informação das Urgências (SIU).

Internamentos

Os internamentos por pneumonias adquiridas na comunidade podem ser considerados indicadores indirectos da actividade gripal.

De acordo com os dados de internamento¹⁸ por pneumonia adquirida na comunidade¹⁹ (2002 a 2005), verificou-se um aumento do número de internamentos associados a esta causa, que coincidiu com o aumento da actividade gripal em cada ano (Figura 9).

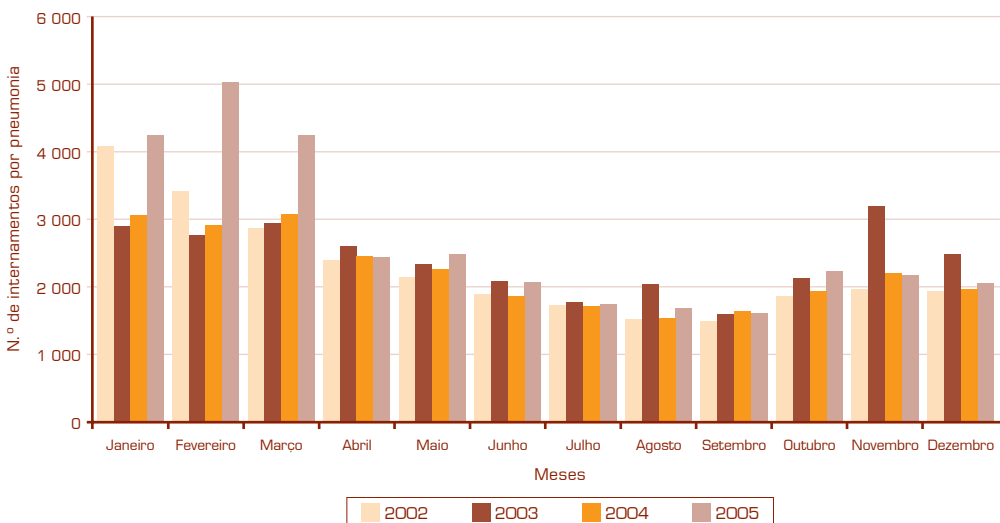


Figura 9. Distribuição mensal do número de internamentos por episódios de pneumonia adquirida na comunidade, em Portugal, de 2002 a 2005

Fonte: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH).

2.5.2. Consumo de medicamentos

O consumo de medicamentos, nomeadamente dos relacionados com o tratamento das infecções respiratórias, pode ser considerado um indicador *proxí* da actividade gripal.

De um modo geral, assiste-se a um aumento do consumo deste tipo de medicamentos (anti-inflamatórios não esteróides; antibióticos; analgésicos e antipiréticos; fluidificantes e antitússicos) nos meses de maior actividade gripal. As semanas de maior intensidade de actividade gripal na época de 2004-2005 coincidiram com picos de venda dos referidos medicamentos nos anos de 2004 e 2005 (Figura 10).

¹⁸ Dados obtidos dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos, do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF). Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) são um Sistema de Classificação de Doentes Internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracterizam, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital - diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos relevantes (www.igif.min-saude.pt, 2006).

¹⁹ Inclui GDH 89: pneumonia e pleurisia simples, idade > 17 anos, com complicações e comorbilidade; GDH 90: pneumonia e pleurisia simples, idade > 17 anos, sem complicações e comorbilidade; GDH 91: pneumonia e pleurisia simples, idade 0 - 17 anos.

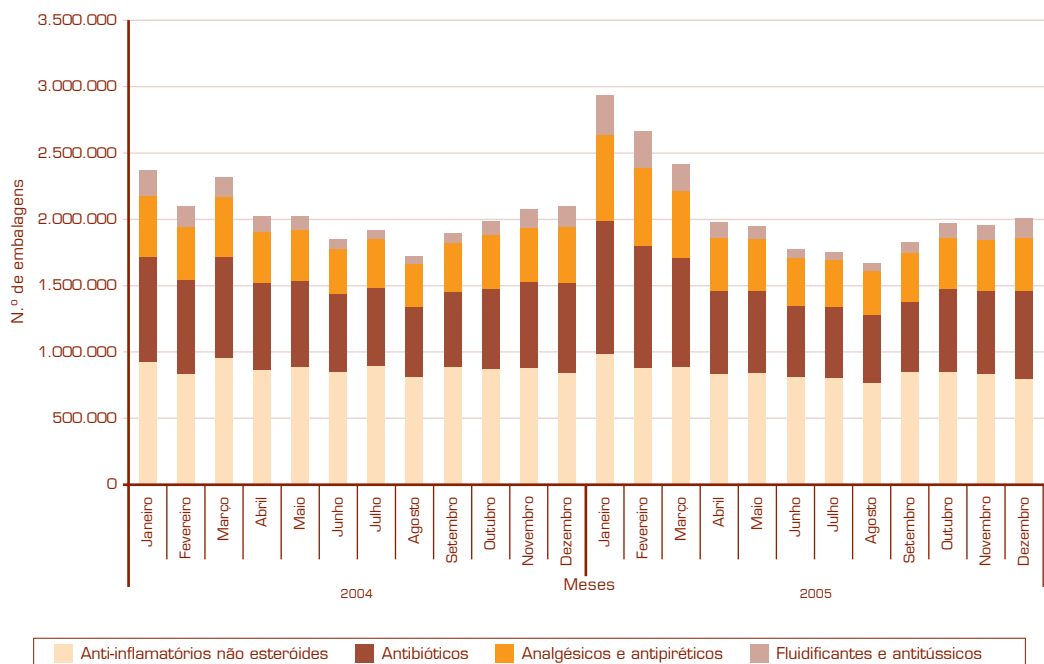


Figura 10. Evolução mensal da venda (número de embalagens) dos subgrupos farmacoterapêuticos relacionados com o tratamento das infecções respiratórias, em Portugal Continental, anos de 2004 e 2005

Nota: Os dados referem-se aos medicamentos participados e dispensados em regime de ambulatorio, em Portugal Continental, à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, durante os anos de 2004 e 2005. Não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar, assim como os fármacos dispensados à população abrangida pelos subsistemas de saúde.

Fonte: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED)²⁰. Dados de 2005 disponibilizados por cortesia do INFARMED.

3. Vacinação

A vacinação contra a gripe sazonal tem por objectivo reduzir a probabilidade de infecção e a gravidade da doença. Quando as estirpes incluídas na vacina são antigenicamente semelhantes às estirpes em circulação, a vacinação da população adulta saudável pode prevenir 70 a 90% dos casos de doença confirmada laboratorialmente, com reflexo na redução do absentismo laboral e da utilização dos recursos de saúde, incluindo o uso de antibióticos por complicações da gripe.

Nas crianças em idade escolar, a efectividade da vacina é semelhante à dos adultos saudáveis, embora pareça conferir uma menor protecção às crianças mais jovens.

Na população idosa não institucionalizada, a vacina pode reduzir o número de internamentos em 25 a 39% e a mortalidade global em 39 a 75%, durante a época gripal. Nos idosos institucionalizados, a vacinação pode reduzir os internamentos por todas as causas em 50%, o risco de pneumonia em cerca de 60% e o risco de morrer por todas as causas em 68% (DGS, Circular Informativa n.º 40/DIR/G, de 21/09/2006).

²⁰ Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED). Estatística do medicamento 2004 [online]. Lisboa: INFARMED; 2006 Mai [acesso em 2006 Set 22]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA_MEDICAMENTO/estatistica%20do%20medicamento-04.pdf

Atendendo à grande variabilidade antigénica e às características mutagénicas do vírus da gripe (variações *minor*), responsáveis pelas epidemias sazonais, é necessário, para cada época gripal, proceder à actualização da composição da vacina. Assim, anualmente, a Organização Mundial da Saúde recomenda as estirpes a serem incluídas na vacina sazonal, de acordo com a previsão das que estarão em maior circulação no Outono-Inverno, baseando-se na informação recolhida pela vigilância efectuada a nível mundial.

O período ideal preconizado para a vacinação abrange os meses de Outubro e Novembro, mas a vacina pode ser administrada durante toda a época gripal.

A Direcção-Geral da Saúde emite, anualmente, uma Circular Informativa com recomendações para a vacinação contra a gripe sazonal, de acordo com a situação epidemiológica e os conhecimentos técnico-científicos existentes à data, definindo os critérios de prescrição de modo a garantir a disponibilidade da vacina para os grupos populacionais que mais dela beneficiam.

Em Portugal, registou-se um aumento da cobertura vacinal nos últimos anos, embora com oscilações ²¹. Para a época gripal de 2005-2006, a estimativa desta cobertura foi de 19,1%, o maior valor registado desde 1998 (Quadro II).

Quadro II. Estimativa da cobertura vacinal da população portuguesa (Portugal Continental) pela vacina contra a gripe, nas épocas gripais de 1998-1999 a 2005-2006

Época gripal	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Cobertura da vacina (%)	14,2	15,6	n.r.	17,0	15,0	18,4	15,4	19,1
Indivíduos inquiridos (n.º)	2923	3796	n.r.	4148	2751	2599	2525	2206

n.r.: não realizado

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde (ONSA). Dados disponibilizados por cortesia do INSA.

No entanto, e tendo em consideração o número de vacinas importadas anualmente para Portugal, estes valores poderão estar sobreavaliados.

Apesar de a cobertura vacinal declarada nos indivíduos com 65 e mais anos ter aumentado desde 1998 (de acordo com os anos estudados) (Figura 11), o valor estimado para a época gripal de 2005-2006 (41,6%) mantém-se aquém do objectivo de cobertura vacinal de 50% preconizado pela Organização Mundial da Saúde para 2006, neste grupo etário ²².

²¹ Estimativas da cobertura da vacina contra a gripe, em Portugal Continental, obtidas, desde 1999, a partir de uma amostra aleatória de unidades de alojamento possuidoras de telefone fixo (amostra ECOS – Em Casa Observamos Saúde), a quem são aplicados inquéritos telefónicos (ECOS, ONSA/INSA 2006).

²² World Health Organization (WHO). Influenza Vaccines. WHO position paper: Weekly epidemiological record [periódico *online*]. 2005 Ag 19 [acesso em 2006 Set 17];33:279-87. Disponível em: www.who.int/immunization/wer8033influenza_August2005_position_paper.pdf

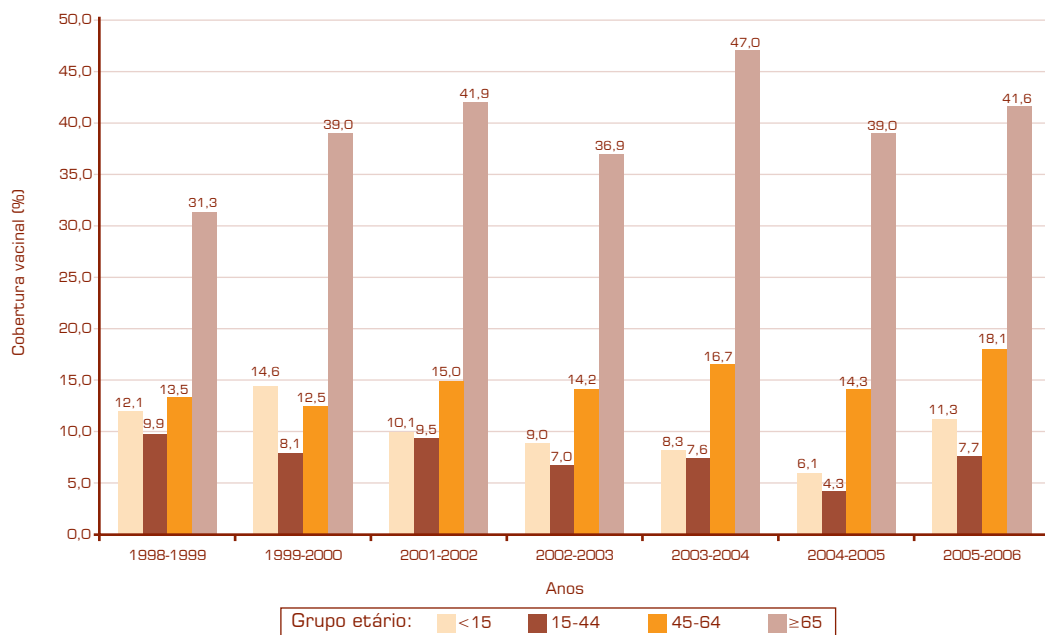


Figura 11. Distribuição da cobertura pela vacina contra a gripe, por grupo etário, em Portugal Continental, nas épocas gripais de 1998-1999 a 2005-2006

Nota: não avaliada na época 2000-2001

Fonte: Nunes B et al, 2006²³.

GRYPE PANDÉMICA

As pandemias de gripe são epidemias mundiais que ocorrem com intervalos irregulares, normalmente de várias décadas. São causadas por novos vírus do tipo A, para os quais a população tem uma susceptibilidade quase universal, e que resultam de variações antigénicas *major* (*shift* antigénico). Estas variações correspondem a alterações mais profundas e inesperadas do genoma viral, por mutação adaptativa, em que um vírus aviário adquire mutações graduais, durante infecções sequenciais no homem ou noutro mamífero, ou por um processo de recombinação entre vírus da gripe sazonal circulantes e vírus de gripe aviários.

Actualmente, o mundo enfrenta uma situação de epizootias de gripe aviária por vírus A(H5N1), o que constitui um problema essencialmente de saúde veterinária. De facto, as infecções provocadas por vírus de tipo A são, geralmente, específicas de espécie, estando documentadas muito poucas situações de transposição da barreira de espécie aves-Homem, que estão associadas, normalmente, ao contacto muito próximo com aves infectadas.

À data, de todos os vírus que circulam nas aves, o A(H5N1) é o que parece representar maior ameaça à saúde humana, porque, para além de ter conseguido transpor a

²³ Nunes B, Rabiais S, Contreiras T, Falcão JM. Evolução da cobertura da vacina anti-gripal de 1998/1999 a 2005/2006, na amostra ECOS. Observações (periódico *online*). 2006 Out [acesso em 2006 Nov 20]; 32:1aproximadamente 2 p.1. Disponível em: http://www.onsa.pt/conteu/pub_observacoes-032_onsa.pdf

barreira interespecies, provoca doença grave no homem. O risco de transmissão zoonótica é acrescido pelo facto de este vírus ser enzoótico em várias regiões da Ásia, onde estirpes de alta patogenicidade infectam aves domésticas.

Ainda que não haja certeza de que o próximo vírus pandémico resulte de mutações do vírus A(H5N1) que lhe confirmam capacidade de transmissão eficaz de pessoa a pessoa, o seu potencial pandémico levou a que a Organização Mundial da Saúde definisse um plano de preparação global para uma pandemia de gripe, que se encontra organizado em períodos e fases de actividade gripal, estabelecidos de acordo com o risco de infecção ou doença em pessoas. Até 31 de Março de 2007, foram notificados 285 casos de gripe zoonótica provocada por vírus aviário A(H5N1), de que resultaram 170 mortes.

1. Enquadramento histórico

Os registos históricos sugerem que terão ocorrido dez pandemias de gripe nos últimos quinhentos anos. No século XX, estão documentadas três pandemias, a última das quais em 1968-1969. Os períodos interpandémicos são variáveis, podendo ir dos 10 aos 50 anos, sendo característica, nestes períodos, a ocorrência das epidemias sazonais de gripe.

As pandemias de gripe traduzem-se por um aumento abrupto da morbimortalidade em todo o mundo, sendo, portanto, acontecimentos disruptivos em termos da capacidade de resposta dos serviços de saúde e da manutenção de outros serviços essenciais a um país. Tendem a desenvolver-se por ondas e o intervalo entre ondas sucessivas pode ser de apenas um mês (Figura 12).

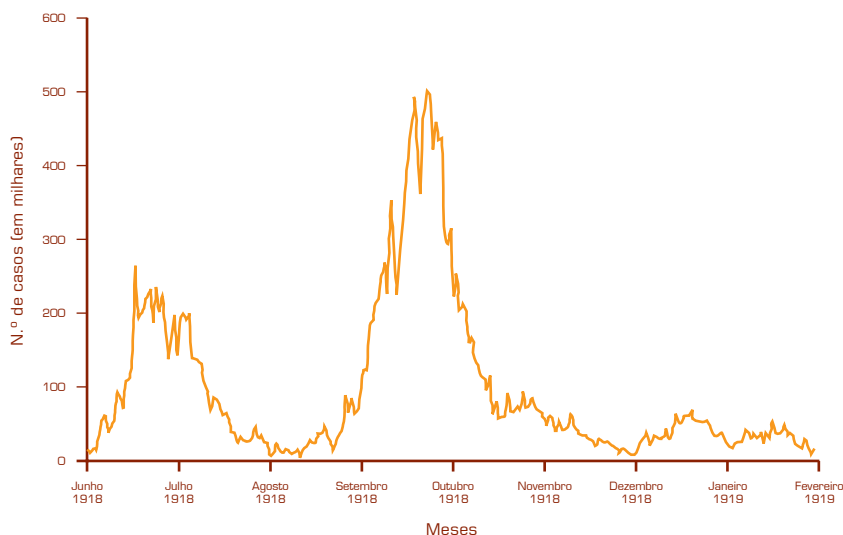


Figura 12. Pandemia de gripe de 1918-1919. Número de casos de gripe notificados na Suíça (Genebra), de Junho de 1918 a Fevereiro de 1919

Fonte: Ammon CE, 2002²⁴.

²⁴ Ammon CE. Spanish flu epidemic in 1918 in Geneva, Switzerland. Eurosurveillance monthly release [periódico online]. 2002 Dez [acesso em 2006 Set 20];7(12):190-92. Disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/em/v07n12/v07n12.pdf>

As pandemias que ocorreram no século passado são as que se encontram mais bem descritas. Das três, a de 1918-1919 (*gripe espanhola* ou *pneumónica*) foi a mais grave, tendo sido causada por vírus A(H1N1). A nível mundial, terá provocado doença em 25 a 30% da população e a morte a mais de quarenta milhões de pessoas. O excesso de mortalidade verificado durante esta pandemia, em diferentes países, variou entre os 0,2% (Dinamarca) e os 4,4% (Índia) ²⁵.

Em Portugal, de acordo com os dados do documento *Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal*, ocorreram, em 1918, 55 780 mortes por gripe e 6 730 por pneumonia. No ano seguinte, verificou-se uma franca diminuição da mortalidade por gripe e por pneumonia, tendo-se registado, respectivamente, 3 097 e 3 657 óbitos, a nível nacional. No entanto, de acordo com Arnaldo Sampaio, “as taxas de mortalidade por gripe mantiveram-se altas e só em 1925 desceram para o nível anterior à pandemia” ²⁶. O excesso de mortalidade foi estimado em 2,64% ²⁵.

Estes valores podem estar subavaliados, uma vez que a verificação e certificação dos óbitos era, muitas vezes, efectuada por funcionários das Juntas de Freguesia ou do Registo Civil (por rotura da capacidade de resposta dos serviços médicos, sobretudo fora das comarcas de Lisboa, Porto e Coimbra), atribuindo-se a causa de morte a “doença desconhecida” ²⁷. De facto, o número de óbitos poderá ter-se aproximado dos 150 000 ²⁸.

No caso português, a pandemia de 1918-1919 foi caracterizada por duas ondas epidémicas, a primeira mais benigna do que a segunda ²⁶.

Ao contrário do que se verificou na pandemia de 1918-1919, na de 1957-1958 - *gripe asiática* -, causada por vírus A(H2N2), o impacto foi menor em termos de mortalidade, a nível mundial, tendo-se estimado que tenha provocado cerca de dois milhões de mortes.

Em Portugal, segundo Arnaldo Sampaio e Fernando M. Caeiro ²⁹, na pandemia de 1957-1958, “o número de óbitos causados por gripe foi de 1 050, a que corresponde uma taxa de 12,7 por 100 000 habitantes”. De acordo com os mesmos autores, referindo-se àquela pandemia, “não será exagero calcular uma morbilidade de, pelo menos, 20% para a população de todo o país, o que equivale a 1 672 148 indivíduos atingidos por gripe que, a uma média de 6,6 dias de doença por pessoa (...) equivale a 11 036 176 dias de inactividade por doença em todos o país” ²⁹. Em alguns grupos populacionais, a gripe poderá ter afectado mais de 50% das pessoas ^{26, 29}. Nesta pandemia, foi evidente apenas uma onda epidémica ^{26, 29}.

Tal como no resto do mundo, as características das duas primeiras pandemias do século XX foram diferentes, como se pode observar no quadro sinóptico comparativo de Arnaldo Sampaio (Quadro III).

²⁵ Murray CJ, Lopez AD, Chin B, Feehan D, Hill KH. Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918-20 pandemic: a quantitative analysis. *Lancet* 2006;368:2211-8.

²⁶ Sampaio A. Subsídios para o estudo da epidemiologia da Gripe. *Boletim dos Serviços de Saúde Pública* 1959;6(1):7-147.

²⁷ Frada JJC. A gripe pneumónica em Portugal Continental – 1918. Estudo socioeconómico e epidemiológico com particular análise do concelho de Leiria. Lisboa: Sete Caminhos; Set 2005.

²⁸ De acordo com um estudo de Fernando Silva Correia, especialista em epidemiologia histórica citado por João Frada na sua obra referenciada com a notação de referência 27.

²⁹ Sampaio A, Caeiro FM. A pandemia de gripe “Asiática” em Portugal – 1957. *Boletim dos Serviços de Saúde Pública* 1958;5(3):267-360.

Quadro III. Características fundamentais das pandemias de gripe de 1918 e 1957

Características	1918	1957
Origem	Europa (Brest)	Ásia - Norte da China
Entrada em Portugal	Por terra	Por mar
Início	Fins de Maio	Princípios de Agosto
Acmé	1.ª onda: Junho; 2.ª onda: Outubro	Outubro
Disseminação	Todo o País	Todo o País
Difusão	Rápida	Rápida
Duração da epidemia	Dois meses por onda	Dois meses
Mortalidade por ‰	962,8	12,7
Distribuição das mortes	Maior incidência nos grupos etários dos 20-40 anos	Maior incidência nos grupos etários dos 0-4 anos e superiores a 70 anos

Fonte: Sampaio A, 1959²⁶ (reprodução integral).

A pandemia de 1968-1969 - *gripe de Hong Kong* -, causada por vírus A(H3N2), teve origem na China. Foi aquela em que se verificou uma mortalidade mais baixa (cerca de um milhão de mortes, a nível mundial) e em que a doença se apresentou clinicamente mais ligeira, o que se pensa ter resultado de protecção parcial conferida pelas pandemias anteriores, pelo menos para parte da população. Esta pandemia em Portugal não constituiu excepção, tendo sido mais benigna, em comparação com as que a antecederam no mesmo século.

2. A próxima pandemia de gripe

Algumas das possíveis características da próxima pandemia de gripe podem ser sugeridas pelo conhecimento que foi sendo adquirido relativamente a este fenómeno epidemiológico.

Assim, sabe-se que, apesar de inevitáveis, as pandemias de gripe são sempre acontecimentos imprevisíveis, não só em termos de morbilidade, mortalidade e padrões de propagação, como em relação a quando irão ocorrer. Ao contrário das epidemias de gripe dos períodos interpandémicos, que têm características sazonais, as pandemias de gripe podem surgir em qualquer altura do ano.

Actualmente, estão cumpridas duas das três condições essenciais para a ocorrência de uma pandemia de gripe:

- a) A emergência de um novo subtipo de vírus para o qual a população tem pouca ou nenhuma imunidade (o subtipo H5N1);
- b) A capacidade de o novo subtipo viral se replicar em seres humanos e de provocar doença grave (casos de gripe de transmissão zoonótica em pessoas).

Falta concretizar-se a terceira condição, que é a de o vírus adquirir a capacidade de transmissão eficaz de pessoa a pessoa.

Neste contexto de incertezas e de imprevisibilidade, o reforço do sistema de informação em saúde, que sustenta a vigilância integrada da gripe sazonal em todo o mundo durante o período interpandémico, é essencial na organização de uma resposta adequada a uma pandemia. Em particular, a componente laboratorial do sistema de vigilância tem uma função fulcral na confirmação rápida do início de uma pandemia, permitindo desencadear o alerta para os serviços de saúde, isolar e caracterizar o vírus e iniciar a produção da vacina pandémica.

2.1. Origem e disseminação geográfica

A maioria das pandemias estudadas teve origem em países asiáticos, onde a densidade populacional e a elevada proximidade com os animais domésticos favorecem uma maior exposição aos vírus aviários. Assim, aumenta a probabilidade de infecção dos seres humanos com, simultaneamente, vírus da gripe de alta patogenicidade, a partir das aves de capoeira, e vírus da gripe sazonal.

Relativamente ao vírus da gripe A(H5N1), com reconhecido potencial pandémico, é, actualmente, enzoótico em várias regiões da Ásia, existindo um nicho ecológico permanente em aves domésticas, o que favorece o risco de transmissão a seres humanos (transmissão zoonótica).

Estes serão alguns dos factores facilitadores para que uma pandemia que venha a ocorrer tenha origem na Ásia.

Outro dos aspectos que parece consensual relativamente a uma eventual pandemia de gripe é a sua rápida propagação à escala mundial, prevendo-se que os seis a oito meses de duração das pandemias do século passado venham a ser encurtados, dado o muito maior número de pessoas existentes em todo o mundo e a sua intensa mobilidade.

Retardar a disseminação de uma pandemia de gripe, aplanando a curva epidémica e distribuindo os casos ao longo de um maior período de tempo, será extremamente importante, de modo a aumentar a capacidade de resposta e a possibilidade de manutenção de serviços essenciais.

2.2. Morbilidade e mortalidade

Publicações recentes sugerem a existência de algumas semelhanças entre o vírus A(H5N1) e o vírus responsável pela pandemia de 1918-1919, A(H1N1), nomeadamente a maior incidência da infecção sintomática nas pessoas jovens e saudáveis, a gravidade da doença e a evolução para pneumonia viral primária. No entanto, ainda que a próxima pandemia de gripe surja a partir de um subtipo viral resultante de mutações do vírus A(H5N1), presumivelmente (mas não garantidamente), o vírus pandémico provocará uma letalidade menor que a do vírus da gripe aviária A(H5N1), apesar de não existirem estudos de incidência e de prevalência da infecção por este vírus que permitam estimar as suas morbilidade e letalidade actuais.

De qualquer modo, o impacte de um vírus do subtipo H5, em termos de morbilidade, será sempre grande, uma vez que se pensa que este subtipo viral nunca circulou entre as pessoas, o que determina uma vulnerabilidade praticamente universal da população.

De facto, não obstante a enorme imprevisibilidade e variabilidade das pandemias de

gripe, um dos aspectos comuns a todas é o aumento exponencial da incidência da doença, geralmente num curto intervalo de tempo, acompanhado de um aumento da procura de cuidados de saúde. Mesmo no cenário mais favorável, uma pandemia de gripe levará a um excesso de mortalidade nas crianças, nos idosos e em indivíduos com doença crónica subjacente.

2.3. Cenários para uma eventual pandemia

Apesar de não ser possível determinar quando irá ocorrer a próxima pandemia de gripe, é fundamental o planeamento de medidas e intervenções para fazer face às suas potenciais consequências.

Numa perspectiva de apoio ao planeamento para uma eventual pandemia de gripe, o Observatório Nacional de Saúde (ONSA) elaborou cenários pandémicos³⁰ com os possíveis efeitos que a pandemia poderá produzir em Portugal, em termos de morbilidade, de mortalidade e de utilização dos recursos de saúde. Como o documento do ONSA explicita, não se trata de prever o que vai acontecer (porque o impacte será francamente influenciado pelas próprias características do vírus e pelas medidas de prevenção e controlo que vierem a ser adoptadas), mas apenas fornecer uma base para o processo de planeamento.

Por outro lado, os cenários são dinâmicos, havendo necessidade de se proceder à sua actualização, à medida que os conhecimentos sobre uma eventual pandemia forem evoluindo.

Critérios seleccionados na elaboração dos cenários pelo ONSA

Os cenários foram elaborados assumindo que a pandemia evoluiria em duas ondas, desiguais e não contínuas, a primeira de menor intensidade e ambas com oito semanas de duração.

Considerou-se que, numa eventual pandemia, a incidência aumentará e diminuirá progressivamente antes e depois de cada onda. Assim, para além das oito semanas correspondentes a cada onda, foram consideradas quatro semanas adicionais (duas antes e duas depois de cada onda), perfazendo um total de doze semanas (84 dias). Naquelas quatro semanas, a taxa de incidência semanal será igual ou inferior a 50 casos por 100 000 habitantes (considerada a linha de base para uma epidemia sazonal).

Foram considerados três níveis de impacte (mínimo, provável e máximo) e taxas de ataque (indivíduos com manifestações clínicas) de 10% para a primeira onda e de 20%, 25% ou 30% para a segunda onda.

O painel de peritos consultado considerou que, no global da pandemia, poderia ocorrer uma taxa de ataque de 30%, 35% ou 40% (10%+20%, 10%+25% ou 10%+30%).

A curva epidémica foi elaborada de acordo com uma distribuição normal, com o pico entre a 6.ª e a 7.ª semanas, considerando as doze semanas, que correspondem às 4.ª e 5.ª semanas de cada onda de oito semanas (Figura 13).

³⁰ Documento disponível em: http://www.onsa.pt/conteu/gripan/est_pandemia_onsa_relac-jul2006_pt.pdf (Janeiro de 2007).

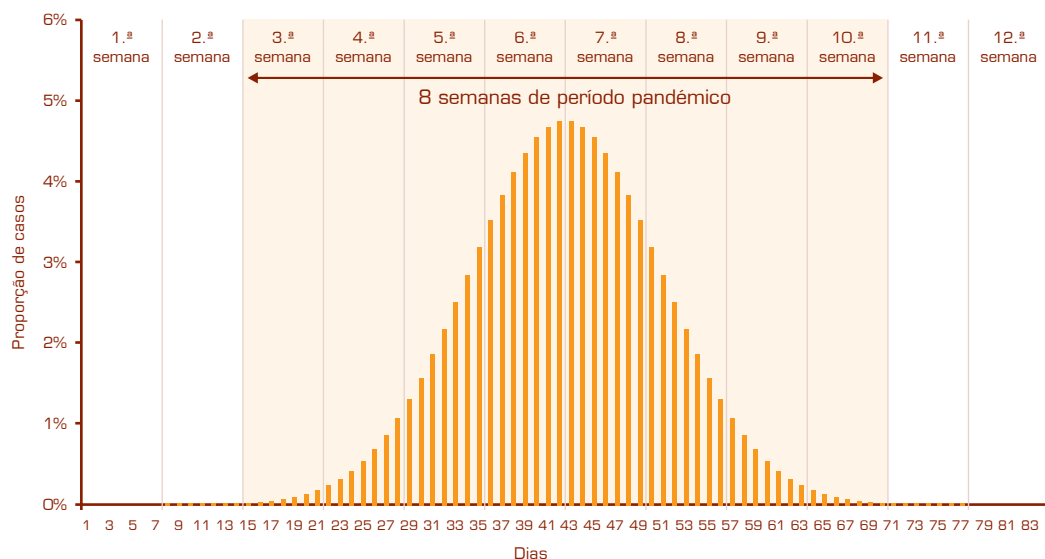


Figura 13. Distribuição proporcional diária dos casos de acordo com uma distribuição normal de valor médio 42 e desvio padrão 8,4

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde (ONSA)³¹. Cortesia do INSA.

No cenário mais grave, foi assumida uma taxa de ataque de 40%, uma taxa de hospitalização (doentes que necessitam de internamento) de 5,5% e uma taxa de letalidade de 1,5%.

Morbilidade, mortalidade e utilização dos serviços de saúde

Os cenários apresentados nos Quadros IV a VIII não consideram o impacto de qualquer intervenção preventiva ou terapêutica. Referem-se a Portugal Continental e às Regiões Autónomas e os valores são os do nível de “impacte provável”.

Nos Quadros IV e V, estão representadas a distribuição semanal da morbilidade, da utilização dos serviços de saúde (consultas e hospitalizações) e da mortalidade, de acordo com as taxas de ataque consideradas para cada onda.

³¹ Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde (ONSA). Gripe: cenários para uma eventual pandemia. Actualização de Julho de 2006. Lisboa INSA/ONSA; 2006 Jul.

Quadro IV. Primeira onda (taxa de ataque de 10%).
Distribuição semanal do número de casos, de consultas, de hospitalizações e de óbitos associados à gripe, segundo o nível de impacte provável, sem intervenção, em Portugal

Taxa de Ataque 10%	Semana (n)	Casos (n)	Consultas (n)	Hospitalizações (n)	Óbitos
	1	16	17	0	0
	2	428	529	1	0
	3	5 986	8 128	39	1
	4	43 061	64 272	414	24
	5	160 041	262 445	2 248	203
	6	308 272	555 209	6 304	910
	7	308 272	609 692	9 169	2 115
	8	160 041	347 623	6 923	2 551
	9	43 061	102 757	2 712	1 596
	10	5 986	15 702	549	519
	11	428	1 236	57	87
	12	16	50	2	8

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde (ONSA)³¹.
 Dados disponibilizados por cortesia do INSA.

Quadro V. Segunda onda (taxas de ataque de 20%, 25% e 30%).
Distribuição semanal do número de casos, de consultas, de hospitalizações e de óbitos associados à gripe, segundo o nível de impacte provável, sem intervenção, em Portugal

Taxa de Ataque 20%	Semana	Casos (n)	Consultas (n)	Hospitalizações (n)	Óbitos (n)
	1	31	26	0	0
	2	857	779	4	0
	3	11 973	11 979	80	2
	4	86 123	94 716	830	47
	5	320 083	386 762	4 498	406
	6	616 545	818 203	12 610	1 821
	7	616 545	898 494	18 339	4 229
	8	320 083	512 287	13 848	5 100
	9	86 123	151 432	5 426	3 194
	10	11 973	23 140	1 100	1 037
	11	857	1 821	117	175
	12	31	74	6	15

Quadro V. (cont.) Segunda onda (taxas de ataque de 20%, 25% e 30%).
Distribuição semanal do número de casos, de consultas, de hospitalizações e de óbitos associados à gripe, segundo o nível de impacto provável, sem intervenção, em Portugal

Taxa de Ataque 25%	Semana	Casos (n)	Consultas (n)	Hospitalizações (n)	Óbitos (n)
	1	39	30	0	0
	2	1 071	905	4	0
	3	14 966	13 904	99	3
	4	107 654	109 938	1 038	60
	5	400 104	448 920	5 623	506
	6	770 681	949 700	15 762	2 277
	7	770 681	1 042 895	22 921	5 288
	8	400 104	594 619	17 309	6 376
	9	107 654	175 769	6 783	3 993
	10	14 966	26 859	1 376	1 297
	11	1 071	2 114	144	218
	12	39	85	7	20

Taxa de Ataque 30%	Semana	Casos (n)	Consultas (n)	Hospitalizações (n)	Óbitos (n)
	1	47	34	0	0
	2	1 285	1 030	5	0
	3	17 959	15 829	120	4
	4	129 184	125 160	1 245	69
	5	480 124	511 078	6 747	608
	6	924 817	1 081 197	18 916	2 730
	7	924 817	1 187 296	27 508	6 344
	8	480 124	676 951	20 773	7 651
	9	129 184	200 107	8 139	4 789
	10	17 959	30 578	1 650	1 556
	11	1 285	2 406	174	260
	12	47	97	9	23

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde (ONSA)³¹.
 Dados disponibilizados por cortesia do INSA.

Nos Quadros VI e VII, apresentam-se a distribuição, por grupo etário, da morbilidade, da utilização dos serviços de saúde (consultas e hospitalizações) e da mortalidade, de acordo com as taxas de ataque consideradas para cada onda.

Quadro VI. Primeira onda (taxa de ataque de 10%).
Distribuição, por grupo etário, do número de casos, de consultas, de hospitalizações e de óbitos associados à gripe, segundo o nível de impacte provável, sem intervenção, em Portugal

Taxa de Ataque 10%	Grupo etário (anos)	Casos (n)	Consultas (n)	Hospitalizações (n)	Óbitos (n)
	00 - 14	165 660	314 754	701	41
	15 - 64	700 602	1 331 144	17 328	3 891
	≥ 65	169 349	321 764	10 399	4 080
	TOTAL	1 035 612	1 967 662	28 428	8 013

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde (ONSA) ³¹. Dados disponibilizados por cortesia do INSA.

Quadro VII. Segunda onda (taxas de ataque de 20%, 25% e 30%).
Distribuição, por grupo etário, do número de casos, de consultas, de hospitalizações e de óbitos associados à gripe, segundo o nível de impacte provável, sem intervenção, em Portugal

Taxa de Ataque 20%	Grupo etário (anos)	Casos (n)	Consultas (n)	Hospitalizações (n)	Óbitos (n)
	00 - 14	331 320	463 849	1 401	83
	15 - 64	1 401 204	1 961 686	34 656	7 783
	≥ 65	338 699	474 178	20 799	8 160
	TOTAL	2 071 223	2 899 713	56 856	16 025

Taxa de Ataque 25%	Grupo etário (anos)	Casos (n)	Consultas (n)	Hospitalizações (n)	Óbitos (n)
	00 - 14	414 151	538 396	1 751	103
	15 - 64	1 751 506	2 276 957	43 321	9 728
	≥ 65	423 373	550 385	25 998	10 200
	TOTAL	2 589 029	3 365 738	71 070	20 032

Taxa de Ataque 30%	Grupo etário (anos)	Casos (n)	Consultas (n)	Hospitalizações (n)	Óbitos (n)
	00 - 14	496 981	612 943	2 102	124
	15 - 64	2 101 807	2 592 228	51 985	11 674
	≥ 65	508 048	626 592	31 198	12 240
	TOTAL	3 106 835	3 831 763	85 284	24 038

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde (ONSA) ³¹. Dados disponibilizados por cortesia do INSA.

No Quadro VIII, apresentam-se os números de casos, de consultas, de hospitalizações e de óbitos, considerando-se taxas de ataque globais de 30% (10%+20%), 35% (10%+25%) e 40% (10%+30%).

Quadro VIII. Distribuição do número de casos, de consultas, de hospitalizações e de óbitos associados à gripe (taxas de ataque totais - 30%, 35% e 40%), segundo o nível de impacto provável, sem intervenção, em Portugal

Taxas de Ataque Totais	Casos (n)	Consultas (n)	Hospitalizações (n)	Óbitos (n)
30%	3 106 835	4 867 375	85 284	24 038
35%	3 624 641	5 333 400	99 498	28 044
40%	4 142 447	5 799 426	113 712	32 051

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde (ONSA)³¹. Dados disponibilizados por cortesia do INSA.

Como o Observatório Nacional de Saúde reforça, estes cenários não são previsões nem estimativas, devendo ser interpretados de uma forma muito cuidadosa. Por outro lado, espera-se que a adopção das medidas de prevenção e controlo preconizadas no Plano de Contingência Nacional e consubstanciadas nos Planos Específicos, ao nível operacional, influenciem, decisivamente, o impacto de uma pandemia de gripe na saúde da população portuguesa.

AGRADECIMENTOS

Doutora Amélia Leitão
Dr António Fonseca, INFARMED
Dr Baltazar Nunes, ONSA/INSA
Dra Carla Cardoso, DGS
Prof. Doutor Carlos Costa, ENSP
Prof. Doutora Helena Rebelo de Andrade, CNG/INSA
Dra Isabel Marinho Falcão, ONSA/INSA
Dr José Gíria, DGS
Dra Judite Catarino, DGS
Dr Mário Carreira, DGS
Dra Sílvia Lopes, ENSP



LIDERANÇA, ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO

LIDERANÇA, ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO

CADEIA DE COMANDO E CONTROLO E ESTRUTURAS PARA A ELABORAÇÃO, A EXECUÇÃO E A AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA

Ana Cristina Garcia ¹

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento e a operacionalização de um Plano de Contingência obrigam à definição clara de uma estrutura de liderança e coordenação, bem como à identificação das entidades com responsabilidades no planeamento, na execução e na avaliação das intervenções preconizadas.

Em Portugal, a liderança e a coordenação das acções necessárias à preparação e resposta perante uma pandemia de gripe integram-se numa Cadeia de Comando e Controlo.

Neste capítulo, define-se a Cadeia de Comando e Controlo e identificam-se as Estruturas responsáveis pela elaboração, execução e avaliação do Plano de Contingência Nacional e dos demais planos de contingência, aos outros níveis de intervenção: regional, local e institucional.

Definem-se, também, os papéis e as responsabilidades de cada uma das estruturas referidas.

ENQUADRAMENTO

O terceiro “Plano de Contingência Nacional para a Pandemia de Gripe – Sector da Saúde”, nos seus aspectos estratégicos, foi homologado em 20 de Janeiro de 2006 pelo Ministro da Saúde, prevendo o desenvolvimento de quatro grandes eixos de acção: Informação em Saúde; Prevenção, Contenção e Controlo; Comunicação e Avaliação.

Na mesma data, foi também aprovada, pelo Ministro da Saúde, a “Estrutura de apoio ao projecto para a implementação do Plano de Contingência Nacional”, na dependência do Director-Geral da Saúde, com responsabilidades na sua elaboração e aplicação.

No momento actual, e atendendo ao nível de desenvolvimento do processo de planeamento, é necessário clarificar e redefinir as Estruturas responsáveis pela elaboração, execução e avaliação do Plano de Contingência Nacional e indicar as suas homólogas aos níveis regional, local e institucional.

Assim, fica revogado o documento que criou a “Estrutura de apoio ao projecto para a implementação do Plano de Contingência Nacional”.

¹ Assistente Graduada de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde.

CADEIA DE COMANDO E CONTROLO

No que respeita ao sector da saúde, no Continente, a Cadeia de Comando e Controlo responsável pela liderança e coordenação em situação de pandemia de gripe, ou no que diz respeito à preparação do País perante a sua ameaça, encontra-se definida no Quadro I.

Quadro I. Cadeia de comando e controlo do sector da saúde

Nível	Linha Institucional	Linha da Autoridade de Saúde
Nacional	Ministério da Saúde (Ministro da Saúde) Direcção-Geral da Saúde (Director-Geral da Saúde)	Autoridade de Saúde Nacional
Regional	Administrações Regionais de Saúde (Presidente do Conselho de Administração)	Autoridade de Saúde Regional
Local e da Instituição	Centros de saúde, hospitais (Dirigente máximo das instituições)	Autoridade de Saúde Local

A Cadeia de Comando e Controlo tem autoridade para tomar decisões-chave e actuar em conformidade, aos vários níveis de intervenção.

Nas Regiões Autónomas será adoptado o modelo que os respectivos governos julgarem mais pertinente.

ESTRUTURAS PARA A ELABORAÇÃO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA

Encontram-se definidos dois tipos de estruturas com responsabilidades nos processos de elaboração, execução e avaliação dos planos de contingência nos respectivos níveis de intervenção (nacional, regional, local e institucional).

Um dos tipos de estrutura tem funções essencialmente estratégicas no âmbito do planeamento, da avaliação de risco e da tomada de decisão – os Comitês para a Gripe – e o outro tem funções essencialmente operacionais – os Grupos Operativos para a Gripe. A articulação próxima entre ambos é fundamental, assim como a comunicação e a articulação vertical entre cada estrutura e as suas homólogas dos outros níveis de intervenção.

São, também, criados grupos de peritos com funções de assessoria, designadamente, o Grupo de Especialistas responsáveis pela elaboração dos planos específicos e o Conselho Consultivo Nacional para a Gripe.

Podem constituir-se, ainda, outras estruturas com funções específicas para cada nível de intervenção.

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) é a instituição responsável por toda a gestão do Plano de Contingência Nacional e pela coordenação dos planos de contingência regionais.

1. Estruturas para a elaboração dos planos de contingência

1.1. Nível nacional

As estruturas responsáveis pela elaboração do Plano de Contingência Nacional são:

- a) O Comité Nacional para a Gripe;
- b) O Grupo Operativo Nacional para a Gripe;
- c) O Grupo de Especialistas responsáveis pela elaboração dos planos específicos;
- d) O Conselho Consultivo Nacional para a Gripe.

Comité Nacional para a Gripe

No âmbito da elaboração do Plano de Contingência Nacional, o Comité Nacional para a Gripe, adiante designado por Comité Nacional, é responsável pela definição das respectivas orientações estratégicas.

O Comité Nacional tem também a função de acompanhamento e de coordenação, a nível estratégico, da elaboração dos cinco planos de contingência regionais.

Compete, ainda, ao Comité Nacional acompanhar, a nível estratégico, outros ministérios, entidades do sector público e privado e a sociedade civil na concepção dos respectivos planos de contingência.

Nas suas funções, o Comité Nacional é acompanhado pelo Grupo Operativo Nacional para a Gripe e pelo Grupo de Especialistas responsáveis pela elaboração dos planos específicos, em conformidade com os respectivos níveis de competência, podendo ainda recorrer ao Conselho Consultivo Nacional para a Gripe.

O Comité Nacional é presidido pelo Director-Geral da Saúde e Autoridade de Saúde Nacional e constituído pelos seguintes membros:

- a) Subdirector-Geral da Saúde com competências no âmbito da gripe;
- b) Presidentes das Administrações Regionais de Saúde (ARS);
- c) Presidente do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF);
- d) Presidente do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM);
- e) Presidente do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED);
- f) Presidente do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA);
- g) Presidente do Instituto Português do Sangue (IPS);
- h) Alto Comissário da Saúde;
- i) Um representante de cada Região Autónoma;
- j) Director de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde da Direcção-Geral da Saúde (DGS);
- l) Director de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde da DGS;
- m) Director de Serviços de Informação e Análise da DGS;
- n) Coordenador do Grupo Operativo Nacional para a Gripe.

Grupo Operativo Nacional para a Gripe

O Grupo Operativo Nacional para a Gripe, adiante designado por Grupo Operativo Nacional, é responsável pela concepção, elaboração e permanente revisão e actualização do Plano de Contingência Nacional em todas as suas vertentes, tendo em atenção as orientações do Comité Nacional.

O Grupo Operativo Nacional é responsável por promover a elaboração das Orientações Técnicas que permitem a aplicação dos Planos de Contingência Nacional, Regionais, Locais e das Instituições. Tem, também, a função de acompanhar, ao seu nível de competência, a elaboração dos planos de contingência regionais, competindo-lhe, ainda, o acompanhamento de outros ministérios, entidades do sector público e privado e a sociedade civil na elaboração dos respectivos planos de contingência, dentro da sua esfera de competência.

O Grupo Operativo Nacional é gerido por um Coordenador e constituído por técnicos de reconhecido mérito, especialmente nomeados para o efeito pelo Director-Geral da Saúde. A sua constituição é flexível, ajustando-se às necessidades inerentes a cada etapa do processo de planeamento. Assim, concluída a elaboração do Plano de Contingência Nacional, parte dos técnicos regressam às suas funções habituais, podendo, em qualquer altura, ser reintegrados no Grupo.

O Coordenador do Grupo Operativo Nacional e um pequeno núcleo técnico manter-se-ão permanentemente em funções, a fim de assegurar a constante revisão e actualização do Plano de Contingência Nacional e das respectivas Orientações Técnicas e acompanhar a elaboração dos planos de outras entidades e instituições.

Grupo de Especialistas responsáveis pela elaboração dos planos específicos

Aquando da aprovação do “Plano de Contingência Nacional para uma Pandemia de Gripe – Sector da Saúde” e da “Estrutura de apoio ao projecto para a implementação do Plano”, foram nomeados, pelo Ministro da Saúde, especialistas com a responsabilidade de elaborar os planos específicos em cada uma das grandes áreas que completam os quatro eixos do Plano de Contingência Nacional, excepto no que diz respeito à Comunicação e à Avaliação. No seu conjunto, os especialistas indicados constituem o Grupo de Especialistas responsáveis pela elaboração dos planos específicos.

Na sua área de competência, cada um dos Especialistas responsáveis pode agregar outros peritos, constituindo uma equipa de projecto. Esta equipa remete directamente para o Coordenador do Grupo Operativo Nacional.

Conselho Consultivo Nacional para a Gripe

O Conselho Consultivo Nacional para a Gripe é constituído por especialistas em áreas científicas relacionadas com o Plano de Contingência, nomeados *ad-hoc*, com o objectivo de prestar assessoria técnico-científica aos outros grupos nacionais.

1.2. Níveis regional, local e institucional

Em cada nível, desde o regional até ao local e institucional, são constituídos um Comité e um Grupo Operativo para a Gripe, podendo ainda ser criados outros órgãos com funções consultivas.

Assim, para cada uma das cinco regiões de saúde do País, é constituído um Comité Regional para a Gripe, adiante designado por Comité Regional, e um Grupo Operativo Regional para a Gripe, designado por Grupo Operativo Regional. Ao nível local e ao nível institucional, os respectivos comités e grupos operativos devem adoptar designação semelhante à dos níveis nacional e regional, adaptada à respectiva área de influência.

No âmbito da elaboração dos planos de contingência, as estruturas atrás indicadas exercem funções semelhantes às das suas congéneres do nível nacional, aplicadas à respectiva área de influência.

Cada comité é sempre presidido pelo responsável máximo da Linha Institucional da Cadeia de Comando e Controlo, em cada nível (Presidente do Conselho de Administração das Administrações Regionais de Saúde - ARS -, a nível regional, e dirigentes máximos dos Centros de Saúde (CS) e Hospitais, a nível local e institucional).

O Presidente do respectivo comité, aos níveis regional, local e institucional, designará os restantes membros, integrando, obrigatoriamente, a Autoridade de Saúde da respectiva área de influência.

O Presidente de cada comité também nomeia o Grupo Operativo do seu nível de intervenção.

Na Figura 1, estão sistematizadas as Estruturas para a elaboração dos planos de contingência, aos vários níveis.



Figura 1. Estruturas para a elaboração dos planos de contingência (sector da saúde)

Nas Regiões Autónomas, será adoptado o modelo que os respectivos governantes julgarem mais adequado.

2. Estruturas para a execução dos planos de contingência

A execução dos planos de contingência apresenta quatro vertentes fundamentais:

- a) Execução das medidas preparatórias, ou seja, das medidas destinadas a dotar o País de infra-estruturas, recursos e procedimentos necessários face à contingência de ocorrência, no País, de qualquer uma das fases dos períodos de alerta pandémico (fases 3, 4 ou 5) ou pandémico (fase 6);
- b) Avaliação de Risco;
- c) Gestão do Risco, que, por sua vez, pode ser subdividida em duas vertentes:
 - i. Tomada de decisão;
 - ii. Execução das medidas reactivas ou de resposta, perante a emergência, no País, das fases 3, 4, 5 ou 6. Durante o período pandémico (fase 6), as medidas reactivas terão por finalidade minimizar o efeito da pandemia na saúde e no funcionamento da sociedade.

Assim, a execução dos planos de contingência pressupõe que, a todos os níveis de intervenção, existam organismos/estruturas responsáveis pela execução das medidas preparatórias, pela avaliação de risco e pela gestão do risco, quer na vertente da tomada de decisão, quer no contexto da execução das medidas de resposta.

2.1. Estruturas para a execução das medidas preparatórias

A execução das medidas preparatórias é da responsabilidade dos Comitês Nacional, Regionais, Locais e das Instituições, para o seu nível de intervenção, bem como dos respectivos Grupos Operativos e dos serviços dos organismos centrais do Ministério da Saúde, das ARS e de outras instituições e serviços de saúde (nomeadamente, centros de saúde e hospitais).

Os comités para a gripe coordenam a execução das medidas preparatórias, ao seu nível de intervenção.

Com a finalidade de facilitar a organização das instituições e serviços de saúde aos vários níveis, desde o nacional até ao local ou da instituição, estão indicadas, nos vários planos específicos, as instituições, entidades ou serviços responsáveis pela execução de cada medida preparatória preconizada. Os planos de contingência regionais, locais e das instituições devem especificar os serviços ou profissionais envolvidos, tendo em conta o definido no Plano de Contingência Nacional.

2.2. Estruturas para a avaliação de risco

2.2.1. Nível nacional

O responsável máximo pela avaliação de risco, ao nível nacional, é o Director-Geral da Saúde e Autoridade de Saúde Nacional, que preside ao Comité Nacional para a Gripe. Na sequência dessa avaliação, o Director-Geral da Saúde coordenará a organização da resposta (gestão do risco) ao nível nacional. A avaliação de risco a este nível obriga à estreita articulação entre o Director-Geral da Saúde e os outros intervenientes da Cadeia de Comando e Controlo (Linha Institucional e Linha da Autoridade de Saúde).

As medidas que sustentam a avaliação de risco são executadas pelas estruturas seguintes:

- a) O Comité Nacional para a Gripe;
- b) O Grupo Operativo Nacional para a Gripe;
- c) O Grupo Gestor do Sistema Integrado de Informação da Gripe (Plano Específico de Informação em Saúde);
- d) O Grupo de Especialistas responsáveis pela elaboração dos planos específicos;
- e) O Conselho Consultivo Nacional para a Gripe.

A informação estatística e epidemiológica que serve de base à avaliação de risco e à tomada de decisão provém do Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG) e é da responsabilidade do Grupo Gestor do SIIG.

O Grupo Gestor do SIIG é constituído por técnicos designados especialmente para o efeito, em função de necessidades ditadas pelo nível de risco ou por novos desenvolvimentos tecnológicos. Este grupo é liderado pelo Coordenador do Grupo Operativo Nacional.

Na sua área de especialidade, o Grupo de Especialistas responsáveis pela elaboração dos planos específicos e os peritos do Conselho Consultivo Nacional poderão prestar assessoria técnica ao Grupo Operativo Nacional, ao Grupo Gestor do SIIG e/ou ao Director-Geral da Saúde/Comité Nacional para a Gripe no processo de avaliação de risco.

2.2.2. Níveis regional, local e institucional

Os responsáveis máximos pela avaliação de risco ao nível regional são o Presidente do Conselho de Administração da ARS (por inerência, Presidente do Comité Regional para a Gripe) e a Autoridade de Saúde Regional. Na sequência desta avaliação, o Presidente da ARS coordena a organização da resposta (gestão do risco), aos níveis regional, local e da instituição, em colaboração com os Presidentes dos Comités Locais e/ou dos Comités das Instituições.

Os responsáveis máximos pela avaliação de risco, aos níveis local e da instituição, são os dirigentes máximos dos centros de saúde e dos hospitais e, por inerência, Presidentes dos respectivos comités para a gripe, e a Autoridade de Saúde Local, para a respectiva área de influência.

A articulação entre os Presidentes dos Comités e as Autoridades de Saúde salvaguarda a imprescindível cooperação entre as duas linhas da Cadeia de Comando e Controlo nos momentos mais críticos da luta contra a ameaça que uma pandemia de gripe representa.

Para cada nível de intervenção, o Comité para a Gripe será apoiado pelo Serviço de Saúde Pública e pelo Grupo Operativo e outros órgãos com funções consultivas da respectiva área de influência.

A Informação estatística e epidemiológica que servirá de base à avaliação de risco deriva do SIIG e é da responsabilidade dos serviços de saúde pública, dos vários níveis, que têm competência na área da epidemiologia e do planeamento em saúde e que se

articulam, neste contexto, com o Grupo Gestor do SIIG.

Na Figura 2, estão sistematizadas as estruturas para a avaliação de risco.

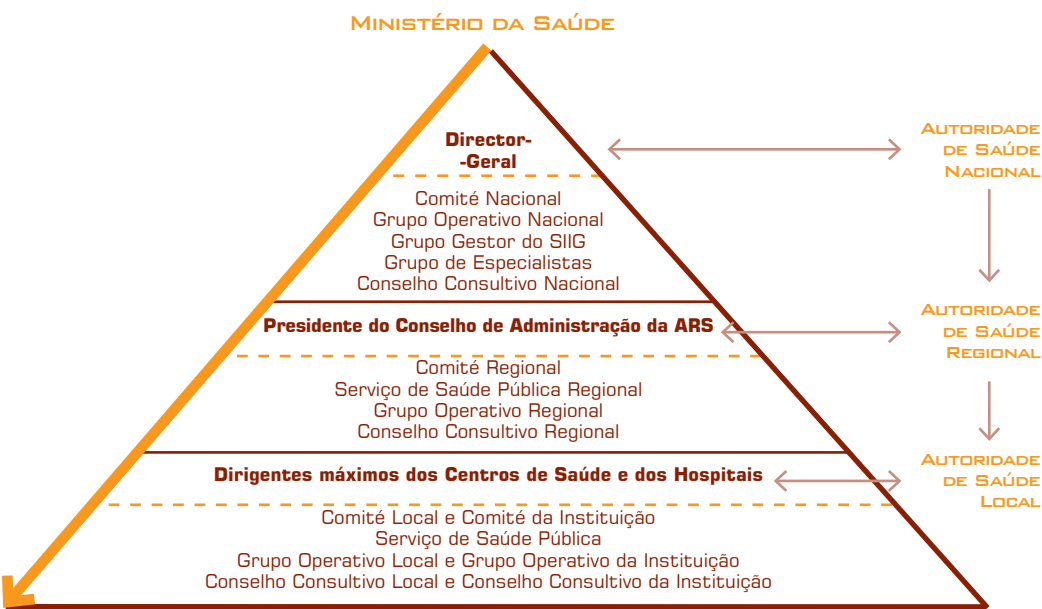


Figura 2. Estruturas para a execução dos planos de contingência – avaliação de risco (sector da saúde)

Nas Regiões Autónomas, será adoptado o modelo que os respectivos governantes julgarem mais pertinente.

2.3. Estruturas para a gestão do risco

No processo da gestão do risco devem ser consideradas duas vertentes: a tomada de decisão e a execução das medidas de resposta ou reactivas.

2.3.1. Nível nacional

Ao nível nacional, as decisões a tomar em função do risco estimado são da responsabilidade do Director-Geral da Saúde e da Autoridade de Saúde Nacional, que organiza a resposta. Na tomada de decisão, o Director-Geral da Saúde poderá contar com a colaboração do Comité Nacional, a que preside, do Grupo Operativo Nacional, do Grupo de Especialistas responsáveis pela elaboração dos Planos Específicos e do Conselho Consultivo Nacional.

O Grupo Operativo Nacional é o responsável, a nível nacional, pela execução das medidas de resposta, sob coordenação do Comité Nacional, podendo ser acompanhado pelas Direcções de Serviços da Direcção-Geral da Saúde e por outros serviços e especialistas externos à DGS, especificamente nomeados para o efeito, se necessário.

2.3.2. Níveis regional, local e institucional

Ao nível regional, as decisões a tomar em função do risco estimado são da responsabilidade conjunta do Presidente do Conselho de Administração da ARS e da Autoridade de Saúde Regional, os quais coordenam a organização da resposta aos níveis regional, local e institucional, em colaboração com os dirigentes máximos dos centros de saúde e dos hospitais e, por inerência, presidentes dos comités locais e/ou das instituições da respectiva área de influência.

Na tomada de decisão, poderão colaborar também os respectivos Comitês, Grupos Operativos e Conselhos Consultivos.

Os responsáveis máximos pela tomada de decisão aos níveis local e da instituição são os seus dirigentes e, por inerência, presidentes dos respectivos comités, e a Autoridade de Saúde Local, para a respectiva área de influência.

Os Grupos Operativos, os serviços das ARS e os centros de saúde e hospitais são os responsáveis pela execução das medidas de resposta, sob coordenação do respectivo Comité para a Gripe.

Na Figura 3 estão sistematizadas as estruturas para a gestão do risco aos diferentes níveis.

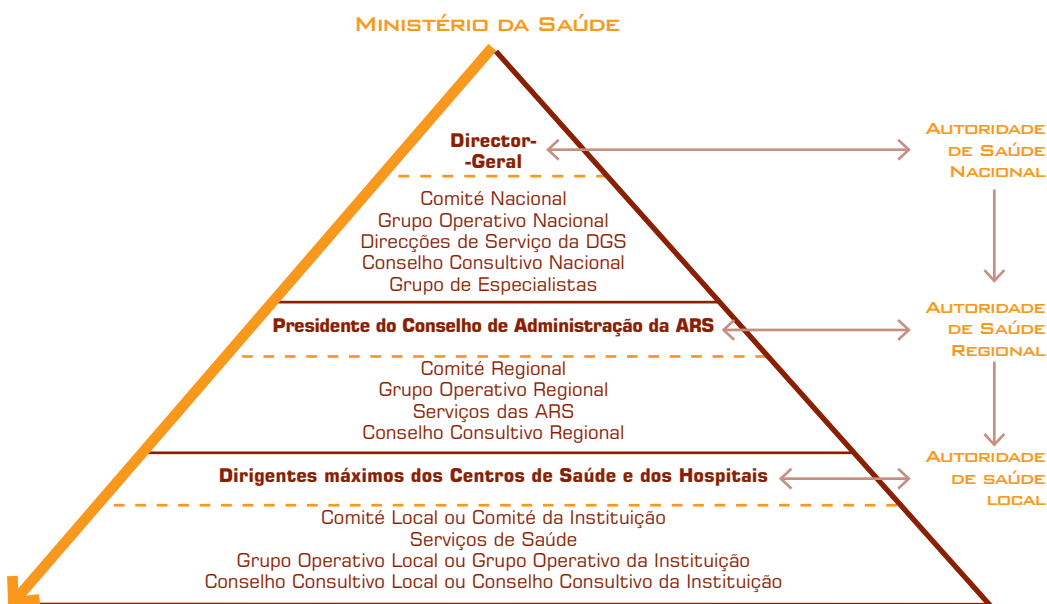


Figura 3. Estruturas para a execução dos plano de contingência – gestão do risco (sector da saúde)

Nas Regiões Autónomas será adoptado o modelo que os respectivos governantes julgarem mais pertinente.

3. Estruturas para a avaliação dos planos de contingência

3.1. Nível nacional

O Comité Nacional para a Gripe é o responsável pela Avaliação Interna do Plano de Contingência Nacional, acompanhado pelo Grupo Operativo Nacional.

O *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) é a entidade responsável pela Avaliação Externa do Plano de Contingência Nacional.

3.2. Níveis regional, local e institucional

Os Comités Regionais, Locais e da Instituição para a Gripe são os responsáveis pela Avaliação Interna dos Planos de Contingência ao seu nível de intervenção, podendo fazer-se acompanhar pelos respectivos Grupos Operativos.

O Comité Nacional para a Gripe é o responsável pela Avaliação Externa dos Planos de Contingência Regionais, acompanhado pelo Grupo Operativo Nacional.

Os Comités Regionais para a Gripe são os responsáveis pela Avaliação Externa dos Planos de Contingência Locais e das Instituições, na respectiva área de influência, podendo fazer-se acompanhar pelos respectivos Grupos Operativos.

NOTAS FINAIS

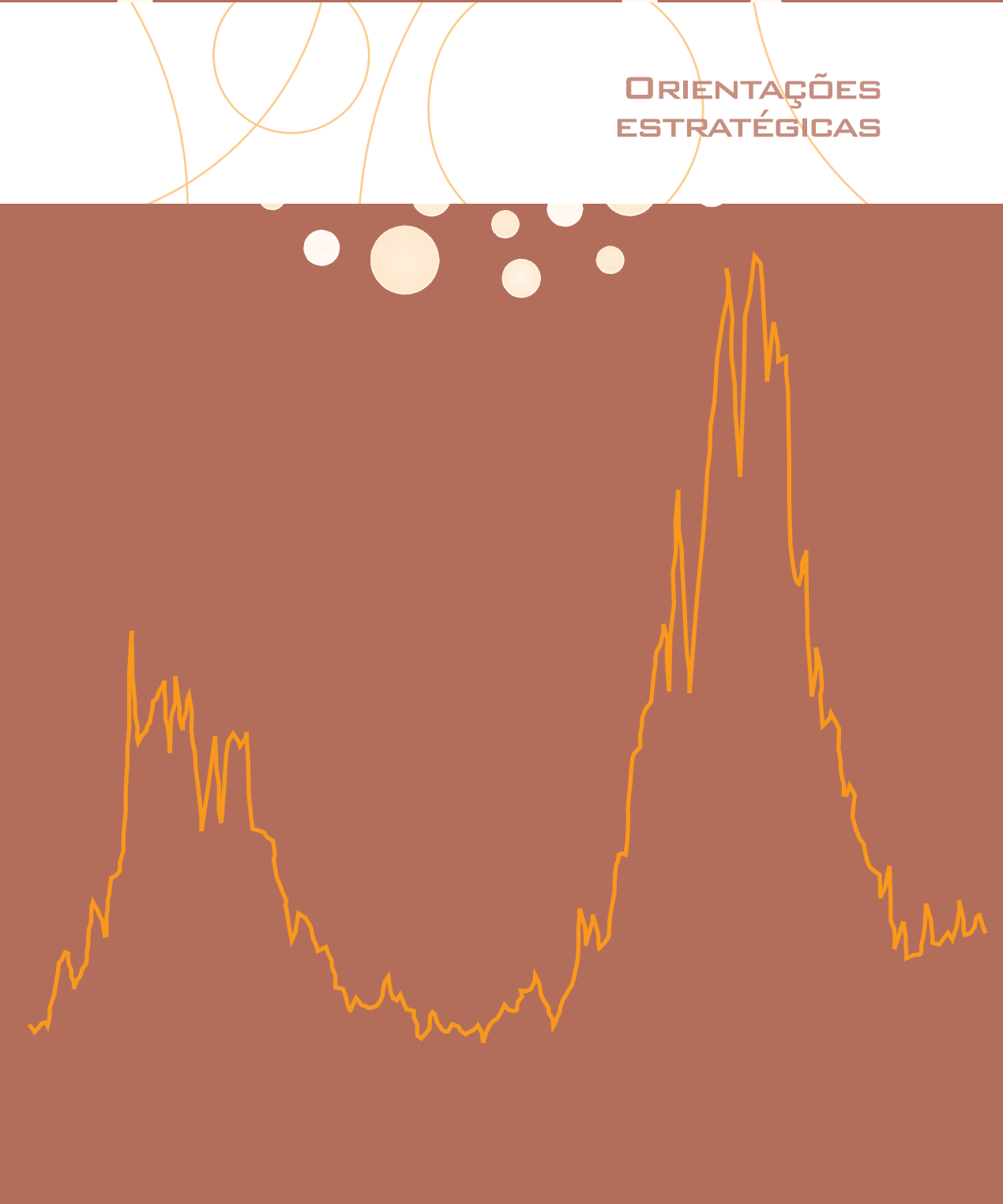
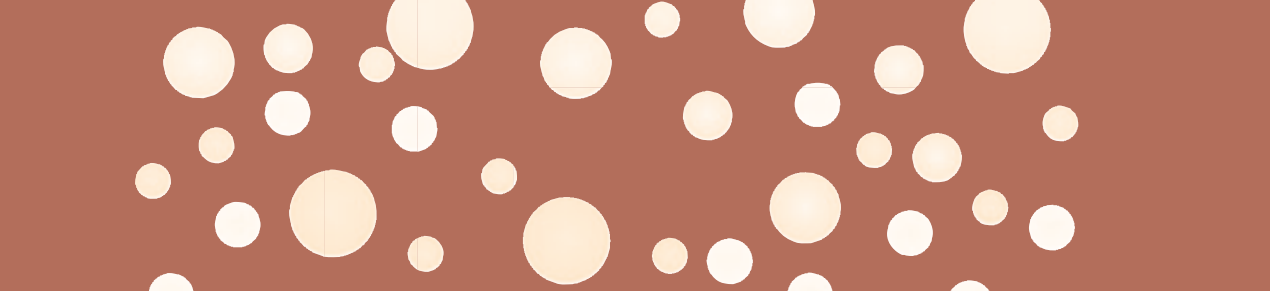
Uma liderança, organização e coordenação fortes e a definição de orientações claras serão o factor crítico na preparação e resposta a uma pandemia de gripe.

A previsível grande magnitude de uma pandemia justifica a criação de estruturas especiais e flexíveis, que assegurem uma adequada gestão da situação.

Quando ocorrer a pandemia, as estruturas de avaliação e de gestão do risco poderão vir a constituir um “Gabinete de Crise” capaz de assegurar a resposta numa situação extraordinária. Em função da gravidade da situação, e em situações de excepção, pode ainda ser necessário activar outro tipo de estruturas, nomeadamente interministeriais.

AGRADECIMENTOS

Dra Carla Lacerda Rascoa, DGS
Dra Maria da Graça Freitas, DGS



ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS

ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS

Em Janeiro de 2006, o Ministro da Saúde aprovou o terceiro plano de contingência nacional para uma pandemia de gripe, designado “Plano de Contingência Nacional para a Pandemia de Gripe – Sector da Saúde” ¹.

Trata-se de um documento que contém as grandes linhas orientadoras que permitiram a elaboração dos Planos Específicos, com a finalidade de preparar o sector da saúde para uma eventual pandemia de gripe, através do planeamento e organização de medidas preparatórias e de medidas de resposta. Caracteriza-se por:

- a) Ser um documento de referência, cujo enquadramento conceptual permite o planeamento de medidas para fazer face a uma pandemia, de acordo com as opções estratégicas nele definidas;
- b) Ter carácter estratégico e genérico, o que lhe confere actualidade durante um período de tempo longo;
- c) Ser flexível, possibilitando a adaptação a outras crises de Saúde Pública.

Seguindo as suas orientações, desenvolveram-se as diferentes áreas funcionais previstas e as respectivas vertentes, o que deu origem ao presente Plano de Contingência Nacional, que integra o documento estratégico original e os módulos específicos nele previstos.

Uma vez que, no essencial, este documento estratégico continua actualizado e é a referência do Plano de Contingência Nacional, optou-se por reeditá-lo integralmente no presente capítulo, na sua versão original.

¹ Disponível no *site* da DGS desde 04/03/2006: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007770.pdf>

Plano de contingência nacional para a pandemia de gripe - sector da saúde

(actualização de Janeiro de 2006)

O presente documento constitui uma actualização do “Plano de contingência para a gripe”, homologado em 21/02/2005 pelo Ministro da Saúde, no quadro da preparação para a eventual ocorrência de uma pandemia de gripe.

O Plano de Contingência Nacional para a Pandemia de Gripe – Sector da Saúde (doravante designado por Plano) apresenta as orientações estratégicas que permitem preparar a resposta nacional dos serviços de Saúde, perante a perspectiva de ocorrência de uma pandemia de gripe, tendo em conta as actuais recomendações da Organização Mundial da Saúde e da Comissão Europeia, bem como do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC).

É um documento organizado com base na “*WHO Checklist for Influenza Pandemic Preparedness Planning 2004*”¹ e no “*WHO Global Influenza Preparedness Plan: the role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics*”².

As orientações estratégicas seleccionadas têm por finalidade minimizar o impacto de uma pandemia de gripe na saúde da população portuguesa.

Os principais objectivos estratégicos das acções a desenvolver, neste âmbito, são:

1. Conter casos esporádicos de infecção em seres humanos pelo vírus *influenza* de origem aviária;
2. Retardar a entrada e a propagação do vírus pandémico em Portugal;
3. Reduzir, ao máximo, a incidência e a gravidade da gripe pandémica e a mortalidade associada à pandemia;
4. Minimizar a disrupção social e económica.

O alcance dos objectivos preconizados será condicionado pela implementação de um conjunto de medidas concertadas, que permitam:

1. Reforçar os sistemas de informação em saúde de forma a permitir a detecção precoce dos primeiros casos e surtos, tal como a monitorização da evolução da pandemia e do seu impacto. A monitorização deverá possibilitar a permanente avaliação do risco, processo indispensável à gestão da resposta a dar em cada momento;
2. Assegurar a disponibilidade de recursos de saúde adequados a cada fase de intervenção, seja pela implementação de medidas de saúde pública, de medidas específicas da resposta dos serviços prestadores de cuidados de saúde ou de medidas que regulem a disponibilização de vacinas e medicamentos antivirais

¹ WHO checklist for *influenza* pandemic preparedness planning. 2005 http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/en/CDS_CSR_GIP_2005_4.pdf

² WHO global *influenza* preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. <http://www.who.int/csr/disease/influenza/inforesources/en/> (Doc. WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5)

a grupos prioritários e grupos de risco, ou a sua disponibilização universal, se exequível;

3. Garantir circuitos de comunicação entre os serviços de saúde, públicos, privados ou de solidariedade social, bem como de outros serviços integrados na sociedade, meios de comunicação social e a população em geral, para a rápida, transparente, consistente e efectiva divulgação de informação adequada às diferentes populações alvo, sobre a comunicação do risco e medidas a adoptar;
4. Garantir que o Plano de Contingência e as suas diferentes vertentes sejam submetidas a avaliação interna e externa, englobando o acompanhamento das actividades previstas para as diferentes fases de evolução da pandemia.

O Plano de Contingência Nacional para a Pandemia de Gripe apresenta as orientações estratégicas gerais dirigidas ao sector da Saúde Humana. Reconhece-se, contudo, que o combate a uma pandemia de gripe excederá amplamente os recursos do Ministério da Saúde, implicando o envolvimento de outros Ministérios, Departamentos do Estado e entidades dos sectores público, social ou privado, bem como da sociedade civil e população em geral.

Todos os sectores e respectivos Ministérios que, perante a ocorrência de uma pandemia de gripe, possam ser afectados, devem formular os seus próprios Planos de Contingência.

A resposta do Sector da Saúde à ameaça da pandemia encontra-se organizada em quatro áreas funcionais e respectivas vertentes:

1. Informação em Saúde para avaliação do risco (incluindo a vigilância epidemiológica);
2. Prevenção, Contenção e Controlo
 - A. Medidas de Saúde Pública
 - B. Prestação de cuidados de saúde
 - i. Ambulatório
 - ii. Internamento
 - iii. Vacinas e medicamentos;
3. Comunicação;
4. Avaliação.

Para cada uma destas áreas será elaborado um plano de acção específico, ao nível operacional.

A coordenação e operacionalização do Plano serão asseguradas por uma estrutura a criar para o efeito, dependente do Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde.

O presente documento orientador deve ser visto como um documento genérico, essencialmente estratégico, cujas áreas funcionais serão descritas em planos específicos.

Ao longo da evolução dos diferentes períodos e fases, poderão ser necessários ajustamentos rápidos e revisões desses planos, em função da situação epidemiológica e dos desenvolvimentos sociais e tecnológicos.

De realçar, ainda, o papel importante da realização de exercícios de simulação com a finalidade de aumentar o conhecimento necessário ao delineamento das intervenções

perante a ameaça ou ocorrência de uma pandemia de gripe.

A prevenção de uma pandemia de gripe começa muito antes da ocorrência do primeiro caso de infecção humana, sendo, pois, de realçar o papel preponderante dos responsáveis pela Saúde Veterinária, desde o início das actividades preventivas.

Este documento está organizado em três partes:

- I. A gripe como doença pandémica;
- II. Orientações da OMS e estratégias nacionais;
- III. Respostas do Sector da Saúde.

I. A GRIPE COMO DOENÇA PANDÉMICA

A gripe é uma doença infecciosa que faz parte da experiência humana desde há muitos séculos, tendo sido, provavelmente, descrita pela primeira vez, por Hipócrates em 412 AC. É uma doença comum e frequentemente benigna. Como tal, e apesar da sua magnitude, não é, muitas vezes, valorizada pelos profissionais de saúde nem pela população.

A natureza viral da gripe foi demonstrada por investigadores ingleses em 1933. A infecção é causada pelo vírus *influenza*, membro da família *Orthomyxoviridae*, com 4 géneros ou tipos antigénicos: *influenza A*, *influenza B*, *influenza C* e togothavirus (ou género D).

A forma mais comum de ocorrência da doença é a gripe sazonal que, no hemisfério Norte, se manifesta anualmente entre o fim do Outono e o início da Primavera, em epidemias de duração, intensidade e agressividade variáveis, estimando-se que, em cada ano, cerca de 10% da população seja afectada (5 a 25%).

Em cada surto anual a incidência da gripe é elevada na população em geral, sendo significativa a mortalidade que provoca, sobretudo, em pessoas mais susceptíveis (idosos, doentes crónicos ou com depressão do sistema imunitário) devido a complicações da doença. O elevado absentismo laboral e escolar que origina reforça o seu impacto na sociedade em termos socioeconómicos.

A população infantil é determinante na propagação do vírus e na instalação das epidemias, tanto entre os membros da respectiva coorte, como nos adultos e idosos. Nos surtos anuais de gripe, o absentismo escolar precede, habitualmente, o absentismo laboral.

O vírus *influenza A* é o único que está classificado em subtipos, caracterizados de acordo com as glicoproteínas de superfície, a hemaglutinina (HA) e a neuraminidase (NA), responsáveis pelo perfil antigénico do vírus. São conhecidas 16 formas distintas da proteína HA (H1 a H16) e 9 da proteína NA (N1 a N9). Um dos aspectos mais marcantes da evolução dos vírus da gripe é a ocorrência de mutações e recombinações que dão origem a variações antigénicas.

Estas mutações podem ser:

- Variações Minor ou “*drift*” antigénico que são mutações comuns aos vírus *influenza A* e B. São variações pontuais, que ocorrem frequentemente, por um mecanismo de acumulação de mutações nos genes que codificam a hemaglutinina e/ou a neuraminidase;

- Variações Major ou “*shift*” antigénico que são próprias do vírus *influenza A*. São alterações mais profundas e inesperadas do genoma viral, ocorrendo com intervalo de décadas e que resultam de recombinações entre vírus aviários e vírus de mamíferos, ou de adaptação directa no Homem através de um mecanismo de mutação adaptativa.

As variações antigénicas Major do vírus *influenza A* estão habitualmente associadas às pandemias de gripe no ser humano.

Desde a primeira descrição, devidamente documentada, de uma pandemia de gripe, em 1580, têm ocorrido pandemias periodicamente, com uma média de 3 por século e com intervalos de 10 a 60 anos.

A pandemia de 1918, a “gripe espanhola” ou “pneumónica”, causada pelo subtipo H1N1, é considerada a mais grave das pandemias. Iniciou-se em plena 1ª Guerra Mundial e estima-se que terá causado entre 20 a 40 milhões de mortes em todo o mundo. A taxa de mortalidade específica por idade foi mais elevada na população entre os 20 e os 45 anos. A morte foi, essencialmente, provocada por pneumonia viral ou bacteriana, sendo o *Streptococcus pneumoniae* o principal agente implicado.

Outras pandemias, como a de 1957, conhecida por “gripe asiática” (causada pelo subtipo H2N2) e a de 1968, “gripe de Hong Kong” (devida ao subtipo H3N2), provocaram menor número de mortes (entre 1 a 4 milhões). As diferenças são atribuídas não só às características específicas dos vírus, mas, também, seguramente, à melhoria das condições de vida e da oferta de serviços e recursos de saúde, incluindo a utilização de antibióticos no tratamento das sobreinfecções bacterianas.

Nas pandemias, a propagação da gripe ocorre, habitualmente, por ondas (duas ou mais), cada uma com uma duração de várias semanas. O estudo histórico de pandemias anteriores revela que a segunda onda tem ocorrido entre três a nove meses após a onda inicial, afectando maior número de pessoas e causando maior número de mortes.

Em Maio de 1997, em Hong Kong, o aparecimento de gripe no Homem causada pelo subtipo H5N1, até então apenas identificado nas aves, levantou a hipótese de se estar perante um subtipo viral com capacidade potencial para desencadear uma pandemia.

Esta possibilidade revelou a importância do reforço da vigilância epidemiológica humana e veterinária dos vírus *influenza*, a nível mundial. A experiência tem demonstrado que a melhoria dos sistemas de vigilância internacional da gripe, sob coordenação da OMS, permite aumentar a capacidade de detecção precoce de novos subtipos com potencial pandémico, conduzindo a intervenções atempadas e adequadas. Foi o que aconteceu, por exemplo, em Hong Kong em 1997 e em 1999, com os vírus A(H5N1) e A(H9N2), respectivamente, e, na Holanda, em 2003, com o vírus A(H7N7).

No final de 2003, no Sudeste Asiático, o vírus *influenza A*(H5N1), na forma de elevada patogenicidade, reemergiu em aves domésticas. Desde então, tem causado extensas epizootias (epidemias em animais), tornou-se enzoótico nas aves em algumas regiões e tem sido responsável pela ocorrência em seres humanos de casos esporádicos e de *clusters* de infecções graves.

Os casos de doença no Homem ocorreram em regiões com epizootias declaradas, de grande e pequena escala e estão associados ao contacto próximo com aves infectadas com o subtipo A(H5N1). Embora a taxa de letalidade das pessoas infectadas com este subtipo seja elevada (>50%), a capacidade de transmissão da infecção ao Homem tem sido muito reduzida, mesmo nos casos directamente expostos como,

por exemplo, os tratadores, vendedores e comerciantes de aves.

Para além do contacto directo com aves infectadas e tendo em conta que excretam os vírus pelas fezes, outra potencial via de transmissão para as pessoas que lidam com aves pode estar relacionada com a permanência em locais onde recentemente tenham estado aves infectadas e que não tenham sido devidamente limpos e higienizados.

Não está confirmada a evidência de transmissão pessoa-a-pessoa, embora casos referidos na Tailândia em 2004 de um pequeno surto familiar entre mãe e filha de colo e, também, no Norte do Vietname, entre irmãos, tivessem sugerido a possibilidade de transmissão entre familiares muito próximos e conviventes no mesmo espaço, sugestão ainda não confirmada epidemiologicamente.

Existe, portanto, a possibilidade de se estar perante um subtipo de vírus *influenza*, novo para o Homem, com capacidade para infectar seres humanos e para poder desencadear uma pandemia.

Uma pandemia de gripe pode ocorrer perante a verificação concomitante de três condições: a circulação de um novo subtipo de vírus *influenza*; a possibilidade do novo vírus poder provocar infecção em seres humanos (originando doença grave); e a capacidade do novo subtipo de vírus se transmitir pessoa a pessoa. Relativamente ao vírus *influenza* A(H5N1), com excepção da última condição, já se verificaram todos os pré-requisitos para o início do processo de ignição de uma pandemia.

A eventualidade de ocorrência de uma pandemia de gripe é, pois, de valorizar de forma prioritária, no momento actual.

Perante essa possibilidade e independentemente do vírus que a venha a provocar, é essencial que, a nível do planeamento da saúde, sejam actualizadas as estratégias adequadas para responder à ameaça.

Neste contexto, é importante estimar os cenários de impacte de uma eventual pandemia de gripe em Portugal, considerando diferentes taxas de ataque e agressividade do vírus que vier a emergir.

Uma primeira versão de cenários de impacte desta natureza foi realizada pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA), do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), recorrendo a uma aplicação do Centers for Disease Control (CDC, Atlanta, EUA), na qual foi estimado o impacte de uma eventual pandemia em Portugal, considerando taxas de ataque de 25%, 30% e 35% (Quadro I).

Quadro I. Cenários sobre o impacte de uma eventual pandemia de gripe em Portugal

	Taxa de ataque		
	25%	30%	35%
Casos de doença	2,5 milhões	3,1 milhões	3,6 milhões
Consultas médicas	1,4 milhões	1,6 milhões	1,9 milhões
Internamentos hospitalares	33 mil	40 mil	47 mil
Óbitos	8 mil	9,6 mil	11 mil

Fonte: ONSA, 2005. Gripe: Cenários preliminares para uma eventual pandemia.

Estes cenários serão afinados de acordo com outras variáveis, como o efeito potencial dos medicamentos antivirais ou de vacinas. A concretizar-se a ocorrência de pandemia, será, então, possível ajustar os cenários de impacto segundo o perfil epidemiológico da estirpe pandémica que emergir.

No momento actual, deverão ser ainda considerados como condicionantes do impacto de uma pandemia de gripe na saúde das populações, os seguintes factores:

- a) Melhoria do conhecimento médico e aperfeiçoamento dos meios complementares de diagnóstico e terapêuticos disponíveis, comparativamente com momentos anteriores;
- b) Efeito do intenso tráfego internacional de pessoas e mercadorias na velocidade de propagação do vírus;
- c) Elevado número de pessoas incluídas em grupos de risco para a gripe, nomeadamente, idosos, doentes crónicos e doentes com imunodepressão.

II. ORIENTAÇÕES DA OMS E ESTRATÉGIAS NACIONAIS

O Plano da Organização Mundial da Saúde de preparação global para a gripe pandémica, publicado em 2005 ², redefiniu os “Períodos e as Fases da Actividade Gripal” anteriormente divulgadas. O novo Plano da OMS dá maior relevância à detecção precoce de casos de infecção provocada pela eventual estirpe pandémica e à intervenção adequada no sentido de conter ou retardar a propagação da infecção nos seres humanos, permitindo ganhar tempo para o desenvolvimento de medidas específicas de prevenção e controlo, tal como a disponibilização de uma vacina eficaz (Quadro II).

No período interpandémico não estão identificados novos subtipos do vírus da gripe em seres humanos. Um novo subtipo é um vírus que não circulou no Homem durante vários anos e para o qual a maior parte da população humana não tem defesas.

A distinção entre as fases 1 e 2 baseia-se no risco de infecção ou doença humana, resultante de estirpes que circulam em animais. Esta distinção é baseada em vários factores e na sua importância relativa, de acordo com os conhecimentos científicos actuais. Estes factores podem incluir a patogenicidade em animais e humanos; a ocorrência em animais domésticos e gado ou apenas em animais selvagens; a ocorrência em enzootia ou epizootia; a ocorrência em áreas geográficas localizadas ou dispersas e/ou outros parâmetros científicos. Basicamente, as fases 1 e 2 correspondem aos anos em que a actividade gripal se manifesta apenas sob a forma de doença sazonal.

No período de alerta pandémico a distinção entre as fases 3, 4 e 5 é baseada na avaliação do risco de ocorrência de uma pandemia. Podem ser considerados vários factores e a sua importância relativa, de acordo com os conhecimentos científicos actuais. Estes factores podem incluir a velocidade de transmissão, a localização e disseminação geográfica, a gravidade da doença, a presença de genes de estirpes humanas (se derivados de uma estirpe animal) e/ou outros parâmetros científicos.

Na fase 4 existem um ou mais pequenos *clusters*/surtos, ou seja, com poucos casos humanos (ex. <25 casos, com duração <2 semanas). Nas fases iniciais de um surto não será possível calcular R_0 (taxa/número básico de reprodução = média de novas infecções geradas por um caso), mas, com base em estudos de modelação, calcula-se que estes surtos terão um R_0 inferior ou igual a 0,5.

Quadro II. Fases da actividade gripal e objectivos de saúde pública segundo a OMS ² (adaptação)

Período	Fases	Objectivos fundamentais de saúde pública
Interpandémico	Fase 1 Não estão identificados novos subtipos do vírus da gripe em humanos. Um subtipo de vírus da gripe que já causou infecção em humanos pode estar em circulação entre animais, mas o risco de infecção ou doença humana é baixo.	Reforçar os planos de contingência para a gripe pandémica e a sua implementação, a nível global, regional, nacional e subnacional.
	Fase 2 Não estão identificados novos subtipos do vírus da gripe em humanos. No entanto, existe um subtipo do vírus da gripe em circulação em animais que apresenta um elevado risco de infecção humana.	Controlar as epizootias. Minimizar o risco de transmissão aos seres humanos através da rápida detecção e declaração de situações de potencial transmissão.
	Fase 3 Existe infecção humana com um novo subtipo do vírus, mas não foi detectada transmissão pessoa a pessoa ou, no máximo, houve situações raras de transmissão para contactos próximos.	Assegurar a rápida caracterização do novo subtipo do vírus. Minimizar a transmissão. Detectar atempadamente casos esporádicos. Declarar e responder a casos adicionais.
Alerta pandémico	Fase 4 Existem um ou mais pequenos <i>clusters</i> /surtos com transmissão pessoa a pessoa limitada. No entanto, a disseminação do vírus é completamente localizada, indicando que o vírus ainda não está bem adaptado ao hospedeiro humano.	Conter o novo vírus em focos limitados ou retardar a sua disseminação de forma a evitar, se possível, a pandemia e a ganhar tempo para a implementação de medidas de preparação/prevenção, incluindo o desenvolvimento de vacinas.
	Fase 5 Existem <i>clusters</i> /surtos de maiores dimensões, mas a transmissão pessoa-a-pessoa ainda é localizada, indicando que o vírus está a adaptar-se gradualmente ao hospedeiro humano, contudo ainda não atingiu um nível de transmissão considerada eficaz (substancial risco pandémico).	Reforçar as acções de contenção ou retardamento da disseminação do vírus, de forma a evitar, se possível, a pandemia e a ganhar tempo para a implementação de medidas de resposta.
Pandémico	Fase 6 A pandemia está instalada: existe um risco aumentado e mantido de transmissão na população em geral.	Minimizar o impacto da pandemia.

Na fase 5 existem *clusters*/surtos de maiores dimensões, isto é, surtos com maior número de casos humanos (ex. 25 a 50 casos, com duração de 2 a 4 semanas). Nas fases iniciais de um surto não será possível calcular R_0 , mas, com base em estudos de modelação, calcula-se que estes surtos terão um R_0 superior a 0,5 e inferior ou igual a 1.

O período de alerta pandémico corresponde à existência de epizootias ou panzootias em que o vírus ainda não se transmite de pessoa a pessoa (fase 3) ou evidencia já transmissão pessoa a pessoa (fases 4 e 5), indicando uma adaptação gradual ao hospedeiro humano.

No período pandémico, fase 6, a pandemia está instalada existindo um risco aumentado e mantido de transmissão na população em geral.

As fases definidas pela OMS enquadram a perspectiva mundial da evolução possível de uma pandemia e deverão ser ajustadas à realidade dos países onde ainda não se encontra em circulação a estirpe aviária com potencial pandémico ou a estirpe pandémica. Nas fases mais próximas da ocorrência da pandemia, o ritmo dos acontecimentos pode vir a tornar-se menos previsível, pelo que não se deve excluir a possibilidade de se passar rapidamente da fase de pequenos surtos para a pandemia instalada. É de admitir, também, que diferentes regiões do mundo se encontrem, no

mesmo momento, em diferentes fases de actividade gripal.

A transposição das fases definidas pela OMS para o plano nacional requer adaptação e ajustamento à realidade de cada país. Considerando pouco provável o aparecimento inicial da pandemia no Sul da Europa, assume-se que só algum tempo depois da OMS considerar a pandemia instalada noutra região do Mundo surgirão os primeiros casos em Portugal.

Assim, o Plano de Contingência Nacional para a Pandemia da Gripe identifica e descreve as orientações estratégicas e as actividades a desenvolver, conforme recomendações da OMS, competindo à estrutura anteriormente referida, a decisão de propor a sua implementação, de acordo com a situação epidemiológica nacional e internacional (nível de risco nacional).

No período interpandémico (fases 1 e 2) a vigilância epidemiológica da gripe sazonal está a cargo do Centro Nacional da Gripe (CNG) e do Observatório Nacional de Saúde, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. A Direcção-Geral da Saúde emite orientações anuais sobre prevenção, nomeadamente sobre a utilização da vacina e, naturalmente, os serviços prestadores de cuidados de saúde adaptam a sua capacidade de resposta ao aumento da procura nos períodos epidémicos.

Em termos de objectivos essenciais de saúde pública, o presente Plano considera duas estratégias primordiais, especificamente adequadas ao período de alerta pandémico (fases 3, 4 e 5) e pandémico (fase 6):

1. Período de alerta pandémico e início do período pandémico – Estratégia de contenção, centrada, essencialmente, no retardar da entrada do vírus no território nacional, na prevenção da transmissão individual e da propagação do vírus na população. Como medidas de actuação fundamentais salienta-se: a identificação precoce de casos no Homem, incluindo o diagnóstico virológico, o isolamento de doentes e a quarentena de contactos, o uso adequado de equipamentos de protecção individual, a administração criteriosa de antivirais;
2. Período pandémico instalado (transmissão mantida do vírus na população geral) – Estratégia de minimização do impacte, através da implementação de medidas de adequação da resposta dos serviços prestadores de cuidados de saúde, de medidas de saúde pública, no que respeita à triagem e atendimento dos doentes, uso de equipamentos de protecção individual, isolamento dos doentes e contactos, entre outras, e de medidas relacionadas com a administração adequada de medicamentos antivirais e da vacina. Destacam-se, ainda, as medidas de controlo da infecção nosocomial.

Neste documento, as orientações gerais e as acções a desenvolver encontram-se organizadas em quatro áreas funcionais. Para cada uma delas e respectivas vertentes, as orientações e as medidas a implementar constam de planos de acção específicos. Para cada área, serão, ainda, definidas directivas para a execução do respectivo plano de acção e sua avaliação.

Todos os planos específicos serão alvo de permanente revisão e actualização, de acordo com as fases evolutivas da actividade gripal.

III. RESPOSTAS DO SECTOR DA SAÚDE

As respostas do Sector da Saúde à ameaça da pandemia são organizadas segundo quatro grandes áreas funcionais:

1. Informação em Saúde para avaliação do risco (incluindo a vigilância epidemiológica);
2. Prevenção, Contenção e Controlo
 - A. Medidas de Saúde Pública
 - B. Prestação de cuidados de saúde
 - i. Ambulatório
 - ii. Internamento
 - iii. Vacinas e medicamentos;
3. Comunicação;
4. Avaliação

1. Informação em saúde

A possibilidade de organizar uma resposta racional a uma pandemia de gripe baseia-se na sensibilidade, robustez e celeridade dos sistemas de vigilância³ e de outros dispositivos geradores de informação relevante.

Os sistemas de vigilância da gripe deverão acompanhar a evolução da doença e o seu impacto.

Durante o período interpandémico, deverá ser reforçado o sistema de informação em saúde que sustenta a vigilância integrada da gripe sazonal.

Esse Sistema deve contemplar as vertentes seguintes:

1. Clínica, que permite descrever a ocorrência da doença na população (frequência, distribuição etária, padrão temporal, distribuição geográfica) e as suas características clínicas, gravidade e mortalidade;
2. Laboratorial, que permite a identificação precoce dos vírus *influenza* circulantes, estabelecer as suas características antigénicas e genéticas e avaliar a sensibilidade do diagnóstico clínico da síndrome gripal. As técnicas laboratoriais permitem, ainda, avaliar a sensibilidade e a resistência aos antivirais e identificar os agentes específicos das sobreinfecções bacterianas e a sua sensibilidade aos antibióticos;
3. Impacte institucional e social da doença, que é possível determinar através de indicadores mensuráveis sobre a actividade dos serviços de saúde (número de atendimentos urgentes, de consultas, de internamentos, entre outros) e o absentismo (nos serviços de saúde, nas escolas e em outros serviços essenciais);

³ A sensibilidade inclui tanto a proporção de casos detectada pelo sistema como a sua capacidade para detectar surtos (CDC; MMWR, 2001). Entende-se por robustez a capacidade do sistema para funcionar sob condições de *stress* e por celeridade (*timeless*) a capacidade para fornecer informação no momento em que é necessária.

4. Farmacovigilância dos antivirais e das vacinas, que permite avaliar a incidência e gravidade das reacções adversas, bem como as falências terapêuticas e vacinais;
5. Consumo de medicamentos utilizados no tratamento da gripe, como indicadores indirectos da actividade gripal.

A multiplicidade dos dados e da informação de saúde necessária à vigilância e controlo da gripe evidencia a necessidade de implementar um sistema integrado de informação, que contemple eficazmente as vertentes enunciadas. Tal só será possível com o reforço da capacidade instalada, em termos de recursos humanos e materiais, das entidades responsáveis pelos sistemas de informação primários que recolhem e armazenam os dados, bem como da estrutura que coordena a análise integrada dos dados e informação.

Durante o período de alerta pandémico e início da pandemia, o sistema integrado de informação deve possibilitar a identificação rápida dos casos suspeitos de gripe provocada pelo novo vírus com potencial pandémico, e os seus contactos, de forma a permitir o seu isolamento, o tratamento dos doentes e a eventual quimioprofilaxia dos contactos.

Durante o período pandémico, o sistema de informação em saúde deverá, essencialmente, avaliar a progressão e o impacte da pandemia, para permitir a adequação da oferta de cuidados de saúde. Neste período, a situação de sobrecarga de trabalho e de carência de profissionais de saúde poderá justificar a simplificação da informação a recolher e a analisar, reforçando-se as actividades de maior relevância no âmbito da avaliação e da intervenção.

A informação obtida por um sistema integrado permitirá, pois:

1. Detectar surtos e identificar picos de actividade gripal;
2. Medir a magnitude da doença, através de estimativas de incidência por grupos etários e áreas geográficas;
3. Proceder à identificação e caracterização antigénica e genética dos vírus circulantes;
4. Avaliar a sensibilidade do diagnóstico clínico da síndrome gripal;
5. Monitorizar a incidência de complicações graves da gripe e o excesso de mortalidade associada;
6. Contribuir para a definição da composição da vacina, de acordo com as características antigénicas, através da integração de informação nas redes europeias e mundiais;
7. Monitorizar a utilização de serviços de saúde;
8. Monitorizar o absentismo em ambientes seleccionados;
9. Avaliar a efectividade e a segurança dos medicamentos antivirais;
10. Avaliar a efectividade e a segurança da vacina;
11. Estimar o consumo de medicamentos utilizados no tratamento da gripe.

No domínio da informação em saúde, durante o período pandémico, será, ainda, útil conhecer a proporção de indivíduos imunes ao vírus pandémico, pelo que deverão ser realizados estudos de seroprevalência populacionais, entre as ondas pandémicas.

Em qualquer uma das fases de actividade gripal, a análise da informação conduzirá à avaliação do risco e à consequente tomada de decisão sobre as medidas de intervenção a adoptar.

A operacionalização do Plano de Contingência Nacional para a Pandemia de Gripe implica o desenvolvimento de sistema integrado de informação em saúde neste âmbito, e a definição de um plano específico para a área funcional “Informação em Saúde”, que deverá incluir, entre outros aspectos, os seguintes:

1. Sistema para identificação e declaração de casos e surtos, no período de alerta pandémico e início do período pandémico;
2. Sistema para estimativa da incidência;
3. Sistema de vigilância laboratorial;
4. Sistema de monitorização da gravidade da doença;
5. Sistema de monitorização da mortalidade e da letalidade da doença;
6. Sistema de monitorização do impacte nos serviços de saúde;
7. Sistema de farmacovigilância;
8. Sistema de monitorização do absentismo nos serviços de saúde, nas escolas e nos serviços essenciais;
9. Sistema de monitorização dos medicamentos consumidos no tratamento da gripe, como indicadores indirectos da actividade gripal.
10. Estratégia de integração da informação produzida pelo sistema de vigilância veterinária.

Os dados e a informação disponibilizados pelos sistemas acima discriminados serão integrados na Direcção-Geral da Saúde (DGS), instituição responsável pela análise integrada e pela correspondente avaliação do risco, que determinará a tomada rápida de decisões e a adaptação da resposta no campo da intervenção.

Nos períodos de alerta pandémico e de pandemia todos os sistemas terão que estar desenvolvidos de forma a permitir a avaliação, em tempo real, da evolução da situação e a selecção das intervenções mais adequadas, em cada período e fase de actividade gripal.

Deverá, ainda, ser reforçado o acompanhamento da situação epidemiológica a nível mundial e a comunicação com as instituições internacionais, sobretudo da União Europeia e da OMS.

Os cenários de impacte projectados deverão, igualmente, ser revistos, em função dos dados reais que vierem a estar disponíveis, quanto às características epidemiológicas da pandemia, tendo em atenção a sua progressão.

O sistema integrado de informação em saúde deverá ser permanentemente revisto e avaliado, de forma a garantir a adequação da análise da informação e da avaliação e gestão do risco.

2. Prevenção, contenção e controlo

O sucesso no controlo da propagação da gripe baseia-se, essencialmente, nas seguintes vertentes de actuação: aplicação de medidas de saúde pública e preparação da resposta dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

A. Medidas de saúde pública

As medidas de saúde pública a implementar visam dar resposta às estratégias primordiais atrás enunciadas, especificamente adequadas às fases da actividade gripal resumidas no Quadro 2.

Assim, no período de alerta pandémico e no início do período pandémico, serão particularmente importantes as medidas adequadas às estratégias que retardem a entrada do vírus em território nacional e, posteriormente, às que contenham a disseminação da infecção viral, centrando-se, essencialmente, na prevenção da transmissão individual e na limitação da propagação do vírus da gripe na população.

Em pleno período pandémico e quando se verifique a transmissão mantida do vírus na população em geral, serão essenciais as medidas de saúde pública adequadas à estratégia de minimização do impacto.

As medidas de saúde pública serão implementadas em função da fase de actividade gripal em que o país se encontre e do estado da arte quanto à evidência científica do seu valor em cada fase, e constarão de forma desenvolvida no respectivo plano de acção específico.

Enumeram-se, em seguida, as medidas de saúde pública particularmente importantes face à ameaça e/ou à ocorrência de uma pandemia de gripe, provocada por subtipo viral com origem num vírus aviário:

1. Articulação das Autoridades de Saúde Humana com as Autoridades de Saúde Veterinária;
2. Identificação dos casos humanos autóctones provocados por vírus *influenza* de origem aviária. Medida que implica, no início da fase 3, a implementação das acções necessárias à eficaz articulação com os serviços dependentes da Direcção-Geral de Veterinária e o cumprimento de um algoritmo previamente definido;
3. Identificação dos casos humanos importados (implica o cumprimento de um algoritmo previamente definido);
4. Isolamento, voluntário ou compulsivo, de todos os casos suspeitos ou confirmados, autóctones ou importados, e quarentena dos seus contactos;
5. Utilização de métodos de protecção individual, onde se incluem os equipamentos de protecção individual. Esta medida assume particular importância no

âmbito da saúde ocupacional. A sua implementação implica a análise prévia e a selecção das soluções tecnológicas disponíveis mais adequadas;

6. Definição, após investigação que prove a sua necessidade, de uma reserva estratégica nacional de equipamentos de protecção individual;
7. Elaboração e divulgação de orientações técnicas destinadas ao pessoal de saúde, nomeadamente sobre os métodos de protecção individual recomendados, incluindo equipamentos de protecção individual (toucas, óculos, batas, máscaras, aventais, luvas); normas e procedimentos de actuação nas situações de contacto directo com doentes, suspeitos ou confirmados, entre outras;
8. Elaboração e divulgação de orientações técnicas destinadas aos profissionais de saúde pública. Nelas deverão ser contempladas todas as medidas de saúde pública preconizadas neste Plano, bem como as orientações técnicas que sustentarão a sua intervenção profissional. Serão particularmente importantes as orientações relacionadas com a vigilância dos contactos dos casos, suspeitos ou confirmados; o distanciamento social, o exercício do poder de Autoridade de Saúde; a sanidade relacionada com as viagens e o controlo de fronteiras, entre outras;
9. Elaboração e divulgação de documentação informativa destinada à população em geral. Como áreas temáticas a abordar salientam-se: métodos de protecção individual recomendados, incluindo as indicações relativas à utilização de máscaras e medidas de higiene respiratória; isolamento dos doentes e quarentena dos contactos; procedimentos a implementar (incluindo a indicação dos serviços destinados ao atendimento) em situação de sintomatologia e história epidemiológica compatível; utilização de espaços públicos; realização de viagens, entre outras;
10. Reforço do módulo gripe do *call centre* instalado na Direcção-Geral da Saúde (DGS);
11. Intervenção da Autoridade de Saúde como poder da intervenção do Estado na defesa da Saúde Pública;
12. Limitação da realização de viagens, em especial para zonas com identificação de casos de doença, suspeitos ou confirmados, após a avaliação do risco potencial associado à sua realização;
13. Limitação da realização de eventos públicos, após a sua inventariação e avaliação do risco potencial da sua realização, em especial em locais fechados, como, por exemplo, espectáculos, conferências, congressos, feiras ou mercados;
14. Encerramento de escolas, locais de trabalho, centros de dia ou outras instituições, após avaliação do risco potencial associado à sua manutenção em actividade;
15. Elaboração e divulgação de orientações técnicas destinadas aos agentes funerários e outros intervenientes nas actividades de remoção, transporte e inumação de cadáveres, em que a morte foi provocada por gripe, designadamente nas situações de excesso de mortalidade por essa causa.

B. Prestação de cuidados de saúde

AMBULATÓRIO E INTERNAMENTO

No contexto de uma pandemia de gripe, a redução da morbimortalidade dependerá, em grande parte, do bom funcionamento dos serviços prestadores de cuidados de saúde e da sua capacidade em tratar os doentes com gripe e as suas complicações, nomeadamente os doentes crónicos. Dependerá, também, da capacidade dos serviços em limitar a transmissão nosocomial do vírus.

Os serviços prestadores de cuidados, em ambulatório ou em internamento, terão de estar preparados para o aumento mantido da procura, durante a pandemia.

A capacidade de resposta de qualquer serviço prestador de cuidados, naturalmente limitada, poderá não ser suficiente perante o excesso da procura, gerando-se tensões desfavoráveis à melhor efectividade e eficiência das intervenções.

Afigura-se, pois, como prioritário, definir e divulgar orientações estratégicas que permitam potenciar o sucesso da prestação de cuidados, o que passa pela preparação dos serviços prestadores de cuidados de saúde face à ameaça ou à ocorrência de uma pandemia de gripe.

As medidas a desenvolver deverão ser aplicadas nos serviços públicos, privados ou de solidariedade social, que prestam cuidados de saúde em ambulatório e/ou em regime de internamento, incluindo, neste grupo, os lares e as unidades de cuidados continuados.

As orientações e acções a desenvolver em ambulatório são, naturalmente, diferentes das adequadas às unidades de internamento, justificando-se a definição de um plano de acção especificamente dirigido ao ambulatório e outro dirigido ao internamento. Em cada plano, as actividades a realizar devem ser organizadas por níveis de actuação, em função de cada fase de actividade gripal.

De um modo geral, as orientações relativas à preparação dos serviços de saúde e as acções a desenvolver perante a ameaça e/ou a ocorrência de uma pandemia de gripe, deverão assegurar os seguintes aspectos:

1. Manutenção dos serviços de saúde em funcionamento na fase de pandemia;
2. Garantia de recursos materiais necessários (medicamentos, reagentes, meios complementares de diagnóstico ou de terapêutica, meios de protecção individual, entre outros) e humanos no seu limite máximo, admitindo-se, se necessário, a mobilização e recrutamento de profissionais de saúde reformados, em licença sem vencimento e estudantes da área de saúde;
3. Reforço das medidas de controlo da infecção nosocomial. Os serviços de saúde, pela sua natureza, são propícios à propagação de agentes biológicos que poderão afectar uma população especialmente vulnerável – doentes agudos ou crónicos – bem como grupos profissionais prioritários. As medidas de controlo de infecção habitualmente praticadas nas instituições de saúde deverão ser reforçadas, considerando as vias de transmissão do vírus.

Das medidas a desenvolver neste âmbito, destacam-se as seguintes:

1. Actualização do levantamento nacional da capacidade instalada dos serviços de saúde, em situações normais de funcionamento, e da capacidade máxima

potencial, em situações excepcionais;

2. Selecção e preparação de hospitais de referência, onde serão internados os doentes com gripe, suspeitos ou confirmados, no período de alerta pandémico e no início do período pandémico;
3. Criação e preparação de centros de atendimento específico de casos suspeitos de gripe pandémica, na fase inicial da pandemia, após investigação que evidencie os benefícios desta opção comparativamente com o atendimento em qualquer serviço de saúde;
4. Definição de uma rede de cuidados em ambulatório (públicos e privados) que dê resposta nas diferentes fases da gripe pandémica;
5. Definição e divulgação de orientações estratégicas dirigidas aos serviços de ambulatório, que permitam assegurar:
 - a. O atendimento dos “casos” de gripe;
 - b. A continuidade dos cuidados aos doentes crónicos;
 - c. A reorientação das situações de atendimento em situação de doença aguda não urgentes;
6. Definição da estratégia de distribuição de medicamentos em ambulatório, na qual as farmácias poderão intervir de forma específica;
7. Preparação dos laboratórios de virologia para apoio ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo novo vírus pandémico nos casos iniciais e para caracterização dos vírus circulantes durante a pandemia;
8. Preparação do *Call Centre* para intervir nas áreas da triagem, aconselhamento e encaminhamento de doentes;
9. Preparação dos serviços de saúde com internamento para a possibilidade de internamento de doentes com gripe de origem aviária ou pandémica. Nestes termos, cada unidade de internamento deve elaborar um plano de acção interno para a pandemia de gripe, tendo em conta os cenários de impacte que lhes serão facultados pelo ONSA/INSA. Este plano de acção interno deve contemplar todas as áreas que requeiram a implementação de medidas específicas, de que se destacam:
 - a. Reorganização do serviço de saúde, incluindo a redefinição dos critérios de internamento, em função das necessidades de internamento de doentes com gripe. A prioridade máxima que a pandemia de gripe representa pode implicar a suspensão ou adiamento da prestação de cuidados de saúde em outras situações de doença;
 - b. Adequação dos recursos humanos e materiais às necessidades de internamento;
 - c. Reorganização das unidades de internamento em função do admissível aumento do absentismo dos profissionais por doença;
 - d. Adequação do número de camas disponíveis para internamento de casos de gripe, incluindo as camas de isolamento (em quartos individuais ou enfermarias);

- e. Distribuição dos espaços e gestão dos doentes por coortes de data de início da doença;
- f. Aprovisionamento de consumíveis e de equipamentos essenciais;
- g. Implementação de meios de protecção individual dos profissionais, incluindo a disponibilização de equipamentos de protecção individual;
- h. Prevenção e controlo das infecções nosocomiais (deverá ser contemplada a formação dos profissionais);
- i. Organização de espaços adequados para armazenamento de cadáveres.

VACINAS E MEDICAMENTOS

As medidas a desenvolver no âmbito da disponibilização de vacinas e medicamentos no contexto de ameaça ou da ocorrência de uma pandemia de gripe, devem constar em plano operacional específico. Nele, devem ser desenvolvidos todos os aspectos relacionados com a definição das necessidades quantitativas de vacinas, antivirais e outros medicamentos, a sua reserva e/ou compra, o armazenamento, a reconstituição, quando aplicável, os circuitos de distribuição e os critérios de acesso e administração, entre outros.

A Reserva Estratégica de Medicamentos (REM), que inclui medicamentos particularmente importantes em situação de uma pandemia de gripe, designadamente, antivirais, antipiréticos, antibióticos, entre outros, será ajustada em função dos cenários mais prováveis.

A eventual escassez de antivirais e de vacinas, durante a fase pandémica, torna necessária a definição de grupos prioritários e de risco, que serão alvos preferenciais para a sua administração, definição que poderá vir a ser revista após o conhecimento das características da estirpe pandémica e das suas repercussões na epidemiologia da doença.

Em termos gerais, e em princípio, a definição de grupos seleccionados para esse fim serão os seguintes:

- Cidadãos que prestam serviços prioritários, onde se incluem alguns profissionais dos serviços de saúde, das forças de segurança pública e de serviços essenciais para o funcionamento das infraestruturas básicas (energia, saneamento básico, entre outros);
- Grupos de alto risco, como, por exemplo, doentes com risco acrescido de complicações graves e morte.

VACINAS

A vacinação é a pedra angular da prevenção e controlo da gripe. A capacidade de produção mundial da vacina contra a gripe é, actualmente, limitada, podendo ser incrementada num futuro próximo.

Após a eclosão da pandemia não é provável que exista uma vacina específica durante um período mínimo de seis meses, por isso, durante a primeira onda, não estará

disponível. Há que reconhecer dificuldades neste domínio. Com os actuais processos de fabrico de uma vacina pandémica, prevendo-se a necessidade de administração de duas doses, com um intervalo de 4 a 6 semanas, que implicará o dobro da produção para a mesma taxa de cobertura, poder-se-á agravar as limitações da capacidade produtiva, não obstante o facto da vacina pandémica ser monovalente.

Numa segunda onda, poderão existir vacinas, mas como a capacidade produtiva é limitada e não sendo Portugal um país produtor, a oferta será insuficiente. Assim, é necessário garantir uma reserva de aquisição e determinar com antecedência os grupos prioritários e de risco para a sua administração, até existirem vacinas em quantidade suficiente para o universo da população.

Tendo em conta o sinergismo existente entre o vírus da gripe e o *Streptococcus pneumoniae*, e sendo este o agente que mais contribui para as complicações letais da gripe, será progressivamente estimulada a utilização da vacina polissacarídica contra o pneumococo nos indivíduos com idade superior a 65 anos e nos grupos de risco.

ANTIVIRAIS E OUTROS MEDICAMENTOS

Na ausência de vacina, os antivirais podem ter um papel de grande relevo no tratamento e controlo da doença, principalmente nas fases iniciais da pandemia.

Os medicamentos antivirais para a gripe integram dois grupos: inibidores da proteína M2 (amantadina e rimantadina) e inibidores da neuraminidase (oseltamivir e zanamivir).

A utilização do primeiro grupo é limitada em consequência dos efeitos secundários que podem provocar e das resistências que podem induzir.

O tratamento da gripe com inibidores da neuraminidase, desde que instituído precocemente, (primeiras 24-48 horas) reduz a frequência de complicações, como a pneumonia e a otite média, e o número de internamentos hospitalares.

De acordo com o conhecimento actual, os antivirais a considerar são, sobretudo, os inibidores da neuraminidase (oseltamivir e zanamivir), em especial o oseltamivir, que apresenta vantagens por, de acordo com a informação à data disponível, produzir menos resistências e efeitos secundários e pela facilidade de armazenamento e administração.

As indicações para o uso de antivirais serão determinadas pela situação epidemiológica.

Actualmente encontram-se indicados nas seguintes situações:

1. Casos de exposição a um vírus *influenza* de origem aviária;
2. No início da pandemia, em que serão fundamentais para tratar casos isolados e pequenos surtos, e, eventualmente, como quimioprofilácticos nos contactos, tendo em vista a contenção da disseminação do vírus;
3. Na fase pandémica, os antivirais deverão ser utilizados, fundamentalmente, na terapêutica de grupos prioritários e/ou grupos de risco e/ou população geral (dependendo da taxa de ataque e da quantidade disponível) e, de forma suplementar, como profiláctico, em indivíduos particularmente expostos ou cuja função profissional seja essencial.

No âmbito da Reserva Estratégica de Medicamentos (REM), Portugal procedeu à encomenda de oseltamivir suficiente para 2 500 000 tratamentos (admitindo duas tomas diárias durante 5 dias) ⁴. Estes medicamentos serão utilizados essencialmente para tratamento dos doentes, podendo a reserva vir a ser reforçada.

No que se refere aos inibidores da neuraminidase, note-se que as recomendações sobre indicações clínicas, dosagem e duração da terapêutica e, eventualmente, a combinação com outros medicamentos, poderão vir a ser revistas em função da actualização dos conhecimentos baseados em evidência científica.

Das medidas a desenvolver no âmbito da disponibilização de vacinas e de medicamentos, destacam-se as seguintes:

1. Elaboração e/ou actualização das orientações técnicas no âmbito de:
 - a. Vacinação contra a gripe sazonal;
 - b. Vacinação com a vacina polissacarídica contra o pneumococo;
 - c. Critérios para a utilização de vacinas e medicamentos antivirais;
2. Adequação da REM à pandemia de gripe;
3. Elaboração de um plano de acção específico no âmbito da disponibilização de vacinas e medicamentos, com base na revisão e adequação da REM. Este plano deverá ser revisto durante o período pandémico, essencialmente em função do conhecimento das características epidemiológicas da estirpe pandémica. A revisão deverá incidir, de forma particular, nos critérios relacionados com:
 - a. Reconstituição, distribuição, acesso e utilização dos medicamentos antivirais;
 - b. Administração da vacina contra o *S. pneumoniae*;
 - c. Licenciamento e libertação de lote, aquisição e distribuição da vacina contra a estirpe pandémica;
 - d. Administração da vacina contra a estirpe pandémica;
4. Definição dos serviços destinados à vacinação;
5. Avaliação da cobertura e das reacções adversas às vacinas e aos medicamentos;
6. Previsão das medidas a adoptar caso ocorram reacções adversas graves e/ou frequentes à vacina contra a estirpe pandémica ou aos medicamentos, designadamente aos antivirais.

3. Comunicação

A pandemia de gripe constituirá uma crise de saúde pública, necessariamente associada a uma “crise” mediática, pelo que a estratégia primordial do Plano assenta na colaboração adequada dos meios de comunicação social, considerados parceiros valiosos no quadro da resposta eficaz, transparente, célere, segura e organizada.

⁴ Para além desta encomenda, estão disponíveis, no quadro desta Reserva Estratégica, dez mil tratamentos de oseltamivir em cápsulas (110 000 cápsulas) e 420 doses de zanamivir.

No decurso da evolução da pandemia, será necessário elaborar e divulgar informação e orientações em linguagem acessível, de maneira a responder às inquietações e expectativas da população, de forma clara e profissional, estimulando a confiança do público e evitando o pânico.

Será elaborado um plano específico para a comunicação, que deverá considerar os seguintes níveis e acções:

1. Comunicações estratégicas, a nível internacional, interinstitucional e institucional;
2. Definição dos porta-vozes nacionais para áreas específicas;
3. Informação/formação dirigida aos profissionais de saúde, com prioridade para:
 - a. Formação sobre a gripe pandémica;
 - b. Comunicação do risco;
 - c. Orientações técnicas;
 - d. Actualização regular do *site* da DGS, com informação de acesso restrito aos profissionais de saúde;
4. Informação aos órgãos de comunicação social que devem ser considerados parceiros na divulgação da informação correcta aos cidadãos e respeitar os porta-vozes definidos e os fundamentos técnicos e científicos da informação a divulgar;
5. Informação ao público geral, com mensagens adequadas às fases de actividade da gripe pandémica. A informação deve ser adequada e acessível à população, promovendo a participação cívica do público;
6. Utilização de ferramentas telemáticas e informáticas inovadoras no quadro do desenvolvimento de novas tecnologias;
7. Edição de publicações no quadro de uma linha editorial coerente.

4. Avaliação

A avaliação do Plano de Contingência Nacional para a Pandemia de Gripe e da sua operacionalização será feita em duas vertentes:

- a) Avaliação interna, da responsabilidade da estrutura que apoiará a implementação do Plano;
- b) Avaliação externa, a realizar por avaliadores externos, a definir.

A estrutura de apoio à implementação do Plano elaborará um plano de avaliação interna, onde serão identificados os objectivos da avaliação e descrita a metodologia

a usar, incluindo as fontes, os processos de recolha, análise e armazenamento de dados, os indicadores de avaliação, os processos de transferência de dados e informação e os de divulgação da avaliação, bem como os suportes de informação e de análise e a periodicidade da avaliação.

Este Plano apresenta as orientações estratégicas gerais para o sector da Saúde Humana. Contudo, os responsáveis pela Saúde devem manter-se em articulação estreita com os outros sectores, desde o nível governamental até ao nível de actuação local. Considera-se a articulação entre todos os sectores da sociedade como essencial desde o momento da concepção dos respectivos planos de contingência à sua eventual concretização (a coerência entre as estratégias seleccionadas é indispensável à intervenção articulada).

RELATORES

Ana Cristina Garcia
Francisco George
Graça Freitas
Paula Maria Valente
Paula Vasconcelos

A DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE AGRADECE OS CONTRIBUTOS DE:

Alice Cardoso (Instituto da Qualidade em Saúde)
Ana Correia (Centro Regional de Saúde Pública do Norte)
Ana Leça (Hospital de Dona Estefânia)
Carlos Daniel Pinheiro (Coordenação do Internato de Saúde Pública da Zona Norte)
Fernando Maltez (Hospital Curry Cabral)
Helena Rebelo de Andrade (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge)
José Armando Marques Neves (Coordenação do Internato de Saúde Pública da Zona Centro)
Mariano Ayala (Centro de Saúde de Faro)
Marinho Falcão (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge)
Pedro Serrano (Coordenação do Internato Complementar de Saúde Pública da Zona Sul)
Saraiva da Cunha (Hospitais da Universidade de Coimbra)





AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO

Ana Cristina Garcia ¹

INTRODUÇÃO

A Avaliação do Plano de Contingência Nacional, constitui uma das etapas fundamentais do processo de preparação para uma pandemia de gripe.

Entendida como “um processo que consiste na determinação e aplicação de critérios e normas com a finalidade de julgar os diferentes componentes do plano, desde a sua concepção e desenho, até à sua execução, passando por todas as etapas do processo de planeamento” ², a Avaliação do Plano de Contingência Nacional apresenta elevado potencial para corrigir, adaptar ou adequar qualquer um dos elementos que o constituem, desde as orientações estratégicas ou táticas, até aos próprios objectivos e acções preconizadas.

A Avaliação implica, pois, definir critérios ou normas que funcionarão como modelos ou padrões e proceder à sua comparação com as actividades executadas, os processos utilizados, os resultados obtidos e o impacte alcançado. Da comparação poderão surgir desvios que, uma vez analisados, permitirão identificar os factores a corrigir, melhorar ou adaptar.

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

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

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

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

Poder-se-á, pois, dizer que a Avaliação potencia os efeitos positivos esperados da

¹ Assistente Graduada de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde.

² Adaptado de Pineault R, Daveluy C. La planification sanitaria - conceptos, métodos, estratégias. Barcelona: Masson, S. A. y Salude y Gestión; 1987.

utilização de um plano de acção como instrumento orientador da intervenção em saúde, ao invés da realização de acções avulsas, não especificamente organizadas nem orientadas para a consecução de resultados. Os processos de elaboração, execução e avaliação de um plano de acção são, pois, indissociáveis, e a efectividade máxima de cada um só será alcançada quando planeados de forma síncrona e realizados em simultâneo.

Pelo exposto, a Avaliação do Plano de Contingência Nacional é um processo altamente valorizado no actual contexto de ameaça de uma pandemia de gripe, constituindo, aliás, uma das áreas funcionais definidas no Capítulo “Orientações Estratégicas”³.

A Avaliação do Plano de Contingência é efectuada a todos os níveis de intervenção: nacional, regional, local e da instituição, para as respectivas áreas de influência e respectivos Planos de Contingência.

É de referir, ainda, que se reveste da maior importância planejar a própria Avaliação. A organização prévia e em tempo útil do processo de Avaliação aumenta a sua probabilidade de sucesso, já que permite prever e corrigir antecipadamente uma série de obstáculos e de dificuldades.

Identificar as necessidades de dados e de informação, definir com clareza os critérios que serão usados nas comparações ou comunicar previamente a metodologia de Avaliação às entidades responsáveis pelo objecto alvo da Avaliação, entre outros, são exemplos de medidas e procedimentos que potenciam o grau de sucesso de uma Avaliação. Quando efectuados previamente, proporcionam tempo para as necessárias adaptações, tais como, construir novos sistemas de recolha de dados, perante sistemas inadequados aos objectivos da Avaliação, ou novos suportes de informação adequados à anotação dos dados, se necessário.

O ideal será elaborar um Plano de Avaliação, nos diferentes níveis de intervenção, onde constem os seus objectivos, a metodologia a usar e os circuitos de comunicação entre avaliadores e avaliados. O Plano de Avaliação deve ser conhecido por todos os intervenientes no processo, incluindo os avaliados.

Neste capítulo, definem-se as orientações gerais do processo de Avaliação do Plano de Contingência Nacional e dos demais planos de contingência elaborados para os níveis de intervenção regional, local e institucional.

ORIENTAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA

1. Tipos de avaliação

Do ponto de vista do avaliador, contempla-se, para os Planos de Contingência a todos os níveis de intervenção, a Avaliação Interna e a Avaliação Externa.

Por Avaliação Interna entende-se a Avaliação efectuada pelos responsáveis pela Elaboração e/ou Execução do Plano de Contingência alvo da Avaliação.

³ As Orientações Estratégicas correspondem ao documento de título “Plano de Contingência Nacional para a Pandemia de Gripe - Sector da Saúde”, homologado em Janeiro de 2006.

A nível nacional, o Director-Geral da Saúde e o Comité Nacional para a Gripe, em colaboração com o Grupo Operativo Nacional para a Gripe, são os responsáveis pela Avaliação Interna do Plano de Contingência Nacional (capítulo “Liderança, organização e coordenação”).

Os Comités Regionais, Locais e das Instituições para a Gripe são os responsáveis pela Avaliação Interna dos respectivos Planos de Contingência, em colaboração com os respectivos Grupos Operativos, seguindo as orientações gerais que constam do Plano de Contingência Nacional.

A Avaliação Externa é efectuada por avaliadores externos aos processos de elaboração e execução de cada plano, nacionais e/ou internacionais. O Comité Nacional para a Gripe é avaliador externo dos Planos de Contingência Regionais e os Comités Regionais para a Gripe são avaliadores externos dos Planos Locais e das Instituições, sem prejuízo da nomeação de outros avaliadores externos nacionais.

O Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (*European Centre for Disease Prevention and Control* - ECDC), em articulação com a Comissão Europeia e a Região Europeia da Organização Mundial da Saúde, são avaliadores externos internacionais do Plano de Contingência Nacional.

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

As Avaliações finais serão efectuadas no fim da pandemia; as Avaliações concorrentes são efectuadas ao longo da elaboração e actualização dos planos de contingência e durante a sua execução. É de salientar que, durante a pandemia, o intervalo entre as ondas pandémicas é o momento propício à Avaliação dos planos de contingência. Funcionando como “Avaliação final”, relativamente à onda anterior, e como Avaliação concomitante, em relação à pandemia no seu todo, esta avaliação apresenta elevado potencial para a adequação dos planos de contingência para as ondas subsequentes.

Qualquer Avaliação deve ser previamente planeada, conforme referido. Embora apresente elevado potencial, nem sempre é fácil organizar um processo de Avaliação Interna concorrente, uma vez que os avaliadores e avaliados são os mesmos. A definição prévia e clara do processo de Avaliação reveste-se, neste caso, ainda de maior valor.

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

2. Processo de avaliação

No processo de Avaliação do Plano de Contingência Nacional e dos Planos de Contingência aos demais níveis de intervenção, são considerados os seguintes aspectos:

a) Definição do Plano de Avaliação. No Plano de Avaliação deve constar:

- i. O objecto da Avaliação, ou seja, a(s) componente(s) alvo(s) da Avaliação (por exemplo, o desenho dos planos de contingência, as suas orientações

estratégicas, os objectivos definidos, as medidas e procedimentos preconizados, entre outros);

ii. A finalidade da Avaliação;

iii. A metodologia a usar durante a Avaliação

Nesta componente é fundamental identificar os critérios ou normas que funcionarão como modelos ou padrões para comparação. Por outro lado, é muito importante determinar as necessidades de informação e identificar os sistemas e fontes de dados existentes que as podem suprir. De facto, esta fase deve ser planeada de forma “semelhante ao planeamento de um projecto de investigação na etapa em que é necessário definir as variáveis em jogo, as suas relações e indicadores”⁴;

iv. A previsão de obstáculos;

b) Verificação da pertinência e da adequação dos planos

A pertinência e a adequação dizem essencialmente respeito à justificação técnica e aos aspectos formais com que se pretende determinar a boa estruturação ou elaboração do Plano em si ou de um ou vários dos seus componentes (orientações estratégicas, medidas e procedimentos preconizados, entre outros);

c) Estudo dos progressos da execução (ou avaliação das actividades, dos métodos e recursos)

Esta componente da Avaliação requer a análise da medida em que a execução corresponde ao previsto, o que implica verificar se as medidas preconizadas estão a ser executadas conforme o programado e se os procedimentos indicados estão a ser aplicados. Corresponde a uma componente fundamental da Avaliação da aplicação dos planos de contingência, e diz respeito às medidas e procedimentos preparatórios e aos de resposta. Inclui, ainda, a análise das actividades realizadas e dos recursos utilizados. No contexto da Avaliação concorrente de planos de contingência, têm sido usadas com sucesso listas para verificação do grau de execução de medidas e procedimentos, quer nas Avaliações Externas, quer nas Internas;

d) Apreciação da efectividade, da eficiência e do impacte

A avaliação da efectividade implica a medição dos resultados de saúde obtidos, a sua comparação com os objectivos formulados e a medição e análise dos eventuais desvios. Da análise, serão identificados os principais factores determinantes dos desvios e seleccionadas as medidas com probabilidade de os evitar ou minimizar, para que, no final, os objectivos de saúde possam ser alcançados. A avaliação da eficiência requer a análise dos resultados em função dos recursos utilizados. A avaliação do impacte obriga à determinação do número dos casos e dos óbitos evitados por gripe pandémica, no decurso ou no final da pandemia, em consequência da aplicação dos planos de contingência, assim como a apreciação da consequente redução do impacte social e económico da pandemia;

⁴ Imperatori E, Giraldes MR. Metodologia do Planeamento da Saúde - manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3.ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras avulsas 2. Oa; 1993.

e) Elaboração de conclusões e de propostas com vista à acção futura

Esta componente é fundamental para que a Avaliação seja consequente ou útil. Recomenda-se a elaboração de um Relatório de Avaliação e a sua divulgação junto de todos os intervenientes nos processos de elaboração e de execução dos planos de contingência, com a maior brevidade.

PROCESSOS DE AVALIAÇÃO EM CURSO

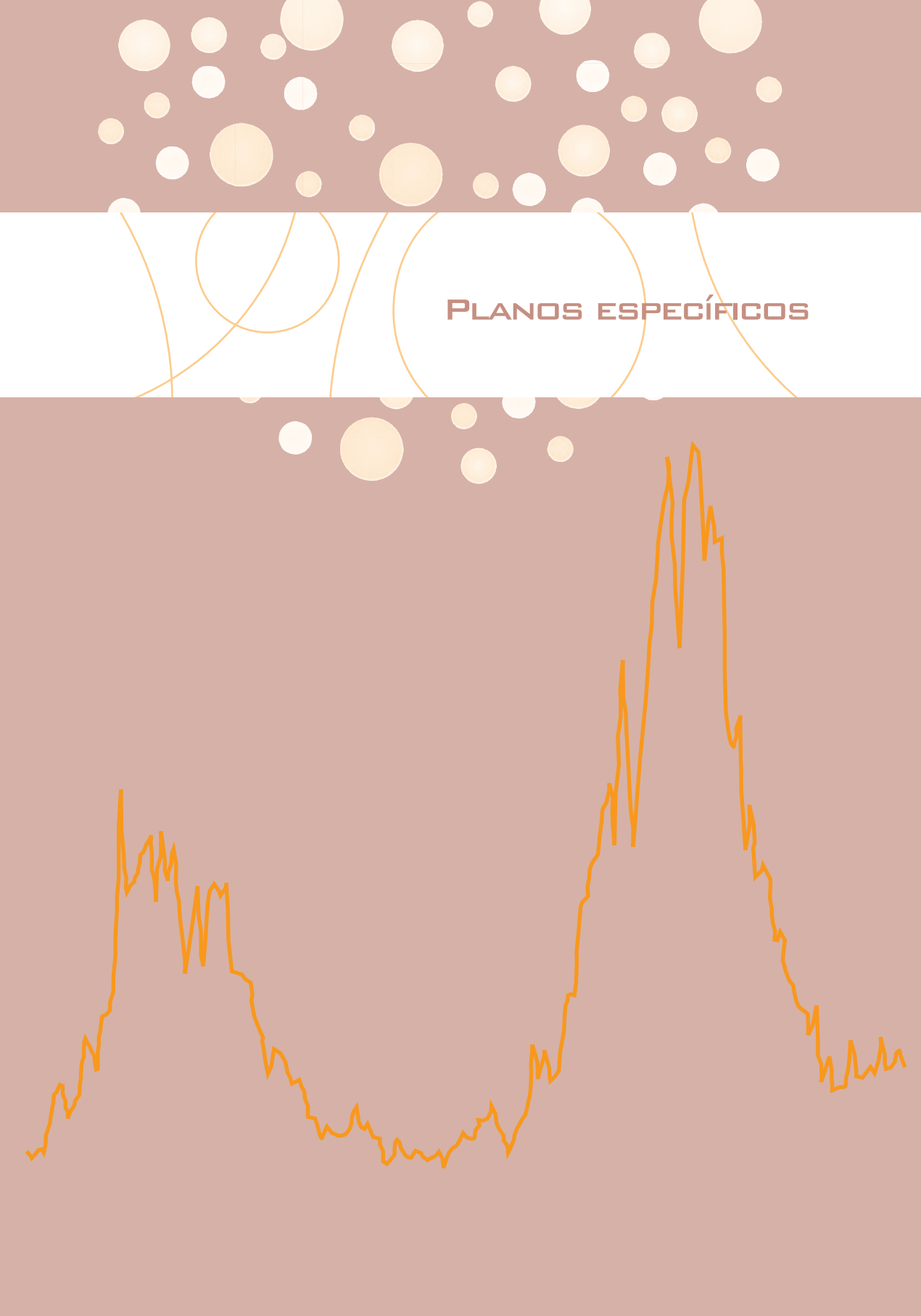
O Plano de Contingência Nacional foi alvo de uma Avaliação externa em Abril de 2006, realizada pelo ECDC. Foi utilizado um instrumento de avaliação (*Assessment tool for Influenza preparedness in European countries – with a main focus on pandemic preparedness*) elaborado pelo ECDC, em colaboração com a Comissão Europeia e a Região Europeia da Organização Mundial da Saúde. Foram identificados os pontos fortes e os pontos a desenvolver que, à data, o Plano em elaboração e as medidas e procedimentos em execução ou já executados apresentavam. A sua discussão com a Direcção-Geral da Saúde (DGS) e as demais entidades responsáveis pela elaboração e execução do Plano de Contingência Nacional revelou-se de grande utilidade para o seu desenvolvimento futuro.

Desde Abril de 2006 que o ECDC monitoriza o nível de preparação nacional perante a ameaça de uma pandemia de gripe, através da análise de questionários preenchidos pelo Grupo Operativo Nacional e da realização de *workshops* específicos.

A DGS está a preparar o processo de Avaliação concorrente dos Planos de Contingência Regionais, de acordo com os componentes e os princípios metodológicos acima descritos.

Os Comitês Regionais para a Gripe, e os respectivos Grupos Operativos, devem desenvolver os processos de Avaliação concorrente dos Planos de Contingência Locais e Institucionais da respectiva área de influência.

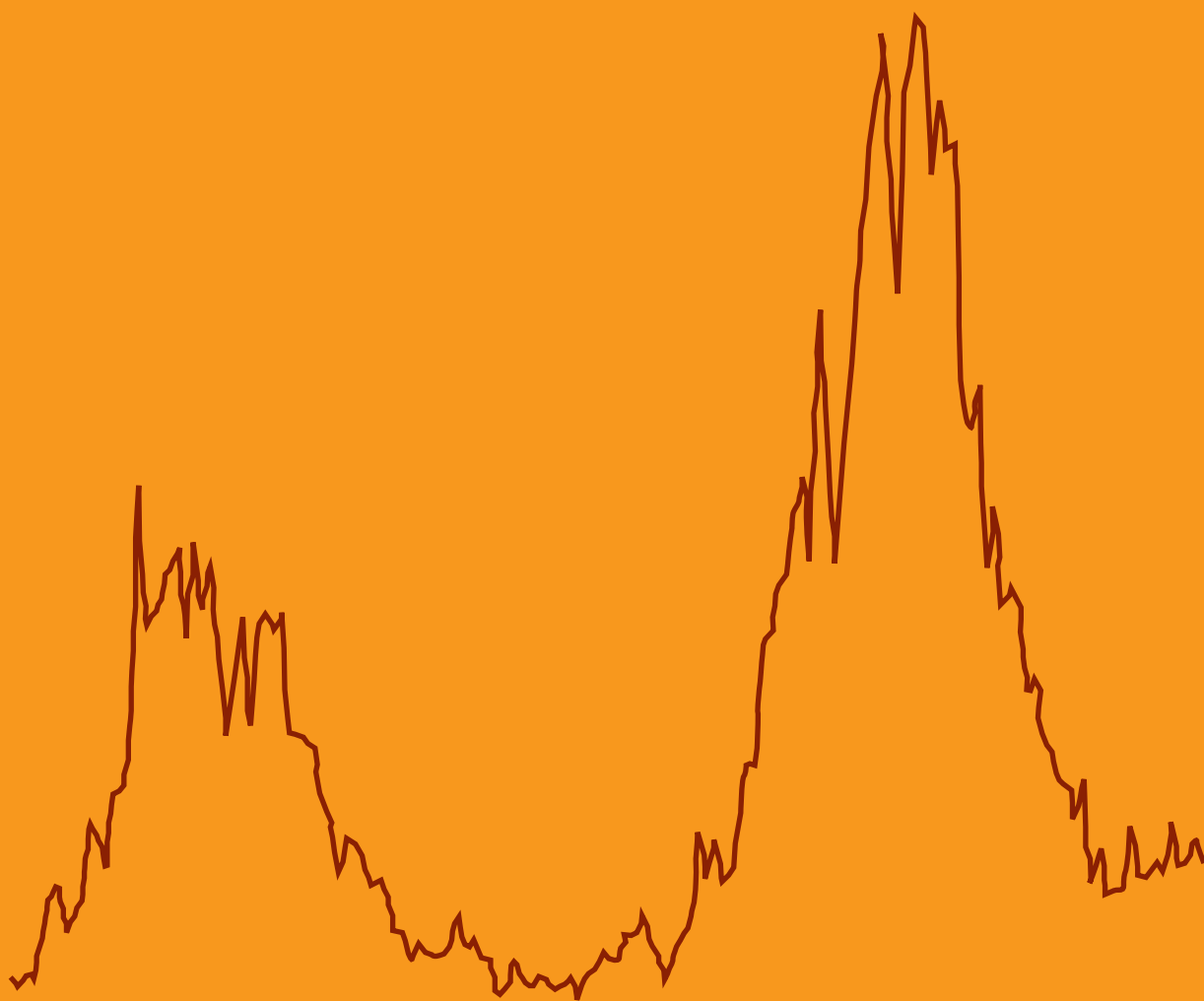




PLANOS ESPECÍFICOS



INFORMAÇÃO EM SAÚDE



INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Ana Maria Correia ¹

Ana Cristina Garcia ²

Maria da Graça Freitas ³

INTRODUÇÃO

O Plano de Contingência Nacional, elaborado de acordo com os períodos e fases da actividade gripal definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), prevê, nas suas Orientações Estratégicas, a organização da resposta do sector da saúde em quatro áreas funcionais. Estabelece, ainda, que a operacionalização destas áreas e respectivas vertentes seja levada a cabo através de Planos Específicos. A área que diz respeito à Informação em Saúde encontra-se desenvolvida no presente plano específico.

Embora os planos específicos correspondam a áreas funcionais independentes, o planeamento das acções preconizadas encontra-se interligado, tornando-os complementares e interdependentes. Este, dedicado à Informação em Saúde, articula-se de forma estreita com todos os outros.

A informação assume particular importância em qualquer plano de contingência. O sucesso da resposta a dar perante a ocorrência de uma situação que possa pôr em risco a saúde pública depende, de forma directa, da celeridade com que tal acontecimento for conhecido e da fiabilidade da informação que lhe diz respeito.

O Plano Específico de Informação em Saúde foi elaborado com o objectivo geral de preparar, de forma adequada à realidade portuguesa, o processo global que possibilitará, em tempo útil, a aquisição do conhecimento da ocorrência de casos de gripe e do risco que tal facto implica para as populações, bem como a disponibilização de outros dados ou informação relacionados, em função das necessidades de conhecimento em cada momento. A informação disponibilizada é fulcral para a tomada das decisões que fundamentam a resposta dos serviços de saúde, nos campos da prevenção, contenção e controlo da gripe.

As necessidades de conhecimento são, como seria de esperar, diferentes em cada um dos períodos e fases da actividade gripal, desde a fase 1 até à fase 6. A identificação precoce de casos de doença provocada por um vírus da gripe para o qual a espécie humana não apresenta imunidade natural ou específica é, obviamente, de importância máxima (aplicável ao período de alerta pandémico e à fase inicial do período pandémico).

Neste contexto, são apresentados e fundamentados os métodos, as acções e os recursos a envolver, em todos os períodos da actividade gripal, no âmbito da:

- a) Criação, desenvolvimento ou adequação, implementação e utilização de sistemas de informação que permitam:

¹ Chefe de Serviço de Saúde Pública, Centro Regional de Saúde Pública do Norte. Responsável por este Plano Específico.

² Assistente Graduada de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Colaboração, organização e coordenação da edição.

³ Chefe de Serviço de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Organização e coordenação da edição.

- i. A vigilância epidemiológica da gripe, nas vertentes clínica e laboratorial;
 - ii. O conhecimento do impacto da gripe na saúde da população, na sociedade e nas instituições;
 - iii. O conhecimento da efectividade e de potenciais reacções adversas das vacinas e dos medicamentos usados na prevenção e no tratamento da gripe;
 - iv. O conhecimento da efectividade das medidas de saúde pública;
 - v. A recolha de notícias ou rumores relativos a acontecimentos com significado epidemiológico no domínio da gripe.
- b) Investigação epidemiológica, como instrumento indispensável à aquisição de informação complementar que fundamente a resposta, perante a ocorrência de casos isolados ou de surtos;
- c) Realização de outros trabalhos de investigação pontuais, que se revistam de utilidade, com base na evidência à data disponível (designados por estudos especiais);
- d) Avaliação de risco (*risk assessment*) em cada momento.

A multiplicidade, a variedade e a complexidade de dados e de informação necessários à vigilância da gripe, à avaliação de risco e às decisões e acções a executar evidenciam a utilidade dos sistemas integrados de informação.

Preconiza-se, assim, a criação de um sistema integrado de informação, designado por Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG).

O SIIG é um sistema de cobertura nacional que integra, trata, armazena e disponibiliza dados e informação provenientes de diversas fontes e sistemas de informação. Prevê-se que os processos de transferência, integração e tratamento se efectuem automaticamente.

Está previsto o acesso à informação armazenada no SIIG, ou nas fontes que o alimentam, a todos os níveis de actuação, desde o nacional ao local/institucional, para a respectiva área de intervenção, após autorização formal da Direcção-Geral da Saúde (DGS), instituição a quem cabe a responsabilidade de assegurar o desenvolvimento deste sistema de informação.

A investigação epidemiológica, a avaliação de risco e a condução de estudos especiais, dimensões *major* a considerar conjuntamente com a criação do SIIG, serão executadas a todos os níveis de actuação.

A complexidade da informação necessária ao processo de avaliação de risco em situação de pandemia e a incerteza que envolve a ameaça dessa ocorrência justificam que este plano específico seja objecto de revisão periódica e sofra as alterações que o evoluir do conhecimento científico ditar.

FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS

1. Conceptualização geral

A informação é uma componente essencial em qualquer sistema de saúde. Tradicionalmente, a informação em saúde é gerada em múltiplas fontes primárias, devendo os sistemas de informação processar e analisar os dados provenientes das fontes, produzindo informação relevante e válida de apoio às decisões.

Contudo, a necessidade de detectar, com a máxima celeridade, acontecimentos que representem ameaças para a saúde pública tem gerado a procura de soluções que complementem a informação disponibilizada pelos sistemas “clássicos”. A integração de informação proveniente de fontes “não clássicas”, como, por exemplo, as notícias divulgadas pelos meios de comunicação social, tem sido uma das soluções sugeridas e desenvolvidas nos últimos anos por especialistas e instituições internacionais, como é o caso da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Centro Europeu para a Prevenção e Controlo das Doenças (*European Centre for Disease Prevention and Control* - ECDC), designadamente através da aplicação do conceito de *Epidemic Intelligence*.

A *Epidemic Intelligence* (EI) pode ser definida como o conjunto de actividades relacionadas com a detecção precoce, verificação, avaliação e investigação de acontecimentos que possam representar uma ameaça para a saúde pública, com a finalidade de possibilitar a execução atempada de medidas de controlo.

A EI engloba actividades de detecção precoce, de “avaliação de sinais” e de investigação de surtos, compreendendo duas vertentes essenciais (Figura 1):

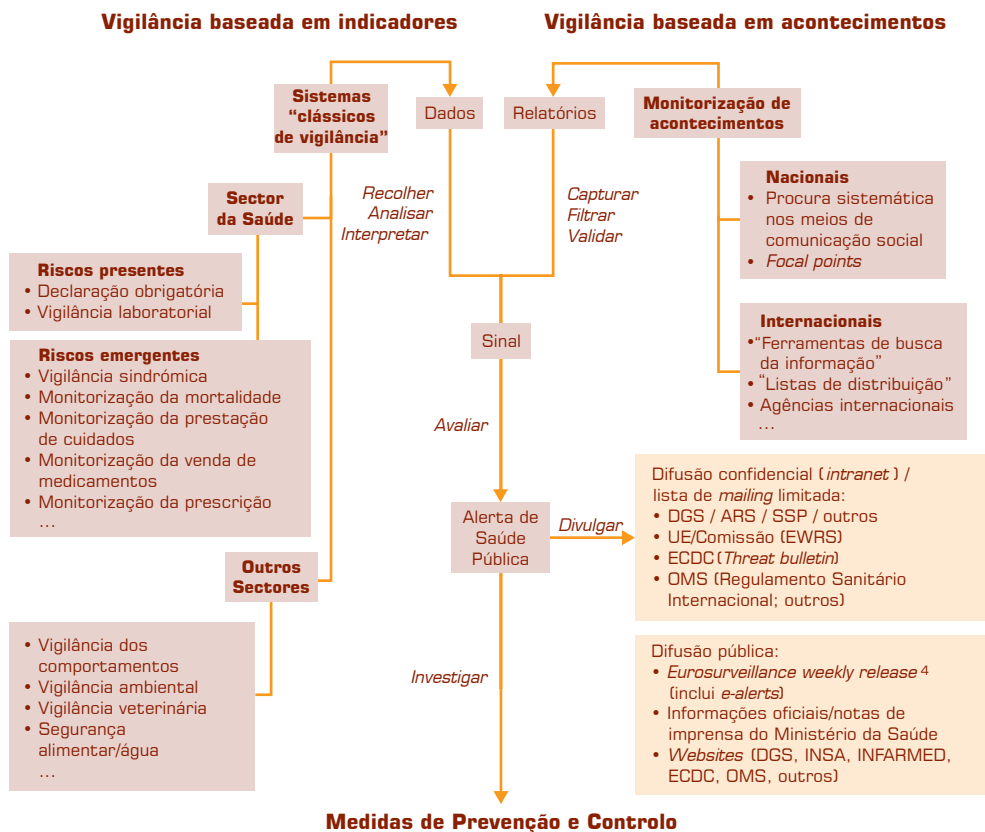


Figura 1 - Estrutura conceptual da *Epidemic Intelligence*, adaptada do ECDC ⁵

⁴ O *Eurosurveillance weekly release* é um jornal de acesso livre e gratuito, que publica informação europeia no âmbito da vigilância e controlo das doenças transmissíveis.

⁵ Adaptado do artigo original: Kaiser R, Coulombier D, Baldari M, Morgan D, and Parquet C. What is epidemic intelligence, and how is it being improved in Europe. *Eurosurveillance* 2006; 11(2). Disponível em www.eurosurveillance.org/ew/2006/060202.asp#4

- a) A vigilância baseada em indicadores, isto é, a vigilância de acontecimentos detectados através dos “sistemas clássicos” de vigilância e de monitorização da morbilidade e da mortalidade;
- b) A vigilância baseada na “captura” de acontecimentos, conhecidos a partir de “notícias” *ad-hoc* não estruturadas, sejam “notícias” oficiais, sejam rumores, produzidas por fontes formais ou informais.

A vigilância “clássica” em saúde pública é entendida como a recolha, compilação, análise e interpretação sistemática e contínua de dados e a sua divulgação junto dos que dela necessitam para orientar as decisões e acções. Das múltiplas funções que um sistema de vigilância pode desempenhar, destacam-se as que melhor se enquadram no âmbito de uma ameaça de pandemia:

- a) Detecção de casos de doença e de surtos;
- b) Estimativa do impacte da doença;
- c) Caracterização da distribuição e da propagação da doença;
- d) Monitorização e avaliação das medidas de prevenção, contenção e controlo;
- e) Apoio aos serviços de saúde para adequação da resposta.

A vigilância “baseada em acontecimentos” nasce da monitorização de ocorrências, internacionais e nacionais, com potencial para revelar ou representar riscos para a saúde pública, independentemente do local de aparecimento. Tais acontecimentos podem ser “capturados” a partir dos meios de comunicação social, de interlocutores-chave (*focal points*), de redes de comunicação electrónicas, de relatórios oficiais ou de organizações não-governamentais, entre outras fontes. Engloba os chamados processos de procura sistemática de notícias disponíveis através da *Internet* e os processos de “alerta”, via correio electrónico, entre parceiros de redes de comunicação.

O advento das novas tecnologias de comunicação veio facilitar não só a utilização destes processos de monitorização, como também a integração amigável dos dados provenientes dos sistemas clássicos.

Uma vez “capturados”, os acontecimentos devem ser filtrados e validados quanto à sua veracidade e significado epidemiológico, passando, assim, de “*raw intelligence*” para “*meaningful intelligence*”.

A integração dos dados, recolhidos, analisados e interpretados pelos sistemas clássicos e das “notícias” e rumores (*reports*) validados, potencia o reconhecimento rápido de sinais indicativos da presença de eventual ameaça à saúde das populações. A subsequente avaliação dos sinais pode levar à confirmação da existência de alertas de saúde pública, obrigando à investigação epidemiológica. A investigação permite complementar o conhecimento necessário à decisão e a operacionalização das medidas de controlo adequadas (Figura 1).

A importância da vigilância no contexto da preparação e da resposta à doença humana provocada por vírus da gripe, designadamente nos períodos de alerta pandémico e em pandemia, é inquestionável. O nível de exigência dos mecanismos de vigilância, tanto durante o processo de preparação para responder a uma pandemia como durante a pandemia, é mais elevado do que em situação de “normalidade”, pois a necessidade e a urgência de informação, por parte dos decisores, dos executores, dos meios de comunicação social e da população, aumentam substancialmente. Parecem, pois, estar

reunidos os argumentos que fundamentam a adequação da *Epidemic Intelligence* (EI) ao desafio que, no campo da informação, a ameaça de uma pandemia de gripe coloca.

A *Epidemic Intelligence* é um dos conceitos fundamentais do quadro de referência utilizado no Plano Específico de Informação em Saúde.

Defende-se, assim, a implementação de mecanismos que possibilitem a integração de dados recolhidos a partir dos sistemas clássicos de vigilância da gripe e dos sistemas de monitorização da mortalidade, da morbilidade e da prestação de cuidados de saúde com “notícias” e rumores que tenham significado epidemiológico no contexto da gripe. Pretende-se potenciar o reconhecimento precoce de todos os acontecimentos relacionados com a doença provocada por vírus da gripe que possam alterar o nível de risco para a saúde das populações e, consequentemente, implicar a execução de novas medidas de prevenção e controlo. A avaliação de risco é, pois, o outro conceito fundamental neste quadro de referência.

A avaliação de risco (*risk assessment*) é entendida como o processo que permite estimar a probabilidade de ocorrência de efeitos nocivos na saúde das pessoas, resultantes da exposição a riscos para a saúde ou da ausência de influências benéficas. Este processo deve seguir-se, naturalmente, à investigação dos alertas detectados pelos mecanismos que sustentam a *Epidemic Intelligence*.

A capacidade de comunicar os riscos estimados, junto dos decisores, interventores e população em geral, é um factor crítico da utilidade de todos os processos referidos anteriormente, desde a recolha de dados até à avaliação de risco. As estratégias de comunicação do risco encontram-se referidas no Plano Específico de Comunicação.

A execução das medidas de resposta é, fundamentalmente, da competência dos serviços prestadores de cuidados. O planeamento da organização dos serviços prestadores directos de cuidados de saúde insere-se no âmbito dos planos específicos dirigidos à prevenção, contenção e controlo da gripe (de Medidas de Saúde Pública, de Cuidados de Saúde em Ambulatório, de Cuidados de Saúde em Internamento e de Vacinas e Medicamentos).

2. Conceptualização do Sistema Integrado de Informação da Gripe

No momento actual, em qualquer área do conhecimento, o volume de informação disponível é muito elevado, prevendo-se que o crescimento exponencial verificado nos últimos anos se mantenha. Este facto é um dos principais factores condicionantes da necessidade de organizar a informação em sistemas específicos, a que chamamos Sistemas de Informação⁶.

No contexto da preparação de medidas para fazer face a uma pandemia de gripe, a necessidade de organizar informação específica decorre não só do volume de dados, mas também da sua variedade e complexidade, assim como da existência de um elevado número de sistemas de informação primários que os recolhe, trata e armazena.

O aproveitamento dos sistemas existentes parece ser adequado, desde que a informação gerada por cada um seja harmonizada com a dos demais.

⁶ Por sistema de informação entende-se o conjunto formado por vários componentes, sejam pessoas, processos, equipamento informático ou outros, que permite produzir, recolher, armazenar e transferir dados.

A utilização da *Epidemic Intelligence* eleva ainda mais o nível de exigência dos processos de organização da informação, face à diversidade de dados e fontes que integra. Para além da "captura de acontecimentos", as exigências no âmbito da vigilância "clássica" aumentam: a par das declarações clínicas e laboratoriais de rotina, é necessário integrar e interpretar síndromas clínicas, em actualização permanente, dados de mortalidade, de utilização e de actividade dos serviços de saúde, de consumos, bem como de impacte na saúde das populações, nos serviços de saúde e em diversos outros sectores da sociedade.

Por outro lado, em situação de pandemia, a capacidade técnica de resposta do sistema de saúde estará seguramente diminuída, em virtude da sobrecarga de trabalho e da diminuição do número de profissionais ao serviço. Em face destes constrangimentos, o sistema de informação deve fornecer, em tempo útil, não mais do que a informação válida necessária para a avaliação de risco e para a gestão dos recursos disponíveis, independentemente da pressão a que o sistema de saúde esteja submetido.

Os factos expostos justificam a necessidade de desenvolver sistemas especialmente vantajosos nas situações em que se impõe integrar informação complexa, de que são exemplo os denominados sistemas integrados de informação.

Por sistema integrado de informação entende-se o sistema que recebe, integra, trata, armazena e difunde, de forma organizada e coerente e por intercâmbio electrónico, dados e informação obtidos a partir de vários sistemas ou fontes de informação, incluindo fontes não estruturadas.

A criação do Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG) é uma solução adequada à exigência dos desafios que se levantam no âmbito do acesso e utilização de informação válida de apoio à decisão, na prevenção e controlo da doença.

Embora a sua utilidade seja particularmente relevante nas fases de maior risco para a saúde das populações, o SIIG deve ser criado nas fases de menor risco, em que os serviços e profissionais se encontram sob menor pressão e em que é possível dispor de tempo, não só para contornar os constrangimentos e obstáculos inerentes aos projectos tecnológicos complexos, mas também para a utilização experimental das suas funcionalidades. Além disso, a utilização de um sistema integrado de informação é gerador de relevantes ganhos em eficiência, em qualquer fase da actividade gripal.

Com a criação do SIIG, não se pretende duplicar fontes ou sistemas primários de recolha de dados. Pelo contrário, este projecto assenta numa estratégia de potenciação e rentabilização dos recursos existentes, preconizando-se a utilização, tanto quanto possível, dos sistemas e fontes de informação já existentes, adiante designados por Sistemas de Informação Primários (SIP).

A função do SIIG será integrar os dados e a informação recolhidos pelos sistemas e fontes existentes, clássicos ou de "captura de acontecimentos", bem como outros dados relevantes, como sejam os resultantes de estudos especiais realizados no contexto da gripe ⁷ [Anexo I - Arquitectura Básica do Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG)], como foi referido. O tratamento, o armazenamento e a disponibilização da informação, que resultarão do processo contínuo de integração,

⁷ Está em curso um projecto de investigação da Direcção-Geral da Saúde, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, designado "Vigilância epidemiológica de uma pandemia de gripe - Desenvolvimento de um modelo de sistema de informação para a vigilância epidemiológica da pandemia de gripe", cuja finalidade é testar modelos de vigilância da gripe.

serão funções subsequentes do SIIG.

A identificação e avaliação dos Sistemas de Informação Primários (SIP), com a finalidade de medir a sua adequação aos objectivos pretendidos para cada período e fase da actividade gripal, é o primeiro passo do processo de integração de dados no SIIG. Os problemas que forem identificados devem ser corrigidos, tendo em atenção a estrutura do sistema, os recursos necessários à sua adaptação e o custo das alterações a introduzir.

Para além do uso e da adequação dos SIP existentes, prevê-se a necessidade de desenvolver sistemas de informação primários adicionais, como alternativa ou complemento⁸. A criação destes sistemas adicionais poderá ser precedida da realização de projectos de investigação que testem modelos de recolha e de transferência de dados.

Os avanços verificados nas tecnologias da comunicação, em geral, e nas tecnologias electrónicas, em particular, possibilitam a construção de um sistema integrado de informação que garanta o intercâmbio rápido e amigável de informação entre todos os utilizadores.

Após a activação do SIIG, a respectiva infra-estrutura tecnológica deverá ser utilizada, tanto quanto possível, quer para o desenvolvimento de projectos de investigação, quer para a criação de sistemas de informação adicionais.

3. Articulação com o nível supranacional

O Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG) deve ser implementado de forma articulada e coordenada com as entidades internacionais dotadas de competências no domínio da vigilância da gripe, a fim de disponibilizar a informação necessária ao cumprimento dos compromissos internacionais que Portugal assumiu.

A articulação, no campo da informação, com parceiros supranacionais, embora fundamental ao longo de todo o período de preparação para a pandemia e durante a pandemia, reveste-se de importância fulcral nos períodos de maior risco, em que o acompanhamento da evolução da situação internacional e a troca de informação sobre as características dos vírus isolados devem ser intensificados.

Nesta área, são várias as questões a considerar no âmbito da criação e da actualização do SIIG, das quais se realçam:

- a) A recente recomendação da OMS no sentido da adopção imediata de alguns artigos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

O RSI foi formalmente adoptado durante a 58.^a Assembleia Mundial da OMS, em Maio de 2005, estando prevista a sua entrada em vigor em Junho de 2007. No entanto, a OMS, reconhecendo que alguns artigos do RSI se mostram muito úteis e especialmente relevantes para garantir uma resposta coordenada da comunidade internacional face à ameaça de uma pandemia de gripe, propôs aos Estados Membros (EM) a sua adopção imediata, com carácter voluntário.

⁸ Está em curso o desenvolvimento de um Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe (SIAPC-G), que será um dos novos Sistemas de Informação Primário (SIP) do Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG).

Esta proposta foi unanimemente aceite durante a 59.^a Assembleia Mundial da OMS, que teve lugar em Maio de 2006.

A assunção imediata do articulado proposto tem implicações ao nível do sistema de informação, porque obriga à notificação urgente para a OMS de todos os casos, prováveis ou confirmados, de doença humana provocada por vírus transmitido a partir de animais. Para além disso, nos artigos em causa recomenda-se que os Estados Membros (EM) procedam periodicamente à troca de informação actualizada sobre a situação epidemiológica e sobre as medidas de saúde pública aplicadas.

- b) A elaboração, em curso, de um plano de vigilância para a pandemia de gripe, da responsabilidade do Centro Europeu para a Prevenção e Controlo das Doenças (*European Centre for Disease Prevention and Control* - ECDC).

A OMS, a Comissão Europeia (CE) e o ECDC têm organizado várias iniciativas conjuntas, com a finalidade de orientar os países da União Europeia (UE) na preparação e resposta à pandemia e de definir procedimentos para garantir a articulação entre os países. O ECDC, no seu papel de coordenador das actividades de vigilância epidemiológica ao nível da União Europeia, tem procurado definir uma plataforma de actividades de vigilância que, simultaneamente, sirvam os interesses da comunidade e dos EM, para o que tem contado com a participação dos vários países. Actualmente, aguarda-se a publicação do resultado desse trabalho de reflexão conjunta, o que poderá implicar a adequação do SIIG às novas exigências europeias.

- c) A obrigação, decorrente da legislação comunitária em vigor, de comunicar situações que impliquem risco, para mais do que um país, à rede comunitária, através do *Early Warning and Response System* (EWRS), que é a plataforma central de alerta e resposta comunitária.
- d) A adequação ao Plano Comunitário de Preparação e Resposta para a Pandemia de Gripe da Comissão Europeia, da responsabilidade da rede europeia do *European Influenza Surveillance Scheme* (EISS).

Portugal integra a rede europeia do EISS, através do Centro Nacional da Gripe do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. O EISS tem como missão promover a cooperação entre os laboratórios europeus que fazem a vigilância laboratorial do vírus da gripe.

O Centro de Coordenação do EISS está a desenvolver o Plano Comunitário de Preparação e Resposta para a Pandemia de Gripe da Comissão Europeia, através da celebração de um protocolo entre os EM. Desse protocolo constarão as actividades que, ao nível clínico e laboratorial, serão levadas a cabo pelo EISS, pela rede europeia responsável pela vigilância clínica e pela rede de laboratórios, durante as diferentes fases da actividade gripal.

PONTOS CRÍTICOS

O ponto crítico mais relevante prende-se com o ambiente de incerteza que rodeia a elaboração do Plano de Contingência Nacional, designadamente no que diz respeito ao período pandémico. Esse facto justifica, por si só, que a componente da informação em saúde seja revista periodicamente, face à evolução do conhecimento científico.

Admite-se que a implementação do Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG) minimize os efeitos dessa incerteza, dado que a integração e a difusão automáticas de dados provenientes de várias fontes permitem monitorizar a actividade gripal em tempo real, possibilitando o ajustamento da resposta dos serviços de saúde e de mais sectores da sociedade, em cada momento.

A criação do SIIG será, no entanto, complexa e morosa, pelo que a sua concretização deverá iniciar-se com a maior brevidade possível.

Para além das questões relacionadas com o financiamento, que se prevê elevado, serão de considerar os constrangimentos na vertente tecnológica, designadamente no que se refere à robustez dos sistemas de comunicação informática.

A mobilização dos recursos humanos necessários à criação e manutenção do SIIG e a garantia de vias de comunicação eficientes são pontos críticos essenciais. Os utilizadores, aos vários níveis de decisão – nacional, regional e local – terão de estar dotados das infra-estruturas necessárias, de forma a garantir o acesso fácil, célere e amigável. A fim de prevenir estes obstáculos, importa que sejam efectuados levantamentos periódicos dos recursos materiais existentes e se preveja a satisfação das necessidades identificadas.

A manutenção de vias de comunicação funcionantes será, ainda, mais difícil em situação de pandemia. Estão a ser equacionados sistemas tecnológicos alternativos aos de rotina para utilização excepcional no período pandémico, designadamente nas situações de falência de outras vias de comunicação.

Por outro lado, é de admitir que surjam dificuldades na adequação dos Sistemas de Informação Primários (SIP), desde a concessão da autorização para a sua integração até à concretização das adaptações necessárias. A negociação e o estabelecimento de compromissos, nomeadamente através da celebração de protocolos de colaboração entre os responsáveis pelo SIIG e os responsáveis pelos potenciais SIP, poderão minimizar os constrangimentos previsíveis neste domínio. Salienta-se, ainda, que a adequação dos sistemas primários não deve interferir com a autonomia necessária ao alcance dos objectivos específicos de cada sistema.

É importante que a criação de sistemas de informação adicionais seja precedida, tanto quanto possível, da experimentação de modelos de recolha e de transferência de dados, o que contribuirá para uma maior eficiência global do processo de actualização do SIIG. Deverá potenciar-se a utilização da infra-estrutura tecnológica do SIIG, conforme já foi referido, tanto para desenvolver novos sistemas e projectos de investigação, como para aceder directamente a fontes de dados não integradas em sistemas.

Será adequado, ainda, contemplar a necessidade de envolvimento das Sociedades Científicas, Associações Profissionais e de outros peritos como parceiros na apreciação das propostas de alteração dos sistemas de informação existentes ou no desenvolvimento de novos sistemas, incluindo o próprio SIIG.

A admissível escassez de equipamento informático para substituição, em situação de avaria, é também um ponto crítico a considerar durante a fase pandémica. Os serviços utilizadores do SIIG deverão, pois, constituir uma reserva de acessórios e de equipamento informático.

Serão igualmente de prever os constrangimentos que a Comissão Nacional de

Protecção de Dados (CNPd) poderá alegar relativamente à criação do SIIG. Os responsáveis pela gestão deste sistema terão de acompanhar todo o processo de autorização, a fim de minimizar os eventuais obstáculos quanto à sua concessão, tal como se encontra explicitado no ponto “Medidas e procedimentos”.

A promoção de contactos próximos com as entidades internacionais dotadas de competência na vigilância da gripe poderá prevenir eventuais disfunções entre as capacidades do SIIG e os compromissos de Portugal no campo da troca de informação epidemiológica. O SIIG terá de ser actualizado em função da evolução das decisões e recomendações internacionais.

Ainda no campo das relações com outras instituições, importa que estes participem nos trabalhos, desde o seu início, sempre que adequado. Convém, por exemplo, que as estruturas de avaliação de risco sejam envolvidas no processo de construção de indicadores, desde a criação do SIIG.

A nível nacional, deverá ser especialmente acarinhada a articulação entre os responsáveis pelo SIIG, as estruturas de avaliação de risco e as de gestão do risco, assim como a articulação com os investigadores que tenham projectos em curso na área da informação.

Admite-se que a formação dos profissionais, no contexto da apresentação e utilização do SIIG, motive a sua adesão à utilização do sistema, recomendando-se a realização das necessárias acções de formação nos períodos de menor pressão laboral.

Outro ponto crítico previsível prende-se com a desejável e necessária experiência em investigação epidemiológica de campo, sendo de recomendar, também neste âmbito, o reforço da formação dos profissionais de saúde.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS

As medidas e os procedimentos apresentados encontram-se organizados em três grandes áreas:

- a) Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG) (ponto 1);
- b) Investigação epidemiológica (ponto 2);
- c) Estudos especiais (ponto 3).

O desenvolvimento do processo de *Epidemic Intelligence* (EI), tendo por alvo a infecção provocada por vírus da gripe, e a criação de um sistema integrado de informação consistente e coerente são as pedras basilares deste plano específico.

O SIIG “materializa” o conceito de EI, ao integrar dados provenientes de sistemas de informação formais e informais.

Até à activação do SIIG, deverão estar previstas alternativas que proporcionem a informação necessária à intervenção dos prestadores de cuidados de saúde, em cada período de actividade gripal. A utilização dos sistemas de informação existentes, e dos que entretanto sejam desenvolvidos, de forma articulada e coordenada em função dos objectivos a alcançar para cada fase da actividade gripal, parece ser a solução mais eficiente.

1. Sistema Integrado de Informação da Gripe

O SIIG deverá ser concebido de forma a proporcionar informação que permita alcançar os objectivos resumidos no Quadro I.

Quadro I. Objectivos a alcançar no âmbito da informação, em função do período de actividade gripal

Período	Objectivos
Interpandémico	• Identificar e caracterizar as estirpes circulantes; • Caracterizar e monitorizar a tendência da actividade gripal; • Monitorizar a morbilidade (incidência da doença e das suas complicações), a mortalidade e a letalidade associadas à gripe; • Monitorizar e avaliar o impacte da gripe na saúde das populações, na sociedade e nos serviços de saúde; • Monitorizar e avaliar a cobertura, a efectividade e os efeitos adversos das medidas de prevenção e controlo.
Alerta pandémico	Os mesmos objectivos do período interpandémico e, relativamente ao novo subtipo viral: • Identificar e caracterizar as estirpes circulantes; • Identificar de forma rápida os casos⁹ e surtos de doença humana; • Identificar de forma rápida os contactos dos casos de doença humana ou as pessoas expostas a outras fontes de infecção; • Caracterizar os casos de doença humana segundo as dimensões pessoa, tempo e espaço.
Pandémico	Os mesmos objectivos dos períodos anteriores, sendo prioritários, em pandemia declarada, os seguintes: • Monitorizar a morbilidade (com particular destaque para a caracterização da progressão geográfica) e a letalidade da gripe pandémica; • Monitorizar e avaliar o impacte da pandemia na saúde das populações, na sociedade e nos serviços de saúde, designadamente através da monitorização da utilização dos serviços de saúde e do absentismo dos profissionais de saúde e de outros grupos populacionais; e • Identificar os grupos para intervenção prioritária; • Avaliar a sensibilidade do diagnóstico clínico da síndrome gripal; • Controlar a dispensa de medicamentos e de vacinas incluídos numa Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe (REM-G); • Contribuir para a definição da composição da vacina contra a gripe pandémica, de acordo com as características antigénicas dos vírus.

⁹ A identificação de casos de doença provocada por novo subtipo viral, quer no período de alerta pandémico, quer em pandemia, obriga à actualização permanente da definição de caso suspeito/possível, de caso provável e de caso confirmado de gripe, em função da evolução do conhecimento da doença. A definição de caso consta de Orientação Técnica própria (Orientações Técnicas da DGS, disponíveis no *site* www.dgs.pt).

Por questões de eficiência, de coerência interna e de “amigabilidade” do sistema, a concepção do SIIG deve ser globalizante, no que diz respeito ao conjunto de dados e informação que integra. Assim, o SIIG deverá disponibilizar ou permitir o acesso aos dados que possibilitem alcançar os objectivos referidos em qualquer fase da actividade gripal, embora a utilidade da informação e a pertinência do seu uso varie entre fases.

Por exemplo, o controlo electrónico da dispensa de antivirais incluídos na REM-G só será activado durante a fase 6 (Planos Específicos de Vacinas e Medicamentos, de Cuidados de Saúde em Ambulatório e de Cuidados de Saúde em Internamento). Contudo, pode ser adequado reforçar determinada área de informação nas fases anteriores àquela para a qual terá particular utilidade. É o que se verifica, por exemplo, com a vigilância clínica e a vigilância laboratorial da gripe sazonal. O seu reforço no período interpandémico ou nas fases iniciais do período de alerta pandémico permite testar um conjunto de procedimentos que serão essenciais nas fases mais avançadas de actividade gripal.

No que respeita à utilidade da informação por período de actividade gripal, é consensual que a vigilância clínica e a vigilância laboratorial são particularmente importantes no período interpandémico. No período de alerta pandémico assumem importância fundamental os mecanismos que possibilitam a identificação, a declaração e a investigação precoces de casos e de surtos de doença humana provocada pelo novo subtipo viral. Já durante o período pandémico será fulcral acompanhar a disseminação geográfica da doença e permitir a adequação da oferta dos serviços de saúde, identificar os grupos para intervenção prioritária e organizar a resposta.

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) detém a competência para viabilizar o projecto de concretização do SIIG, através de um grupo gestor, composto por peritos, internos e externos à instituição, da área da Informação em Saúde, designadamente no âmbito da teoria dos sistemas de informação, da informática, da vigilância e investigação epidemiológicas e da avaliação de risco, entre outras.

O Grupo Gestor do SIIG garantirá a sua criação, actualização, manutenção, funcionamento e gestão.

As estruturas responsáveis pela análise da informação e subsequente avaliação de risco (estruturas de avaliação de risco) terão acesso directo à informação armazenada e produzida pelo SIIG, articulando-se, ainda, com as estruturas responsáveis pela tomada de decisão - estruturas de gestão do risco - (Anexo I).

É de salientar que as estruturas de avaliação de risco e de gestão do risco funcionarão aos três níveis de intervenção: nacional (com sede na DGS), regional (com sede nas Administrações Regionais de Saúde - ARS) e local.

Embora do ponto de vista conceptual se distingam as três dimensões/vertentes de acção – recolha e transmissão de dados, avaliação de risco e gestão do risco –, é de prever a existência de interfaces entre todas elas (Anexo I).

O SIIG deverá ser criado de forma a agilizar, também, a troca de informação epidemiológica com outros sectores nacionais, em que se destacam as Autoridades de Saúde Veterinária e o Ministério da Administração Interna, e com as entidades internacionais.

Idealmente, a estrutura tecnológica do SIIG assegurará a articulação e a coordenação

com as entidades internacionais dotadas de competências na vigilância da gripe, de modo a disponibilizar a informação necessária ao cumprimento dos compromissos internacionais assumidos e que são definidos pelos organismos competentes.

A viabilização do acesso à informação armazenada no SIIG implica que se garanta a dotação dos necessários equipamentos de informação e comunicação (designadamente, os informáticos ou os telefónicos) e de outras infra-estruturas essenciais (por exemplo, a *Internet* e o correio electrónico próprio) e/ou o reforço das redes informáticas de comunicação que apoiam as diferentes estruturas e todos os profissionais utilizadores do SIIG.

Compete à DGS responder pela dotação dos recursos necessários ao desempenho das estruturas de avaliação de risco e de gestão do risco a nível nacional.

As Administrações Regionais de Saúde (ARS) serão as entidades responsáveis pela dotação dos recursos necessários ao funcionamento das estruturas de avaliação de risco e de gestão do risco regionais e locais, da respectiva área de influência.

O desenho do SIIG é aqui definido nos seus aspectos gerais, sendo os aspectos específicos desenvolvidos posteriormente pelo seu Grupo Gestor, em função dos objectivos a atingir e da relevância dos atributos do sistema para cada fase da actividade gripal.

Como atributos essenciais do SIIG deverão ser considerados os seguintes: sensibilidade, celeridade, estabilidade (robustez), simplicidade, flexibilidade, aceitabilidade, qualidade dos dados, valor preditivo positivo e representatividade.

O SIIG contemplará a construção de indicadores de saúde, registos, resumos estatísticos e relatórios (*outputs*), a divulgar pelos profissionais, aos vários níveis de intervenção, desde o nacional ao local (Anexo I).

Os processos de transferência de dados para o SIIG e o seu tratamento, armazenamento e difusão serão automáticos.

Uma vez desenvolvido, o SIIG será utilizado em todas as fases da actividade gripal, desde o período interpandémico (gripe sazonal) até ao período pandémico.

Dos sistemas e bases de dados clássicos existentes com potencialidades para serem seleccionados como Sistemas de Informação Primários (SIP), salientam-se os seguintes:

- a) Sistema Nacional de Vigilância da Gripe;
- b) Sistema de Alerta e Resposta Apropriada (SARA);
- c) Base de dados de mortalidade do Ministério da Justiça ¹⁰ [poder-se-á usar o Sistema de Vigilância da Mortalidade Diária do Observatório Nacional de Saúde (ONSA), a título provisório];
- d) Sistema de Informação das Urgências (SIU) de Hospitais e Centros de Saúde⁷;

¹⁰ Está a ser definido protocolo entre a DGS e o Ministério da Justiça, no sentido da disponibilização de acesso à referida base.

- e) Sistema de Apoio ao Médico (SAM);
- f) Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF);
- g) Sistema de Conferência de Facturas de Medicamentos;
- h) Base de dados de Resumos de Alta Hospitalar, à qual se aplica o *software* dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH);
- i) Sistema Alert®, comercializado pela empresa Médicos na *Internet* (MNI);
- j) Módulo de Vacinação do Sistema Informático de Unidades de Saúde (SINUS);
- k) Observatório do Medicamento.

Presentemente, encontram-se identificadas áreas em que é necessário desenvolver sistemas de informação adicionais.

De entre os sistemas de informação identificados como necessários, são de realçar:

- a) Um sistema que possibilite a monitorização diária da mortalidade. O acompanhamento da situação relativamente aos óbitos verificados permite conhecer e monitorizar o padrão de letalidade da gripe. Contudo, no âmbito do Ministério da Saúde, não existem, actualmente, sistemas de informação de mortalidade com representatividade nacional e que proporcionem, em tempo útil, o acesso aos dados sobre a distribuição dos óbitos por variáveis fundamentais de caracterização, seja a causa de morte (que permite seleccionar os de causa atribuível à gripe), seja a idade, o sexo ou o local de residência. Conforme atrás se referiu, admite-se que as negociações em curso, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, permitam, a curto prazo, o acesso directo a certificados de óbito electrónicos.
- b) Um sistema que permita o controlo electrónico da dispensa de medicamentos integrados na Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe (REM-G), durante a pandemia. Encontra-se em fase adiantada de desenvolvimento um projecto que possibilita esta funcionalidade, uma vez que assegura o seguimento do doente em todos os contactos com os serviços de saúde e a dispensa controlada de medicamentos – o Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe (SIAPC-G). O SIAPC-G foi concebido em parceria entre a Direcção-Geral da Saúde (DGS), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF). A construção da sua infra-estrutura tecnológica foi adjudicada a uma empresa privada (*Microsoft*).

A responsabilidade do desenvolvimento deste projecto é da DGS, em estreita articulação com o IGIF. Pela sua implementação são também co-responsáveis, além da DGS, o IGIF e as ARS, contando com a colaboração do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED).

A sua finalidade geral é apoiar a prestação de cuidados de saúde em situação de pandemia.

O SIAPC-G é um sistema versátil que permite conhecer o número de pessoas

consultadas por síndrome gripal e caracterizar cada doente por uma série de variáveis previamente definidas. Deste modo, o SIAPC-G, viabiliza a consecução dos seguintes objectivos:

- i. Assegurar uma efectiva distribuição do medicamento;
- ii. Garantir equidade no acesso ao medicamento, por parte dos doentes;
- iii. Contribuir para a adequação da oferta de cuidados, nomeadamente através da integração de dados entre os Serviços de Atendimento da Gripe (SAG) em ambulatório e os serviços de internamento;
- iv. Acompanhar o percurso do doente e apoiar a prestação de cuidados;
- v. Identificar focos locais ou regionais de gripe;
- vi. Contribuir para a vigilância epidemiológica da doença;
- vii. Contribuir para o cálculo de estimativas de incidência da doença.

Prevê-se a sua disponibilização para teste durante o primeiro semestre de 2007. As ARS serão co-responsáveis no processo de teste.

As especificações deste sistema encontram-se definidas em dossiê técnico próprio.

Uma vez concluído, o SIAPC-G funcionará como um dos Sistemas de Informação Primários (SIP) do SIIG.

- c) Um sistema que permita a monitorização do absentismo dos profissionais de saúde e de outros grupos populacionais. Esta variável é considerada como um *proxi* da ocorrência de surtos de gripe e do seu impacto. O projecto de investigação da DGS, designado por "Sistema de Informação para a Vigilância Epidemiológica da Pandemia de Gripe" ⁷, pretende, entre outros aspectos, testar um instrumento de vigilância do absentismo escolar e laboral. No final do projecto, e caso o modelo se revele adequado, poderá ser criado um sistema de informação que o reproduza.

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1. DESENHO E APROVAÇÃO DO SIIG ¹¹	■	■			
1.1. Nomeação do Grupo Gestor do SIIG	■	■			Grupo coordenado pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) e composto por peritos da área da Informação em Saúde. Será nomeado pelo Director-Geral da Saúde.
1.2. Desenho do SIIG O SIIG integrará os dados provenientes dos Sistemas de Informação Primários (SIP) e da investigação epidemiológica de casos e surtos de gripe, assim como, tanto quanto possível, os resultados de estudos especiais. A informação disponibilizada pelo SIIG será comunicada às estruturas de avaliação de risco. O SIIG integrará também os produtos do processo de análise de risco e concederá facilidades tecnológicas ao processo de avaliação de risco que fundamenta a decisão. Os produtos da avaliação de risco serão accedidos pelas estruturas de gestão do risco, de forma directa e automática. No desenho do SIIG deverão ser contempladas as funcionalidades necessárias à garantia da articulação entre as várias estruturas utilizadoras do sistema, a todos os níveis de intervenção. Importa garantir a articulação estreita e a troca de informação entre as estruturas de avaliação de risco, verticalmente, entre os níveis nacional, regional e local, e, horizontalmente, dentro do mesmo nível.	■	■			O Grupo Gestor do SIIG completará o desenho do SIIG nos seus aspectos específicos, de acordo com os atributos adequados a cada fase da actividade gripal. A sensibilidade, celeridade e aceitabilidade são atributos de grande importância desde o período interpandémico, embora devam ser reforçados a partir do período de alerta pandémico. No período de alerta pandémico, o SIIG deve ser suficientemente rápido e sensível, de forma a detectar precocemente os primeiros casos atribuíveis a um novo vírus, a identificar e caracterizar o novo subtipo viral, a caracterizar o padrão de transmissão, designadamente a transmissão pessoa-a-pessoa, a detectar alterações na virulência do agente e a detectar os primeiros surtos. Em pandemia, o SIIG deverá estar particularmente direccionado para a identificação de grupos para intervenção prioritária, para a monitorização da incidência e da gravidade da doença, para o controlo da dispensa de medicamentos incluídos na Reserva Estratégica de Medicamentos (REM) e para a avaliação do impacto da pandemia nos serviços de saúde. Assim, assumem relevância especial os atributos de robustez, simplicidade e flexibilidade. A qualidade da informação, o valor preditivo do sistema e a sua representatividade são atributos muito importantes em qualquer período de actividade gripal.

- A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)
- A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

¹¹ Idealmente, o SIIG deveria ser desenhado e criado nas fases 1 e 2 (período interpandémico). Contudo, como tal não foi possível, a sua criação deve ocorrer com a maior celeridade durante a fase 3. Uma vez desenvolvido, o SIIG será utilizado em todas as fases da actividade gripal.

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1.3. Apresentação e aprovação do desenho do SIIG	■	■			Responsabilidade: DGS.
O SIIG será aprovado, na generalidade, pelo Ministro da Saúde, no âmbito deste Plano. O desenho definitivo e as respectivas actualizações serão aprovadas pelo Director-Geral da Saúde.					
1.4. Solicitação de autorização à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) para desenvolvimento do SIIG	■	■			Responsabilidade: Grupo Gestor do SIIG (DGS).
O desenho do SIIG será apresentado à CNPD, solicitando-se a autorização para o seu desenvolvimento. Deverá ser dada resposta a todas as solicitações da CNPD durante o processo de autorização.					
2. CRIAÇÃO DO SIIG					
2.1. Garantia de financiamento do sistema e dos seus diversos componentes	■	■	■	■	O Grupo Gestor do SIIG (DGS) será responsável pela execução das medidas necessárias à garantia de financiamento do sistema, a nível nacional. As Administrações Regionais de Saúde (ARS) serão co-responsáveis pelo processo de financiamento do SIIG, na respectiva área de influência.
2.2. Selecção da melhor solução tecnológica para o desenvolvimento do SIIG	■	■			Responsabilidade: Grupo Gestor do SIIG (DGS). Colaboração: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) e, eventualmente, outros peritos da área informática. A comunicação entre todos os utilizadores deverá ser ágil, eficiente e amigável.
O processo de selecção da melhor opção tecnológica para o desenvolvimento do SIIG será iniciado mediante a apresentação de um caderno de encargos, seguindo-se a consulta e análise das soluções adequadas à construção de sistemas integrados de informação disponíveis no mercado. Deverá ser seleccionada a melhor infra-estrutura tecnológica, com vista ao intercâmbio electrónico de dados e de informação, bem como à sua integração, tendo em conta o estado da arte, as características dos SIP e as infra-estruturas de comunicação informática existentes nos vários níveis de utilização.					

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
2.3. Criação da infra-estrutura tecnológica do sistema¹² Após a selecção da melhor solução tecnológica e subsequente adjudicação, será dado início à sua criação. A entidade contratante e a entidade contratada deverão manter-se em estreita colaboração durante todo o processo. A criação da infra-estrutura tecnológica do SIIG implica o desenvolvimento das medidas indicadas nos pontos compreendidos entre o 2.4. e o 2.9., atendendo a que as estruturas tecnológicas que suportam os sistemas e fontes primários terão de ser conhecidas. O desenvolvimento da infra-estrutura tecnológica poderá implicar o reforço das redes informáticas de comunicação que apoiam os profissionais utilizadores do SIIG (medidas 2.10. e 2.11.).	■	■	■	■	Coordenação do processo: Grupo Gestor do SIIG (DGS). Execução: empresa responsável pelo desenvolvimento da infra-estrutura seleccionada; outros peritos (ou serviços) da área informática. Se necessário, a selecção dos peritos será submetida às regras de prestação ou compra de serviços da Administração Pública. O IGIF terá estatuto de parceiro privilegiado. Serão, ainda, parceiros as ARS, no seu âmbito de actuação (levantamento e dotação de recursos, nos pontos 2.10. e 2.11. deste quadro).
2.4. Levantamento dos sistemas de informação existentes e de outras fontes de dados não integradas em sistemas Será efectuado o levantamento dos sistemas de informação existentes, assim como de outras fontes não integradas em sistemas, que recolham e armazenem dados e informação adequados à integração no SIIG (potenciais SIP). Para cada potencial SIP será criado um dossiê técnico. De acordo com os princípios da <i>Epidemic Intelligence</i>, deverão ser considerados os sistemas "clássicos" e os processos de "captura de acontecimentos" através de "notícias" e rumores.	■	■	■	■	Responsabilidade: Grupo Gestor do SIIG. Prevê-se a utilização da Unidade de Emergência de Saúde Pública (UESP), da DGS, como fonte de "notícias" e rumores decorrentes da monitorização de acontecimentos com potencial impacte na saúde pública. Em qualquer momento, pode ser identificado ou criado um novo SIP.

¹² É de admitir que algumas funcionalidades possam ser desenvolvidas nas fases 4 ou 5. Neste caso, deverão ser aplicadas o mais precocemente possível. O processo de decisão quanto ao momento da sua execução deve ter em consideração que, perante a ameaça de uma pandemia de gripe, não se exclui a hipótese de se passar rapidamente da fase 3 para a fase 6, o que retira capacidade de execução de qualquer medida preparatória durante as fases 4 e 5.

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
2.5. Avaliação dos sistemas de informação existentes no âmbito da gripe, com potencialidades para funcionar como SIP A avaliação dos potenciais SIP tem por objectivo verificar a adequação dos dados e informação recolhidos e armazenados por cada um, tendo em conta os objectivos e atributos do SIIG e a exequibilidade técnica da sua integração⁷.	■	■	■	■	Responsabilidade: Grupo Gestor do SIIG (DGS).
2.6. Integração dos sistemas e fontes identificados para funcionarem como SIP Nas situações em que os sistemas existentes reúnem os requisitos necessários para a integração no SIIG, será celebrado protocolo com os responsáveis pela gestão de cada sistema.	■	■	■	■	O Grupo Gestor do SIIG (DGS) fará a proposta de integração. Para cada sistema, o protocolo de integração será celebrado entre a DGS e o responsável pela gestão do SIP.
2.7. Adequação dos sistemas com potencialidades para funcionar como SIP Nas situações em que o sistema de informação existente não se adequa aos objectivos de informação esperados, propor-se-á a sua adequação, quando exequível. Acordada a colaboração, será formalizado o respectivo protocolo de adequação, em que deverão constar as alterações a introduzir, o cronograma das acções a executar e a data limite para a conclusão das correcções.	■	■	■	■	O Grupo Gestor do SIIG (DGS) fará a proposta de adequação. Para cada sistema, o protocolo de adequação será celebrado entre a DGS e o responsável pela gestão do SIP.
2.8. Criação de sistemas de informação primários adicionais As propostas de criação de Sistemas de Informação Primários (SIP) adicionais serão elaboradas em função dos objectivos de conhecimento essenciais ao apoio à decisão e à acção. A estrutura tecnológica do SIIG deverá ser aproveitada, se possível, para a transferência e armazenamento electrónicos dos “novos” dados, directamente a partir das fontes primárias, obviando outros investimentos tecnológicos. No processo de criação ou de adequação dos sistemas de vigilância, deverá ser tida em consideração a vantagem dos sistemas de vigilância síndrómica, recomendados na vigilância de acontecimentos que traduzam riscos emergentes.	■	■	■	■	O Grupo Gestor do SIIG (DGS) fará a avaliação das necessidades e a proposta de criação de sistemas de informação adicionais. Como já mencionado, encontra-se em fase adiantada de desenvolvimento o Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe (SIAPC-G), destinado a apoiar a prestação de cuidados de saúde dos serviços envolvidos no atendimento de doentes com gripe pandémica. Entre outras funcionalidades, este sistema permite garantir uma efectiva distribuição de medicamentos, assegurando equidade no acesso ao medicamento por parte do doente. Permite ainda fazer o acompanhamento do doente e contribuir para a vigilância epidemiológica da doença e para a adequação da oferta de cuidados.

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
2.9. Criação de funcionalidade que permita a integração de “notícias” e “rumores” Será criada uma funcionalidade que permita o acesso e a integração de “notícias” <i>ad-hoc</i> não estruturadas e produzidas por fontes formais ou informais, que indiquem a suspeita ou existência de acontecimentos passíveis de traduzir situações que aumentam o nível de risco epidemiológico. Salienta-se a importância dos rumores ou relatos da existência de casos de doença respiratória aguda de etiologia desconhecida na comunidade. A integração deste tipo de informação com a obtida a partir dos sistemas clássicos (<i>Epidemic Intelligence</i>) levará ao aumento da sensibilidade do SIIG, aspecto particularmente importante no período de alerta pandémico e nas fases iniciais do período pandémico.	■	■	■	■		O Grupo Gestor do SIIG (DGS) será responsável pela elaboração da proposta de criação de uma funcionalidade para a integração de “notícias” e rumores. Deverão ser identificados os processos de “captura” de acontecimentos existentes, a todos os níveis de intervenção, desde o nacional, em que se prevê a utilização da UESP, até ao local.
2.10. Levantamento da capacidade instalada de equipamentos e de outras infra-estruturas de acesso à informação Deverá ser efectuado o levantamento da capacidade instalada de equipamentos e infra-estruturas essenciais ao acesso à informação armazenada no SIIG, junto dos profissionais/estruturas a quem irá ser facultada permissão para esse acesso, de acordo com a solução tecnológica seleccionada.	■	■	■	■		Responsabilidade: • Nível central: Grupo Gestor do SIIG (DGS); • Níveis regional e local: ARS. O levantamento e a dotação de recursos deverão ser efectuados em função da solução tecnológica seleccionada para o SIIG.
2.11. Dotação de equipamentos e outras infra-estruturas de acesso à informação Em função do levantamento efectuado, e de acordo com a solução tecnológica seleccionada, os profissionais/estruturas com permissão de acesso aos dados e informação do SIIG deverão ser dotados dos equipamentos e outras infra-estruturas para esse efeito.	■	■	■	■		Responsabilidade: • Nível central: DGS; • Níveis regional e local: ARS. A dotação de recursos será efectuada em função da solução tecnológica seleccionada para o SIIG.
2.12. Definição das linhas de base dos dados (baselines)	■	■	■	■		Será promovida a realização de estudos especiais neste âmbito (“Estudos especiais”, no texto).

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
2.13. Selecção e construção dos indicadores e outputs	■	■	■	■	Responsabilidade: Grupo Gestor do SIIG (DGS). Colaboração: outros peritos das áreas da informação, planeamento da saúde, investigação e vigilância epidemiológica, bem como os responsáveis pelo desenvolvimento da estrutura tecnológica do sistema e das estruturas de avaliação de risco, para os três níveis de intervenção (nacional, regional e local/institucional).
Serão seleccionados e construídos indicadores de saúde, registos, resumos estatísticos e relatórios próprios (<i>outputs</i>), em função dos objectivos do SIIG, por fase da actividade gripal (a constar de dossiê técnico próprio).					
2.14. Definição de critérios de avaliação de risco	■	■	■	■	Os critérios de avaliação de risco serão definidos sob coordenação do Grupo Gestor do SIIG (DGS), em colaboração com as estruturas de avaliação de risco, para os três níveis de intervenção (nacional, regional e local/institucional).
As interfaces entre a recolha e a transmissão de dados, a avaliação de risco e a gestão do risco obrigam à negociação prévia de critérios de acção, entre o Grupo Gestor do SIIG (DGS) e as estruturas de avaliação de risco, assim como entre estas e as de gestão do risco. No contexto da criação do SIIG terão, pois, de ser definidos critérios de avaliação de risco, adequados a cada fase da actividade gripal e a cada nível de intervenção. Os critérios definidos poderão ser formalizados sob a forma de protocolo.					

3. ACTIVAÇÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)

3.1. Concessão de permissão de acesso

Os profissionais que terão acesso à informação armazenada e produzida pelo SIIG serão seleccionados e nomeados, assim que o SIIG se encontre em fase de desenvolvimento que o justifique.

As estruturas de avaliação de risco deverão ter acesso directo. Será de ponderar o mesmo acesso às estruturas de gestão do risco.

O acesso será concedido nominalmente aos profissionais propostos, respeitando-se as regras internacionalmente definidas para a segurança e confidencialidade dos dados e da informação.



A DGS seleccionará os profissionais a quem, a nível nacional, será concedida permissão de acesso.

Aos níveis regional e local/institucional, serão as ARS a deter a responsabilidade pela selecção dos respectivos profissionais e pela sua identificação junto do Grupo Gestor do SIIG (DGS).

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
3.2. Formação dos utilizadores Deverá ser proporcionada formação básica aos utilizadores do SIIG, assim que o sistema se encontre em fase de teste. Do seu conteúdo deverão constar os objectivos, atributos e funcionalidades do SIIG. Idealmente, deverá ser facultada a utilização experimental do sistema, permitindo não só o treino por parte do utilizador, como também a identificação de potenciais erros na estrutura do sistema.					Coordenação do processo: Grupo Gestor do SIIG (DGS). Colaboração: ARS. Execução: Grupo Gestor do SIIG (DGS), profissionais informáticos que tenham desenvolvido a estrutura tecnológica do sistema e, eventualmente, outros peritos na área da informação.
3.3. Activação do SIIG ¹³ O SIIG deverá ser activado logo que concluída a sua construção, de acordo com os procedimentos e pressupostos acima indicados, concedidas as permissões de acesso e terminada a formação dos utilizadores. No momento da activação do SIIG, deverá estar assegurada a dotação dos recursos mínimos necessários à sua utilização. A activação do SIIG não implica a utilização dos mesmos dados e informação em todas as fases da actividade gripal. Em cada fase, deverá estar disponível o acesso aos dados e informação mínimos necessários às respectivas exigências de conhecimento, de acordo com as orientações do Grupo Gestor do SIIG (DGS) (ponto 2.13.).					A DGS comunicará a todos os parceiros a data a partir da qual o SIIG entrará em funcionamento.

¹³ Até à activação do SIIG, devem ser utilizados os sistemas de informação existentes e os que entretanto sejam desenvolvidos, da forma o mais articulada possível, e tendo em conta os objectivos de informação para cada período e fase da actividade gripal.

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
4. GESTÃO DO SIIG: ACTUALIZAÇÃO, MANUTENÇÃO E AVALIAÇÃO Periodicamente, deverá proceder-se à avaliação e actualização do SIIG, em função dos seguintes factores: • Evolução tecnológica das soluções de apoio aos sistemas integrados de informação (vertente tecnológica); • Desenvolvimento de novos sistemas ou fontes primárias de informação na área da gripe; • Evolução da situação epidemiológica no âmbito da doença provocada por vírus da gripe. A entrada em qualquer fase da actividade gripal pode obrigar à revisão e adequação do SIIG e dos respectivos Sistemas de Informação Primários (SIP). A integração de novos sistemas ou fontes de informação implica a sua avaliação e adequação, de harmonia com o descrito nas medidas de 2.4. a 2.9.; • Alteração da definição de caso de gripe; • Alteração dos compromissos de Portugal junto das organizações internacionais, no contexto do intercâmbio, recomendado ou obrigatório, de informação sobre a gripe. Poderá ser necessário ajustar as linhas de base, os indicadores e os <i>outputs</i> construídos, assim como os protocolos de avaliação de risco. A actualização do SIIG obriga ao levantamento e adequação periódicos dos recursos tecnológicos necessários ao seu funcionamento. Poderá ser necessário conceder novas permissões de acesso e actualizar a formação dos utilizadores.						O Grupo Gestor deste sistema responderá pela sua manutenção e avaliação, bem como pela elaboração das propostas de actualização, em parceria com os peritos responsáveis pelo desenvolvimento da estrutura tecnológica, os responsáveis pela gestão dos SIP, integrados ou a integrar, e as ARS, entre outros. Poderá estar indicada a manutenção de contactos e parcerias com o IGIF, neste âmbito. O Grupo Gestor do SIIG (DGS) responsabilizar-se-á igualmente pela execução de outros aspectos afins à gestão do sistema.

2. Investigação epidemiológica

A investigação epidemiológica permite obter dados e informação complementares aos recolhidos pelos sistemas de rotina, com potencialidades para aumentar a celeridade e a efectividade da resposta dos serviços, em situação de risco para a saúde das populações.

Quando aplicada à prevenção e ao controlo das doenças transmissíveis, a investigação epidemiológica compreende as vertentes clínica e laboratorial, que se desejam articuladas.

No âmbito da gripe, poderá ser adequado proceder à investigação epidemiológica em qualquer período ou fase da actividade gripal, embora os objectivos e os alvos da investigação variem conforme as fases. Do mesmo modo, a relevância dos resultados é também variável, em função da intensidade da actividade gripal, sendo mais elevada nos períodos de alerta pandémico e durante as fases iniciais da pandemia.

A investigação epidemiológica, quando aplicada a situações, suspeitas ou confirmadas, de doença provocada por vírus da gripe, deverá permitir ou contribuir para a consecução dos objectivos seguintes:

- a) Identificar novas estirpes de vírus da gripe em circulação;
- b) Identificar as fontes de infecção;
- c) Identificar as pessoas expostas às fontes de infecção;
- d) Identificar os contactos de cada caso;
- e) Identificar os factores de risco e os grupos particularmente vulneráveis;
- f) Descrever as características epidemiológicas e clínicas da doença;
- g) Estimar a letalidade da doença;
- h) Avaliar a efectividade das medidas de saúde pública, assim como as suas exequibilidade e aceitabilidade por parte da população.

Os resultados da investigação epidemiológica serão utilizados nos processos de tomada de decisão quanto às medidas de prevenção e controlo a executar (por exemplo, distanciamento social, vigilância clínica, quimioprofilaxia), que se encontram devidamente explicitadas nos planos específicos respectivos.

A consecução dos objectivos da investigação epidemiológica nas situações de gripe obriga à estreita colaboração entre as Autoridades de Saúde (humana) e as Autoridades de Saúde Veterinária.

Indicam-se, a seguir, situações que deverão ser alvo de investigação epidemiológica:

- a) Surtos de síndrome gripal, com o objectivo imediato de identificar a presença de novas estirpes de vírus da gripe em circulação;
- b) Casos ou surtos de doença humana, possível ou confirmada, após exposição a

aves doentes, a ambiente contaminado ou a casos importados, no período de alerta pandémico e fase inicial do período pandémico, com os objectivos imediatos de identificar precocemente a fonte de infecção, as pessoas expostas às fontes de infecção e os contactos dos casos;

- c) Focos de gripe aviária com forte suspeição de infecção por vírus da gripe de elevada patogenicidade, com o objectivo imediato de identificar precocemente as pessoas expostas às aves doentes e/ou ao ambiente contaminado;
- d) Rumores ou “notícias” da existência de casos de doença respiratória aguda de etiologia desconhecida na comunidade, com os objectivos imediatos de validar os rumores e de verificar se a situação poderá corresponder a um aumento inesperado do número de casos de doença respiratória grave. Em caso afirmativo, continuar a investigação, com o objectivo indicado na alínea e);
- e) Aumento inesperado do número de casos de infecções respiratórias graves de início súbito, com o objectivo imediato de confirmar se se trata de doença provocada por vírus da gripe;
- f) Aparecimento de três ou mais casos humanos, relacionados no espaço e no tempo, de doença respiratória aguda de etiologia desconhecida em indivíduos com eventual exposição a animais doentes ou ambientes contaminados, com os objectivos imediatos de caracterizar o tipo de exposição e de confirmar se se trata de doença provocada por vírus da gripe;
- g) Excesso de mortalidade não atribuível à variação sazonal ou a outra causa identificada, com o objectivo imediato de confirmar se a morte pode ter sido devida a doença provocada por vírus da gripe.

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1. GARANTIA DAS CONDIÇÕES ADEQUADAS À REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA					
1.1. Levantamento das necessidades de formação na área da investigação epidemiológica de casos e de surtos Deverá ser efectuado o levantamento das necessidades de formação específica na área da investigação epidemiológica de casos e de surtos de doenças transmissíveis.					Responsabilidade: ARS e Centros Regionais de Saúde Pública (CRSP). Colaboração: Serviços de Saúde Pública (SSP), para as respectivas áreas de influência.
1.2. Formação na área da investigação epidemiológica Deverão ser organizadas acções de formação na área da investigação epidemiológica quando não existirem profissionais com essa formação específica em número suficiente. Os profissionais dos SSP, regionais e locais, constituem o grupo-alvo prioritário das acções de formação a realizar neste contexto. De forma a harmonizar conteúdos e metodologias, serão organizadas acções de formação de formadores, de âmbito nacional, destinadas a profissionais das Regiões de Saúde que abrangam, idealmente, pelo menos um profissional de cada distrito. A formação nacional será enquadrada pelas orientações estratégicas europeias, com destaque para a estratégia do <i>European Centre for Disease Prevention and Control</i> (ECDC) neste domínio. As acções de formação regionais e locais deverão ser enquadradas pelas orientações do nível nacional.					A DGS será responsável pela organização da formação de formadores de âmbito nacional. Os formadores de formadores deverão ter formação teórica e experiência em investigação de campo. Poderá ser considerada a hipótese de recorrer ao apoio de entidades internacionais, como o ECDC ou a Organização Mundial da Saúde (OMS). A formação aos níveis regional e local será assegurada e coordenada por cada ARS e respectivo CRSP, bem como pelos SSP, para as respectivas áreas de influência. Os participantes nas acções de formação nacionais serão os formadores das acções de formação organizadas aos níveis regional e local.
1.3. Constituição de equipas de campo para a investigação epidemiológica Recomenda-se a organização de equipas multidisciplinares de profissionais de saúde, para a realização da investigação de casos e de surtos.					Responsabilidade: ARS e CRSP. Colaboração: SSP, para as respectivas áreas de influência.

-  A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)
-  A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
1.4. Definição de procedimentos para investigação de casos e de surtos Com a finalidade de harmonizar metodologias de investigação, os procedimentos destinados à investigação de casos e de surtos de gripe, para cada fase da actividade gripal, constam de Orientações Técnicas próprias ¹⁴ .	■	■	■	■		Coordenação: DGS. Colaboração: CRSP, SSP, outros peritos.
1.5. Garantia de colaboração da rede laboratorial nacional para o diagnóstico da gripe Deverá ser, desde já, assegurada a colaboração da rede laboratorial nacional para o diagnóstico da gripe nas situações de investigação epidemiológica de casos e de surtos, em todas as fases da actividade gripal.	■	■	■	■		A DGS e as ARS farão a proposta de colaboração para apoio laboratorial, por parte do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), da Rede Laboratorial Nacional para o Diagnóstico da Gripe, nas situações de investigação epidemiológica.
1.6. Incentivo à cooperação entre a vigilância laboratorial da gripe humana e a vigilância laboratorial da gripe aviária Deverá ser assegurada a cooperação entre o Centro Nacional da Gripe (CNG), do INSA, e o Laboratório Nacional de Investigação Veterinária (LNIV), através da celebração de protocolo de articulação.	■	■	■	■		A DGS fará a proposta de celebração de protocolo de articulação entre o INSA e o Laboratório Nacional de Investigação Veterinária (LNIV), junto dos directores das duas instituições.
2. INVESTIGAÇÃO DE CASOS E DE SURTOS ¹⁵						
2.1. Investigação de situações que representem, ou possam representar, casos ou surtos de doença provocada por um novo subtipo viral A investigação epidemiológica de situações de alerta no âmbito da gripe deve iniciar-se com a máxima celeridade após a sua detecção.	■	■	■	■		A investigação de casos e de surtos será efectuada pelas equipas de campo da respectiva área geográfica.

¹⁴ Orientações Técnicas da DGS, disponíveis no *site* www.dgs.pt.

¹⁵ No período pandémico, a indicação para investigação epidemiológica de casos e de surtos só se aplica no início da pandemia, isto é, quando for declarada a pandemia sem registo de casos de gripe pandémica em Portugal ou enquanto se verifique a ocorrência de poucos casos.

3. Estudos especiais

Como em qualquer outra área do conhecimento aplicado à decisão e à acção, também no âmbito da preparação e resposta perante a ameaça de uma pandemia de gripe pode ser necessário recorrer à realização de estudos especiais.

Com suporte na evidência científica e no conhecimento das soluções tecnológicas actualmente disponíveis, sobressai como relevante a realização de trabalhos de investigação nas áreas seguintes:

- a) Actualização dos cenários de impacte de uma eventual pandemia de gripe, em função da evolução da evidência científica. Trata-se de estudos fundamentais e essenciais ao planeamento das acções a desenvolver ¹⁶;
- b) Definição das linhas de base (*baselines*) dos dados a utilizar na construção dos indicadores do SIIG;
- c) Avaliação da efectividade das medidas de distanciamento social em cenário pandémico. Poderão ser realizados estudos que, tendo por alvo a gripe sazonal, permitam a inferência dos resultados para este cenário;
- d) Avaliação da efectividade dos métodos de protecção individual, designadamente da utilização dos Equipamentos de Protecção Individual (EPI), em cenário pandémico;
- e) Avaliação da efectividade da vacinação contra a gripe sazonal em determinados grupos populacionais;
- f) Avaliação da seroprevalência em pessoas expostas a animais infectados por vírus da gripe de elevada patogenicidade;
- g) Avaliação da seroprevalência em caso de pandemia, no intervalo entre as ondas;
- h) Experimentação de modelos de sistemas de monitorização do absentismo dos profissionais de saúde ⁷;
- i) Experimentação de modelos de sistemas de monitorização do absentismo da população escolar ⁷;
- j) Experimentação de ferramentas que potenciem a análise epidemiológica de dados, como, por exemplo, a análise da distribuição geográfica através de Sistemas de Informação Geográfica (SIG) ⁷;
- k) Experimentação de modelos de monitorização do consumo de medicamentos utilizados no tratamento da gripe ¹⁷, como indicadores indirectos da actividade gripal;
- l) Previsão das necessidades de recursos, humanos e materiais, em situação de pandemia, nos serviços prestadores de cuidados de saúde;
- m) Validação de sistemas de vigilância sindrómica.

¹⁶ O Observatório Nacional de Saúde (ONSA), do INSA elaborou, para Portugal, em 2005, a primeira versão de cenários de impacte de uma eventual pandemia de gripe e uma segunda versão em Junho de 2006 (Disponível no *site*: www.onsa.pt).

¹⁷ O Observatório dos Medicamentos e Produtos de Saúde do INFARMED dispõe de dados sobre o consumo de medicamentos em ambulatório no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (Disponíveis em *site*: www.infarmed.pt).

Foi recentemente concluído o trabalho intitulado “Levantamento dos recursos para suporte avançado de vida/cuidados intensivos no contexto da preparação perante a ameaça de uma pandemia de gripe”.

Trata-se de um projecto desenvolvido na DGS, em 2006, pelo Grupo Operativo da Estrutura para a Operacionalização do Plano de Contingência da Gripe (GOEG), em parceria com especialistas médicos das áreas da infecciologia, pneumologia e cuidados intensivos, que teve por finalidade avaliar os previsíveis desvios entre a oferta disponível de recursos para suporte avançado de vida/cuidados intensivos e as necessidades estimadas para o cenário pandémico. O projecto corresponde ao primeiro levantamento nacional. Contudo, prevê-se a sua actualização periódica, sob a coordenação das Administrações Regionais de Saúde (ARS), para a respectiva área de influência.

Conforme já foi referido, encontra-se em desenvolvimento o projecto de investigação designado por “Vigilância epidemiológica de uma pandemia de gripe - Desenvolvimento de um modelo de sistema de informação para a vigilância epidemiológica da pandemia de gripe”.

Este projecto, da responsabilidade de uma equipa de investigadores ligados à DGS, é financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian e prevê a experimentação de ferramentas e de modelos de vigilância epidemiológica da gripe, estando a ser testado um modelo de vigilância do absentismo dos profissionais de saúde, em instituições públicas, e da população escolar, em escolas públicas.

Encontra-se também em teste a aplicação de um Sistema de Informação Geográfica (SIG) aos dados gerados pelo Sistema de Informação das Urgências de Hospitais e Centros de Saúde.

ESTUDOS ESPECIAIS

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1. REALIZAÇÃO DE ESTUDOS ESPECIAIS ¹⁸					
1.1. Proposta de áreas temáticas a investigar     Será indispensável avaliar as necessidades de informação e conhecimento especiais (isto é, as que não poderão ser satisfeitas com os sistemas de informação de rotina nem com a investigação epidemiológica), em qualquer fase da actividade gripal, de forma periódica e organizada. Deverão ser propostas áreas para investigação, em conformidade com as necessidades identificadas.					O Grupo Gestor do SIIG (DGS) proporá a realização de estudos especiais no âmbito do desenvolvimento de sistemas de informação ou de teste de novos modelos, por ordem de prioridades, face às necessidades de conhecimento identificadas. O Grupo Gestor do SIIG (DGS) terá de avaliar as propostas efectuadas por outros peritos, nomeadamente os responsáveis pelos planos específicos.
1.2. Realização de estudos especiais durante a época sazonal de gripe     Em áreas temáticas especiais, o desenho e o desenvolvimento de estudos epidemiológicos durante a época sazonal de gripe podem permitir a inferência dos resultados para um cenário pandémico.					
1.3. Acompanhamento de estudos especiais em curso    					Importa que o Grupo Gestor do SIIG (DGS) se mantenha actualizado quanto aos estudos especiais em curso na área da informação e conhecimento aplicados à gripe.

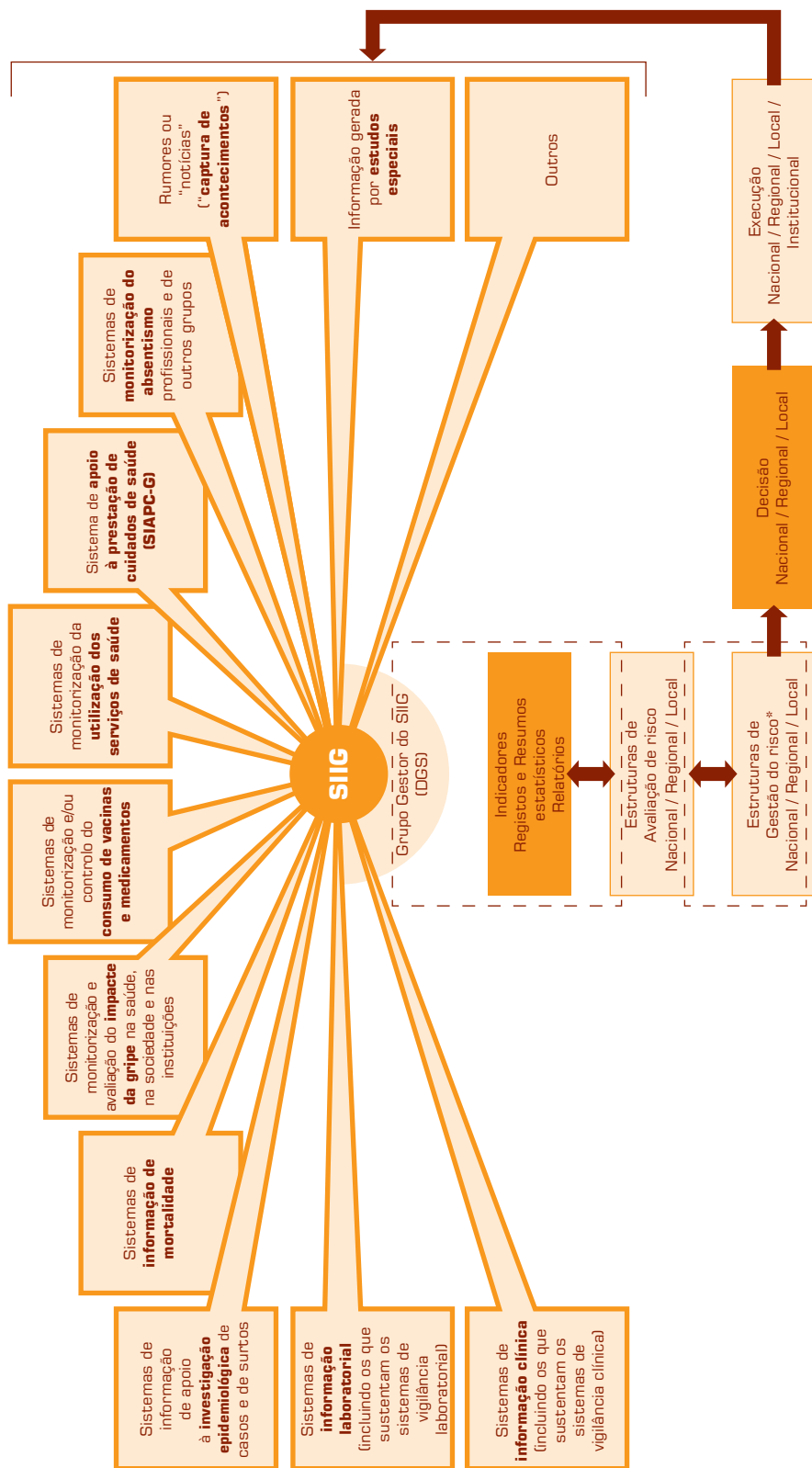
-  A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)
-  A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

AGRADECIMENTOS

Dra Carla Lacerda Rascoa, DGS
 Prof. Doutor Carlos Costa, ENSP
 Dr Carlos Daniel Pinheiro, CRSP do Norte
 Dra Joana Chêdas, Hospital Pulido Valente
 Dr Laurinda Queirós, CRSP do Norte
 Dr Lúcio Meneses de Almeida, CS de Oliveira do Hospital
 Dr Luís Castro, CS de Penafiel
 Dra Maria da Graça Freitas, DGS
 Dra Maria Otília Duarte, DGS
 Dra Paula Maria Valente, CS de Redondo

¹⁸ Em períodos de maior pressão laboral, poderá não ser exequível a realização de estudos especiais, mesmo que indicada, designadamente a partir da fase 4 da actividade gripal. Por outro lado, poderá ser concertado, a nível europeu, o que cada país ou grupo de países estude um determinado tema, por forma a rentabilizar recursos escassos.

ANEXO I – ARQUITECTURA BÁSICA DO SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)

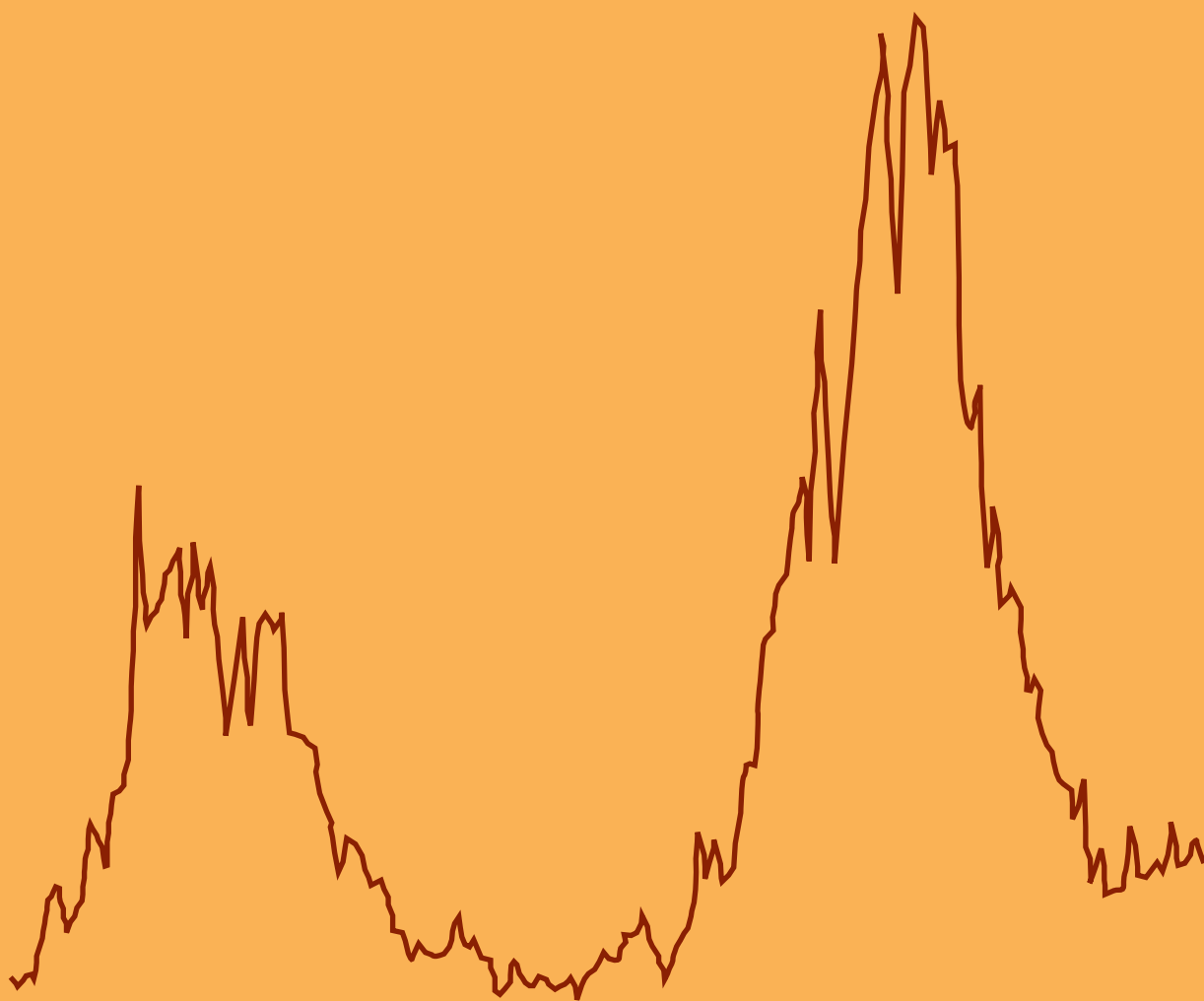


* As estruturas de gestão do risco poderão ter acesso directo ao SIIG, em parte ou no todo.





MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA



MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA

Carlos Daniel Pinheiro ¹, António Mota Miranda ²

Eduardo Duarte ³, Lúcio Meneses de Almeida ⁴

Ana Cristina Garcia ⁵, Maria da Graça Freitas ⁶

INTRODUÇÃO

Há três pressupostos necessários à emergência de um vírus da gripe pandémico: a circulação de um novo subtipo de vírus da gripe, a capacidade de este provocar doença no Homem e a possibilidade da sua transmissão eficaz pessoa-a-pessoa. Relativamente ao vírus da gripe A(H5N1), à data, só o terceiro pressuposto não se verifica. Sendo, no entanto, possível que este, ou outro vírus, venha a adquirir capacidade de transmissão pessoa-a-pessoa eficaz, seja por mutação adaptativa, seja por recombinação genética resultante da co-infecção de um hospedeiro por um vírus da gripe de origem humana e outro de origem aviária, a ameaça pandémica é considerada real por todos os organismos internacionais e, em particular, pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

De acordo com a classificação da OMS, de Maio de 2005, resultante de uma avaliação global de risco, o Mundo encontra-se na fase 3 do período de alerta pandémico.

Mais recentemente, em 1 de Junho de 2006, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (*European Centre for Disease Prevention and Control* - ECDC) considerou a hipótese de uma pandemia por vírus da gripe vir a acontecer, admitindo, contudo, poder a sua origem não ser o vírus da gripe A(H5N1).

Na situação actual, a infecção por vírus A(H5N1) traduz-se por uma panzootia ("epidemia" animal à escala global), com, pelo menos, três continentes afectados (Ásia, Europa e África), e por casos esporádicos em seres humanos (transmissão zoonótica), sem evidência de transmissão pessoa-a-pessoa eficaz.

Perante o cenário de uma epizootia de grande escala, aumentam, naturalmente, as oportunidades de exposição de seres humanos a aves domésticas ou a outros animais infectados. Há, no entanto, a reconhecer que, não obstante ter havido uma vasta população, essencialmente do Sudeste e Este Asiáticos, com história de exposição ao vírus A(H5N1) desde 1997, só um pequeno número contraiu a doença (a nível mundial, identificaram-se, à data – Março de 2007 –, quase três centenas de casos), o que atesta a dificuldade de transmissão do vírus do animal ao homem. O facto da letalidade da doença ultrapassar os 50% merece, por si só, a atenção das autoridades de saúde em todo o Mundo.

¹ Chefe de Serviço de Saúde Pública, Centro Regional de Saúde Pública do Norte. Co-responsável por este Plano Específico.

² Chefe de Serviço de Infecçiology, Hospital de São João. Co-responsável por este Plano Específico.

³ Chefe de Serviço de Saúde Pública, Centro de Saúde de Celas. Colaboração.

⁴ Assistente de Saúde Pública, Centro de Saúde de Oliveira do Hospital. Colaboração.

⁵ Assistente Graduada de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Organização e coordenação da edição.

⁶ Chefe de Serviço de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Organização e coordenação da edição.

Quando a transmissão pessoa-a-pessoa, eficaz e sustentada, ocorrer, seja por vírus A(H5N1), seja por qualquer outro vírus da gripe de origem aviária, será impossível conter a pandemia.

Importa, assim, que os esforços se orientem, primeiro, no sentido da prevenção da propagação do vírus A(H5N1) nos animais e da sua transmissão ao homem e após a emergência do vírus pandémico, no sentido da detecção precoce de casos e da minimização da disrupção social decorrente da pandemia.

Uma vez que se considera inevitável a ocorrência de uma pandemia causada por um vírus da gripe de origem aviária, é necessário que o País tenha montada uma estratégia de minimização do seu impacto na população. Cada indivíduo poupado à infecção pelo eventual vírus pandémico representa, também, a eliminação de uma fonte de contágio para outros. O atraso e/ou a redução da velocidade de propagação da eventual pandemia poderão proporcionar, assim, a oportunidade de muitos virem a ser vacinados em tempo útil.

O presente plano específico foi desenvolvido com o objectivo geral de preparar, de uma forma adequada à realidade portuguesa, a implementação das necessárias medidas de saúde pública não farmacológicas. Estas visam controlar a infecção gripal, reduzir ou retardar a propagação local e nacional da doença e minimizar o risco individual, tendo como objectivo específico eliminar ou diminuir a exposição de indivíduos susceptíveis ao vírus.

É assim que, com base na evidência científica disponível, se apresentam:

- a) Os métodos de protecção individual, no que diz respeito à infecção provocada por vírus da gripe, destacando-se as indicações quanto ao uso de Equipamentos de Protecção Individual (EPI), as medidas de higiene das mãos e as medidas de higiene respiratória;
- b) As medidas de distanciamento social, com especial relevo para o isolamento, a quarentena e o encerramento de espaços ou o cancelamento de eventos, de forma voluntária ou compulsiva;
- c) Os procedimentos, acções e recomendações a desenvolver no contexto de viagens internacionais, por via aérea ou marítima;
- d) As medidas e procedimentos relacionados com a revisão dos suportes legislativos que careçam de alterações, com a finalidade de agilizar ou possibilitar a intervenção das Autoridades de Saúde (AS);
- e) As parcerias a desenvolver, com a participação dos serviços de saúde locais, visando apoiar ou criar estruturas de suporte social.

As medidas relacionadas com a administração de vacinas, a vigilância clínica de contactos e/ou expostos ao vírus, a investigação e a vigilância epidemiológicas são descritas noutros planos específicos. No campo da comunicação, abordam-se as questões relacionadas com a definição dos conteúdos técnicos a divulgar, constando as estratégias a adoptar do Plano Específico de Comunicação.

As intervenções propostas são, adiante, designadas por medidas de saúde pública. A Direcção-Geral da Saúde (DGS) é a instituição responsável por definir os princípios e as linhas orientadoras de actuação nesta área. Cabe às Administrações Regionais de

Saúde (ARS) promover a sua divulgação e adequação junto dos profissionais da rede pública de serviços de saúde de nível local (centros de saúde e hospitais).

As ARS são, ainda, responsáveis, na sua área de influência, pela avaliação contínua dos recursos materiais e humanos necessários à implementação das medidas preconizadas, assim como pela manutenção das reservas adequadas dos equipamentos recomendados.

FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS

1. Fundamentação

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na sua 58.^a Assembleia Mundial, realizada entre 16 e 25 de Maio de 2005, decidiu, tal como transcrito para a sua resolução WHA58.5, “avaliar as medidas não farmacológicas, incluindo o uso de máscaras cirúrgicas, para limitar a transmissão durante a pandemia”. De acordo com a OMS, os governos poderão necessitar de aconselhar a sua população a usar medidas não farmacológicas para a proteger da infecção ou para atrasar a transmissão. Fez igualmente notar que a efectividade de algumas medidas depende das características do vírus (virulência, taxa de ataque, transmissibilidade e patogenicidade nos grupos com diferente nível de risco).

As intervenções de saúde pública reduzem o risco de transmissão da doença, atrasando ou contendo a transmissão nas fases 3, 4 e 5 da actividade gripal. Em fase 6, o objectivo principal daquelas medidas é tornar a transmissão do vírus menos eficaz, conseguindo uma maior dispersão dos casos no tempo, o que permite a rentabilização dos recursos e a oportunidade de fabrico de uma vacina contra o novo vírus.

Uma vez instalada a pandemia, a vacinação será, de entre as intervenções de saúde pública, a única verdadeiramente eficaz para a suster. Prevê-se que a vacina possa estar disponível 4 a 6 meses após a declaração da pandemia (Plano Específico de Vacinas e Medicamentos).

A terapêutica antiviral, nomeadamente com inibidores da neuraminidase, útil na prevenção e no tratamento da gripe sazonal, se administrada até às primeiras 48 horas após o início da doença, parece ser eficaz na redução da gravidade da doença humana provocada por vírus A(H5N1). Não existe certeza quanto à sua eficácia face a eventuais resistências do vírus que vier a emergir como pandémico. No que diz respeito à infecção humana provocada por vírus A(H5N1), observa-se, presentemente, uma resistência primária à amantadina (inibidor da proteína M2), tendo sido relatados também casos de diminuição da sensibilidade ao oseltamivir.

Estes factos tornam, ainda, mais relevante a aplicação das medidas de saúde pública com a finalidade de minimizar o impacte da emergência de um vírus pandémico, apesar de a efectividade destas medidas não estar comprovada cientificamente, uma vez que os estudos de avaliação dessa efectividade são muito escassos.

Recentemente, alguns modelos teóricos abordaram a efectividade das intervenções de saúde pública, isolada ou conjuntamente, em período de alerta pandémico (fases 3 a 5), predizendo uma probabilidade teórica de contenção na fonte superior a 90% para um número básico de reprodução R_0 (número médio de casos infecciosos gerados por um caso infeccioso inicial) de 1,9 (note-se que o valor de R_0 estimado

para a pandemia de 1918 varia entre 2 e 3).

No entanto, para além do seu carácter teórico, estes estudos apresentam outras limitações: foram realizados sobretudo com base numa população com estrutura e dinâmica idênticas às das populações rurais do Sudeste Asiático, numa situação epidemiológica correspondente às fases 4 e 5, e simulados para surtos localizados.

Por outro lado, em alguns estudos de avaliação de impacte, nos quais se analisou a efectividade de cada medida de saúde pública isoladamente, foram obtidos resultados aparentemente contraditórios. Contudo, analisadas conjuntamente, as medidas de saúde pública evidenciam uma efectividade inquestionável. Veja-se, como exemplo, a resposta à epidemia da Síndrome Respiratória Aguda (SRA) em Hong Kong (2003), através da adopção de medidas que, no seu conjunto, de facto se revelaram efectivas. Estas incluíram a lavagem frequente das mãos, uma diminuição acentuada dos contactos sociais, o encerramento de escolas, de piscinas e de outros locais públicos, o cancelamento de eventos desportivos, a desinfecção de táxis e de transportes públicos e o uso de máscaras por uma percentagem elevada da população.

Será, no entanto, de ter em conta que o coronavírus da SRA e o vírus da gripe são, em termos de transmissibilidade, substancialmente diferentes. A comparação dos respectivos intervalos de série⁷ (8 a 10 dias na SRA e 2 dias na gripe sazonal) ou dos picos de infecciosidade máxima (segunda semana de evolução da doença na SRA e primeiras 24 a 72 horas na infecção por vírus da gripe) mostra-o bem.

Estas diferenças têm implicações nas medidas a recomendar, no sentido de diminuir a exposição, assim como na sua efectividade. As características do vírus da gripe obrigam à adopção de medidas numa fase muito precoce da doença gripal, o que, não se concretizando, pode tornar ineficazes as medidas de isolamento de doentes e de quarentena de contactos.

Apesar de não se dispor de suficiente evidência científica quanto à efectividade das medidas de saúde pública nas diferentes fases da actividade gripal, existe um conjunto de dados e de relatos sobre epidemias e pandemias anteriores que dão plausibilidade às recomendações para a sua execução. O estudo das características da transmissibilidade do vírus da gripe e do seu comportamento no meio ambiente externo proporciona, também, informação relevante que sustenta a utilidade das medidas de saúde pública.

A gripe transmite-se de pessoa a pessoa, através de contacto próximo. O período de incubação da gripe sazonal tem uma duração que pode variar entre as 24 e as 96 horas, mas, habitualmente, oscila entre as 48 e as 72 horas. O período de maior transmissibilidade ocorre imediatamente após o aparecimento dos sintomas, e as pessoas doentes podem continuar a excretar vírus até 5 dias após o aparecimento da sintomatologia (7 dias nas crianças). Podem verificar-se períodos de excreção mais longos, embora a quantidade de vírus e o risco de infecção diminuam rapidamente após o início dos sintomas. Estudos experimentais demonstraram, em algumas pessoas infectadas, que a excreção de baixas doses do vírus se inicia nas 24 horas anteriores ao aparecimento dos sintomas. Contudo, a evidência deste facto é limitada e a transmissão pessoa-a-pessoa antes do aparecimento de sintomatologia não se encontra documentada.

⁷ Por intervalo de série entende-se o intervalo médio de tempo de início da manifestação da doença entre dois indivíduos que se infectam sucessivamente.

A transmissão ocorre de diversas formas, mas, sobretudo, através de gotículas infectadas de grande dimensão (*large droplets* - diâmetro superior a 50 μm) e do contacto directo ou indirecto com secreções respiratórias recentes infectadas. A transmissão através da inalação de aerossóis e gotículas mais finas (diâmetro inferior a 10 μm) pode também ocorrer.

Embora a transmissão através de gotículas de grande dimensão seja tradicionalmente considerada mais relevante, o Centro de Controlo e Prevenção das Doenças dos Estados Unidos da América (*Centers for Disease Control and Prevention* - CDC) defende, no seu *Interim Guidance on Planning for the Use of Surgical Masks and Respirators in Health Care Settings during an Influenza Pandemic*, de Outubro de 2006, que a contribuição relativa e a importância clínica dos diferentes modos de transmissão do vírus da gripe não são conhecidas. A maior parte da informação relativa à transmissão pessoa-a-pessoa da gripe é indirecta e tem sido obtida, essencialmente, a partir da investigação de surtos em unidades prestadoras de cuidados de saúde ou noutros espaços confinados (por exemplo, escolas). No entanto, o padrão epidemiológico observado é consistente com a transmissão através de contacto próximo, seja pela inalação de gotículas infectadas, seja pela transferência de vírus das mãos infectadas para o nariz ou para os olhos, pela transferência de vírus a partir de objectos inanimados contaminados (fómites) ou, ainda, pela exposição a aerossóis na proximidade imediata do indivíduo infectado.

A transmissão através de gotículas de grande dimensão implica o contacto do nariz, boca ou conjuntiva ocular de uma pessoa susceptível com as gotículas infectadas libertadas pela tosse, espirro ou fala dos doentes. Esta transmissão requer o contacto próximo entre a fonte e o indivíduo receptor (distância inferior a 1 metro), uma vez que as gotículas de grande dimensão não permanecem suspensas no ar e, geralmente, alcançam apenas curtas distâncias.

Do ponto de vista teórico, a transmissão através de gotículas de grande dimensão pode ser prevenida pelo uso de métodos de barreira entre o doente e os seus contactos (por exemplo, máscara cirúrgica) e pela adopção de medidas de higiene respiratória (por exemplo, cobrir a boca ou o nariz ao tossir ou espirrar).

A transmissão através de aerossóis e de gotículas mais finas tem sido encarada como menos frequente, mas passível de ocorrer, sobretudo durante a realização de procedimentos médicos invasivos, como a aspiração de secreções ou a intubação endotraqueal. Contudo, vários estudos têm suscitado preocupação quanto ao papel dos aerossóis na transmissão da gripe, levando a admitir que este possa ser mais relevante do que habitualmente se considera. É altamente provável que certos procedimentos geradores de aerossóis (a administração de fármacos em aerossolização/nebulização, a indução diagnóstica de expectoração, a aspiração de secreções, entre outros) possam aumentar a emissão de pequenos aerossóis na vizinhança imediata do doente. Embora esta forma de transmissão não se tenha estudado concretamente para o caso da gripe, parece muito pertinente recomendar precauções adicionais aos profissionais de saúde que efectuem manobras potencialmente geradoras de aerossóis em doentes com gripe.

Conforme já foi referido, o vírus da gripe pode também transmitir-se através do contacto com a pele, principalmente as mãos, ou com objectos inanimados (por exemplo, lenços de assoar usados) recentemente contaminados, seguido pela auto-inoculação na mucosa respiratória. O vírus da gripe pode sobreviver durante algum tempo fora do corpo humano, o que torna plausível a sua transmissão através de superfícies ou objectos contaminados. A sobrevivência deste vírus em superfícies não porosas pode ir até às 48 horas e em

superfícies porosas (por exemplo, papel e tecidos) até às 12 horas.

A viabilidade do vírus A(H5N1) no ambiente é muito superior, principalmente se as condições atmosféricas lhe forem favoráveis.

A contaminação das mãos a partir de superfícies inertes pressupõe que estas possuam uma carga viral elevada, semelhante à das secreções nasais nos períodos precoces da doença. A higiene frequente e correcta das mãos reduz a probabilidade de contaminação do ambiente e da transmissão de infecções respiratórias em geral.

O uso de máscaras cirúrgicas ou de respiradores de partículas pode, por outro lado, contribuir para o desencorajamento do contacto das mãos com a face e subsequente auto-inoculação. O risco de transmissão por contacto poderá, igualmente, ser reduzido pelo uso de outros equipamentos de protecção individual (por exemplo, luvas).

Com base na evidência disponível, e perante a insuficiência de dados, procurou-se reunir o máximo de informação de suporte das medidas de saúde pública aqui recomendadas. Verifica-se que os aspectos abordados convergem para os métodos de protecção individual (higiene das mãos, higiene respiratória e uso de equipamentos de protecção individual), para as medidas de distanciamento social e para a vigilância dos viajantes internacionais.

As mãos constituem um importante veículo de transmissão. A evidência quanto à redução do risco de transmissão das infecções respiratórias em geral através da lavagem correcta e regular das mãos é relativamente forte. Deste modo, embora não sejam conhecidos estudos experimentais controlados, especificamente dirigidos à infecção provocada por vírus da gripe, a promoção e o encorajamento da higiene adequada e frequente das mãos devem merecer uma atenção especial em todas as fases da actividade gripal. Salienta-se a importância das soluções anti-sépticas alcoólicas, sempre que aplicável (mãos visivelmente isentas de sujidade e de matéria orgânica), nas apresentações disponíveis no mercado (toalhetes e fórmulas em líquido ou gel, conforme se aplique à população ou aos prestadores de cuidados).

Já a evidência do efeito protector das medidas referentes à higiene respiratória, também designadas por medidas de etiqueta respiratória (por exemplo, cobrir a boca ou o nariz com o antebraço, ao tossir ou espirrar, ou usar lenços de papel), se poderá considerar mais fraca, pois não se conhecem resultados de estudos experimentais específicos que a confirmem. No entanto, a sua adopção é igualmente recomendada na literatura internacional.

As possibilidades de transmissão por contacto indirecto levam a que se aconselhe a desinfecção das superfícies contaminadas, embora se trate de uma medida para a qual, mais uma vez, não se dispõe de evidência que a suporte.

Apesar de não se ter estudado de forma sistemática a sua efectividade, os Equipamentos de Protecção Individual (EPI) poderão desempenhar um papel fundamental na prevenção da transmissão da gripe.

As recomendações quanto ao uso de EPI variam em função da fase da actividade gripal, da população-alvo (profissionais de saúde, outros prestadores directos de cuidados de saúde, outros profissionais expostos a fontes de infecção, doentes, contactos dos doentes, público em geral) e dos objectivos específicos de protecção.

As máscaras cirúrgicas e os respiradores de partículas desempenham um papel importante no controlo das infeções transmitidas por via aérea. O seu uso recomenda-se de forma particular nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, quer aos profissionais de saúde e outros prestadores directos de cuidados, quer aos doentes, com o objectivo de reduzir a transmissão nosocomial. Para os profissionais de saúde e outros prestadores de cuidados, é ainda recomendável a utilização de outros equipamentos de protecção individual (luvas, batas, touca para cabelo, avental, protectores oculares, calçado próprio - em áreas restritas -, entre outros).

No que diz respeito aos doentes com gripe, as recomendações apontam para o uso de máscaras cirúrgicas também na comunidade, em qualquer fase da actividade gripal, quando haja contacto próximo (distância inferior a 1 metro) com outras pessoas.

Quanto ao público em geral, não existe evidência firme de que o uso universal de máscaras cirúrgicas possa contribuir para a redução da transmissão do vírus da gripe. Durante a epidemia da SRA, os resultados de alguns estudos observacionais sugeriram fraca evidência quanto ao seu efeito protector para os utilizadores. É, assim, difícil tomar uma posição fundamentada quanto à utilização generalizada deste equipamento, tanto mais que o seu uso indevido não é isento de riscos. Por exemplo, a utilização de máscaras cirúrgicas húmidas ou molhadas pode ter o efeito inverso, isto é, aumentar o risco de infecção. Por outro lado, ainda, alguns peritos receiam que a sua utilização desmotive para a adopção de medidas seguramente eficazes, como são as de higiene geral e respiratória ou do auto-isolamento nas fases precoces da doença.

Assim, e face à inexistência de estudos cientificamente controlados que avaliem a sua efectividade na prevenção da gripe, o uso da máscara cirúrgica por toda a população não é geralmente recomendado. Segundo a OMS, na comunidade, o recurso ao referido equipamento é "permitido mas não encorajado". A mesma posição é seguida por outras entidades internacionais, como o ECDC. É compreensível que, em situação de pandemia, um elevado número de pessoas se sintam mais protegido se usar este tipo de máscara, especialmente em lugares públicos, que propiciem um contacto próximo, como é o caso dos transportes públicos ou dos locais de atendimento do público, em que há interacção directa entre profissionais e o público.

No que respeita às medidas de distanciamento social, a fundamentação para a sua adopção reside no facto de lhes estar associada uma menor probabilidade de contacto entre pessoas infectadas e pessoas susceptíveis.

O isolamento precoce dos doentes, geralmente em casa, assim que iniciam um quadro clínico compatível com gripe, é recomendado, essencialmente por se revestir de clara plausibilidade científica, começando a haver estudos que o indicam.

No período de alerta pandémico (fases 3, 4 e 5), as Orientações Técnicas (OT)⁸ referem que o doente deve ficar isolado desde o momento da suspeita de infecção por novo subtipo viral e, se houver indicação, ser observado e eventualmente internado em hospital de referência⁹ (Planos Específicos de Cuidados de Saúde em Ambulatório

⁸ Orientações Técnicas da DGS, disponíveis no *site* www.dgs.pt.

⁹ Os Hospitais de Referência seleccionados para internamento de casos de doença humana provocada pelo vírus da gripe A(H5N1), nas fases 3, 4 e 5, são: o Hospital de São João, no Porto (adultos e crianças), os Hospitais da Universidade de Coimbra (adultos), em Coimbra, o Hospital de Curry Cabral, em Lisboa (adultos) e o Hospital Pediátrico de Dona Estefânia, também em Lisboa (crianças).

e de Cuidados de Saúde em Internamento).

No período pandémico, a recomendação relativa ao isolamento é semelhante. Os procedimentos a adoptar devem enquadrar-se no modelo de prestação de cuidados, conforme vem desenvolvido nos planos específicos respectivos.

A identificação e a vigilância dos contactos são medidas habitualmente preconizadas. Contudo, com base no conhecimento da efectividade de algumas das medidas de saúde pública durante os surtos sazonais de gripe, é de admitir que, em situação de gripe pandémica, o isolamento dos doentes e a identificação dos contactos e a sua vigilância sejam medidas apenas exequíveis enquanto o número de casos for reduzido.

A quarentena (isolamento dos contactos) não é geralmente recomendada. A execução desta medida levanta questões de ordem prática, por vezes difíceis de contornar, nomeadamente nas situações de epidemia ou de pandemia, pelo elevado número de pessoas que potencialmente poderá envolver. Por outro lado, nem sempre é fácil identificar quem foi "verdadeiramente" exposto.

Todavia, a aplicação da quarentena poderá justificar-se em situações excepcionais, em função da avaliação de risco, por exemplo, num quadro de contenção da propagação do vírus, em ambiente hospitalar ou outros ambientes com pessoas institucionalizadas, sobretudo quando haja elevado risco de complicações de gripe, como pode verificar-se nos lares de idosos.

Em período pandémico, a quarentena dos coabitantes dos doentes durante um intervalo de tempo mínimo, correspondente ao período de incubação da doença, poderá vir, também, a estar indicada.

As recomendações apresentadas dizem respeito às formas voluntárias de isolamento dos doentes e de quarentena dos contactos. Quando estas duas medidas se tornam compulsivas levam à discriminação, à fuga e à negação da doença, pelo que acabam por não surtir o efeito desejado.

Relativamente às outras medidas de distanciamento social, parece admissível a recomendação de os doentes evitarem locais confinados e sobrepovoados, como é o caso de unidades militares ou escolas, em que existe um contacto próximo entre indivíduos.

Evitar grandes concentrações de pessoas leva, obviamente, à redução da exposição dos indivíduos susceptíveis, diminuindo-se, assim, a velocidade de disseminação das epidemias, o que pode fundamentar a proibição de aglomerações (sobretudo em locais fechados).

As crianças que frequentam as escolas podem actuar como os grandes transmissores do vírus da gripe, pelo que existe plausibilidade quanto à efectividade do encerramento das escolas. Aparentemente, esta medida, tomada precocemente, poderá retardar a propagação da doença. Deve considerar-se, contudo, a disponibilização de locais alternativos, não colectivos, para permanência deste grupo populacional. Trata-se de um ponto crítico, que parece adquirir maior gravidade nas zonas urbanas.

Perante um cenário de comunidades afectadas, poderão ser, ainda, recomendadas outras medidas de distanciamento social, tais como a restrição da circulação do trânsito não essencial de e para essas comunidades. O rigor e a intensidade destas

medidas terão, então, de ter em conta a gravidade da doença (a taxa de letalidade), os grupos de risco afectados e a situação epidemiológica em cada momento.

Apesar de as medidas internacionais de saúde pública serem consideradas menos efectivas do que as de âmbito nacional e local, a OMS sugere a adopção voluntária do Regulamento Sanitário Internacional aprovado em 2005, mesmo antes da sua entrada oficial em vigor, prevista para Junho de 2007.

A experiência demonstra que o rastreio de doentes e a sua quarentena nas fronteiras não atrasam substancialmente a entrada do vírus num país, excepto em situações de isolamento geográfico (ilhas) ou em contextos políticos especiais (países com fronteiras encerradas ou intensamente vigiadas). Considera-se preferível, porque mais efectiva, a informação aos viajantes internacionais (*health alert notices*) e, eventualmente, o rastreio dos viajantes à saída (*exit screening*), nos países onde a pandemia já esteja instalada.

De acordo com a evidência obtida durante o surto da SRA em Hong Kong, relativamente ao rastreio de viajantes assintomáticos partindo de áreas afectadas – rastreio de saída –, a efectividade do rastreio por aplicação de questionário é superior à do rastreio por medição da temperatura corporal. O rastreio à saída pode, adicionalmente, dissuadir os doentes de viajarem.

A aplicação das medidas de rastreio à chegada dos passageiros de voos internacionais demonstrou não ter justificação em termos de custo-benefício.

Um estudo da *Health Protection Agency* do Reino Unido sugere que, para ter um efeito significativo na propagação de uma pandemia, a redução dos voos de e para as áreas afectadas deve ser quase total e instantânea, o que, na prática, se torna inviável.

A gravidade da doença pandémica ditará o nível de restrição das medidas e, consequentemente, o grau de perturbação social associado a ambos os factores. No entanto, a evidência e a experiência indicam que, no período pandémico, as intervenções agressivas para isolar doentes ou colocar em quarentena os contactos, mesmo quando instituídas precocemente, poderão ser ineficazes, correspondendo, assim, a um uso inapropriado dos recursos de saúde, e ser geradoras de uma perturbação social ainda maior. Não se exclui, no entanto, a eventual necessidade de recurso a medidas coercivas.

Na selecção das medidas de saúde pública deverão ponderar-se não só os benefícios esperados (efectividade), mas também as consequências adversas decorrentes da sua operacionalização (impactes social e económico), em consonância com o princípio *primum non nocere* da Medicina.

2. Pressupostos

Toda a preparação neste âmbito é delineada em situação de incerteza científica, pois não só se desconhecem as características epidemiológicas do vírus que provocará a próxima pandemia de gripe (em termos de patogenicidade/virulência, tempo de incubação, período de transmissibilidade, principal meio de transmissão, grupos de risco, taxa de ataque por grupo etário, duração do período de excreção do vírus pelos doentes e susceptibilidade aos antivirais), como não está cientificamente avaliada a efectividade de cada uma das medidas de saúde pública recomendadas.

Sabe-se, no entanto, que, uma vez estabelecida a transmissão eficaz e sustentada do vírus, isto é, na fase 6, será virtualmente impossível conter a pandemia, podendo seguir-se um cenário de disrupção social.

Neste contexto, dever-se-á falar mais em reduzir ou limitar a exposição do que em eliminá-la. Reduzir ou limitar a exposição dos indivíduos susceptíveis ao novo sub-tipo de vírus da gripe humana poderá contribuir para retardar a sua introdução no País e diminuir o número de casos. A redução do número de casos da primeira onda aumenta a probabilidade de as pessoas susceptíveis poderem vir a ser vacinadas. Por outro lado, após a primeira onda, estas poderão ser, também, beneficiadas pela eventual redução da virulência do vírus, o que implicará menor gravidade da doença nos indivíduos infectados mais tardiamente.

Durante as fases 4 e 5 do período de alerta pandémico, em que se verifica a transmissão limitada e ainda pouco eficaz do vírus entre seres humanos, recomenda-se a adopção de medidas agressivas de detecção (procura activa de casos) e o isolamento dos doentes, assim como a quarentena dos contactos próximos, em simultâneo com a restrição de movimentos na comunidade afectada e, ainda, a administração sistemática de antivirais aos doentes e seus contactos.

A exequibilidade das medidas a empreender depende dos recursos existentes, da aceitação por parte da população em geral e/ou da determinação política para as fazer cumprir e para gerir as suas consequências.

O presente plano específico deverá estar em permanente actualização, isto é, sujeito às alterações ou adaptações que o desenvolvimento do conhecimento mostre adequadas, quer no que respeita às características epidemiológicas do vírus A(H5N1) e à natureza do vírus pandémico que vier a emergir, quer, ainda, no que se refere aos ensinamentos práticos recolhidos com a evolução das diversas fases da pandemia noutros países ou em Portugal.

PONTOS CRÍTICOS

As limitações da investigação científica sobre a efectividade das medidas de saúde pública e as dificuldades intrínsecas à sua exequibilidade e aceitabilidade são pontos críticos de grande importância, altamente condicionantes da definição e operacionalização deste Plano.

Grande parte das medidas preconizadas, especialmente a destinada ao público em geral, é apresentada com carácter de recomendação, e não de norma ou regra obrigatória. Isso deve-se à insuficiência de documentação científica, mas também às previsíveis dificuldades da sua execução, incluindo as de ordem social e financeira, particularmente em situação de pandemia. Por outro lado, a incerteza quanto às características do próximo vírus pandémico aconselha o desenho de caminhos alternativos para situações que, parecendo excepcionais, poderão apresentar-se, então, com maior frequência.

No momento da tomada de decisão para a selecção da resposta apropriada deverá utilizar-se como referencial técnico o conjunto das orientações e recomendações aqui enunciadas, necessariamente enquadradas pela situação epidemiológica, a evidência científica do momento, o ambiente social e os custos decorrentes da execução das medidas seleccionadas.

Além dos custos directos, decorrentes da pandemia em si, terá de ser ponderada a disrupção social que poderá resultar, por exemplo, do isolamento dos doentes, da quarentena, do encerramento das escolas e da proibição de aglomerações em locais fechados. Os custos financeiros e sociais poderão ser particularmente penosos em determinadas situações, de que serão exemplo os casos de isolamento de doentes com emprego precário.

O alarme social e a má adesão às medidas de saúde pública são pontos críticos a considerar, encontrando-se estreitamente ligados.

A promoção da adesão às medidas de saúde pública assenta na informação à população, que terá de ser adequada ao nível de risco epidemiológico, nacional e internacional (comunicação do risco). As mensagens veiculadas devem apresentar sustentação científica das medidas recomendadas, embora de forma clara e compreensível para o "cidadão médio". Todos os esforços se deverão centrar na capacitação do público, através de campanhas de informação e sensibilização, temporalmente oportunas e sempre fundamentadas, até porque a eventual necessidade de implementação de medidas coercivas só se verificará em situações pontuais. O Plano Específico de Comunicação abordará as questões relacionadas com as estratégias de comunicação potencialmente mais eficazes.

A má adesão às medidas de isolamento ou de quarentena voluntárias, em situações extremas, poderá implicar o recurso a meios coercivos, os quais poderão provocar efeitos opostos ao desejado, conforme referido. Por outro lado, a sua operacionalização obriga à revisão do suporte legal actualmente em vigor.

Para além da má adesão às recomendações, são ainda de prever outros obstáculos que podem condicionar o sucesso das intervenções, como seja a execução das técnicas recomendadas (por exemplo, a forma correcta da lavagem das mãos ou do uso das máscaras cirúrgicas). Uma vez mais, os processos de comunicação seleccionados poderão ser determinantes para a consecução dos objectivos. Junto dos profissionais, poderá ser útil a realização de acções de formação que motivem o cumprimento dos procedimentos recomendados.

Tal como se expõe no Plano Específico de Informação em Saúde, a insuficiente evidência científica poderá ser ultrapassada pela realização de estudos de avaliação da efectividade das intervenções em saúde pública num quadro de gripe sazonal, fazendo a sua inferência para um cenário pandémico. Nestes estudos, deverá considerar-se o papel "amplificador" (facilitador da propagação da doença na comunidade) de determinados grupos etários (caso das crianças), bem como as características da população-alvo (estrutura etária e prevalência de doentes crónicos e imunodeprimidos). É ainda importante incluir a avaliação da eficácia e da frequência da forma de transmissão (gotículas, aerossóis ou mãos, objectos e superfícies contaminados), assim como a efectividade dos equipamentos de protecção individual no decurso dos surtos sazonais que ocorrem na comunidade.

Será igualmente de prever a produção de legislação que permita a aplicação compulsiva das medidas de saúde pública, sempre que o bem público não possa ser salvaguardado de outra forma. Não obstante, é de admitir alguma complexidade e morosidade na revisão e produção de novos suportes legislativos. Como é natural, importa acompanhar atentamente os debates em curso noutros países, no âmbito da aplicação do direito à prevenção e controlo das doenças transmissíveis, em geral, e da gripe, em particular.

Há, ainda, que prever a assistência domiciliária nas situações em que é preconizado o confinamento no domicílio, como vem desenvolvido no Plano Específico de Cuidados de Saúde em Ambulatório.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS

As intervenções aqui recomendadas encontram-se organizadas em 4 áreas:

- a) Protecção individual;
- b) Distanciamento social;
- c) Vigilância dos viajantes (viagens internacionais);
- d) Outras medidas, com destaque para a revisão de legislação e a cooperação com entidades de apoio social.

Não se trata, porém, de áreas independentes; pelo contrário, complementam-se e podem intersectar-se. Optou-se por esta classificação, dadas as suas potencialidades quanto à facilitação da operacionalização de actividades afins.

Para cada uma delas, são identificados dois tipos de intervenção:

- a) Medidas e procedimentos preparatórios, que criam as condições necessárias à execução das “medidas de resposta”. Incluem-se neste grupo as actividades relativas ao levantamento dos recursos materiais e humanos existentes, bem como a revisão da legislação que suporta a intervenção do Estado na defesa da Saúde Pública, entre outras;
- b) Medidas e procedimentos que, em termos de saúde pública, deverão, ou poderão, ser executados com o objectivo de reduzir a propagação do vírus na população. Em sentido lato, poder-se-ão considerar como “medidas de resposta” à ameaça para a saúde humana que o vírus da gripe representa em cada momento, que se encontram particularmente desenvolvidas em Orientações Técnicas (OT) específicas da Direcção-Geral da Saúde.

1. Protecção individual

As medidas e os métodos de protecção individual podem desempenhar um papel importante na redução da transmissão do vírus da gripe.

Os serviços de saúde, da rede pública ou do sector privado (centros de saúde, hospitais, clínicas, consultórios, entre outros), deverão garantir a disponibilidade dos recursos materiais necessários à operacionalização das medidas de protecção individual, desde máscaras cirúrgicas, respiradores de partículas e outros equipamentos com igual finalidade, até aos recipientes adequados à deposição dos lenços de papel e aos sistemas de secagem individual das mãos, para citar alguns exemplos. Assim, impõe-se que se proceda à identificação das necessidades de recursos, à aquisição de equipamentos e consumíveis, à manutenção das reservas adequadas e a eventuais alterações estruturais das instalações.

A responsabilidade pela identificação das necessidades em recursos materiais e pela

sua satisfação é de cada instituição. Nos serviços de saúde da rede pública esta responsabilidade é, portanto, de cada centro de saúde e hospital, destacando-se o papel que os serviços de saúde pública locais, os serviços no âmbito da saúde ocupacional e as comissões de controlo de infecção devem assumir, na respectiva área de influência.

No âmbito deste plano específico, adquirem relevo as medidas e os procedimentos de protecção individual nas áreas da higiene das mãos, higiene respiratória (etiqueta respiratória), utilização de Equipamentos de Protecção Individual (EPI), ventilação adequada dos espaços, descontaminação de superfícies de contacto frequente e as recomendações para coabitantes de doentes com gripe.

As indicações de apoio à operacionalização das medidas de protecção individual, para todas as fases da actividade gripal, constarão de Orientações Técnicas (OT), que têm em atenção a fase de actividade gripal e os grupos-alvo das medidas.

1.1. Higiene das mãos

Recomenda-se fortemente a higiene das mãos, cumprindo a técnica correcta e em todas as situações em que se justificar, como medida relevante de protecção individual e de prevenção da transmissão cruzada da infecção.

Neste contexto, é de salientar a necessidade do reforço da utilização de soluções anti-sépticas de base alcoólica, que apresentam um espectro de actividade antimicrobiana superior à do sabão simples e permitem uma acção mais rápida.

Esta medida deverá ser adoptada em todas as fases da actividade gripal e em todos os grupos populacionais. No quadro da prevenção da transmissão do vírus da gripe, a higiene das mãos assume particular importância quando aplicada aos profissionais de saúde e a outros prestadores directos de cuidados de saúde, aos doentes com gripe e aos seus coabitantes. O ideal será conseguir que os métodos correctos de higiene das mãos sejam praticados por rotina, de forma automática.

1.2. Higiene respiratória

A adopção das medidas de higiene respiratória, ou medidas de etiqueta respiratória, é, também, recomendada em todas as fases da actividade gripal a todas as pessoas com sintomas de doença do foro respiratório.

De entre elas, salientam-se, pelo potencial efeito protector, as seguintes:

- a) Usar lenços de papel descartáveis;
- b) Cobrir a boca e/ou o nariz, ao tossir ou espirrar, com lenços de papel descartáveis;
- c) Depositar imediatamente os lenços após a utilização, em recipientes adequados;
- d) Não usar as mãos para cobrir a boca e/ou o nariz;
- e) Na ausência de lenços de papel, usar o antebraço para tapar a boca e/ou o nariz;
- f) Lavar as mãos com água e sabão em todas as situações em que esta medida

se justifica, sobretudo após se ter tossido, espirrado ou assoado (poder-se-á utilizar, em alternativa, toalhetes com solução alcoólica);

g) Não tocar com as mãos na cara sem antes as ter higienizado;

h) Não cuspir para o chão.

1.3. Equipamentos de protecção individual

Recomenda-se a utilização de Equipamentos de Protecção Individual (EPI) como medida de prevenção da transmissão individual do vírus da gripe em grupos populacionais específicos, e tendo em atenção o nível de risco da comunidade.

É de admitir que os EPI desempenhem um papel fundamental na protecção dos profissionais de saúde e dos prestadores informais de cuidados de saúde.

As recomendações apresentadas fundamentam-se no conhecimento científico e técnico actualmente disponível, não se excluindo a necessidade da sua actualização, paralelamente com a evolução da evidência científica.

Nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, os profissionais deverão usar máscara cirúrgica quando em contacto com doentes com gripe sazonal, principalmente durante a execução de procedimentos passíveis de produzir aerossóis, sendo importante que a máscara tenha bom ajuste facial.

Nas fases 3, 4 e 5, perante um caso suspeito/possível, provável ou confirmado de infecção provocada por um novo subtipo viral, os profissionais de saúde com contacto próximo (distância inferior a 1 metro) com o doente ou quando se encontrem no interior do quarto/área de isolamento, mesmo que sem contacto próximo com o doente, deverão usar um respirador de partículas (tipo FFP2 ou superior). Aos profissionais dos serviços de saúde que tenham contacto estritamente administrativo com o doente recomenda-se o uso de uma máscara cirúrgica.

No período pandémico, não se recomenda o uso por rotina de respirador de partículas aos profissionais de saúde sem contacto próximo com o doente, mesmo que no interior do quarto/área de isolamento (usar máscara cirúrgica). Contudo, será de considerar essa possibilidade em função da duração, frequência e proximidade do contacto com o doente (por exemplo, um auxiliar de limpeza que entre em múltiplos quartos deverá usar respirador de partículas, devido à frequência e à duração da exposição).

Na fase 6, o profissional de saúde deverá usar respirador de partículas (tipo FFP2 ou superior) prioritariamente nas seguintes situações: quando esteja no quarto/área onde se executam procedimentos geradores de aerossóis, na prestação de cuidados directos a doentes com gripe complicada de pneumonia (diagnóstico clínico e/ou radiológico) e na reanimação de doentes com gripe pandémica. O princípio da precaução aconselha, ainda, o uso de respirador de partículas quando em contacto a menos de 1 metro com doentes que apresentem sintomatologia sugestiva de gripe. Contudo, deve ser salvaguardada a disponibilidade de respiradores para as situações consideradas prioritárias.

Nas situações em que esteja indicado o uso de respirador de partículas, a sua indisponibilidade recomenda o uso alternativo de duas máscaras cirúrgicas sobrepostas, bem ajustadas à face.

Em pandemia, tal como nas fases 3, 4 e 5, não se recomenda o uso de respirador de partículas aos profissionais com contacto estritamente administrativo com os doentes, mas sim de máscara cirúrgica.

Nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, a fim de prevenir a transmissão por contacto, directo ou indirecto, os profissionais de saúde deverão utilizar outros EPI, designadamente luvas, toucas, equipamento de protecção ocular, vestuário e calçado específicos, em função do nível de risco de exposição.

Embora se recomende a redução ao mínimo das visitas aos doentes com gripe internados em instituições de saúde, quando tal ocorrer, os visitantes deverão usar respirador de partículas nas fases 3, 4 e 5 e máscara cirúrgica na fase 6.

Os doentes com gripe deverão usar máscara cirúrgica em todas as fases da actividade gripal, tanto no interior de qualquer unidade prestadora de cuidados de saúde, como na comunidade, nos contactos próximos com terceiros (menos de 1 metro) e sempre que saiam do local de confinamento.

Nos períodos de alerta pandémico (com casos em pessoas de gripe por um novo subtipo viral de origem aviária) e pandémico, é mandatária a colocação e manutenção de máscara cirúrgica num doente com quadro clínico compatível com gripe, imediatamente após a entrada em qualquer serviço de saúde, público ou privado, do ambulatório ou hospitalar.

Em pandemia, os prestadores directos de cuidados no domicílio poderão usar máscara cirúrgica quando em contacto com os doentes que apresentem sintomatologia sugestiva de gripe, embora não haja evidência de que o seu uso reduza o contágio pelo vírus, sobretudo quando este estiver já disseminado por toda a comunidade.

O uso de EPI está também indicado noutros grupos profissionais, desde que haja risco de exposição a fontes de infecção por vírus da gripe, destacando-se os profissionais do sector avião. Para estes profissionais, recomenda-se o uso de máscaras cirúrgicas em todas as fases da actividade gripal, podendo, em algumas circunstâncias (por exemplo, durante o abate sanitário na sequência de uma epizootia), utilizar-se um respirador de partículas tipo FFP2 ou superior. É, ainda, de recomendar o uso de luvas, toucas, equipamento de protecção ocular, vestuário e calçado específicos, em função do nível de risco de exposição ¹⁰.

Salienta-se, ainda, a recomendação do uso de EPI pelos agentes funerários ou outros profissionais que manuseiem cadáveres de vítimas de gripe por novo subtipo viral.

Em qualquer circunstância, os EPI devem ser sempre correctamente usados. Quando se encontrarem húmidas, as máscaras terão de ser removidas e imediatamente depositadas criteriosamente nos recipientes destinados à recolha selectiva de resíduos.

Com base na evidência científica actual, não se aconselha a utilização de EPI como medida de protecção individual na população, incluindo os coabitantes (desde que não se verifique contacto directo com o doente, situação em que se deverá colocar uma máscara cirúrgica) ou potenciais contactantes com doentes com gripe, em nenhuma

¹⁰ Trata-se de medidas preconizadas no âmbito da saúde ocupacional, sempre que haja risco de exposição a agentes biológicos que coloquem em risco a saúde do trabalhador.

fase da actividade gripal.

É de admitir, contudo, que, em pandemia, o uso de máscara cirúrgica possa ser tranquilizador, especialmente em lugares públicos que impliquem contacto próximo (por exemplo, nos transportes públicos ou nos locais públicos fechados).

Em Orientações Técnicas, definem-se as recomendações mais específicas sobre o uso de máscaras e respiradores de partículas, de acordo com a fase da actividade gripal e a população-alvo, na comunidade e em serviços prestadores de cuidados de saúde.

PROTECÇÃO INDIVIDUAL

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1. HIGIENE DAS MÃOS					
1.1. Divulgação dos procedimentos para a higiene correcta das mãos					Seleção das melhores estratégias de comunicação (Plano Específico de Comunicação). As especificações dos procedimentos a adoptar constam de Orientações Técnicas (OT) próprias⁸.
1.2. Identificação das necessidades em recursos materiais Deverá ser efectuado, em todos os serviços de saúde, o levantamento dos recursos materiais essenciais à implementação das medidas de higiene adequada das mãos, tendo em conta as necessidades estruturais e de equipamentos. (torneiras de comando não manual, sistema de fornecimento de sabão e de secagem individuais, por exemplo), assim como as relativas a consumíveis (sabão, solução anti-séptica de base alcoólica, entre outros). Para além dos serviços de saúde, há outras instituições/loais onde esta medida é altamente recomendada, salientando-se: • Instituições/loais que atendem/acolhem pessoas doentes ou deficientes; • Lares de idosos, centros de dia ou outras instituições que acolhem pessoas idosas; • Creches, infantários e escolas; • Qualquer outra instituição que acolha, a tempo inteiro ou parcial, pessoas pertencentes a grupos vulneráveis ou de risco; • Agências ltuosas ou outros locais onde se manuseiem cadáveres.					Responsabilidade nos serviços de saúde da rede pública: Hospitais e Centros de Saúde (CS). Colaboração: Serviços de Saúde Pública (SSP), serviços no âmbito da saúde ocupacional e Comissões de Controlo de Infecção (CCI), na respectiva área de influência.

 A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)

 A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

PROTECÇÃO INDIVIDUAL

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
1.3. Garantia da existência dos recursos materiais necessários	■	■	■	■		Responsabilidade nos serviços de saúde da rede pública: Administrações Regionais de Saúde (ARS), Hospitais e CS. Os SSP regionais e locais são responsáveis pela promoção do cumprimento dos procedimentos adequados à higiene correcta das mãos e pela promoção e/ou imposição da existência dos recursos materiais necessários nas instituições que acolhem doentes ou pessoas pertencentes a grupos vulneráveis ou de risco. Colaboração: SSP, serviços no âmbito da saúde ocupacional e CCI, na respectiva área de influência.
Os serviços de saúde deverão garantir a existência dos recursos materiais necessários à prática da higiene adequada das mãos (lavagem com água e sabão ou fricção com solução anti-séptica de base alcóolica) de toda a população "intra-institucional" (profissionais, doentes, utentes ou visitantes). Para além dos serviços de saúde, destacam-se instituições/locais onde esta medida é altamente recomendada: • Instituições/locais que atendem/acolhem pessoas doentes ou deficientes; • Lares de idosos, centros de dia ou outras instituições que acolhem pessoas idosas; • Creches, infantários e escolas; • Qualquer outra instituição que acolha, a tempo inteiro ou parcial, pessoas pertencentes a grupos vulneráveis ou de risco; • Agências lutozas ou locais onde se manuseiem cadáveres.						
1.4. Formação profissional	■	■	■	■		Responsabilidade: Administrações Regionais de Saúde (ARS) e respectivos Serviços de Saúde Pública (SSP), Hospitais, CS e outras instituições. Colaboração: SSP locais, serviços no âmbito da saúde ocupacional e Comissões de Controlo de Infecção (CCI), na respectiva área de influência. As CCI constituem, ao nível das unidades de saúde, um recurso de apoio aos órgãos de gestão, em matéria de prevenção e controlo da transmissão cruzada da infecção.
Deverão ser realizadas acções de formação que incluam conteúdos relativos às orientações técnicas e procedimentos essenciais à higienização das mãos, destinadas a determinados grupos profissionais, de entre os quais se destacam: • Os profissionais de saúde; • Os prestadores informais de cuidados de saúde; • Os professores e educadores de infância; • Os agentes funerários ou outros profissionais que manuseiem cadáveres.						

PROTECÇÃO INDIVIDUAL

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
2. HIGIENE RESPIRATÓRIA					
2.1. Divulgação dos procedimentos preconizados de higiene respiratória					O sucesso aplicação desta medida dependerá das estratégias de comunicação seleccionadas, designadamente as dirigidas ao público em geral (Plano Específico de Comunicação). As especificações dos procedimentos a adoptar constam de Orientações Técnicas próprias⁸. Responsabilidade nos serviços de saúde da rede pública: Hospitais e CS.
2.2. Identificação das necessidades em recursos materiais					Responsabilidade nos serviços de saúde da rede pública: Hospitais e CS. Colaboração: SSP locais, serviços no âmbito da saúde ocupacional e CCI, na respectiva área de influência.
Deverá ser efectuado, em todos os serviços de saúde, o levantamento dos recursos materiais essenciais à implementação das medidas de higiene respiratória, tendo em conta as necessidades estruturais e de equipamentos. Para além dos serviços de saúde, há outras instituições/locais onde esta medida é altamente recomendada, salientando-se: • Instituições/locais que atendem/acolhem pessoas doentes ou deficientes; • Lares de idosos, centros de dia ou outras instituições que acolhem pessoas idosas; • Creches, infantários e escolas; • Qualquer outra instituição que acolha, a tempo inteiro ou parcial, pessoas pertencentes a grupos vulneráveis ou de risco; • Agências lutozas ou locais onde se manuseiem cadáveres.					
2.3. Garantia de existência dos recursos materiais necessários					Responsabilidade nos serviços de saúde da rede pública: Administrações Regionais de Saúde (ARS), Hospitais e CS. Os SSP regionais e locais são responsáveis pela promoção do cumprimento dos procedimentos adequados à higiene respiratória nas instituições que acolhem doentes ou pessoas pertencentes a grupos vulneráveis ou de risco.
Os serviços de saúde deverão garantir a existência de recipientes adequados à deposição dos lenços e toalhotes utilizados e as melhores condições de segurança aos profissionais de limpeza das instituições. Os serviços de saúde poderão distribuir aos utentes toalhotes de papel descartáveis para contenção das secreções nasais.					

PROTECÇÃO INDIVIDUAL

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
2.4. Formação profissional Deverão ser realizadas acções de formação que incluam conteúdos relativos às orientações técnicas e procedimentos essenciais à higiene respiratória, destinadas a determinados grupos profissionais, de entre os quais se destacam: • Os profissionais de saúde; • Os prestadores informais de cuidados de saúde; • Os professores e educadores de infância; • Os agentes funerários ou outros profissionais que manuseiem cadáveres.	■	■	■	■	Responsabilidade: Administrações Regionais de Saúde (ARS) e respectivos Serviços de Saúde Pública (SSP), Hospitais, CS e outras instituições. Colaboração: SSP locais, serviços no âmbito da saúde ocupacional e Comissões de controlo de Infecção (CCI), na respectiva área de influência. As CCI constituem, ao nível das unidades de saúde, um recurso de apoio aos órgãos de gestão, em matéria de prevenção e controlo da transmissão cruzada da infecção.

3. EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)¹¹

3.1. Divulgação dos procedimentos para uso correcto de EPI.



As indicações quanto ao uso correcto dos EPI (indicações, colocação, remoção, tratamento após uso) constam de OT próprias.

3.2. Identificação das necessidades em EPI



Nos serviços de saúde da rede pública ou privada, deverá ser elaborado e mantido actualizado o levantamento das necessidades em EPI, destinados aos respectivos profissionais, doentes e visitantes, em função das orientações técnicas e recomendações da DGS.

As restantes instituições/serviços/empresas onde se recomende o uso de EPI deverão, também, manter actualizado o levantamento das necessidades desses equipamentos.

Responsabilidade nos serviços de saúde da rede pública: Hospitais e CS.

Colaboração: Serviços de Saúde Pública (SSP) locais, serviços no âmbito da saúde ocupacional e Comissões de Controlo de Infecção (CCI), na respectiva área de influência.

¹¹ A indicação da utilização de EPI por fase de actividade gripal varia consoante o equipamento em causa e o grupo-alvo

PROTECÇÃO INDIVIDUAL

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
3.3. Garantia de existência dos EPI necessários Os serviços de saúde deverão garantir a existência de EPI de acordo com as necessidades identificadas. À data, não está prevista a constituição de uma reserva nacional de EPI. Aconselha-se, contudo, a constituição e gestão de uma reserva de EPI, adequada às diferentes fases da actividade gripal, em todas as instituições/serviços em que a sua utilização se recomende.	■	■	■	■		Responsáveis pela constituição e gestão de reserva de EPI nos serviços de saúde da rede pública: ARS, Hospitais e CS.
3.4. Formação profissional Deverão ser realizadas acções de formação que incluam conteúdos relativos às orientações técnicas e procedimentos essenciais à higiene respiratória, destinadas a determinados grupos profissionais, de entre os quais se destacam: • Os profissionais de saúde; • Os prestadores informais de cuidados de saúde; • Os professores e educadores de infância; • Os agentes funerários ou outros profissionais que manuseiem cadáveres.	■	■	■	■		Responsabilidade: ARS, SSP, Hospitais, CS e outras instituições. Colaboração: Serviços de Saúde Pública (SSP) locais, serviços no âmbito da saúde ocupacional e Comissões de controlo de Infecção (CCI), na respectiva área de influência.

2. Distanciamento social

Consideram-se medidas de distanciamento social o isolamento dos doentes, a quarentena, a evicção escolar e laboral, o afastamento de locais confinados e sobrepovoados, a restrição de eventos públicos com grande concentração de pessoas e/ou de circulação de trânsito não essencial, a redução da utilização de transportes públicos e a limitação de contactos familiares com os profissionais de saúde em actividade durante a pandemia.

As medidas de distanciamento social devem ser voluntariamente executadas, com base nas Orientações Técnicas (OT) e nas recomendações disponíveis. É de equacionar, contudo, o recurso a medidas compulsivas, em situações extremas. Admite-se, em situações excepcionais, que o isolamento e a quarentena compulsivos possam, de acordo com a situação epidemiológica e social do país, vir a revelar-se essenciais para a contenção da pandemia numa fase precoce.

O recurso a medidas compulsivas é da competência das Autoridades de Saúde (AS), em articulação, se necessário, com o poder judicial e com as forças de segurança.

Nas situações de infecção provocada por vírus da gripe A(H5N1), as medidas de isolamento dos doentes deverão ser executadas de acordo com as OT e recomendações nacionais definidas para a fase 3, disponíveis no *website* da Direcção-Geral da Saúde (DGS).

2.1. Isolamento dos doentes

O isolamento dos doentes imediatamente após o aparecimento de febre e de outra sintomatologia compatível com gripe é uma medida recomendada em todas as fases da actividade gripal e deve ser largamente promovida.

No período interpandémico, os doentes deverão permanecer, tanto quanto possível, no domicílio, com internamento em serviço de saúde quando o quadro clínico o exija. Numa situação de gripe sazonal não complicada, recomenda-se o isolamento dos adultos durante 5 dias e das crianças durante 7 dias após o início dos sintomas, em função do período de maior transmissibilidade de cada grupo etário.

Nas fases 3, 4 e 5, o isolamento dos casos de doença eventualmente provocada pelo novo subtipo viral da gripe deverá ser cumprido desde a primeira suspeita da doença.

Conforme consta das Orientações Técnicas (OT) para a fase 3, perante um caso suspeito/possível de doença humana provocada por vírus da gripe A(H5N1) ou outro vírus de origem animal, deve proceder-se rapidamente ao isolamento do doente.

Após a validação da suspeição pela DGS, através do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS), designado Saúde 24 (808 24 24 24), o doente deverá ser transportado para um dos hospitais de referência seleccionados, onde será avaliado em condições de isolamento respiratório.

Um caso provável ou confirmado de doença provocada pelo novo subtipo viral obriga ao internamento do doente em quarto individual, com casa de banho privativa, ou, se disponível, em quarto com pressão negativa, de acordo com as normas internas de controlo de infecção.

O doente com sintomatologia suspeita que recorra espontaneamente a qualquer serviço de saúde, público ou privado, deverá ser isolado em sala própria e, preferencialmente, com acesso a casa de banho para seu uso exclusivo, até à validação da suspeição e ao transporte para o Hospital de Referência. Admite-se a adopção de procedimentos semelhantes nas fases 4 e 5 do período de alerta pandémico, conforme se encontra descrito nos Planos Específicos de Cuidados de Saúde em Ambulatório e de Cuidados de Saúde em Internamento.

No período pandémico, os doentes com suspeita de gripe deverão ser atendidos em espaços exclusivamente dedicados a esta patologia, os Serviços de Atendimento da Gripe (SAG), tal como se preconiza no Plano Específico de Cuidados de Saúde em Ambulatório. Nas situações de internamento, os doentes deverão ser internados em salas próprias e por coorte de data de início dos sintomas (Plano Específico de Cuidados de Saúde em Internamento).

Idealmente, o isolamento dos doentes deverá ser voluntário. O recurso ao isolamento compulsivo será limitado a situações extremas, nas fases 4 e 5 e no início do período pandémico (ausência ou poucos casos de gripe pandémica em Portugal).

2.2. Quarentena

A restrição de movimentos ou de actividade de indivíduos assintomáticos, contactos dos doentes ou expostos a outras fontes de infecção, não é recomendada como medida universal, em nenhuma fase da actividade gripal.

Contudo, poderá ser admitida em situações excepcionais, de que são exemplo as seguintes:

- a) Número relevante de casos de gripe numa área geográfica perfeitamente delimitada (quarentena de zona geográfica);
- b) Aparecimento de um caso de gripe em instituições onde se encontrem pessoas com elevado risco de complicações de gripe (hospitais, lares de idosos, entre outros);
- c) Contactos de viajantes doentes, expostos durante a viagem;
- d) Quarentena dos coabitantes, nas fases 4, 5 ou início da fase 6, se justificável.

Nestas situações, aconselha-se a quarentena por um período de tempo máximo de 7 dias após o contacto com o doente, no domicílio, quando possível e adequado (medida a avaliar em função da evidência científica disponível e do risco epidemiológico).

Na quarentena geográfica, deverão ser claramente estabelecidos os limites geográficos da zona em quarentena e definidos os procedimentos para entrada e saída de pessoas, bens e produtos.

O recurso a quarentena compulsiva deverá ser limitado a situações extremas, nas fases 4 e 5 e no início do período pandémico (ausência ou poucos casos de gripe pandémica em Portugal).

A execução das medidas e procedimentos necessários à operacionalização da quarentena é da competência das Autoridades de Saúde (AS). Em determinados

contextos, a articulação oportuna do Ministério da Saúde com os Ministérios da Administração Interna e da Justiça é condição facilitadora da intervenção a nível local.

2.3. Outras medidas de distanciamento social

Com a finalidade de limitar a propagação da gripe, poderão promover-se outras medidas de distanciamento social, tal como a evicção escolar e laboral, em situação de doença compatível com gripe.

Nas fases 4 e 5 do período de alerta pandémico e no período pandémico, poderá ser necessário proceder ao encerramento de espaços confinados ou sobrepovoados (por exemplo, escolas, locais de trabalho, centros de dia, unidades militares), assim como limitar a realização de eventos públicos com grande concentração de pessoas (por exemplo, conferências, congressos, cinemas, feiras, mercados) ou restringir a circulação de trânsito não essencial de e para comunidades afectadas.

Durante a pandemia, poderá ser desaconselhada a utilização de transportes públicos para deslocações não essenciais.

A aplicação de qualquer uma destas medidas deverá ser precedida de uma cuidadosa avaliação de risco epidemiológico e do impacte social. Nestes casos, a decisão sobre a aplicação das medidas é da competência das Autoridades de Saúde.

Embora em determinados níveis de risco da doença o encerramento das escolas pareça adequado, pelo papel que as crianças representam na disseminação do vírus da gripe, esta medida levanta problemas relacionados com a dificuldade em organizar locais alternativos para a permanência dos alunos.

Nas fases 4 e 5 do período de alerta pandémico e no período pandémico, poderá ser, ainda, de prever a organização de locais de residência temporária, alternativa ao domicílio, para profissionais de saúde que se encontrem em maior risco de infecção, com a finalidade de minimizar o risco de contágio dos seus familiares no regresso a casa. Esta medida poderá ser aplicada a outros profissionais prioritários e/ou de risco.

DISTANCIAMENTO SOCIAL

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1. ISOLAMENTO DOS DOENTES					
1.1. Preparação dos locais de isolamento nos serviços de saúde Os serviços de saúde terão de preparar, com a antecipação possível, os locais para isolamento dos doentes, desde a suspeição até à confirmação de caso de gripe, de acordo com as Orientações Técnicas (OT) disponíveis. A preparação dos locais de isolamento, nos serviços de saúde, durante o período pandémico, deverá ser feita de acordo com os Planos Específicos de Cuidados de Saúde em Ambulatório e de Cuidados de Saúde em Internamento.					Responsabilidade nos serviços de saúde da rede pública: ARS, Hospitais e CS. Todos os serviços de atendimento de doentes, públicos e privados, deverão ter disponíveis locais para isolamento dos doentes com suspeição de infecção humana provocada pelo vírus A(H5N1) ou outro novo subtipo viral.
1.2. Selecção dos Hospitais de Referência para as fases 3, 4 e 5 Os Hospitais de Referência para internamento de casos suspeitos/possíveis, prováveis ou confirmados de gripe provocada pelo vírus A(H5N1) encontram-se já seleccionados ⁹. Admite-se utilizar os mesmos hospitais para internamento de casos de gripe, nas fases 4 e 5. Poderá ser necessário seleccionar outros hospitais, designadamente nas situações de rotura da capacidade de internamento nos Hospitais de Referência previamente seleccionados. É de prever esta situação fundamentalmente na fase 5.					Responsabilidade: DGS e ARS. Colaboração: Hospitais.
1.3. Selecção dos Hospitais Dedicados durante a pandemia No início da pandemia, prevê-se a utilização de Hospitais Dedicados para o internamento de doentes com gripe pandémica. Estes hospitais serão seleccionados de acordo com as orientações descritas no Plano Específico de Cuidados de Saúde em Internamento.					Responsabilidade: ARS. Colaboração: DGS e Hospitais.

 A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)

 A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

DISTANCIAMENTO SOCIAL

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1.4. Criação da rede dedicada à prestação de cuidados de saúde em ambulatório, durante a pandemia Durante a pandemia, os doentes com sintomatologia compatível com gripe deverão recorrer aos Serviços de Atendimento da Gripe (SAG), favorecendo o seu isolamento durante o atendimento em ambulatório, em local especificamente criado para o efeito. As orientações para a criação e instalação dos SAG encontram-se descritas no Plano Específico de Cuidados de Saúde em Ambulatório.					Responsabilidade: ARS. Colaboração: DGS e CS.
2. QUARENTENA ¹² Organização de locais de quarentena Em princípio, a quarentena é domiciliária. Contudo, deverá ser prevista a organização de locais próprios para quarentena, a usar em situações extremas. A adaptação de infra-estruturas existentes poderá agilizar esse processo. No contexto de quarentena para os contactos de viajantes, poderá ser necessário criar locais para esse efeito em aeroportos e portos, ou em espaços próximos.					Os Serviços de Saúde Pública (SSP) devem promover a organização de locais próprios para quarentena, em articulação com os demais parceiros da comunidade (autarquias, por exemplo), nas situações em que esta medida se justifique. Nas situações de âmbito nacional ou que abranjam diferentes zonas do país, poderá ser necessário estabelecer parcerias, formais ou informais, entre os Ministérios da Saúde e da Administração Interna, por exemplo.
3. OUTRAS MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL					
3.1. Evicção escolar e laboral em situação de doença compatível com gripe Poderá recomendar-se o afastamento da escola de alunos, professores e outros profissionais que desenvolvam síndrome gripal, desde o período interpandémico. O afastamento deverá ter a duração do período de transmissão da doença (5 dias nos adultos e 7 dias nas crianças, após o aparecimento da sintomatologia). Esta medida aplica-se aos profissionais de outros sectores. Em caso de pandemia, o presentismo está fortemente contra-indicado.					Os SSP locais e os serviços no âmbito da saúde ocupacional poderão promover a inclusão desta medida nos regulamentos internos dos estabelecimentos de ensino e laborais.

¹² Medida a aplicar em situações excepcionais.

DISTANCIAMENTO SOCIAL

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
3.2. Encerramento da instituições/espacos confinados ou sobrepuoados Idealmente, deuerão ser estabelecidas parcerias com outras instituições da comunidade (autarquias, por exemplo), no sentido da identificação de locais alternatiuos para permanência das crianças e iouens ou de outros grupos-aluo, na situação de encerramento das escolas ou de outras instituições. A nível local, o diagnóstico de situação, no que respeita às principais instituições em funcionamento na comunidade, deuerá ser mantido actualizado, com a finalidade de agilizar a operacionalização desta medida.					Competência: Autoridades de Saúde (AS), em articulação com os Ministérios ou outras entidades que tutelem as instituições a encerrar. A actualização do diagnóstico de situação local é da responsabilidade dos Serviços de Saúde Pública (SSP).
3.3. Limitação da realização de eventos públicos com grande concentração de pessoas A nível local, deuerão ser identificados os eventos públicos que se preveja poderem implicar grande concentração de pessoas.					Competência: AS, em articulação com os Ministérios ou outras entidades que tutelem/organizem os eventos. A identificação dos eventos é da responsabilidade dos SSP.
3.4. Limitação da circulação de trânsito não essencial e/ou da utilização de transportes públicos A limitação da circulação de trânsito não essencial será uma medida a admitir perante comunidades com elevado número de doentes.					A limitação da circulação de trânsito não essencial e/ou da utilização de transportes públicos será decidida pelas Autoridades de Saúde, em articulação com o Ministério da tutela ou com outras entidades.
3.5. Organização de residências temporárias para profissionais					Responsabilidade: entidades laborais e todos os profissionais envolvidos.

3. Vigilância dos viajantes (viagens internacionais)

A importância crescente do tráfego internacional de pessoas e mercadorias tem repercussões directas na dinâmica das doenças transmissíveis, em geral, e da infecção provocada por vírus da gripe, em particular, designadamente pela aceleração da velocidade de propagação do vírus.

A especificação das medidas e dos procedimentos recomendados constam de Orientações Técnicas (OT) próprias⁸.

As medidas específicas a adoptar no âmbito da saúde dos viajantes variam em função do tipo de viagem (aérea ou marítima), do estado de saúde do viajante e da relação entre o sentido da viagem e o nível de risco do país de origem e do país de destino.

No que respeita ao sentido da viagem, importa distinguir os viajantes que saem dos que entram no País.

Os viajantes que entram no País com suspeição de doença provocada por novo sub-tipo viral devem ser rapidamente isolados e avaliados clinicamente. Os contactos do doente durante a viagem devem ser rapidamente identificados, preconizando-se a sua avaliação clínica e vigilância, de acordo com as OT para a fase 3⁸.

Aos viajantes assintomáticos que entram no País, e que provenham de áreas de risco, deverá ser recomendada a autovigilância da saúde e, caso adoeçam com síndrome gripal, a utilização da linha Saúde 24 (Orientações Técnicas próprias⁸). As medidas de rastreio à chegada não parecem ser custo-efectivas, pelo que não se recomenda a sua execução.

Pelo contrário, a evidência científica disponível aponta para as eventuais vantagens da realização de rastreio dos viajantes à saída (*exit screening*), quando provenientes de países afectados, recomendando-se, pois, a sua execução. A evidência obtida durante o surto da Síndrome Respiratória Aguda (SRA) aconselha a realização do rastreio por aplicação de questionário, método com maiores potencialidades do que, por exemplo, o da medição da temperatura corporal.

Os viajantes identificados pelo rastreio de saída como potenciais casos poderão ser impedidos de viajar, em situação de doença súbita. O rastreio de saída pode provocar, como efeito adicional, a dissuasão da realização de viagens não essenciais, medida com aplicabilidade nas fases de maior risco da actividade gripal.

Nas fases de maior risco da actividade gripal, deverá desaconselhar-se, ou mesmo impedir-se, a realização de viagens não essenciais, designadamente para áreas afectadas.

A informação aos viajantes, adequada a cada fase da actividade gripal, é medida obrigatória. A articulação com as agências de viagens, no sentido de colaboração na divulgação das recomendações aos viajantes, é de grande pertinência.

A desinfecção dos aviões e dos navios é também mandatária, devendo ser feita de acordo com as orientações técnicas da Organização Mundial da Saúde em *Guide to Hygiene and Sanitation in Aviation*, no que diz respeito aos aviões, e *Guide to Ship Sanitation*, relativamente aos navios.

As medidas e procedimentos de vigilância da saúde dos viajantes são executados ou

promovidos pelos profissionais dos aeroportos e das companhias aéreas, pelas Autoridades de Saúde do aeroporto (Serviços de Sanidade Internacional) e pelas Autoridades de Saúde Regionais, no que se refere às deslocações por avião. Relativamente às deslocações por via marítima, essa responsabilidade caberá aos funcionários das agências de navegação, às Autoridades Marítimas e Portuárias e às Autoridades de Saúde de serviço aos portos marítimos.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e os hospitais colaboram com os demais intervenientes, no âmbito das respectivas competências, quando justificável. Salienta-se o papel que os serviços no âmbito da saúde ocupacional devem assumir, no que concerne à saúde dos profissionais de bordo e de terra.

VIGILÂNCIA DOS VIAJANTES (VIAGENS INTERNACIONAIS)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
VIGILÂNCIA E CONTROLO DA SAÚDE DOS VIAJANTES					
1. Rastreio dos viajantes					A execução das medidas de rastreio é da responsabilidade dos serviços de Sanidade Internacional.
2. Identificação das necessidades em recursos materiais adequados Nos serviços de Sanidade Internacional, dos portos e aeroportos, deverá ser elaborado e mantido actualizado, em cada momento, o levantamento das necessidades em recursos materiais essenciais à execução das medidas de vigilância e controlo da saúde dos viajantes.					Responsabilidade: ARS e Serviços de Saúde Pública (SSP), em articulação com as autoridades portuárias e aeroportuárias.
3. Garantia de existência dos recursos materiais adequados Deverá ser assegurada a existência dos recursos materiais essenciais à execução das medidas de vigilância e controlo da saúde dos viajantes, em função das necessidades.					Responsabilidade: Autoridades portuárias e aeroportuárias

- A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)
- A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

4. Outras medidas

Como medidas preparatórias da operacionalização dos procedimentos recomendados destacam-se, ainda, a revisão e a produção de legislação adequada, a manutenção do diagnóstico de situação de saúde actualizado, designadamente no que se refere aos grupos de risco ocupacional, ao recenseamento das empresas prioritárias, às medidas de controlo ambiental e ao apoio à organização geral da comunidade, e outras.

Em situações de elevado risco para a saúde das populações, o Estado poderá ser chamado a intervir, no sentido de impor medidas de salvaguarda da Saúde Pública, com base em suporte legislativo específico. O exercício do poder de intervenção do Estado na defesa da Saúde Pública é da competência das Autoridades de Saúde (AS).

A legislação que suporta o exercício das AS, no que respeita à imposição de medidas de prevenção, contenção ou controlo das doenças transmissíveis, encontra-se desactualizada, impedindo a actuação das AS com a efectividade e eficiência desejadas, pelo que carece de revisão prioritária.

O isolamento e a quarentena compulsivos, embora medidas de excepção, poderão vir a demonstrar-se essenciais para a contenção da pandemia numa fase precoce. A restrição da liberdade individual não está, actualmente, prevista nas situações relacionadas com a protecção das comunidades perante o risco de doenças transmissíveis. Independentemente dos procedimentos que venham a ser considerados indispensáveis à garantia das liberdades individuais, a legislação nacional terá de ser alterada e de ter em atenção a necessidade da celeridade da decisão e da execução do isolamento ou da quarentena compulsivos. Caso contrário, estas medidas perderão a oportunidade e a efectividade necessárias, tornando-se dispensáveis.

A DGS será responsável por promover a análise e a revisão da legislação vigente, em articulação com especialistas da área da Saúde Pública e do Direito aplicado à Saúde.

Encontra-se actualmente constituída a reserva estratégica de oseltamivir, especificamente destinada aos profissionais considerados essenciais ao funcionamento da sociedade, durante o período pandémico (Planos Específicos de Vacinas e Medicamentos e de Cuidados de Saúde em Ambulatório). É, pois, necessário definir os ramos de actividade prioritária e recensear as respectivas empresas, a fim de desenvolver os mecanismos de distribuição e controlo da reserva. Os serviços de saúde deverão apoiar estas empresas na elaboração dos respectivos planos de contingência e, se solicitados, poderão apoiar também a elaboração dos Planos de outras instituições que prestem serviço público, bem como participar em parcerias de apoio social.

Os serviços de saúde deverão apoiar, ainda, as empresas responsáveis pela gestão de cadáveres, face ao previsível excesso de mortalidade durante o período pandémico.

No período de alerta pandémico, nomeadamente na fase 3, é de evitar a permanência em locais de risco nas áreas geográficas com epizootias provocadas por novo subtipo viral.

Em termos gerais, recomenda-se o arejamento adequado de todos os locais de permanência de indivíduos infectados com o vírus da gripe. Poderá ser necessário recomendar a não utilização de sistemas de ar condicionado.

As possibilidades de transmissão por contacto indirecto levam a aconselhar a descontaminação de superfícies (inclui limpeza e desinfecção), embora não haja evidência que suporte esta medida.

OUTRAS MEDIDAS

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1. REVISÃO E PRODUÇÃO DE LEGISLAÇÃO					
1.1. Revisão e adequação da legislação que suporta a intervenção da Autoridade de Saúde (AS)					A DGS será responsável por promover a execução da proposta de alteração legislativa, a submeter superiormente.
Deverá ser proposta a revisão da legislação de modo a que esta permita:					
• Atribuir o poder de restrição da liberdade individual (isolamento e quarentena compulsivos), em situações de excepcional risco para a Saúde Pública, decorrente da existência ou da exposição a doenças transmissíveis; • Designar, pelo menos, dois substitutos da AS nacional, das AS regionais e das AS concelhias.					
1.2. Alteração da lista de doenças de evicção escolar					A DGS será responsável por promover a execução da proposta de alteração legislativa, a submeter superiormente.
Recomenda-se a alteração da lista de doenças de evicção escolar, no sentido da inclusão da gripe, devendo ser especificado o respectivo período de evicção — gripe sazonal: 5 dias (adultos) e 7 dias (crianças) após o início dos sintomas.					
2. MANUTENÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE ACTUALIZADO					Coordenação: Serviços de Saúde Pública (SSP) locais, na respectiva área de influência.
Na fase 3 do período de alerta pandémico, deve merecer particular atenção o diagnóstico da situação de saúde no que respeita aos trabalhadores das explorações avícolas e de abate sanitário e aos veterinários que exerçam a sua actividade a nível concelhio (veterinários municipais/AS Veterinária).					
3. IDENTIFICAÇÃO DAS EMPRESAS PRIORITÁRIAS					A responsabilidade pela execução desta medida será concertada com o Ministério da Administração Interna.
Deverão ser identificadas as empresas cujas actividades são necessárias à manutenção de bens e serviços essenciais.					

-  A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)
-  A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

OUTRAS MEDIDAS

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
4. ESTABELECIMENTO DE PARCERIAS DE APOIO SOCIAL					Os Serviços de Saúde deverão cooperar com os Serviços da Segurança Social e outras instituições ou organismos com funções de apoio social (autarquias, instituições de solidariedade social, Igrejas, organizações não governamentais, outras estruturas comunitárias), para promoção de parcerias locais.
Os serviços de saúde locais deverão cooperar com outras instituições e entidades locais, no sentido da promoção e/ou participação em parcerias locais de apoio social, nas situações em que a doença provocada por vírus da gripe o imponha. Prevê-se a sua utilidade essencialmente no período pandémico. Contudo, as medidas preparatórias devem desencadear-se no início do período de alerta pandémico. Deverá ser acautelado o apoio social aos doentes e famílias em isolamento domiciliário, designadamente nas situações em que a doença atinja toda ou grande parte da família, ou os cuidadores/familiares de pessoas dependentes (crianças, idosos ou outros). Poderá ser também necessário, neste contexto, contemplar o apoio às famílias dos profissionais de saúde ou de outros profissionais prioritários, ausentes do domicílio.					
5. ORGANIZAÇÃO DOS DEMAIS SECTORES DA SOCIEDADE AO NÍVEL LOCAL					
Os serviços de saúde deverão participar na organização de todos os sectores da sociedade ao nível local, designadamente no apoio à elaboração dos planos de contingência das entidades e instituições que prestem serviço público.					
6. APOIO AO PROCESSO DE GESTÃO DE CADÁVERES					Os serviços de saúde deverão colaborar com as agências ltuosas no processo de gestão de cadáveres. Poderão ser, ainda, chamadas a colaborar neste processo outras estruturas comunitárias, designadamente as autarquias e as Igrejas. Os aspectos relacionados com a gestão de cadáveres constam de Orientações Técnicas próprias.
As comunidades terão de se organizar perante a ameaça de uma pandemia. Um dos pontos críticos a considerar diz respeito à execução das medidas necessárias à gestão do previsível excesso de óbitos durante a pandemia. Os serviços de saúde deverão apoiar o processo de organização.					

OUTRAS MEDIDAS

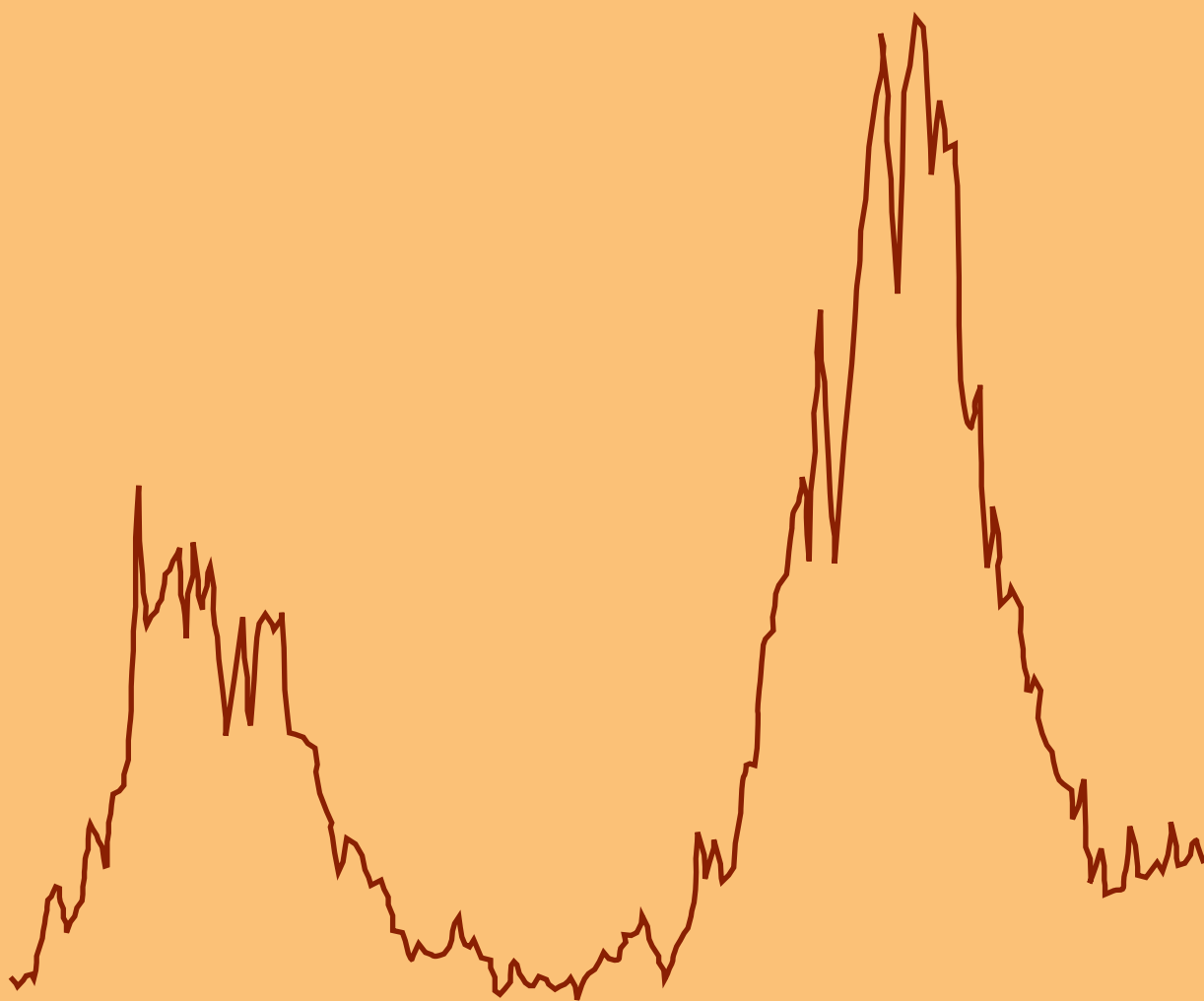
Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
7. OUTRAS MEDIDAS E PROCEDIMENTOS						
7.1. Recomendações para evitar locais de risco em áreas geográficas com epizootias No período de alerta pandémico, nomeadamente na fase 3, aconselha-se evitar o contacto com animais em locais considerados de risco, tais como aviários, outras explorações avícolas, parques zoológicos, zonas de nidificação, quintas, entre outros. De acordo com a situação epidemiológica, alguns destes estabelecimentos/locais poderão ser encerrados/confinados.						A articulação das Autoridades de Saúde (humana) com as Autoridades de Saúde Veterinária e, se necessário, com os Serviços da Protecção Civil é fundamental, neste contexto. Os Serviços de Saúde Pública (SSP) deverão manter actualizada a informação relativa às áreas geográficas afectadas ou consideradas de risco, aos níveis internacional, nacional e local. Os SSP deverão informar a população quanto aos riscos decorrentes da visita a locais de risco de transmissão zoonótica, desaconselhando-a, quando pertinente.
7.2. Ventilação dos espaços de utilização pública Nos serviços de saúde, deverá ser efectuada a identificação da capacidade de renovação eficiente de ar. É crucial aplicar as medidas correctivas necessárias à manutenção de uma ventilação adequada. Para os demais espaços fechados de utilização pública, recomenda-se a instalação de sistemas de renovação do ar interior com ar proveniente do exterior. Esta recomendação contraria as tendências verificadas nos últimos anos de instalação, nos edifícios comerciais e empresariais, de média e grande dimensão, de sistemas de gestão do ar interior em circuito fechado, nem sempre com os devidos cuidados de manutenção, nomeadamente na limpeza dos filtros.						O levantamento da capacidade de renovação de ar e a execução das medidas correctivas nos serviços de saúde são da responsabilidade de cada instituição. Os serviços no âmbito da saúde ocupacional e os SSP deverão promover, de acordo com as suas competências, a instalação de sistemas de renovação eficiente do ar interior. A operacionalização desta medida será também da responsabilidade dos gestores das instituições/empresas/espaços fechados de utilização pública.
7.3. Descontaminação (inclui a limpeza e desinfecção) de superfícies Aconselha-se a limpeza e desinfecção de superfícies que possam estar contaminados em todas as fases da actividade gripal e a todas as instituições ou locais onde se encontrem doentes com gripe.						Responsabilidade: Hospitais, CS e outras instituições. Colaboração: os SSP locais, os serviços no âmbito da saúde ocupacional e as CCI. As especificações dos procedimentos a adoptar constarão de Orientações Técnicas próprias⁹.
7.4. Recomendações para prevenção da transmissão pessoa-a-pessoa no domicílio A prevenção da transmissão pessoa-a-pessoa do vírus da gripe no domicílio obriga à adopção de medidas e procedimentos de protecção individual específicos, conforme referido.						As especificações técnicas dos procedimentos a adoptar constarão de Orientações Técnicas próprias⁹.

AGRADECIMENTOS

Dra Carla Lacerda Rascoa, DGS
Dra Cristina Costa, DGS
Dra Maria Otilia Duarte, DGS
Dra Maria da Graça Freitas, DGS
Dra Paula Maria Valente, CS de Redondo



CUIDADOS DE SAÚDE EM AMBULATÓRIO



CUIDADOS DE SAÚDE EM AMBULATÓRIO

José Mendes Nunes ¹

Maria Graziela Soares ²

Maria da Graça Freitas ³, Ana Cristina Garcia ⁴

INTRODUÇÃO

A responsabilidade pelo acompanhamento da gripe é assumida, predominantemente, pelos serviços de saúde de ambulatório. Só raramente, pela sua gravidade ou pelas suas complicações, esta doença exige cuidados hospitalares.

Perante uma pandemia de gripe, os principais objectivos da prestação de cuidados de saúde em ambulatório são:

- a) Atrasar a propagação da doença;
- b) Recuperar os doentes tão precocemente quanto possível;
- c) Evitar as complicações da doença;
- d) Evitar a morte.

As propostas deste plano específico visam orientar os serviços de saúde de ambulatório, no sentido de se organizarem e de estarem preparados para responder à contingência do aparecimento de uma pandemia de gripe. Assim, apesar de abordar também as outras fases da actividade gripal, o Plano Específico de Cuidados de Saúde em Ambulatório é, sobretudo, dirigido para a fase 6 (período pandémico).

As estruturas regionais, locais e as instituições devem elaborar os seus próprios Planos de Contingência para a Pandemia de Gripe, tendo como referencial o Plano de Contingência Nacional. Uma vez elaborados os planos, têm de ser executadas determinadas medidas preparatórias para fazer face à pandemia. Outras medidas (reactivas ou de resposta) serão apenas executadas quando ocorrer a pandemia, em função da avaliação de risco.

Pretende-se que a maioria dos doentes com gripe, na fase 6, seja atendida nos serviços de saúde de ambulatório, aos quais compete prestar os melhores cuidados de saúde possíveis. Isso pode revelar-se difícil, atendendo a que, em Portugal, numa onda pandémica, poderão adoecer cerca de dois milhões e meio de pessoas num período de poucas semanas das quais, aproximadamente, 1 600 000 nas duas piores semanas, considerando uma taxa de ataque de 25%.

Por outro lado, o recurso descontrolado a este tipo de serviços pode impedir o acesso, em tempo útil, a todos os doentes, o que terá repercussões negativas, em termos de morbilidade e, principalmente, de mortalidade, nos doentes mais graves.

¹ Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde de Oeiras. Responsável por este Plano Específico.

² Enfermeira Chefe, Centro de Saúde de Oeiras. Colaboração.

³ Chefe de Serviço de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Organização e coordenação da edição.

⁴ Assistente Graduada de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Organização e coordenação da edição.

O presente plano específico articula-se com o Plano de Cuidados de Saúde em Internamento, no que diz respeito à identificação e à referência aos hospitais dos doentes graves, com complicações ou com elevado risco de as ter. Conjuga-se, ainda, com os Planos Específicos de Medidas de Saúde Pública, de Vacinas e Medicamentos, de Informação em Saúde e de Comunicação, tendo como objectivos: manter as estruturas e os serviços essenciais em funcionamento, assegurar o tratamento dos doentes, contribuir para a monitorização da pandemia, nomeadamente das estimativas de incidência, e para o acompanhamento da progressão das ondas pandémicas, de modo a atenuar o impacto da gripe na sociedade.

A aplicação do Plano Específico de Informação em Saúde permite identificar a progressão da pandemia e o seu impacto; o Plano Específico de Comunicação aborda os meios para comunicar aos profissionais e à população os indicadores obtidos. Torna-se, assim, possível a comunicação do risco e das medidas a adoptar para a sua gestão. Estes dois planos são, portanto, fundamentais para o funcionamento dos serviços de saúde do ambulatório.

A procura de cuidados depende, por um lado, da percepção dos riscos e dos ganhos que cada pessoa possa ter ao recorrer aos serviços de saúde e, por outro, da segurança e da confiança para pôr em prática planos de autocuidados. Num contexto de pandemia de gripe, cada indivíduo tem o dever de ser parceiro activo na preparação da sua família, comunidade e local de trabalho. A minimização dos efeitos da pandemia só será possível dentro de um clima de confiança dos cidadãos nas instituições e vice-versa.

O recurso aos serviços de saúde deverá ser precedido de contacto com o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS) – a linha Saúde 24 (808 24 24 24) –, que orientará cada doente de acordo com as suas necessidades.

Os doentes com sintomatologia compatível com gripe há menos de 48 horas (período em que o antiviral se considera mais eficaz), com baixo risco de complicações e sem sintomas sugestivos de doença grave ou complicada serão encaminhados para os Serviços de Atendimento da Gripe (SAG) em ambulatório, no sentido de confirmar ou não o diagnóstico e, em caso afirmativo, obter o antiviral, permanecendo durante a recuperação no domicílio, em regime de autocuidados.

FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS

Como foi referido, as medidas e os procedimentos aqui preconizados aplicam-se, principalmente, à fase 6 (período pandémico), considerando que:

- a) Do ponto de vista da prestação de cuidados em ambulatório, a gripe sazonal tem, presentemente, e de um modo geral, uma resposta adequada;
- b) Na fase 3, em que a doença é uma zoonose com baixíssima transmissibilidade, haverá apenas casos esporádicos, que serão seguidos em meio hospitalar, ainda que a sua identificação possa ser feita em ambulatório. Para esta fase, estão divulgadas as respectivas Orientações Técnicas (OT) ⁵;
- c) Os procedimentos para as fases 4 e 5, caso estas se verifiquem no País, serão semelhantes aos recomendados para a fase 3, aumentando, eventualmente,

⁵ Orientações Técnicas da DGS, disponíveis no *site* www.dgs.pt.

o número de Hospitais de Referência. É de notar que, em Portugal, como noutros países, pode passar-se directamente do estado actual – fase 3, a nível mundial, mas sem epizootias ou casos humanos no País – para a fase 6 (período pandémico).

Nos períodos de alerta pandémico e pandémico, nas diferentes fases, as definições de caso suspeito/possível, caso provável e caso confirmado de gripe são descritas em Orientação Técnica⁵ própria, uma vez que estão sujeitas a actualizações frequentes por parte de organismos internacionais, nomeadamente da Organização Mundial da Saúde (OMS), em função da evolução do conhecimento acerca da doença.

A opção de prescrever oseltamivir aos doentes com sintomatologia compatível com gripe e de o dispensar de uma forma universal (para uma taxa de ataque de 25%) pressupõe que, teoricamente, todos eles recorram aos serviços de saúde pelo menos uma vez. Com efeito, a dispensa daquele medicamento, por necessitar de um rigoroso controlo, exige que a grande maioria dos doentes se dirija aos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Acresce ainda que, num cenário de pandemia de gripe, é previsível um aumento substancial de consultas por outras infecções respiratórias, para as quais o tratamento poderá ser feito no domicílio.

Estes são pressupostos que condicionam muito as opções referentes aos cuidados de saúde em ambulatório.

Numa situação de pandemia, a gestão da procura dos serviços de saúde, seja por gripe, seja por outras patologias, é, portanto, fundamental, a fim de se evitar a sobrecarga dos serviços, com a consequente rotura e indisponibilidade para a maioria da população necessitada de cuidados.

Este plano específico, para o período pandémico, assenta na criação e desenvolvimento de três pilares fundamentais:

- a) Uma rede dedicada de Serviços de Atendimento dos doentes com sintomas compatíveis com Gripe – os SAG;
- b) Um sistema de atendimento telefónico, incluindo a linha Saúde 24, que encaminhará e aconselhará os doentes com necessidade de cuidados de saúde. Além do centro de atendimento nacional, o sistema de apoio telefónico integrará centros de atendimento próprios para os SAG, com a função principal de assegurar a vigilância activa (*follow-up*) dos doentes relativamente aos quais se considere haver critérios para seguimento após a consulta/diagnóstico;
- c) Uma infra-estrutura informática, incluindo uma rede de comunicação robusta e efectiva, que permita o acesso e a gestão de toda a informação em tempo útil.

A rede de SAG tem como principal objectivo prestar cuidados em ambulatório no período pandémico, destinados expressamente aos doentes com sintomatologia compatível com gripe, por forma a maximizar a eficiência dos serviços e a minimizar o risco de transmissão da doença aos portadores de outras patologias e aos profissionais (Orientação Técnica própria). Esta rede será constituída, principalmente, por serviços instalados em Centros de Saúde (CS) (ocupando-os na totalidade ou em parte), seleccionados e organizados segundo critérios de:

- a) Dimensão e densidade populacionais;

- b) Acessibilidade;
- c) Concentração de recursos.

Nas zonas rurais, os critérios de acessibilidade são críticos, considerando-se como principal factor limitativo da abertura de um SAG a dificuldade em responder à necessidade de concentrar recursos e de não dispersar os locais de distribuição de antivirais.

Nas zonas urbanas, o principal critério para a criação dos SAG é o populacional, propondo-se um SAG por cada 80 000 a 200 000 habitantes. As instalações, equipamentos, recursos humanos, medicamentos e consumíveis, entre outros, serão programados tendo em atenção o máximo de doentes previsto por semana de evolução da(s) onda(s) pandémica(s), em função dos cenários elaborados pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). Os recursos serão activados e mobilizados de acordo com a procura de serviços, sendo desejável a colaboração entre centros de saúde, sempre que localmente se considere pertinente.

Preconiza-se que os SAG abram a partir do momento em que seja declarado, pela OMS, o início da fase 6, mesmo na ausência de casos em Portugal, sem prejuízo de poderem funcionar de modo mais simplificado, para testar o modelo, durante a gripe sazonal ou nas fases 3, 4 e 5.

O aumento de recursos humanos em cada SAG será gradual e à medida da procura, segundo condições decididas e estabelecidas previamente, conforme consta de Orientação Técnica (OT) própria.

O aumento da actividade gripal e da necessidade de recursos humanos implicará uma redução (*downsizing*) dos serviços de saúde regulares (tendendo para os serviços mínimos), através do adiamento de cuidados de saúde proteláveis.

Os centros de atendimento telefónico, nacional e locais, têm os seguintes objectivos:

- a) Manter a população informada e confiante;
- b) Evitar o recurso desnecessário aos serviços de saúde e minimizar o risco associado à sua utilização;
- c) Encaminhar adequadamente os doentes, de forma a reduzir o contacto entre os que têm e os que não têm gripe;
- d) Evitar a concentração de doentes em salas de espera dos serviços de saúde;
- e) Monitorizar a evolução dos doentes, sempre que pertinente;
- f) Promover o conforto dos doentes;
- g) Facilitar a organização dos serviços.

A linha Saúde 24 e os centros de atendimento locais dos SAG terão como funções:

- a) Triagem e orientação dos doentes, de acordo com algoritmos que serão disponibilizados aos operadores da linha Saúde 24⁶;

⁶ Os operadores da linha Saúde 24 são enfermeiros especialmente treinados para encaminhar e/ou aconselhar os utentes, seguindo algoritmos previamente testados. Os operadores dos SAG serão recrutados e treinados especialmente para a função de *follow-up* dos doentes, não sendo necessariamente enfermeiros.

- b) Aconselhamento ou encaminhamento dos doentes sem suspeita de gripe, mas com necessidade premente de cuidados, para os serviços regulares de saúde;
- c) Excepcionalmente, aconselhamento aos doentes com sintomatologia compatível com gripe, nas situações em que não haja indicação para recorrer aos serviços de saúde (por exemplo, síndrome gripal com mais de 48 horas de sintomatologia e evolução favorável);
- d) Marcação de consulta no SAG da área de residência do doente;
- e) Seguimento, através de telefone, de doentes com gripe previamente atendidos no respectivo SAG. Esta função é da responsabilidade dos centros de atendimento local de cada SAG. Em Orientações Técnicas próprias, ficarão definidos os critérios para que um doente fique sob vigilância activa, assim como o protocolo para o seu seguimento. Em todas as circunstâncias, porém, a decisão clínica é essencial na avaliação da necessidade de cuidados e acompanhamento.

A linha Saúde 24 é um centro de atendimento nacional e destina-se a qualquer situação de saúde/doença que necessite de aconselhamento e encaminhamento e não exclusivamente à gripe. A linha estará operacional no primeiro semestre de 2007, prevendo-se a sua utilização em caso de pandemia.

A infra-estrutura informática é crucial para a utilização de Sistemas de Informação destinados a apoiar os serviços que prestam cuidados de saúde aos doentes com gripe. Encontra-se em adiantada fase de desenvolvimento uma aplicação informática que possibilitará a gestão electrónica de alguns aspectos do processo clínico de cada doente com gripe – o Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe (SIAPC-G), descrito no Plano Específico de Informação em Saúde.

Além das medidas da responsabilidade do sector da saúde, respeitantes à prestação de cuidados em ambulatório (e noutros domínios, descritas nos respectivos planos específicos), todos os sectores da sociedade e os cidadãos deverão ter presentes e observar alguns princípios genéricos importantes para fazer face a uma pandemia, nomeadamente:

- a) O Cidadão é o primeiro e principal responsável pela sua saúde;
- b) Evitar a propagação da gripe é uma responsabilidade individual e colectiva;
- c) Devem ser assegurados os bens e os serviços essenciais à sociedade, nomeadamente no sector energético e nos sistemas de comunicação;
- d) É essencial assegurar e manter a confiança do Cidadão nas instituições, nos profissionais e no Estado;
- e) A informação deve ser transmitida de forma transparente, clara e abrangente;
- f) Os serviços de saúde são locais de risco de contágio devendo ser utilizados, durante a pandemia, apenas quando estritamente necessário;
- g) Devem ser promovidos os autocuidados e a auto-suficiência, sempre que possível;
- h) A auto-suficiência deve reflectir-se nas relações, contactos, medidas de higiene e de segurança e no aprovisionamento de bens essenciais (víveres e outros);
- i) As famílias, organizações e empresas – órgãos essenciais para o funcionamento da sociedade – devem ter planos de contingência próprios;

- j) As autarquias têm um papel crucial na criação e no funcionamento de sistemas de apoio social e são co-responsáveis pela protecção das suas populações;
- l) Outras instituições de solidariedade social – Segurança Social, Igrejas, Organizações Não-Governamentais (ONG) ou outras – devem também ser mobilizadas para garantir o apoio social a pessoas dependentes, aos doentes e, eventualmente, a outras instituições;
- m) O pânico deve ser evitado por todas as formas, incluindo nos *media*, promovendo-se a solidariedade entre os cidadãos.

PONTOS CRÍTICOS

A utilização criteriosa e controlada de bens essenciais é um dos desafios que a pandemia colocará a toda a sociedade.

O sector da saúde, nomeadamente o do ambulatório, é crítico, uma vez que prestará serviços essenciais em condições muito desfavoráveis, ou seja, será um dos sectores com aumento exponencial da procura, num cenário de carência de recursos. De entre os principais problemas passíveis de se repercutirem nos serviços, contam-se a intranquilidade, a desconfiança e o pânico da população.

A minimização destes problemas não dependerá apenas do desempenho dos serviços de saúde, mas passará também pela capacidade de manter as pessoas informadas, de forma rigorosa, clara e transparente, e de lhes assegurar cuidados de saúde com um tempo de espera razoável.

Por outro lado, há que consciencializar a população de que o recurso aos serviços de saúde comporta riscos, devendo este, por isso, ser criterioso e informado, quer em termos da sua real necessidade, quer em relação às medidas de protecção a adoptar para reduzir o risco de transmissão. Importa, portanto, que os doentes se responsabilizem por garantir os autocuidados apropriados ("Planos de Contingência Pessoais e Familiares"), utilizando os serviços de saúde de forma dirigida, orientada e apenas quando estritamente necessário.

Para atingir estes objectivos, é fundamental que toda a informação oficial seja concertada com os órgãos de comunicação social, sem os quais não é possível construir uma atitude de confiança (Plano Específico de Comunicação).

As campanhas de informação da população devem ser precedidas de informação aos profissionais de saúde sobre os conteúdos das mensagens a difundir, de modo a que, através de relações personalizadas, o impacte da informação veiculada possa ser amplificado.

Para além das estruturas familiares, outras entidades que tenham pessoas à sua guarda (lares, internatos, prisões, etc.) devem elaborar os seus próprios planos de contingência, tendo em atenção as linhas gerais que constarão de Orientação Técnica (OT) própria.

A incerteza acerca das características da próxima pandemia constitui, por si só, um ponto crítico para o planeamento da resposta. A este propósito, referem-se as diferenças que se verificaram nas pandemias do século XX. Por exemplo, a de 1918 teve características que provocaram disfunções importantes na sociedade, mas a de 1968, pela sua benignidade, passou quase despercebida.

Num cenário (de acordo com dados disponibilizados pelo ONSA/INSA) em que uma das ondas da pandemia atinja uma taxa de ataque de 25%, concentrada em cerca de 8 semanas, e em que, nas duas piores semanas, possam adoecer cerca de 1 600 000 pessoas, a ordem de grandeza do impacte que a gripe pode ter nos serviços de saúde e na sociedade torna-se claramente perceptível.

Dar resposta àquele número de doentes e, simultaneamente, a portadores de outras patologias só será possível com uma grande capacidade de organização e com dedicação extrema dos profissionais e de voluntários passíveis de serem recrutados para os serviços prestadores de cuidados, uma vez que o absentismo poderá ser muito elevado.

A par da taxa de ataque, há ainda a considerar o tempo que cada doente deve permanecer no domicílio. Mesmo após a toma do antiviral, não é possível garantir que não ocorra transmissão do vírus. Por isso, após o aparecimento dos sintomas, os doentes com 12 ou mais anos devem permanecer no domicílio durante, pelo menos, 5 dias e os doentes com menos de 12 anos durante, pelo menos, 7 dias.

Em termos organizativos, é fundamental:

- a) Garantir o funcionamento dos meios de comunicação informáticos, de modo a permitir o acesso rápido a toda a informação e aos instrumentos de suporte, como o Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe (SIAPC-G);
- b) Manter os serviços de atendimento de doentes em funcionamento 24 horas por dia, assegurando a confiança das populações relativamente a este recurso;
- c) Ter profissionais e voluntários em número suficiente, para fazer face às necessidades dos serviços;
- d) Ter capacidade de assegurar os cuidados essenciais aos doentes por outras causas;
- e) Ter capacidade de assegurar a disponibilidade dos Equipamentos de Protecção Individual (EPI) necessários, para os doentes e para os profissionais;
- f) Ter capacidade de fornecer antivirais, quando necessário;
- g) Ter capacidade de administrar uma “vacina pandémica”, o mais precocemente possível (o que está fortemente dependente da disponibilização de vacinas em quantidade suficiente e em tempo útil).

Os centros de atendimento telefónico são fundamentais para a gestão da procura de cuidados, para o seguimento dos doentes e para a prevenção do pânico, pela segurança que podem transmitir através do aconselhamento e da orientação individuais. O seu efectivo e permanente funcionamento é vital para evitar o recurso generalizado e desnecessário aos serviços de saúde.

Prevê-se alguma dificuldade na manutenção dos recursos humanos, devidamente preparados, nos centros de atendimento, para o aconselhamento atempado e assertivo à população que os procura. Os operadores da linha Saúde 24 utilizarão algoritmos preestabelecidos para identificar sintomas e sinais e proceder ao encaminhamento dos doentes. Os profissionais dos SAG, responsáveis pela vigilância activa dos doentes, seguirão um protocolo criado para o efeito, que constará de OT própria.

Outro dos factores limitativos quanto à prestação de cuidados de saúde em ambulatório será a insuficiência de recursos humanos, o que exigirá a implementação de estratégias para minimizar esse problema potencial, das quais se destacam:

- a) A necessidade de os profissionais elaborarem, a nível pessoal, planos de contingência familiares, de modo a manterem a máxima disponibilidade em caso de pandemia. Sendo a sua saúde um bem social, devem envidar todos os esforços para a preservar, nomeadamente através da vacinação (quando disponível), do uso correcto de EPI e da toma regular e adequada dos antivirais, quando prescrita (OT próprias);
- b) A criação, a nível local, de sistemas de apoio social que permitam manter a disponibilidade dos profissionais e evitar ausências para cuidar de familiares dependentes (filhos ou outros). Para este efeito, pode recorrer-se ao apoio de estruturas locais da sociedade;
- c) A criação, a nível dos serviços de saúde locais, de um grupo de voluntários, que constitua um “Corpo de Reserva Sanitária de Recursos Humanos” (CRSRH), ao qual serão atribuídas tarefas e treino adequados;
- d) A criação, a nível local, de um corpo de voluntários, organizado pelas autarquias ou por outras instituições, que preste serviços de apoio social, domiciliário, a crianças, idosos e outros que deles necessitem.

Paralelamente ao absentismo dos recursos humanos da saúde, que poderá corresponder ao que se verificará na população em geral (estima-se que possa atingir, ou mesmo ultrapassar, os 40%, nas piores semanas da pandemia), corre-se o risco de esgotar os EPI e os antivirais, sem os quais a prestação de cuidados em ambulatório se pode tornar complicada e apenas paliativa.

A disponibilidade para fornecer antivirais está fortemente condicionada pela taxa de ataque e pela proporção de falsos positivos que possam afluir aos SAG e a outros serviços de saúde, constituindo ambas as situações pontos críticos que contribuem para a incerteza existente em relação à pandemia e ao seu impacte.

Por outro lado, as eventuais resistências aos antivirais do novo subtipo e das novas estirpes do vírus podem condicionar a efectividade do medicamento e, eventualmente, implicar alterações nos esquemas terapêuticos e de quimioprofilaxia.

O esgotamento dos antivirais obrigaria os serviços de saúde a aconselharem a permanência no domicílio a todos os doentes, excepto àqueles cuja situação clínica justificasse o recurso a uma consulta e/ou internamento, o que implicaria a reestruturação de todo o Plano de Cuidados de Saúde em Ambulatório.

O Plano de Contingência Nacional, incluindo a parte respeitante aos cuidados de saúde em ambulatório, baseia-se na possibilidade de comunicação entre todos os intervenientes, principalmente através de meios informáticos efectivos, em ambiente *web* (Plano Específico de Informação em Saúde e a descrição relativa ao SIAPC-G).

Esta opção, sendo determinante para o êxito de todo o Plano de Contingência Nacional, está dependente da existência de meios de comunicação que permitam acesso rápido e *online* a toda a informação e a instrumentos de apoio, como o “*processo clínico* e a receita electrónicos”.

A falência destes meios de comunicação e dos sistemas informáticos paralisará todo o sistema de informação, o controlo electrónico da prescrição de antivirais e a

consequente capacidade de o dispensar de forma racional, bem como a partilha de informação com as estruturas hospitalares, laboratoriais e outras entidades da área da saúde ou com permissão de acesso ao sistema.

O SIAPC-G contribuirá para assegurar a comunicação efectiva em ambiente *web* (Plano Específico de Informação em Saúde). Deverão, contudo, ser estudados sistemas alternativos que acautelem a eventualidade de se verificarem problemas com os sistemas de comunicação e com a utilização do SIAPC-G.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS

As medidas referidas nos quadros seguintes dizem respeito à prestação de cuidados de saúde em ambulatório, principalmente a partir da fase 3 (inclusive).

Durante a época de gripe sazonal, vão manter-se as actividades actualmente em vigor, com reforço da vacinação dos grupos de risco e da divulgação e aplicação das medidas de higiene respiratória, bem como a participação no Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG), para acompanhar a actividade gripal e o seu impacte (Plano Específico de Informação em Saúde).

Entende-se por medidas de higiene respiratória todas as atitudes e procedimentos em sociedade que contribuam para a redução da probabilidade de contágio por via respiratória. Incluem-se neste conceito: cobrir a boca quando se espirra ou se tosse e cuspir ou expectorar para lenços descartáveis (festas e outras medidas de Saúde Pública estão descritas no respectivo Plano Específico e constarão de OT próprias).

No período pandémico, como referido, as estruturas de base para prestar cuidados aos doentes com suspeita de gripe são os Serviços de Atendimento da Gripe (SAG). Estes devem formar uma rede que assegure a cobertura adequada de todo o território nacional.

A evolução das pandemias por ondas implica que se apliquem medidas distintas, em cada momento da pandemia, consoante os níveis da actividade gripal, como está mencionado no Sumário Executivo.

1. Medidas aplicáveis sobretudo nas fases de 1 a 5

As fases 1 e 2 pertencem ao período interpandémico, em que se verifica uma actividade gripal resultante da existência de gripe sazonal (humana) exclusivamente (e, logo, com ausência de epizootias de gripe ou, caso estas existam, sem que os focos epizoóticos provoquem zoonoses). Não há, portanto, casos humanos causados por vírus aviários. Nestas fases, devem desenvolver-se as medidas actualmente em vigor, podendo executar-se, ainda, medidas preparatórias para a pandemia.

As fases 3, 4 e 5 correspondem ao período de alerta pandémico. Durante a fase 3 (a actual), não há transmissão eficaz do novo vírus de pessoa a pessoa; nas fases 4 e 5, há já evidência de adaptação do vírus à espécie humana e iminência de uma pandemia.

Assim, para além de requererem medidas específicas, as fases 3, 4 e 5, em que podem existir casos isolados ou *clusters*, constituem o período mais adequado, em termos de efectividade, para a aplicação da maioria das medidas preparatórias de resposta a uma pandemia. É aconselhável que essa preparação se inicie logo na fase 3, uma vez que as

fases 4 e 5 podem declarar-se já demasiado próximas da pandemia, havendo mesmo a possibilidade de, nalguns países, se passar directamente da fase 3 para a fase 6.

Existem interfaces entre os serviços de ambulatório, de internamento, de saúde pública e laboratoriais que não permitem segmentar completamente os Planos Específicos, pelo que neste serão mencionados aspectos relacionados com os restantes.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES DE 3 A 5

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1. PREPARAÇÃO DOS SERVIÇOS (PÚBLICOS E PRIVADOS) DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM AMBULATÓRIO PARA A DETECÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE CASOS SUSPEITOS/POSSÍVEIS⁵ (ISOLADOS OU EM CLUSTERS) DE GRIPE DE ORIGEM AVIÁRIA OU DE GRIPE CAUSADA POR UM NOVO SUBTIPO DE VÍRUS PANDÉMICO					A finalidade destas medidas é conter a transmissão do novo subtipo/estirpe entre a população, evitando ou retardando a propagação da doença. Os responsáveis por preparar os serviços, nos seus níveis de actuação, para a detecção precoce de casos suspeitos/possíveis e seu encaminhamento são: Direcção-Geral da Saúde (DGS), Administrações Regionais de Saúde (ARS), Centros de Saúde (CS), Hospitais (urgências, consultas externas e internamento), outras entidades prestadoras de cuidados (clínicas, consultórios, etc.).
O principal objectivo das medidas a executar nas fases 3, 4 e 5 e início da fase 6 é detectar, precocemente, qualquer caso suspeito/possível de gripe de origem aviária ou de gripe causada por um novo subtipo de vírus pandémico. Qualquer caso detectado deve ser rapidamente encaminhado para o Hospital de Referência e declarado à Autoridade de Saúde (AS). Os indivíduos co-expostos e/ou os contactos (Orientação Técnica própria) do doente serão identificados e, eventualmente, vigiados e submetidos a quimioprofilaxia. O Hospital de Referência enviará os produtos biológicos do doente ao laboratório ⁵, para confirmação ou não do caso suspeito/possível e para a caracterização do vírus.					
1.1. Elaboração, em cada Instituição/Serviço de prestação de cuidados de saúde em ambulatório, de um “manual de procedimentos” para a eventualidade de ser identificado um caso suspeito/possível					A elaboração e aplicação do “manual de procedimentos” ficará a cargo dos responsáveis pela Instituição/Serviço de prestação de cuidados de saúde em ambulatório (CS, serviços de urgência hospitalares, consultórios médicos, etc.). Este “manual de procedimentos” deverá seguir as Orientações Técnicas da DGS e as indicações das ARS respectivas.
Todas as Instituições/Serviços referidos no ponto 1. devem ter um “manual de procedimentos”, a incluir no respectivo Plano de Contingência para a Pandemia de Gripe.					

-  A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)
-  A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES DE 3 A 5

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1.2. Formação e treino de todos os grupos profissionais que trabalhem nas Instituições/ Serviços de prestação de cuidados de saúde em ambulatório A formação e o treino são extensivos aos profissionais de todos os serviços que prestem cuidados em ambulatório – Centros de Saúde, consultas externas dos hospitais, serviços de urgência, consultórios, etc. – e, ainda, aos que trabalhem em serviços de internamento, uma vez que podem ser detectados casos suspeitos/possíveis em doentes internados por outras causas. Todos os profissionais deverão conhecer o Plano de Contingência para a Pandemia de Gripe da sua Instituição/Serviço e os respectivos protocolos de procedimento, bem como o seu papel e responsabilidade nesse Plano. Nas fases 3, 4 e 5, assegurar-se-á a formação e o treino sobre as medidas e os procedimentos relativos a estas fases, assim como a preparação para a fase 6.					As acções de formação e treino têm como objectivo dotar os profissionais, que vão estar envolvidos na resposta dos serviços de saúde aos casos de gripe de origem aviária e de gripe pandémica, de conhecimentos acerca do risco e de competências para a sua gestão. A promoção/execução destas medidas cabe ao responsável máximo da Instituição/Serviço, com a colaboração dos serviços no âmbito da saúde ocupacional e/ou das Comissões de Controlo de Infecção (CCI), se aplicável. A formação e o treino deverão ter em atenção o Plano de Contingência Nacional e as Orientações Técnicas da DGS. Os profissionais devem ser também informados sobre a evolução da situação epidemiológica e respectivo risco, bem como sobre a informação a difundir à população (Plano Específico de Comunicação).
1.3. Informação e preparação da população A população também será informada acerca do risco – comunicação do risco – e das medidas a tomar para a gestão desse risco. Desde já, os serviços de prestação de cuidados de saúde em ambulatório devem promover a divulgação e o cumprimento, junto dos utentes, das medidas de higiene respiratória (Orientação Técnica própria). Nas fases 4 e 5, os utentes devem ser informados sobre a evolução da situação epidemiológica e o risco de pandemia. Deve também ser-lhes dada informação sobre as medidas de protecção a adoptar, os autocuidados e as regras de utilização dos serviços de saúde em contexto de pandemia e, ainda, sobre a necessidade de não interromperem a terapêutica em curso para o tratamento de patologias crónicas.					Estas acções devem ser concertadas com os Planos Específicos de Comunicação e de Medidas de Saúde Pública. Podem ser executadas com recurso a métodos de informação de massas (órgãos de comunicação social, cartazes, folhetos, filmes, etc.) ou através de informação personalizada, durante as consultas.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES DE 3 A 5

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1.4. Execução de medidas preparatórias para o atendimento e encaminhamento de um caso suspeito/possível⁵ Estas medidas preparatórias visam a execução de procedimentos que minimizem a probabilidade de transmissão da doença, se for identificado um caso suspeito/possível. São, por exemplo, a aquisição de uma pequena reserva de Equipamentos de Protecção Individual (EPI) e a identificação de um espaço onde o doente possa permanecer isolado (Plano Específico de Medidas de Saúde Pública e Orientações Técnicas próprias) até à sua transferência para o Hospital de Referência.	■	■	■		Estas medidas serão executadas nos locais referidos em 1.2. (CS, urgências hospitalares, consultas externas dos hospitais e outros).
1.5. Assegurar o acesso a antivirais, caso seja necessária a sua administração profiláctica As indicações para administração de antivirais a contactos do doente ou a co-expostos às mesmas fontes de infecção constam de Orientação Técnica própria⁵.	■	■	■		Até ao início da pandemia, os antivirais estão armazenados centralmente (à excepção de pequenas reservas disponíveis nas Regiões Autónomas), sob gestão da DGS, e poderão ser disponibilizados rapidamente, caso seja necessário.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES DE 3 A 5

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
2. DETECÇÃO DE CASOS SUSPEITOS/POSSÍVEIS DE GRIPE DE ORIGEM AVIÁRIA (FASES 3, 4, 5)						
a) Os casos suspeitos/possíveis de gripe humana de origem aviária (gripe de transmissão zoonótica) podem ser: • Importados de regiões do mundo com gripe aviária ("áreas afectadas"), implicando contacto com aves infectadas, com produtos de origem aviária ou com ambientes contaminados; • Importados de regiões do mundo onde existam doentes com gripe de origem aviária, implicando contacto com estes doentes; • Casos autóctones, que surjam na sequência de surtos de gripe aviária em Portugal ou através de contacto com doentes. Na fase 3, os casos suspeitos/possíveis de gripe por transmissão zoonótica dificilmente darão origem a cadeias de transmissão secundárias, porque a transmissão pessoa-a-pessoa é raríssima. b) Os primeiros casos suspeitos/possíveis de gripe causada por um vírus em processo de adaptação aos seres humanos, nas fases 4, 5 e, eventualmente, no início da fase 6, serão provavelmente importados, dando origem a cadeias de transmissão secundária no País. Em qualquer das situações anteriores, os procedimentos dirigidos ao doente, em ambulatório⁷, são mínimos: não será de administrar qualquer medicação específica ou de realizar exames complementares de diagnóstico⁸. O doente deve ser, de imediato, transportado ao seu Hospital de Referência⁸ (se a sua condição clínica o permitir). Até ao transporte pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), o doente terá de ficar isolado. Os profissionais que tiverem tido contacto próximo com o doente (< 1 metro) não devem prestar assistência a outros doentes até o caso ser infirmado⁸.						A detecção de casos suspeitos/possíveis implica reforçar a vigilância e estar alerta para: • Pessoas provenientes de "áreas afectadas" com sintomatologia compatível com síndrome gripal e <i>link</i> epidemiológico⁸; • Pessoas com actividades de risco (ex: trabalhadores envolvidos no abate sanitário de aves infectadas), num contexto de gripe aviária em Portugal. As OT referentes à identificação de casos isolados ou de <i>clusters</i> baseiam-se no princípio de que a maioria dos casos suspeitos/possíveis será identificada em ambulatório, nas seguintes circunstâncias: • Durante uma consulta (programada ou de urgência); • Por triagem telefónica, efectuada através da linha Saúde 24; • Durante a investigação epidemiológica, na sequência de um surto aviário. Pode justificar-se colocar sob vigilância, activa ou passiva, pessoas provenientes de "áreas afectadas" ou que tenham estado em contacto com doentes, para detecção precoce de sintomatologia compatível com gripe. A identificação dos casos suspeitos/possíveis⁸ é da responsabilidade do médico, independentemente do local/contexto de trabalho: CS, urgências e consultas externas dos hospitais, consultórios, triagem telefónica, a investigação de surtos aviários, etc.

⁷ Um caso suspeito/possível também pode ser detectado em internamento.

⁸ É necessário "afinar" os critérios de diagnóstico, mediante a associação do diagnóstico laboratorial (feito no Hospital de Referência) com os sinais e sintomas clínicos, permitindo ajustar o valor preditivo positivo do diagnóstico clínico.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES DE 3 A 5

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
3. ENVIO DO CASO SUSPEITO/POSSÍVEL AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA Deve ser garantido o transporte imediato e adequado (INEM) ⁵ dos doentes identificados como casos suspeitos/possíveis para o Hospital de Referência. Todos os casos suspeitos/possíveis serão observados e, eventualmente, internados nos Hospitais de Referência. Enquanto só houver casos isolados ou <i>clusters</i>, opta-se por concentrar recursos, seleccionando apenas 4 Hospitais de Referência ⁹ onde os doentes possam ser atendidos, para confirmação do diagnóstico e tratamento. Das OT ⁵ constam todos os procedimentos necessários para a prestação de cuidados a estes doentes, incluindo a referenciação e o transporte para o hospital, os exames complementares de diagnóstico, nomeadamente laboratoriais, e a terapêutica antiviral (a realizar no hospital).					A responsabilidade pela referenciação ao hospital é do médico que faz a identificação ou a validação do caso como sendo suspeito/possível. A responsabilidade por assegurar o transporte correcto (com protecção adequada do doente e dos profissionais) é da DGS, do INEM e das ARS ⁵.
4. APLICAÇÃO DE MEDIDAS DE CONTROLO DE INFECÇÃO (NO LOCAL ONDE FOI IDENTIFICADO O CASO SUSPEITO/POSSÍVEL E DURANTE O TRANSPORTE ¹⁰) - Identificar e registar os profissionais, os utentes e outras pessoas que tenham estado em contacto com o doente (para eventual quimioprofilaxia e, em situações excepcionais, quarentena, se o caso suspeito/possível se vier a confirmar); - Proceder à limpeza das instalações e equipamentos que possam estar contaminados.					Em relação aos doentes, aos seus contactos, aos profissionais de saúde e às instalações e equipamentos, os procedimentos para minimizar a transmissão da doença e a contaminação ambiental estão definidos ⁵ (Plano Específico de Medidas de Saúde Pública e OT próprias). Nos serviços de saúde, a promoção/execução destas medidas fica a cargo do responsável pela Instituição/Serviço, com a colaboração de serviços no âmbito da saúde ocupacional e/ou das CCI e/ou dos Serviços de Saúde Pública (SSP), se aplicável.

⁹ Os Hospitais de Referência seleccionados para internamento de casos de doença humana provocada pelo vírus da gripe A(H5N1), nas fases 3, 4 e 5, são: o Hospital de São João, no Porto (adultos e crianças), os Hospitais da Universidade de Coimbra (adultos), em Coimbra, o Hospital de Curry Cabral, em Lisboa (adultos) e o Hospital Pediátrico de Dona Estefânia, também em Lisboa (crianças).

¹⁰ Medidas aplicáveis também no hospital e, eventualmente, no domicílio ou noutros locais onde o doente tenha permanecido durante o período de transmissão.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES DE 3 A 5

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
5. DECLARAÇÃO DE CASO SUSPEITO/POSSÍVEL Todos os casos suspeitos/possíveis devem ser declarados para efeitos de investigação epidemiológica.						Segundo as OT da DGS ⁵, o caso suspeito/possível deve ser declarado, de imediato, à Autoridade de Saúde (AS). A responsabilidade pela declaração é do médico que faz a identificação do caso.
6. VIGILÂNCIA E INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS ISOLADOS OU DE CLUSTERS E MEDIDAS DE CONTENÇÃO ⁵ O objectivo desta investigação é avaliar o risco de transmissão da doença e tomar as medidas necessárias à sua contenção e ao atraso da propagação no território nacional. Essas medidas incluem a vigilância clínica e eventual quimioprofilaxia de co-expostos e contactos, assim como o isolamento social.						Segundo as OT da DGS ⁵, a investigação epidemiológica de casos isolados e de <i>clusters</i> é da responsabilidade dos Serviços de Saúde Pública (SSP). Se houver indicação para quimioprofilaxia, será administrado Tamiflu® e/ou Relenza®, de acordo com as posologias recomendadas nos respectivos Resumos das Características do Medicamento (RCM) e que constam das OT. Sempre que pertinente, a investigação será realizada em colaboração com os Serviços de Saúde Veterinária.
7. PARTICIPAÇÃO NO SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)						Os serviços de prestação de cuidados de saúde em ambulatório participarão no SIIG, através de um ou mais Sistemas de Informação Primários (SIP), incluindo o Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe (SIAPC-G), de acordo com as atribuições que lhes forem dadas, no âmbito do Plano Específico de Informação em Saúde.
8. PREPARAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM AMBULATÓRIO PARA A FASE 6						Os CS, orientados pelas respectivas ARS, devem iniciar, ainda na fase 3, a organização dos Serviços de Atendimento da Gripe (SAG), que se destinarão exclusivamente ao atendimento de doentes com sintomatologia sugestiva de gripe na fase 6 (medidas para a fase 6).

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES DE 3 A 5

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
9. REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIOS DE SIMULAÇÃO DA FASE 6 NOS CENTROS DE SAÚDE, ACTIVANDO ALGUNS SAG	■	■			A responsabilidade de organizar os exercícios é das ARS e dos respectivos CS.
É muito importante realizar exercícios de simulação, durante a gripe sazonal e/ou nas fases 3, 4 e 5, que testem o funcionamento dos SAG, com o objectivo de aperfeiçoar a sua organização, em particular, e os planos de contingência, em geral.					
10. PREPARAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA, INDIVIDUAIS E FAMILIARES, DOS PROFISSIONAIS.	■	■	■		Os "Planos de Contingência Pessoais e Familiares" dos profissionais devem incluir, entre outros aspectos, a preparação de apoio social para familiares dependentes, como as crianças, caso a pandemia ocorra.
Os profissionais dos serviços de prestação de cuidados de saúde em ambulatório devem, eles próprios, ter planos de contingência, com o objectivo de reduzirem ao máximo o seu absentismo.					
11. ADAPTAÇÃO DA LEGISLAÇÃO	■	■	■	■	A necessidade de adaptar a legislação é comum a todos os planos específicos. A responsabilidade de rever e adequar a legislação a aplicar, em caso de pandemia, é do Ministério da Saúde/DGS.

2. Medidas aplicáveis sobretudo na fase 6 (pandemia)

Com base no conhecimento histórico sobre a progressão de anteriores pandemias, prevê-se que a próxima também ocorra por ondas, tendo cada uma a duração estimada de 8 semanas, em cada área afectada, e um intervalo entre ondas que pode ir até às 12 semanas.

De acordo com os cenários elaborados pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA)¹¹, as ondas apresentam uma distribuição normal, podendo ocorrer uma taxa de ataque da ordem dos 20, 25 ou 30% durante a segunda onda, atingindo o acme em 4 a 5 semanas. Nos períodos entre ondas, continuarão, em princípio, a verificar-se casos, mas a incidência será baixa (≤ 50 casos/100 000 habitantes).

Depois de duas, três ou mais ondas, o vírus pandémico tornar-se-á, em princípio, responsável pela gripe sazonal, com regresso ao período interpandémico (fases 1 e 2).

Atendendo ao comportamento ondulante da pandemia, verificar-se-ão períodos de actividade gripal completamente distintos. Assim, por exemplo, para uma onda de 8 semanas, com uma taxa de ataque de 25%, o número de casos por semana, em Portugal, pode variar entre 15 000 e 800 000. Portanto, a intensidade e o tipo de medidas a aplicar serão necessariamente diferentes ao longo da pandemia.

No quadro seguinte, estão descritas as medidas que devem ser executadas, no âmbito dos cuidados de saúde em ambulatório, para reduzir o impacte da pandemia. As medidas propostas são de dois tipos: as preparatórias, que correspondem a procedimentos a executar antes da pandemia, e as reactivas ou de resposta, que correspondem a todos os procedimentos a executar na fase 6.

As medidas preparatórias dizem respeito, sobretudo, à preparação das infra-estruturas e à organização da logística (recursos humanos e equipamentos) necessárias para o período pandémico; as medidas reactivas referem-se, especialmente, à prestação de cuidados (consultas e tratamento dos doentes).

¹¹ Disponível em: http://www.onsa.pt/conteu/gripan/est_pandemia_onsa_relato-jul2006_pt.pdf

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DA GRIPE (SAG) Serão criados serviços exclusivamente dedicados aos doentes com sintomatologia compatível com gripe - os SAG. Estes serão instalados, principalmente, em Centros de Saúde (CS) – ocupando uma parte ou a totalidade do seu espaço) – e nunca em serviços de urgência hospitalares. Os SAG serão criados em função de áreas geográficas e de critérios populacionais. Assim, o território nacional será dividido em sectores geográficos, com base nas zonas de influência dos CS. Nas zonas urbanas, para rentabilizar os recursos, cada SAG abrangerá, preferencialmente, uma população de 80 000 a 200 000 habitantes. Nestas zonas, numa determinada área geográfica, pode ser decidido (pela ARS) que um dos CS se “transforme” em SAG, sendo os seus utentes “regulares” redistribuídos pelos outros CS dessa área geográfica. Os doentes destes CS, com sintomatologia compatível com gripe, serão reencaminhados para o respectivo SAG. Os recursos humanos para o SAG serão recrutados em todos os CS daquela área. Nas zonas rurais, os CS organizar-se-ão do modo mais conveniente, sempre que possível associados entre si, segundo critérios de acessibilidade. Em áreas limítrofes entre Regiões de Saúde, será acordada, pelas respectivas ARS, a melhor solução. Excepcionalmente, por decisão das ARS, poderão ser considerados locais fora dos CS para alojar os SAG.	■	■	■		Em período pandémico, todos os doentes que apresentem sintomatologia compatível com gripe devem ser observados em ambulatório, nos SAG. Esta medida destina-se a evitar a co-circulação de doentes com gripe e de doentes com outras patologias, ou de outros utentes, para diminuir a transmissão a pessoas vulneráveis. O aproveitamento das infra-estruturas existentes é fundamental para o normal funcionamento dos serviços e obriga a uma reorientação do atendimento dos doentes “regulares”, incluindo o adiamento de cuidados não essenciais. A responsabilidade da definição e desenho dos SAG é das ARS, com os respectivos CS. Um número reduzido de SAG pode funcionar durante os surtos de gripe sazonal e/ou nas fases 3, 4 e 5, com o objectivo de testar o modelo e aperfeiçoar procedimentos. Para os SAG atingirem as dimensões propostas (80 000 a 200 000 habitantes), os CS devem, sempre que possível, associar-se, contribuindo para a bolsa de recursos humanos. Os SAG em zonas rurais devem resultar do equilíbrio entre as necessidades de garantir a acessibilidade e de concentrar recursos. Tendo em atenção os critérios de criação dos SAG, cada ARS, com os respectivos CS, deve, ainda na fase 3, definir o número e localização dos SAG e as instalações a utilizar em caso de pandemia.

■ A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)

■ A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
2. PREPARAÇÃO DAS INSTALAÇÕES E DEFINIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PARA OS SAG A preparação das instalações dos SAG deve prever a sua "activação sequencial", em função da progressão da pandemia, atendendo às enormes diferenças que se poderão verificar na procura de cuidados em diferentes períodos da pandemia. A distribuição dos espaços (com os doentes seguindo um circuito de "marcha em frente") e os equipamentos mínimos necessários para cada SAG serão referidos em OT próprias.						Quando um SAG ocupar parcialmente um CS, as suas instalações devem ser dedicadas exclusivamente ao atendimento de doentes que apresentam sintomatologia compatível com gripe, e tão independentes quanto possível do restante CS, para minimizar a transmissão da doença. A responsabilidade pela preparação das instalações e pela definição dos equipamentos para os SAG é das ARS, com os respectivos CS. Estas são também responsáveis pela dotação orçamental para a realização de eventuais obras e para a compra de equipamentos e consumíveis destinados aos SAG.
3. DEFINIÇÃO DO PLANO ORGANIZATIVO E FUNCIONAL DOS SAG						Responsabilidade: ARS, CS.
3.1. Organização, funcionamento e dotação de recursos humanos dos SAG Cada SAG terá um director, que será o Director do Centro de Saúde (CS) onde o SAG estiver instalado. Deve estar prevista a sua substituição por, pelo menos, mais dois médicos, atendendo à probabilidade de absentismo por doença. O SAG funcionará, ininterruptamente, 24 horas por dia, com a permanência mínima, em cada turno, de um telefonista, um administrativo, um auxiliar (responsável pela limpeza e manutenção das instalações), um enfermeiro e um médico. O número de efectivos variará em função da procura pelos doentes (Orientações Técnicas próprias). A segurança do SAG também deve estar assegurada. Em cada turno, haverá um Chefe de Equipa, que será um médico, previamente designado pelo Director do SAG. Associado a cada SAG, deve funcionar um centro de atendimento telefónico com profissionais dos serviços ou voluntários devidamente preparados.						Os profissionais que irão trabalhar nos SAG são considerados prioritários para receber quimioprofilaxia com antivirais (OT própria). O plano de mobilização de recursos consta de OT própria, contemplando a abertura gradual de gabinetes, em função da procura de cuidados. Considerando que os SAG estarão sujeitos a grandes tensões emocionais, é essencial que esteja garantida a segurança, com recurso eventual a agentes da autoridade, de modo a assegurar o controlo de possíveis conflitos que causem disfunção no serviço, comprometendo a assistência normal aos doentes.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
3.2. Recrutamento de recursos humanos e Corpo de Reserva Sanitária de Recursos Humanos (CRSRH) Cada Centro de Saúde e o respectivo SAG devem identificar os seus profissionais no activo e atribuir-lhes as funções/tarefas a desempenhar, em caso de pandemia. Estes profissionais devem participar em exercícios de simulação (por exemplo, durante os surtos de gripe sazonal), a fim de treinarem e testarem os respectivos planos. É imprescindível utilizar todos os recursos humanos possíveis para fazer face à enorme exigência da gripe pandémica, devendo proceder-se à mobilização de pessoas para a constituição de um CRSRH. O CRSRH, a criar em cada SAG, será constituído por elementos externos ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes podem desempenhar funções, aplicando procedimentos padronizados e pré-definidos, desde que devidamente informados e treinados (OT própria). O Director de cada SAG definirá as tarefas que lhes serão atribuídas e assegurará a sua formação e treino.					Para fazer face à pandemia de gripe, prevê-se uma grande exigência de recursos. Destes, os recursos humanos serão, provavelmente, os mais exíguos, considerando a enorme procura de cuidados, em simultâneo com o aumento do absentismo dos profissionais de saúde. Para o CRSRH, consideram-se mobilizáveis as pessoas, a identificar pelas ARS, integradas nos seguintes grupos: • Profissionais de saúde externos aos serviços do SNS (por exemplo, médicos e enfermeiros de serviços privados ou de empresas da área de influência de cada um dos SAG); • Profissionais de saúde reformados nos últimos 5 anos; • Estudantes de medicina, a partir do 3.º ano (inclusive); • Estudantes de enfermagem, a partir do 4.º ano (inclusive). Relativamente à participação dos estudantes, propõe-se que sejam as respectivas escolas ou associações de estudantes a diligenciar nesse sentido. As listas de alunos serão enviadas directamente pelas escolas às ARS, que as remeterão para os Centros de Saúde (CS). Em alternativa, poderão publicar-se avisos para os alunos se inscreverem voluntariamente nos serviços onde se disponham a colaborar. As ARS e os respectivos CS são responsáveis pela dotação orçamental necessária para compensar os profissionais pelo trabalho extraordinário.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
3.3. Medidas preparatórias para protecção individual dos profissionais e prevenção de infecções nosocomiais. As medidas de protecção a nível individual e familiar devem ser antecipadas por cada profissional, através da elaboração de "Planos de Contingência" próprios. Os profissionais terão também de cumprir, escrupulosamente, as medidas de controlo de infecção para prevenir a transmissão aos utentes e entre estes (Plano Específico de Medidas de Saúde Pública e OT próprias). Os serviços devem prever e implementar medidas que visem a manutenção da saúde dos profissionais, tais como: • Assegurar a vacinação contra a gripe sazonal; • Disponibilizar os Equipamentos de Protecção Individual (EPI) adequados; • Disponibilizar antivirais para profilaxia da gripe aos profissionais considerados prioritários; • Fazer o levantamento das eventuais necessidades de apoio social e prever respostas adequadas, como seja a criação de estruturas de apoio a familiares dependentes (crianças, idosos ou outros), em cooperação com a Segurança Social, Autarquias e Igrejas, entre outros (Plano Específico de Medidas de Saúde Pública).						Cada profissional terá de adoptar as medidas de protecção necessárias, tendo como princípio que a sua saúde é um bem social e que preservá-la é, acima de tudo, da sua responsabilidade.

4. ABERTURA DOS SAG

O momento de abertura dos SAG é determinado pelo Director-Geral da Saúde, em articulação com as ARS, no início do período pandémico¹². Contudo, serão de admitir outras hipóteses, em função da avaliação epidemiológica.

Em princípio, todos os SAG abrirão em simultâneo, mesmo que com "serviços mínimos".

Considerando que em período pandémico haverá um elevado número de doentes e que a eficácia dos antivirais depende da precocidade do início do tratamento, é imprescindível que o acesso aos SAG seja possível durante as 24 horas do dia.

A abertura, em simultâneo, dos SAG justifica-se, porque se prevê que, logo que seja declarado o "período pandémico", mesmo sem casos de gripe pandémica ou com um número reduzido de casos no País, haverá um aumento do afluxo de doentes com sintomatologia respiratória aguda aos serviços de saúde. Estes doentes deverão ser atendidos nos SAG, para que seja possível fazer o diagnóstico dos casos iniciais de gripe pandémica e, ao mesmo tempo, testar o funcionamento dos SAG.

¹² Excepcionalmente, os SAG poderão ser activados em fase 4 ou 5, se for considerado pertinente pela DGS, em função da progressão da doença.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
5. UTILIZAÇÃO DA LINHA SAÚDE 24 (808 24 24 24) Além do Centro de Atendimento do SNS (linha Saúde 24), haverá Centros de Atendimento Locais. Cada SAG deverá ter o seu próprio centro, com a função principal de assegurar a vigilância activa telefónica dos doentes que se encontrem no domicílio, em fase de recuperação. Em zonas de baixa densidade populacional, vários SAG podem partilhar o mesmo centro de atendimento. A linha Saúde 24 poderá encaminhar a chamada para um Centro Local, se assim for definido, a fim de possibilitar a marcação de consultas nas agendas abertas. Cada doente deve contactar a linha Saúde 24 antes de se dirigir aos serviços de saúde. Há necessidade de treinar os profissionais responsáveis pela gestão e pelo atendimento nos respectivos centros de atendimento e de testar e aperfeiçoar os procedimentos, aproveitando a gripe sazonal (OT própria). Através dos Centros de Saúde (CS) e de outros meios, serão divulgados os números de telefone dos centros de atendimento locais. Seguindo determinados algoritmos, a linha Saúde 24, além da triagem e do encaminhamento dos doentes, permite, ainda, o seu acompanhamento, quando indicado. O protocolo que será utilizado na vigilância activa fará parte de OT própria. Os centros de atendimento são fundamentais em todo o sistema de prestação de cuidados de saúde em ambulatório, funcionando como a principal “porta de entrada” no sistema de cuidados em situação de pandemia. Caso se justifique, o doente será aconselhado a ir ao serviço mais indicado e, se possível, com marcação da hora da consulta no prazo máximo de 6 horas.					Atendendo ao carácter transmissível da doença, todos os procedimentos que possam ser executados por via telefónica ou telemática devem ser incentivados, considerando que minimizam o contacto entre as pessoas e aumentam a sua comodidade. As principais vantagens dos centros de atendimento são: • Evitar aglomerados nos locais de prestação de cuidados, reduzindo a probabilidade de transmissão da gripe entre doentes/utentes; • Permitir a mobilização dos recursos humanos, na medida em que, a todo o momento, se pode conhecer a potencial procura nas 3 a 6 horas seguintes; • Possibilitar maior comodidade e segurança ao doente; • Reduzir os efeitos de potenciais conflitos; • Aumentar a percepção de controlo da situação, que contribui para a preservação da saúde mental de doentes e profissionais. A linha Saúde 24, destinada a todas as situações relacionadas com a saúde/doença, entrará em funcionamento no primeiro semestre do presente ano. A DGS e as ARS elaborarão o referencial técnico para a implementação dos centros de atendimento dos SAG, que incluirá as especificações e os procedimentos necessários para a sua concretização. A operacionalização dos centros de atendimento locais será da responsabilidade das respectivas ARS.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
6. ATENDIMENTO DE DOENTES E DISPENSA DE MEDICAMENTOS NOS SAG						
De acordo com o descrito em Orientação Técnica própria, o doente com sintomatologia compatível com gripe acede ao SAG preferencialmente através da linha Saúde 24, podendo, no entanto, fazê-lo de forma espontânea. A linha Saúde 24 deverá ter acesso às agendas para marcação de consultas nos SAG.						
Seguindo um circuito de "marcha em frente", o doente é sucessivamente atendido por pessoal administrativo (confirmando a triagem do centro de atendimento, caso tenha havido contacto telefónico prévio) e de enfermagem, até ser atendido por um médico (OT própria).						
Os procedimentos a que o doente vai sendo submetido, desde a sua chegada ao SAG, são registados no SIAPC-G (Plano Específico de Informação em Saúde). De salientar que algumas variáveis são de preenchimento obrigatório.						
O Plano Específico de Vacinas e Medicamentos prevê, no âmbito da Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe (REM-G), a dispensa de antivirais, nomeadamente de fosfato de oseltamivir em solução, a todos os doentes com gripe, em pandemia.						
Está também prevista a eventual dispensa do oseltamivir para quimioprofilaxia de pessoas consideradas como prioritárias para o fornecimento de serviços e bens essenciais ao País (OT própria).						
A dispensa de fosfato de oseltamivir em solução ("formulação pandémica"), para tratamento, é exclusiva dos SAG e dos hospitais. Estes asseguram tratamentos completos aos doentes internados e, excepcionalmente, aos doentes de ambulatório (consulta externa e urgência).						
O SIAPC-G permite efectuar o controlo electrónico de dispensa de oseltamivir.						
						O SIAPC-G foi concebido em parceria entre a DGS, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), tendo a aplicação informática sido adjudicada a uma empresa privada. A responsabilidade pelo seu desenvolvimento é da DGS e do IGIF. Pela implementação são responsáveis a DGS, o IGIF e as ARS, em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e com o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED). Os critérios para dispensa de fosfato de oseltamivir são definidos pela DGS e pelo Grupo Gestor da Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe (REM-G) (Plano Específico de Vacinas e Medicamentos e OT própria). A entidade responsável pela alteração desses critérios é a DGS, mediante a análise da evolução da pandemia e dos consumos do medicamento. Pode, eventualmente, passar-se da distribuição universal para distribuição selectiva. Os grupos de risco elegíveis para acesso selectivo ao tratamento com oseltamivir devem estar previamente identificados, constando de uma "Lista de grupos de risco prioritários para tratamento com oseltamivir", definida por um grupo de especialistas. Excepcionalmente, grandes empresas públicas ou privadas podem adquirir reservas próprias de Tamiflu® em cápsulas, para os seus colaboradores e familiares, desde que cumpram 3 critérios essenciais: adquiram o medicamento observando o quadro legal nacional; dispensem-no, mediante prescrição médica, utilizando os mesmos critérios que o SNS; informem, em tempo real, sobre a sua dispensa, utilizando o SIAPC-G.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
6. ATENDIMENTO DE DOENTES E DISPENSA DE MEDICAMENTOS NOS SAG (CONT.) Caso o médico faça o diagnóstico de gripe, e se não tiverem passado mais de 48 horas sobre o início dos sintomas e não houver contra-indicação nem restrições de acesso ao medicamento, o doente receberá uma prescrição de antiviral. Se o doente já tiver sido alvo de medicação antiviral para esse episódio de gripe, o médico obtém automaticamente a informação desse facto, através do SIAPC-G, e não faz outra prescrição. Para a dispensa de antivirais, cada SAG terá uma zona específica, supervisionada por um enfermeiro, um médico ou um farmacêutico, e pessoal treinado para a sua reconstituição e dispensa. Estes colaboradores podem ser do Corpo de Reserva Sanitária de Recursos Humanos (CRSRH), desde que devidamente formados. Aquando da dispensa do medicamento ao doente, o colaborador acede também ao SIAPC-G, registando no sistema de informação o acto de dispensa. O medicamento será disponibilizado já reconstituído (a reconstituição será feita na altura) ou com instruções para a reconstituição. Além do medicamento, o doente poderá receber um formulário para farmacovigilância activa e, eventualmente, instruções relacionadas com o período de recuperação e respectivos autocuidados, assim como o receituário para outros medicamentos, se necessário (OT próprias).					Relativamente à dispensa de oseltamivir nos SAG, pode ser considerada a possibilidade de as farmácias da área respectiva afectarem um técnico para este serviço, segundo uma escala definida pela farmácia. O fosfato de oseltamivir deverá ser administrado o mais precocemente possível aos doentes que se encontrarem no Período de Susceptibilidade Terapêutica (PST) ¹³. As indicações e os esquemas terapêuticos podem, em qualquer momento, ser modificados em função das evidências científicas e práticas acumuladas até ao momento. A posologia recomendada para o oseltamivir encontra-se definida em OT própria. Caso se venha a verificar escassez de antivirais, serão seguidas as indicações do grupo de especialistas responsável por definir os critérios de prescrição do medicamento. Para a restante medicação, será usado o impresso de receita habitual. As farmácias podem implementar um sistema de entrega no domicílio de outros medicamentos.

¹³ Período de susceptibilidade terapêutica (PST) é o tempo durante o qual é útil a administração dos medicamentos; no caso do oseltamivir, é até às 48 horas após o início dos sintomas.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
7. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL					
A possibilidade de utilizar um teste rápido de diagnóstico depende da sua disponibilidade à data da pandemia, altura em que será tomada a decisão mais adequada.					
O teste rápido poderá ser aplicado por um enfermeiro, e o resultado poderá determinar a prescrição do antiviral.					
Não havendo testes rápidos e/ou para diagnóstico mais precisos, serão executadas zaragatoas da orofaringe para efeitos de investigação, de acordo com uma amostragem definida pela DGS e pelo INSA, e variável ao longo das semanas de evolução da pandemia; os produtos colhidos serão enviados ao laboratório de referência da área do SAG (OT própria).					
Os pedidos de exames laboratoriais ficarão registados no SIAPC-G.					
A colheita e o envio dos produtos biológicos para o laboratório exigem a utilização de EPI, com o máximo de rigor, e o treino dos profissionais.					
Se não existirem disponíveis testes rápidos de diagnóstico com efectividade demonstrada, os exames laboratoriais a utilizar na fase 6 terão como objectivos: detectar os primeiros casos, aferir os critérios clínicos de diagnóstico, melhorar o valor preditivo positivo da decisão clínica e permitir a caracterização dos vírus em circulação. O INSA coordena uma rede de laboratórios com capacidade para fazer o diagnóstico, e a cada laboratório ficarão ligados os SAG da área geográfica respectiva (OT própria). As orientações para a colheita, acondicionamento e envio de produtos biológicos ao laboratório estão disponíveis no <i>website</i> da DGS ⁵.					
7.1. Dotação de material adequado para colheita e acondicionamento de produtos biológicos, para diagnóstico laboratorial					
Responsabilidade: ARS, CS/SAG, de acordo com as indicações da DGS e do INSA.					
7.2. Garantia de meios de transporte dos produtos biológicos para os laboratórios de referência					
Responsabilidade: ARS e SAG. Os laboratórios, as ARS e os SAG devem definir o meio de transporte dos produtos para os laboratórios. O transporte pode ser realizado por empresas de transporte, forças militares, voluntários, bombeiros, etc.					

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
8. SEGUIMENTO DE DOENTES COM GRIPE E REFERENCIAÇÃO AO HOSPITAL O recurso ao hospital só deve ser efectuado por indicação de um médico do SAG, salvo em situações clínicas graves que determinem o acesso directo. Os critérios para referenciação hospitalar são determinados pela idade do doente, gravidade dos sintomas, co-morbididades e grau de repercussão funcional (OT própria). Em OT serão descritos os critérios clínicos de referenciação hospitalar, bem como as situações que exigem seguimento telefónico pós-consulta. Quando o doente for enviado directamente do SAG para o hospital, deve estar garantido o seu transporte. A decisão sobre o seguimento clínico e a respectiva periodicidade é do médico, ficando registada no sistema informático. Este gera automaticamente a lista de doentes a contactar, à medida que se atinge o prazo definido, e a partir do centro de atendimento do SAG telefonar-se-á ao doente, para avaliar a evolução e decidir sobre a necessidade de nova consulta.					Quase todos os doentes com gripe serão observados em ambulatório e farão a recuperação no domicílio. Só nas situações graves ou com complicações que possam exigir internamento, está indicada a sua referenciação médica ao hospital. Relativamente aos doentes com critérios para seguimento telefónico às 24 e às 48 horas após a consulta, serão avaliados, pelo menos, os seguintes parâmetros: 1) temperatura (que deverá ser medida e registada pelo menos 2 vezes por dia); 2) Autopercepção da evolução dos sintomas (melhor, igual, pior); 3) Estado de consciência (com ou sem alteração); 4) Diurese nas últimas 6 horas (sim, não); 5) Dificuldade respiratória (sim, não); 6) Tosse (melhor, igual, pior); 7) Vômitos (sim, não); 8) Diarreia (sim, não); 9) Outros sintomas referidos espontaneamente pelo doente (OT própria).
9. ATENDIMENTO NO DOMICÍLIO OU EM INSTITUIÇÕES Quando houver indicação para consulta domiciliária, em casa particular ou instituição, antes da consulta, o médico verificará electronicamente a “ausência de prescrição dentro do período inibitório de prescrição” ou não, levando consigo o antiviral, em caso afirmativo. Se o medicamento for dispensado, o médico efectuará o respectivo registo no regresso ao SAG.					Excepcionalmente, não sendo possível a deslocação de doentes ao SAG, e analisando estas situações caso a caso, pode ser efectuada uma visita domiciliária. A responsabilidade de definir os critérios de excepção para consultas domiciliárias ou em instituições é do Director do SAG.
10. DISPENSA DE ANTIVIRAIS, PARA QUIMIOPROFILAXIA, A PESSOAS INTEGRADAS EM GRUPOS CONSIDERADOS PRIORITÁRIOS Far-se-á a identificação dos profissionais considerados prioritários para receber quimioprofilaxia.					A metodologia para a dispensa de antivirais, em regime profiláctico, a pessoas integradas em grupos considerados prioritários constarão de OT própria.

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
11. CONTRIBUIÇÃO PARA O SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO DA GRIPE (SIIG)						As especificações sobre o SIIG, referentes ao ambulatório, constam do Plano Específico de Informação em Saúde e de OT própria.
O SIIG, apresentado no Plano Específico de Informação em Saúde, pressupõe uma componente informática robusta e é um dos elementos essenciais para o sucesso do Plano de Contingência Nacional. O SIAPC-G será utilizado como um dos Sistemas de Informação Primários (SIP) do SIIG, permitindo acesso a informação clínica, ao número de doentes referenciados ao hospital e de doentes em vigilância domiciliária activa, ao consumo de antivirais, aos pedidos de exames laboratoriais e outros, e o cálculo de estimativas de incidência.						
12. MANUTENÇÃO DOS “SERVIÇOS REGULARES” DE SAÚDE						Com a abertura dos SAG, inicia-se, em paralelo, o processo de redução dos serviços regulares (<i>downsizing</i> temporário), mantendo-se os serviços mínimos para responder às necessidades inadiáveis de cuidados de saúde. A responsabilidade por manter os serviços de saúde regulares essenciais é das ARS e dos respectivos CS. Além da mobilização dos recursos humanos dos cuidados de saúde primários, as ARS e os CS, em função dos cenários elaborados pelo Observatório Nacional de Saúde/INSA, e tendo em atenção a onda pandémica mais grave, devem prever formas de contratação de profissionais em número necessário para assegurar o funcionamento dos SAG.
Durante a pandemia, e dependendo da sua intensidade e gravidade, os serviços de saúde terão que ser reorientados para garantir cuidados a doentes com outras patologias, cujo tratamento não possa ser adiado ou interrompido, reduzindo, se e quando necessário, os serviços regulares ao mínimo essencial. A população terá de colaborar neste esforço, abstendo-se de procurar cuidados para situações que não requeiram tratamento urgente. Será prevista a possibilidade de renovação automática de receituário, a dispensa da exigência de atestados médicos para regressar às escolas e o adiamento de exames médicos para obtenção ou revalidação da carta de condução, para a prática de desporto, etc.						

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
13. PROCEDIMENTOS PARA A GESTÃO DO EXCESSO DE MORTALIDADE E PARA A MANIPULAÇÃO DE CADÁVERES Aos óbitos que ocorrerem no domicílio ou em instituições da comunidade, incluindo os SAG, aplicar-se-á o previsto em Orientação Técnica (OT) própria. Nos SAG, deve assegurar-se a existência de um espaço próprio para a colocação dos corpos até à sua remoção (o mais rápido possível), a disponibilidade de EPI e de sacos para cadáveres. Serão definidas regras para descontaminação daquele(s) espaço(s), de acordo com OT própria.					A responsabilidade de definir e executar estes procedimentos é da DGS, das ARS, dos CS/SAG, dos SSP, das autarquias, das empresas lutoasas, das conservatórias do registo civil e outros, de acordo com o referido em OT própria.
14. PREVER E CONCRETIZAR, A NÍVEL LOCAL, AS ESTRUTURAS DE APOIO SOCIAL PARA FAMILIARES DEPENDENTES (FILHOS OU OUTROS) DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NOS SERVIÇOS ESSENCIAIS					A responsabilidade de, em tempo útil, identificar os recursos de apoio social é das ARS, dos CS e de outros Serviços de Saúde, em colaboração com a Segurança Social, as Autarquias, as Igrejas e outras estruturas comunitárias que existam a nível local (Plano Específico de Medidas de Saúde Pública).
15. PREPARAÇÃO PARA A SEGUNDA ONDA PANDÉMICA (E ONDAS SUBSEQUENTES) Esta preparação far-se-á revendo e adequando as medidas tomadas para a primeira onda, verificando os seus pontos fortes e fracos e melhorando os planos de contingência, através da reorganização dos serviços, renovação dos recursos materiais e reorientação dos recursos humanos, já que se espera que a segunda onda seja mais intensa.					Esta preparação pressupõe que, a nível nacional, regional e local, exista capacidade de avaliação do impacto da doença e das respostas às medidas adoptadas durante a primeira onda (Plano Específico de Informação em Saúde).
15.1. Realização de estudos serológicos No(s) período(s) entre ondas, deve proceder-se à realização de estudos serológicos para quantificar a magnitude da primeira onda e, também, para identificar indivíduos com alguma imunidade em relação ao novo subtipo.					A responsabilidade de desenhar e executar estes estudos é da DGS, do INSA e das ARS (Plano Específico de Informação em Saúde – Estudos especiais).

MEDIDAS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6 (PANDEMIA)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
15.2. Preparação para a segunda onda: vacinação A responsabilidade pelo processo de reserva e aquisição de vacinas e pelo processo de definição de grupos prioritários para vacinação é da DGS e do INFARMED, no âmbito das actividades do Grupo Gestor para a REM-G, com a colaboração de um Painel de Especialistas (OT própria). O programa de vacinação é da responsabilidade da DGS. Uma vez que não é possível a vacinação universal num período limitado, serão estabelecidas prioridades. É necessário constituir uma Reserva de seringas e agulhas (Plano Específico de Vacinas e Medicamentos), já que as embalagens das vacinas pandémicas não as incluem.					■ A aplicação desta medida depende da disponibilização de "vacinas pandémicas", em tempo útil e em quantidade suficiente. A vacina contra o novo subtipo/estirpe de vírus da gripe só estará disponível 3 a 6 meses após a identificação do vírus pandémico. Depois de iniciado o fabrico, vai demorar algum tempo a produzir uma quantidade suficiente para toda a população, pelo que serão estabelecidas prioridades para vacinação.
15.3. Vacinação da população susceptível contra a nova estirpe de vírus A administração da vacina pandémica far-se-á utilizando, principalmente, a metodologia e a rede de serviços de vacinação existentes para a execução do Programa Nacional de Vacinação. Se for pertinente, recorrer-se-á ao alargamento de horários e ao reforço dos profissionais de enfermagem.					■ Embora o ideal seja vacinar toda a população, a dependência da disponibilidade de vacinas pode tornar esse objectivo difícil de concretizar. Responsabilidade pela vacinação: DGS, INFARMED, ARS, CS e Hospitais.
15.4. Monitorização da administração da vacina e desenvolvimento do sistema para a sua farmacovigilância A monitorização das taxas de cobertura vacinal far-se-á através do Módulo de Vacinação do SINUS, devidamente actualizado pelo IGIF. A farmacovigilância é da responsabilidade do INFARMED, que utilizará o sistema actualmente existente, eventualmente reforçado com uma componente de vigilância activa. Prevê-se que os dois sistemas de informação atrás mencionados sejam incluídos como SIP do SIIG (Plano Específico de Informação em Saúde).					■ A responsabilidade por estas medidas pertence à DGS, INFARMED, IGIF, ARS, CS e Hospitais.

Há aspectos importantes que não foram desenvolvidos no presente Plano Específico, por fazerem parte do Plano Específico de Medidas de Saúde Pública, nomeadamente:

- a) O apoio que deve ser dado pelos serviços de saúde às entidades com pessoas à sua guarda, para o desenvolvimento de planos de contingência próprios;
- b) A organização das estruturas da comunidade para se fazer face ao excesso de óbitos que se verificará durante a pandemia;
- c) A criação, a nível local, de sistemas de apoio social, públicos, privados e de solidariedade social, para auxílio às famílias dos profissionais.

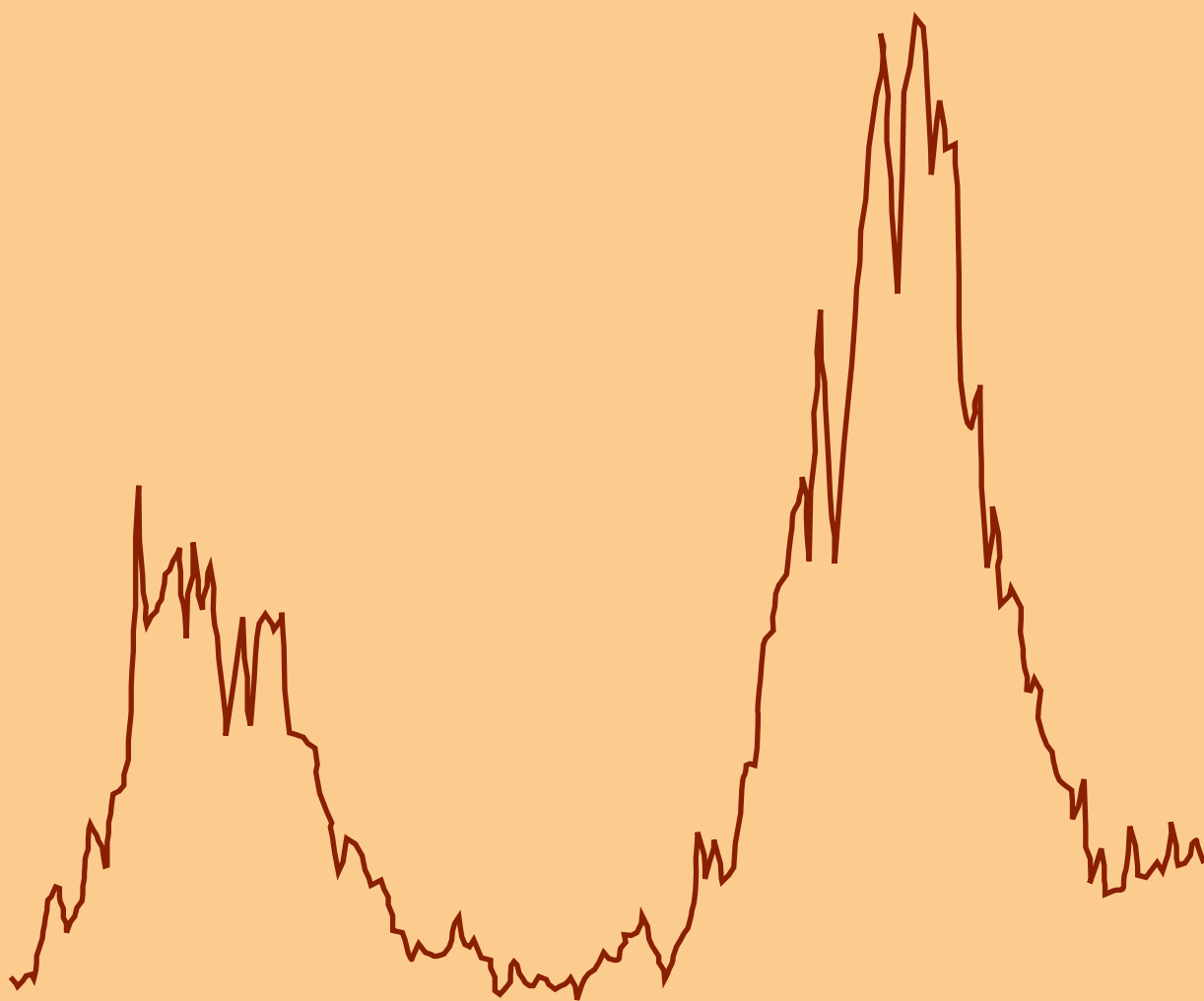
Quando a pandemia terminar, no final de duas ou de três ondas pandémicas, o subtipo do vírus responsável pelo seu aparecimento passará a dar origem a surtos de gripe sazonal, atingindo-se um novo período interpandémico (fases 1 e 2). Neste período, o(s) subtipo(s) do vírus A adaptados à espécie humana circulará(ão) na população e os diferentes subtipos do vírus A, habitualmente de baixa patogenicidade, circularão nos seus reservatórios normais, ou seja, nas aves selvagens aquáticas.

AGRADECIMENTOS

Dra Ana Cristina Costa, DGS
Dra Ana Paula Sousa Uva, CS de Oeiras
Dra Berta Nunes, SRS de Bragança
Dra Carla Lacerda Rascoa, DGS
Prof. Doutor Carlos Costa, ENSP
Dra Filipa Mafra, SAMS
Dra Joana Chêdas, Hospital Pulido Valente
Dra Joana Furtado, CS de Cascais
Dr João Sequeira Carlos, CS de Benfica
Dr Joaquim Carvalho, SRS do Porto
Dr Joaquim Palma, CS de Queluz
Dr Jorge Viana de Sá, USF Eborae, CS de Évora
Dr José Carlos Leitão, SRS do Porto
Dr Luís Santiago, CS de Eiras
Enfª Maria Goreti Silva, DGS
Dra Maria Otilia Duarte, DGS
Dra Maria da Graça Freitas, DGS
Dr Mário Freitas, CS de Braga
Dra Ofélia da Ponte, CS de Queluz
Dra Paula Cristina Lourenço, Hospital de Egas Moniz
Dra Paula Maria Valente, CS de Redondo
Enfº Sérgio Gomes, DGS
Dra Teresa Libório, CS de Oeiras
Dr Vasco Queiroz, CS da Guarda
Dr Vítor Ramos, CS de Cascais



CUIDADOS DE SAÚDE EM INTERNAMENTO



CUIDADOS DE SAÚDE EM INTERNAMENTO

Filipe Froes ¹, Kamal Mansinho ²

Margarida Tavares ³, António Diniz ⁴, José Manuel Almeida ⁵

Maria da Graça Freitas ⁶, Paula Maria Valente ⁷, Ana Cristina Garcia ⁸

INTRODUÇÃO

O elevado crescimento das populações humana e de aves domésticas que habitam o planeta, aliado ao conseqüente aumento da interacção entre ambas, é um dos múltiplos argumentos que sustentam a possibilidade de ocorrência de uma nova pandemia de gripe neste século.

Embora isto não signifique, necessariamente, que o acontecimento esteja iminente, há que considerá-lo como possível.

Perante esta ameaça, os governos e as agências internacionais têm desenvolvido esforços consideráveis na preparação de um adequado plano de resposta. Quaisquer que sejam as medidas a adoptar para conter a propagação inicial de uma pandemia de gripe na sua origem, é preciso assumir que o benefício potencial das acções a desenvolver se traduzirá apenas num eventual atraso dessa propagação. Não se conseguirá evitar a pandemia nem o desenvolvimento das respectivas ondas pandémicas, podendo contribuir-se somente para que os “picos” sejam menos acentuados e haja, portanto, uma maior dispersão dos casos no tempo, o que poderá facilitar a resposta dos serviços de saúde e da sociedade.

Enquanto os planos globais de preparação para uma pandemia de gripe colocam o enfoque sobre a detecção precoce e a definição de risco, o objectivo dos planos específicos, nacionais e regionais, é concretizar as medidas necessárias para intervir em cada área, perante a ameaça actual de uma potencial pandemia, que é imprevisível e, além disso, se desenvolve numa atmosfera de considerável incerteza científica e de frágil confiança pública.

Apesar do enorme avanço técnico e científico, em termos de prestação de cuidados de saúde, que se verificou desde a última pandemia de gripe – no campo dos antimicrobianos, cuidados intensivos, técnicas de diagnóstico, medidas de controlo de infecção, entre outros – e que poderá resultar numa diminuição da morbilidade e da letalidade provocadas pela infecção por um novo subtipo de vírus da gripe, este benefício esbater-se-á, provavelmente, perante a globalização, a interdependência da

¹ Assistente Graduado de Pneumologia, Hospital Pulido Valente. Co-responsável por este Plano Específico.

² Chefe de Serviço de Infecçiology, Hospital de Egas Moniz. Co-responsável por este Plano Específico.

³ Assistente de Infecçiology, Hospital de São João. Colaboração.

⁴ Assistente Graduado de Pneumologia, Hospital Pulido Valente. Colaboração.

⁵ Assistente de Cirurgia Geral, Hospital dos Covões. Colaboração.

⁶ Chefe de Serviço de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Organização e coordenação da edição.

⁷ Assistente Graduada de Saúde Pública, Centro de Saúde de Redondo. Organização e coordenação da edição.

⁸ Assistente Graduada de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Organização e coordenação da edição.

sociedade, a elevada proporção da população vulnerável (por exemplo, idosos, imuno-deprimidos ou portadores de outras patologias crónicas), bem como a insuficiência e falta de organização dos recursos existentes face a uma situação de pandemia.

1. Objectivo e âmbito

No nosso País, a resposta do sector da saúde está organizada em 4 áreas funcionais, uma das quais engloba a Prevenção, Contenção e Controlo, e inclui os Planos Específicos de Medidas de Saúde Pública, de Vacinas e Medicamentos, de Cuidados de Saúde em Ambulatório e o que se está a apresentar, ou seja, o Plano Específico de Cuidados de Saúde em Internamento.

Este plano tem como objectivo auxiliar a operacionalização e complementar os conceitos genéricos definidos nas Orientações Estratégicas do Plano de Contingência Nacional, estabelecendo as directrizes de organização e de prestação de cuidados de saúde em internamento aos doentes⁹ infectados com o vírus da gripe A(H5N1) ou outro subtipo de origem aviária, ou com uma estirpe pandémica do vírus.

Estas directrizes devem fundamentar a elaboração dos planos de acção internos específicos de cada instituição de saúde com internamento¹⁰ (Planos de Contingência da Instituição) e respectivos serviços (quando pertinente). A coordenação nacional e regional destes planos fica a cargo, respectivamente, da Direcção-Geral da Saúde (DGS), das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e das estruturas competentes das Regiões Autónomas. Pretende-se, deste modo, com a indispensável articulação e coordenação intra e interinstituições, alcançar os seguintes objectivos:

- a) Optimizar os recursos de saúde, de modo a responder a uma situação de aumento da necessidade de cuidados de saúde em internamento, assegurando o atendimento adequado, e em tempo útil, dos doentes com suspeita de gripe de origem aviária (transmissão zoonótica) ou gripe pandémica e mantendo a prestação de cuidados essenciais aos restantes doentes;
- b) Contribuir para a prevenção, contenção e controlo da doença e, consequentemente, diminuir o seu impacto individual e na comunidade.

Este plano específico aplica-se a todas as instituições públicas, devendo ser também um referencial para as instituições privadas ou de solidariedade social que prestam cuidados de saúde em regime de internamento.

2. Articulação com os outros planos específicos

Apesar de este Plano estar centrado na prestação dos cuidados de saúde em internamento, a assistência à comunidade, no sector da saúde, durante uma futura pandemia de gripe, será prestada a vários níveis. Verifica-se, assim, uma interdependência e complementaridade entre todos os planos específicos.

⁹ Este Plano foi elaborado tendo em atenção os serviços de internamento de adultos, excluindo os de obstetrícia. Em Orientações Técnicas próprias serão abordadas questões específicas relacionadas com o internamento de crianças, de mulheres grávidas e de pessoas com necessidades de saúde especiais.

¹⁰ Estas instituições passarão a ser designadas, genericamente, por "hospitais".

Em relação ao presente plano específico, realça-se a necessidade de articulação com os demais planos nos seguintes domínios:

2.1. Informação em saúde

- a) Desenvolvimento de indicadores fidedignos e mensuráveis que permitam a monitorização do impacte da doença nos serviços hospitalares, designadamente na sua capacidade de resposta técnica e humana (por exemplo, número de atendimentos urgentes, número total de internamentos, taxa de letalidade, necessidades em cuidados intensivos, taxa de ocupação e demora média de internamento, consumo de medicamentos, em particular de antibióticos e inibidores da neuraminidase, número de funcionários hospitalares doentes, taxa de absentismo e outros);
- b) Participação dos serviços de prestação de cuidados de saúde em internamento no Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG), através de um ou mais Sistemas de Informação Primários (SIP), incluindo o Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe (SIAPC-G), de acordo com as atribuições que lhes forem conferidas no quadro do Plano Específico de Informação em Saúde;
- c) Definição do papel dos hospitais na vigilância epidemiológica da gripe sazonal, da gripe de transmissão zoonótica e da gripe pandémica;
- d) Caracterização epidemiológica e clínica dos casos, para aferição da definição de caso e dos critérios de gravidade, de internamento e de alta;
- e) Recolha de informação sobre resistências aos antivirais e sobre a sua efectividade.

2.2. Medidas de saúde pública

- a) Desenvolvimento do enquadramento normativo ou legal para o isolamento em regime de internamento hospitalar, voluntário ou compulsivo, dos casos suspeitos/possíveis, prováveis ou confirmados de doença (período de alerta pandémico e fases iniciais da pandemia);
- b) Contribuição para a elaboração de recomendações técnicas sobre a utilização dos métodos de protecção individual, nos quais se incluem os Equipamentos de Protecção Individual (EPI), assim como de normas e procedimentos de actuação nas situações de contacto directo com doentes. Estas são, com efeito, as que comportam maior risco para a saúde dos profissionais, sobretudo para os que prestam cuidados aos doentes com quadros clínicos mais graves e necessitando de internamento hospitalar. A correcta utilização dos métodos de protecção individual e das restantes medidas de controlo de infecção assumem um papel fulcral na diminuição da transmissão nosocomial da gripe pandémica aos outros doentes internados e aos profissionais de saúde, contribuindo para a diminuição da taxa de absentismo destes profissionais e facilitando o seu recrutamento e mobilização;
- c) Adequação das medidas relativas aos EPI e das restantes medidas de controlo de infecção às características dos doentes e dos cuidados ou procedimentos prestados em internamento (por exemplo, crianças, grávidas, unidades de cuidados intensivos, técnicas invasivas, laboratórios e outros);

- d) Divulgação de Orientações Técnicas (OT) destinadas aos intervenientes nas actividades de remoção, transporte e inumação de cadáveres, por ser previsível um excesso de mortalidade, incluindo em ambiente hospitalar.

2.3. Cuidados de saúde em ambulatório

- a) Em fase 6, estabelecimento e aplicação de critérios de referência aos hospitais que recebem os doentes avaliados em ambulatório, nomeadamente nos Serviços de Atendimento da Gripe (SAG), para auxílio à decisão de eventual internamento (Orientação Técnica própria);
- b) Partilha do SIAPC-G, de forma a garantir a troca de informação clínica entre os SAG e os serviços de internamento (Plano Específico de Informação em Saúde e documento técnico próprio);
- c) Estabelecimento de circuitos de transporte de doentes entre os SAG e os hospitais ou outras instituições com internamento, de sentido bidireccional, com segurança e rapidez (Orientação Técnica própria);
- d) Seguimento pós-internamento, quando se verificarem altas precoces (Orientação Técnica própria).

2.4. Vacinas e medicamentos

- a) Vacinação dos profissionais de saúde hospitalares contra a gripe sazonal;
- b) Adopção, em geral, das medidas enunciadas no Plano Específico de Vacinas e Medicamentos;
- c) Colaboração na definição de critérios de priorização para a administração da vacina pandémica, em função das quantidades disponíveis (Orientação Técnica própria);
- d) Desenvolvimento de um programa de vacinação, em pandemia, dos profissionais de saúde dos serviços hospitalares, de acordo com critérios a definir, que inclua o registo das inoculações e a monitorização das reacções adversas (Orientação Técnica própria);
- e) Colaboração, em caso de necessidade e de disponibilidade, dos profissionais de saúde dos hospitais no programa de vacinação da população;
- f) Possibilidade de administração da vacina contra o pneumococo, em grupos a definir (Orientação Técnica própria);
- g) Acessibilidade (confidencial) à lista de medicamentos que constituem a Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe (REM-G), no sentido de assegurar, em cada instituição de saúde com internamento e respectivos serviços, reservas próprias incluídas na REM-G ou complementando-a, tendo em atenção a previsão do aumento das necessidades e a capacidade dos fornecedores abastecerem o mercado num contexto de pandemia;
- h) Disponibilização de reservas de inibidores de neuraminidase nas farmácias hospitalares, para reconstituição e administração aos doentes internados, em tempo útil, e para quimioprofilaxia dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados a estes doentes, segundo critérios estabelecidos (Orientação Técnica própria);

- i) Colaboração na reavaliação dos critérios de utilização dos antivirais, em função das disponibilidades, da taxa de ataque da gripe pandémica, das características epidemiológicas da estirpe pandémica, da sensibilidade do microrganismo, da efectividade dos antivirais e das suas reacções adversas (Orientação Técnica própria);
- j) Colaboração na reavaliação dos critérios de utilização de antibióticos e respectivos regimes terapêuticos (fármacos, doses, duração).

2.5. Comunicação

- a) Adopção, no geral, das medidas enunciadas no Plano Específico de Comunicação;
- b) Colaboração na definição dos planos estratégicos de comunicação, aos níveis institucional e interinstitucional;
- c) Promoção de acções de formação sobre gripe (sazonal, de transmissão zoonótica e pandémica), orientações técnicas (incluindo medidas de controlo de infecção) e gestão do risco para os profissionais de saúde ("Medidas e procedimentos");
- d) Desenvolvimento de programas de formação sobre gripe e medidas de controlo de infecção para voluntários (por exemplo, estudantes de medicina, enfermagem, farmácia e outras áreas da saúde), profissionais de saúde já reformados e outros que sejam chamados a colaborar na prestação de cuidados em internamento, face à previsível escassez de recursos humanos qualificados ("Medidas e procedimentos");
- e) Aperfeiçoamento dos circuitos de comunicação interna das instituições envolvidas nos cuidados de saúde em internamento (comunicação intra e interinstituições);
- f) Colaboração nas acções de informação aos profissionais e à população.

FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS

Ninguém pode prever com exactidão a dimensão do impacte da próxima pandemia de gripe. Há muitas variáveis desconhecidas nos cenários de modelação pandémica e muito poucas observações na história das pandemias do passado. Além disso, a situação é, ainda, acrescida de uma enorme incerteza sobre o modo como as pessoas e os mercados económicos irão responder quando confrontados com uma pandemia.

De acordo com o conhecimento acumulado das três pandemias do século XX e do comportamento da gripe durante o período interpandémico, admite-se que uma próxima pandemia ocorra em ondas sucessivas, de aproximadamente 6 a 8 semanas, seguidas por um período de recuperação com duração desconhecida (não devendo ultrapassar as 12 semanas). Por consequência, estima-se que a pressão da procura dos cuidados de saúde aumente progressivamente, atinja um pico e comece a decrescer nas semanas seguintes.

Os principais efeitos de uma futura pandemia de gripe não se manifestarão tanto na mortalidade como na morbilidade – que se prevê muito elevada –, o que conduzirá ao aumento do absentismo, ao eventual encerramento de escolas, ao declínio da produção e à sobrelotação dos serviços de saúde, incluindo os hospitais e os serviços

de urgência. O absentismo em múltiplos sectores, causado pela doença dos profissionais, pela doença dos membros da família, por receios de contágio e por eventuais medidas de saúde pública, destinadas a limitar o contacto com os outros, pode ameaçar a actividade de infra-estruturas e de serviços essenciais, os movimentos de pessoas e de bens e a operacionalidade das instituições que garantem a economia, a segurança nacional e o funcionamento básico da sociedade.

Apesar dos avanços conseguidos no diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças infecciosas, as instituições estão insuficientemente preparadas para enfrentar e conter uma possível pandemia de gripe.

Tal como num caso de propagação deliberada de um microrganismo infeccioso, em que o agressor o poderia disseminar múltiplas vezes e em locais diversos, o Plano de Contingência Nacional deve configurar um plano de defesa contra uma guerra e não contra um ataque ou batalhas isoladas, isto é, deve contemplar medidas para enfrentar sucessivas ondas de gripe.

Mesmo assumindo que a capacidade instalada (reserva estratégica de medicamentos, equipamentos de protecção individual, recursos humanos e outros) é suficiente para conter a primeira onda pandémica, cada nova onda encerra o risco de perda de eficiência, se não mesmo de falência, das medidas e recursos de contenção, de tal forma que a vaga de gripe subsequente pode tornar-se ainda mais difícil de controlar do que a anterior.

A gripe coloca riscos particulares nos estabelecimentos de saúde. Devido ao seu curto período de incubação e à eficiente propagação pessoa-a-pessoa, o vírus da gripe, em ambiente hospitalar, pode provocar surtos entre os doentes internados por outras causas. Esta população é, muitas vezes, mais vulnerável, por apresentar co-morbilidades, o que torna a gripe particularmente letal nos hospitais.

Os profissionais de saúde apresentam risco acrescido de contrair a doença, porque estão expostos às pessoas com gripe na comunidade e aos doentes internados com a patologia. Quando infectados, estes profissionais tornam-se uma importante fonte de transmissão para os doentes a quem prestam cuidados, nomeadamente para os internados em hospitais ou em instituições de acolhimento (lares, unidades de cuidados continuados e outros).

Deve salientar-se também que, durante as epidemias e pandemias de gripe, quando a taxa de ataque é elevada, mesmo uma frequência baixa de complicações poderá ter como consequência um acentuado aumento no número de doentes que necessitam de internamento.

O Observatório Nacional de Saúde (ONSA), do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), desenvolveu cenários ¹¹ que, com base em estimativas de incidência, duração e gravidade da doença, descrevem as características que a pandemia poderá vir a ter em Portugal, incluindo o número de pessoas que poderão ser internadas nas diferentes ondas da pandemia.

O planeamento pré-pandémico das medidas necessárias no sector do internamento revela-se, assim, essencial, para garantir cuidados de saúde contínuos e com qualidade e para fazer face à propagação da gripe, incluindo a de transmissão nosocomial.

¹¹ Disponível em: http://www.onsa.pt/conteu/gripan/est_pandemia_onsa_relac-jul2006_pt.pdf

De entre as medidas a desenvolver no âmbito do presente Plano Específico, destacam-se as seguintes:

- a) Actualização do levantamento nacional da capacidade instalada dos serviços de saúde, incluindo camas de suporte avançado de vida ¹², em situações normais de funcionamento, e da capacidade máxima potencial, em situações excepcionais;
- b) Selecção e preparação dos Hospitais de Referência, onde serão observadas/ internadas as pessoas identificadas como casos de gripe suspeitos/possíveis, prováveis ou confirmados, no período de alerta pandémico (fases 3, 4 ou 5) e, eventualmente, no início do período pandémico (fase 6) ¹³;
- c) Preparação dos serviços de saúde com internamento para receberem doentes com gripe pandémica. Nestes termos, cada instituição e serviço (quando aplicável) deve elaborar um plano de acção interno para a pandemia de gripe (Plano de Contingência Interno), tendo em conta os cenários de impacto disponibilizados pelo ONSA/INSA, e em função do estatuto que tiver sido atribuído ao hospital, nomeadamente o de Hospital Dedicado ¹⁴ ou não. Este plano de acção interno deve contemplar todas as áreas que requeiram a implementação de medidas específicas, de que se salientam as seguintes:
 - i. Reorganização dos serviços de saúde, incluindo a redefinição dos critérios de internamento, em função das necessidades de internamento de doentes com gripe. A prioridade máxima que a pandemia de gripe requer pode implicar a suspensão ou adiamento da prestação de cuidados de saúde noutras situações de doença;
 - ii. Adequação dos recursos humanos e materiais às necessidades de internamento;
 - iii. Reorganização das unidades de internamento, de acordo com o previsível aumento de absentismo dos profissionais por doença ou outros motivos relacionados com a pandemia;
 - iv. Adequação do número de camas disponíveis para internamento de pessoas com gripe, em quartos individuais ou enfermarias;
 - v. Distribuição dos espaços e gestão dos doentes por coortes de data de início da doença;
 - vi. Aprovisionamento de medicamentos, de consumíveis e de equipamentos essenciais;
 - vii. Garantia de que os fornecedores assegurarão o abastecimento de bens e serviços essenciais (água, electricidade, comunicações, alimentação, manutenção, serviços de lavandaria e outros) para manter o funcionamento da instituição e de cada serviço;
 - viii. Reforço das medidas de protecção individual dos profissionais, incluindo a disponibilização de EPI;

¹² O levantamento nacional foi efectuado, em 2006, pela DGS, com a colaboração de um Grupo de Especialistas.

¹³ Orientações Técnicas da DGS, disponíveis no *site* www.dgs.pt.

¹⁴ Os Hospitais Dedicados são hospitais a utilizar exclusivamente para casos de gripe, no início da fase 6 e até esgotarem a sua capacidade de internamento ("Medidas e procedimentos").

- ix. Prevenção e controlo das infeções nosocomiais, em colaboração com os serviços, no âmbito da saúde ocupacional e das Comissões de Controlo de Infecção (deverá ser contemplada a formação dos profissionais);
- x. Organização de espaços adequados para acondicionamento de cadáveres.

PONTOS CRÍTICOS

A capacidade de resposta dos diferentes sectores da sociedade ao impacte da gripe no período de alerta pandémico, sobretudo nas fases 4 e 5, e no decurso de uma pandemia, apresenta potenciais pontos críticos, cujas consequências poderão ser evitadas ou minimizadas com o planeamento e a execução das medidas e procedimentos descritos em “Medidas e procedimentos”.

Mencionam-se aqui, por período de actividade gripal, os pontos críticos esperados no sector do internamento e que podem gerar insegurança, ansiedade e pânico na população, com aumento da perturbação social.

No período de alerta pandémico (nas fases 4 e 5), poderá constituir um ponto crítico a não detecção ou a detecção tardia dos primeiros casos e/ou *clusters*, o que implicará a transmissão e a disseminação precoces da nova estirpe viral entre a população, condicionando negativamente a capacidade de resposta por parte dos serviços.

A ansiedade da população poderá originar, em qualquer fase, mas principalmente a partir da fase 4, um afluxo excessivo de pessoas com queixas respiratórias aos serviços de urgência hospitalares. A consequente sobrecarga dos serviços provocará perturbações graves no seu funcionamento e a sua eventual paralisação, para além de um aumento de transmissão da infecção entre os utentes da urgência.

Na fase 6, altura em que a procura será maior, poderá, por diversos motivos, entre os quais a doença dos profissionais de saúde, verificar-se uma insuficiência de recursos humanos, que levará à diminuição quantitativa e qualitativa da capacidade de prestação de cuidados de saúde no internamento e à perturbação do funcionamento, com bloqueio ou paralisia dos serviços.

A escassez de pessoal qualificado na prestação de cuidados na área dos meios de diagnóstico, serviços farmacêuticos, unidades de cuidados intensivos, entre outros, poderá ser crítica e ter repercussões no aumento da demora média do internamento e na consequente diminuição das altas hospitalares. Este facto dará origem a uma menor rotatividade dos doentes internados e menor capacidade de atendimento de novos casos, associando-se, assim, a um potencial aumento da morbilidade e da mortalidade dos doentes com necessidade não concretizada de internamento.

A escassez de recursos humanos e materiais poderá resultar numa insuficiente capacidade de internamento (no geral e em cuidados intensivos), impossibilitando a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os doentes mais graves e diminuindo os meios de prestação de cuidados em suporte avançado de vida aos doentes críticos, o que conduzirá ao aumento da morbilidade e mortalidade e ao aumento da transmissão da infecção na comunidade.

A descoordenação dos serviços de internamento é outro problema que poderá surgir, fazendo diminuir a capacidade de prestação de cuidados e o seu contributo para a contenção e controlo da doença. Em consequência, poderá aumentar a precariedade

do nível de cuidados, bem como o erro médico, a transmissão nosocomial e o desperdício de recursos, o que irá, também, contribuir para o aumento do absentismo dos profissionais de saúde.

Em qualquer das fases, poderá ocorrer transmissão nosocomial da gripe, com disseminação de um vírus aviário ou pandémico aos profissionais de saúde, às visitas e aos doentes internados por outras causas, o que resultará num aumento da morbidade e da mortalidade. O desenvolvimento da doença entre os profissionais de saúde terá, certamente, consequências a nível do absentismo, e o contágio das visitas poderá originar a retransmissão do vírus na comunidade.

Deficiências na segurança laboratorial poderão originar transmissão nosocomial, absentismo dos profissionais e diminuição da capacidade de resposta laboratorial, que é fundamental nas fases 3, 4, 5 e início da fase 6 da actividade gripal.

A escassez ou esgotamento de medicamentos (antivirais, antibióticos e outros) e consumíveis, em fase 6, levará à diminuição da capacidade de prestação de cuidados, aumentando a incidência das complicações da doença, a morbidade, a mortalidade, a transmissão nosocomial e o absentismo dos profissionais de saúde. Estes problemas poderão ser desencadeados ou agravados pelo extravio de medicamentos e Equipamentos de Protecção Individual (EPI), resultante do desenvolvimento de um mercado paralelo, devido ao esgotamento das reservas de medicamentos e de EPI e à perda de confiança da população.

Em fase 6, poderá verificar-se uma insuficiente capacidade de resposta das morgues e das casas mortuárias, o que, por um lado, contribuirá para aumentar a transmissão nosocomial da doença e, por outro, conduzirá a práticas vistas como de “desrespeito” pelos mortos, gerando ansiedade e potencial conflitualidade com os familiares.

Um outro ponto crítico será uma curta duração dos intervalos entre duas ondas pandémicas, o que anulará a capacidade de reorganizar recursos e repor *stocks*, eventualmente esgotados, e diminuirá a capacidade de prestar cuidados, situação agravada pela desmobilização e absentismo dos profissionais de saúde.

O stresse psicológico dos profissionais envolvidos na resposta à pandemia, causado por cansaço, medo, doença e morte de colegas e familiares, sensação de impotência, separação prolongada da família, conflitos éticos entre o dever de exercer a sua actividade profissional e o de prestar assistência à família e amigos, implica que lhes seja disponibilizado, assim como às suas famílias, o necessário apoio psicossocial.

Também relativamente às pessoas que tiverem familiares internados se prevê a necessidade de apoio psicossocial, justificada por vários factores, nomeadamente o medo, a escassez de informação sobre os doentes, a impossibilidade de contacto com eles ou com os seus prestadores de cuidados, o afastamento prolongado, as carências que não podem ser supridas pelo familiar ausente, a incerteza quanto ao prognóstico da doença e a sensação de impotência e descrença, sobretudo quando se tratar de crianças internadas ou com o(s) progenitor(es) internado(s).

As questões éticas e legais aplicam-se a todos os planos específicos e a todas as fases da actividade gripal, podendo ter implicações na prevenção, contenção e controlo da doença, assim como no aumento da sua transmissão na comunidade. A ausência de transparência na afectação de recursos poderá ser geradora de sentimentos de ansiedade, discriminação, desigualdade e perda de confiança e de solidariedade na população.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS

No âmbito deste Plano, as medidas a adoptar encontram-se estruturadas de acordo com os diferentes períodos e fases da actividade gripal. Poderá haver necessidade de as reavaliar e rever, em função das características da estirpe viral e da evolução dos acontecimentos. Portanto, as medidas e os procedimentos que se propõem deverão ser abordados numa perspectiva dinâmica e complementar. No quadro seguinte, propõem-se 13 medidas a adoptar, organizadas de forma sequencial.

Quadro I. Medidas a adoptar no âmbito do Plano Específico de Cuidados de Saúde em Internamento, de acordo com a fase principal de implementação

FASE 3	
PERÍODO DE ALERTA PANDEMICO	1. Seleção e preparação dos Hospitais de Referência para avaliação e eventual internamento dos casos suspeitos/possíveis e de todos os casos prováveis e confirmados de gripe de origem aviária (estes hospitais serão utilizados nas fases 3, 4 e 5). Seleção dos Hospitais Dedicados (estes hospitais serão utilizados no início da fase 6 e até esgotarem a sua capacidade de internamento). 2. Preparação dos hospitais para a pandemia de gripe.
	FASES 3, 4 E 5
PERÍODO PANDEMICO	3. Deteção de todos os casos suspeitos/possíveis de gripe de origem aviária (transmissão zoonótica, nas fases 3, 4 e 5) entre os doentes que recorram aos serviços de urgência hospitalar ou entre os doentes já internados. 4. Observação/realização de exames complementares de diagnóstico e eventual internamento em Hospitais de Referência de casos suspeitos/possíveis e de todos os casos prováveis ou confirmados de gripe de origem aviária.
	FASES 4, 5 E 6
	5. Criação, activação e utilização de zonas exclusivas para doentes com queixas respiratórias nos serviços de urgência hospitalar.
PERÍODO PANDEMICO	FASE 6
	6. Activação do Plano para o período pandémico, com "abertura" dos Hospitais Dedicados, minimização do risco de transmissão nosocomial e protecção dos profissionais de saúde. 7. Maximização da capacidade de internamento dos hospitais. Serão sequencialmente utilizados os Hospitais Dedicados (quando aplicável), até ao esgotamento da sua capacidade, todos os hospitais (civis, militares e outros) e, em situação extrema, hospitais de campanha (criados em pavilhões desportivos, quartéis, etc.). 8. Internamento de doentes em isolamento individual ou por coortes de data de início da doença, segundo critérios de gravidade, sociais ou outros. 9. Adequação dos recursos humanos. 10. Optimização do uso de medicamentos, de equipamentos de protecção individual e de outros consumíveis. 11. Apoio psicossocial aos profissionais de saúde e seus familiares, assim como aos familiares dos doentes internados. 12. Minimização do tempo de permanência de cadáveres nas morgues e nas casas mortuárias.
	FASE 6 - FINAL DA PRIMEIRA ONDA
	13. Reavaliação dos planos de contingência (específicos e de cada instituição e serviço de internamento), na fase de declínio da primeira onda, e preparação para a onda pandémica subsequente.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES 3, 4 E 5

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
1. SELECÇÃO E PREPARAÇÃO DOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA PARA A AVALIAÇÃO, E EVENTUAL INTERNAMENTO, DOS CASOS SUSPEITOS/POSSÍVEIS E DE TODOS OS CASOS PROVÁVEIS E CONFIRMADOS DE GRIPE DE ORIGEM AVIÁRIA E SELECÇÃO DOS HOSPITAIS DEDICADOS Os Hospitais de Referência ^{13, 15} já foram seleccionados e estão preparados para ser utilizados nas fases 3, 4 e 5. A opção por esta alternativa justifica-se pela necessidade de concentrar recursos e conhecimentos nas fases em que os casos de doença serão esporádicos ou em <i>clusters</i>. Durante o período de alerta pandémico, todos os casos suspeitos/possíveis de gripe de transmissão zoonótica devem ser referenciados para estes hospitais, onde se procederá à sua avaliação ¹³. Todos os doentes considerados como casos prováveis ou confirmados serão internados, em regime de isolamento ¹³. Os Hospitais Dedicados serão utilizados no início da fase 6, para internamento apenas de doentes com gripe pandémica, até esgotarem a sua capacidade de internamento. Estes hospitais serão seleccionados pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), em articulação com os Conselhos de Administração (CA) dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e, eventualmente, de hospitais de outros sectores (por exemplo, militares ou outros), e só funcionarão onde for pertinente e exequível.						Objectivos: • Identificação/selecção dos hospitais que constituirão a 1.ª linha de defesa em situação de alerta pandémico; • Concentração de doentes e de recursos no período de alerta pandémico e, eventualmente, no início da pandemia; • Optimização dos recursos humanos e técnicos e minimização do risco de transmissão nosocomial; • Ganho de tempo (principalmente nas fases 4 e 5) para melhorar o nível de preparação dos restantes hospitais; • Contenção e controlo da doença. O funcionamento de Hospitais Dedicados só é viável nos centros urbanos ou em regiões que disponham de mais do que um hospital e no início do período pandémico ou durante todo este período, se as taxas de ataque e o número de doentes internados não forem elevados.

- A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)
- A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

¹⁵ Os Hospitais de Referência seleccionados para internamento de casos de doença humana provocada pelo vírus da gripe A(H5N1), nas fases 3, 4 e 5, são: o Hospital de São João, no Porto (adultos e crianças), os Hospitais da Universidade de Coimbra (adultos), em Coimbra, o Hospital de Curry Cabral, em Lisboa (adultos) e o Hospital Pediátrico de Dona Estefânia, também em Lisboa (crianças).

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES 3, 4 E 5

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
2. PREPARAÇÃO DOS HOSPITAIS PARA A PANDEMIA DE GRIPE ¹⁶ As medidas preparatórias devem começar a ser executadas a partir da fase 3, sendo extensivas tanto aos Hospitais de Referência como aos Hospitais Dedicados e a todos os hospitais, incluindo os que não pertencem ao SNS. Todos os hospitais e respectivos serviços devem elaborar e desenvolver planos de contingência próprios, tendo como referencial técnico o Plano de Contingência Nacional e as orientações das respectivas ARS, adaptadas à realidade de cada instituição. Na sua área de influência, cada ARS coordenará e promoverá a articulação entre as diferentes instituições. Os Hospitais Dedicados devem dar particular atenção ao “plano de evacuação”, que permita a distribuição dos seus doentes por outros hospitais ou a decisão de dar alta a doentes que não careçam de cuidados inadiáveis.					Objectivos: • Avaliar as capacidades dos hospitais e definir a sua resposta num cenário de pandemia de gripe; • Assegurar a optimização dos recursos de saúde, para permitir o atendimento adequado e em tempo útil dos doentes; • Contribuir para a prevenção, contenção e controlo da doença.

2.1. Constituição de um grupo de planeamento e acompanhamento para a pandemia de gripe em todos os hospitais

No âmbito deste grupo, a definição da linha de comando é fundamental, assim como a identificação de responsáveis por áreas-chave e as suas funções.

Este grupo deve ser nomeado pelo Conselho de Administração (CA) de cada instituição.

¹⁶ Relativamente às fases do período de alerta pandémico (3, 4 e 5) e, eventualmente, no início da fase 6, em que apenas ocorrem casos isolados ou *clusters*, todas as pessoas identificadas como casos suspeitos/possíveis, prováveis ou confirmados, independentemente do local de detecção, serão observadas e, eventualmente internadas, em Hospitais de Referência já seleccionados e preparados.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES 3, 4 E 5

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
2.2. Elaboração de Plano de Contingência Interno O Plano de Contingência Interno será elaborado pelo grupo de planeamento e acompanhamento para a pandemia de gripe de cada instituição. O Plano de Contingência Interno de cada instituição será revisto e actualizado em função de novos desenvolvimentos, sendo fundamental abordar todos os pontos críticos referidos previamente neste plano específico ("Pontos críticos").						Os Hospitais de Referência e os Hospitais Dedicados deverão atender à sua especificidade na elaboração dos respectivos planos. Em Orientações Técnicas (OT) própria, apresenta-se uma lista de verificação com indicações sobre o que deve constar dos planos de contingência internos, como, por exemplo, o levantamento da capacidade de internamento e das necessidades previsíveis na área de influência da instituição de saúde, a formação dos seus profissionais sobre a gripe e as medidas de controlo de infecção, o aumento da cobertura vacinal contra a gripe sazonal, etc.
2.3. Definição clara da liderança clínica nas unidades de internamento e estabelecimento de protocolos de actuação						A responsabilidade por esta medida é dos respectivos Conselhos de Administração (CA).
2.4. Levantamento da capacidade instalada de internamento, em cada unidade, e da capacidade máxima potencial, com eventual previsão de recurso a áreas extra-hospitalares (por exemplo "hospitais de campanha")						A responsabilidade deste levantamento é do grupo de planeamento e acompanhamento para a pandemia de gripe de cada instituição.
2.5. Levantamento da capacidade instalada de internamento em suporte avançado de vida, em cada hospital, e da capacidade máxima potencial, com previsão de recurso a áreas extra Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)						O primeiro levantamento, a nível nacional, foi conduzido pela DGS, com a colaboração de um Grupo de Especialistas, tendo terminado em Julho de 2006. Será fornecido aos hospitais um suporte informático que permitirá a sua actualização.
2.6. Levantamento da autonomia da instituição para suprimento das necessidades básicas O levantamento deve abranger o fornecimento de água, electricidade, gases medicinais, alimentação, tratamento dos resíduos, higienização ambiental, esterilização, etc. Feito o levantamento, terão de ficar previstos, no Plano de Contingência da Instituição, os mecanismos para responder a eventuais situações de falha/rotura.						Deverão ser identificados os pontos críticos no funcionamento da instituição e relativamente a todos os fornecedores de bens e serviços essenciais.
2.7. Estimativa das necessidades de internamento na área de influência de cada hospital, de acordo com os cenários disponíveis						A estimativa deverá apoiar-se nos cenários elaborados pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge (INSA)¹¹ e será ajustada em função da evolução real da pandemia.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES 3, 4 E 5

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
2.8. Estimativa das necessidades de internamento em cuidados intensivos na área de influência de cada hospital, de acordo com os cenários disponíveis						Esta avaliação permitirá identificar o diferencial entre o existente (ponto 2.5) e o estimado como necessário durante uma pandemia, com o objectivo de aproximar o existente do necessário. No contexto das necessidades em ambiente hospitalar terão, ainda, de ser acautelados dois aspectos: a formação do pessoal e a manutenção dos equipamentos.
2.9. Definição de critérios de internamento, incluindo em UCI, e de alta para os doentes com gripe de transmissão zoonótica e gripe pandémica						Em OT próprias serão expressos esses critérios, sujeitos a reavaliação permanente em função da evolução dos conhecimentos e da capacidade de serviços.
2.10. Articulação dos planos de Contingência Internos de cada hospital com o Plano de Contingência Nacional e as orientações das ARS						Os planos das instituições terão como referencial o Plano de Contingência Nacional e as orientações das respectivas ARS.
3. DETECÇÃO DE TODOS OS CASOS SUSPEITOS/POSSÍVEIS DE GRIPE DE ORIGEM AVIÁRIA (TRANSMISSÃO ZONÓTICA, NAS FASES 3, 4 E 5), ENTRE OS DOENTES QUE RECORRAM AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR OU ENTRE OS DOENTES JÁ INTERNADOS ¹³						Objectivos: - Identificação precoce dos casos suspeitos/possíveis de gripe de origem aviária; - Contenção da doença, procurando evitar a transmissão do vírus na população.
3.1. Pesquisa, por rotina, da presença de critérios epidemiológicos (link) em todos os doentes, adultos ou pediátricos, que recorram aos serviços de urgência hospitalar (ou que estejam internados) apresentando quadro clínico compatível com a definição de caso suspeito/possível de gripe de origem aviária						Nos serviços de urgência hospitalar equipados com o Sistema de Triage de Manchester, deve proceder-se à pesquisa dos critérios epidemiológicos com os algoritmos de dispneia ou de indisposição do adulto. Nos doentes internados por outras situações de doença, deve também proceder-se à pesquisa dos critérios epidemiológicos, se forem apresentadas queixas compatíveis com infecção respiratória (a ajustar com a definição de caso).
3.2. Envio de todos os casos suspeitos/possíveis (já validados) ao respectivo Hospital de Referência para diagnóstico e decisão de eventual internamento ¹³ (ponto 4.).						Todos os casos suspeitos/possíveis de gripe de origem aviária, e de acordo com o seu grau de estabilidade clínica, devem ser submetidos às medidas de controlo de infecção recomendadas e enviados aos Hospitais de Referência ^{13, 15}.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES 3, 4 E 5

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
3.3. Identificação dos contactos dos casos suspeitos/possíveis, prováveis ou confirmados de gripe de origem aviária e de outras pessoas expostas a fontes de infecção Estes contactos podem ser da comunidade (conviventes, familiares próximos) e/ou do hospital (doentes, acompanhantes, visitas, profissionais) desde que tenham estado em proximidade com o caso. Os contactos e outras pessoas expostas poderão ficar sob vigilância clínica, quimioprofilaxia ou, excepcionalmente, em quarentena.						Estes procedimentos serão efectuados com a participação da Comissão de Controlo de Infecção (CCI) e dos serviços no âmbito da saúde ocupacional da instituição, em articulação com os Serviços de Saúde Pública (SSP) respectivos, seguindo as OT da DGS ¹³.
3.4. Implementação do sistema de vigilância e investigação epidemiológica da síndrome gripal O sistema será desenvolvido de acordo com o Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG) e com o Plano Específico de Informação em Saúde, implicando a declaração, à Autoridade de Saúde, de todos os casos identificados. Se os casos forem considerados como prováveis ou confirmados, os seus contactos terão de ser identificados.						A declaração do caso é da responsabilidade do médico que faz a identificação (caso suspeito/possível) ou o diagnóstico (caso provável ou caso confirmado).
4. OBSERVAÇÃO/REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO, E EVENTUAL INTERNAMENTO EM HOSPITAIS DE REFERÊNCIA, DE CASOS SUSPEITOS/POSSÍVEIS E DE TODOS OS CASOS PROVÁVEIS OU CONFIRMADOS DE GRIPE DE ORIGEM AVIÁRIA Os doentes identificados como casos suspeitos/possíveis ficarão numa zona especial de atendimento, em condições de isolamento, desde que a sua condição clínica não exija internamento imediato. Os doentes serão submetidos a colheitas de amostras destinadas a análises laboratoriais e microbiológicas, para exclusão de caso suspeito/possível ou para diagnóstico de caso provável ou confirmado de gripe de origem aviária. Estes doentes aguardarão o resultado dos exames laboratoriais nesta zona, em condições de isolamento e adequadas ao seu grau de estabilidade clínica. A decisão sobre o seu internamento será condicionada pelo resultado dos exames complementares de diagnóstico e pela sua condição clínica ¹⁷.						Objectivos: • Contenção da doença, procurando impedir a transmissão do vírus na comunidade; • Controlo da transmissão nosocomial; • Caracterização da estirpe viral, incluindo a resistência aos antivirais.

¹⁷ Orientações Técnicas da DGS, disponíveis no *site* www.dgs.pt. Situações particulares, relacionadas com o internamento de crianças ou de grávidas, por exemplo, serão abordadas em Orientações Técnicas próprias.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES 3, 4 E 5

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
4.1. Internamento, voluntário ou compulsivo, de todos os casos prováveis ou confirmados de gripe de origem aviária, em regime de isolamento, nos Hospitais de Referência					
4.2. Internamento de coortes de doentes, por data de início dos sintomas					Esta medida é aplicável, se o número de doentes exceder a capacidade de internamento em regime de isolamento individual.
4.3. Início, com a maior brevidade, do tratamento com inibidores da neuraminidase, acompanhado pelas restantes medidas terapêuticas e de suporte necessárias ao contexto clínico					Por decisão clínica, o inibidor da neuraminidase poderá ser administrado para além das 48 horas após o início dos sintomas, se a evidência científica, à data, demonstrar algum benefício nesse procedimento.
O início da terapêutica antiviral deve ocorrer, preferencialmente, nas primeiras 12 horas após o início dos sintomas e até às 48 horas.					
4.4. Cumprimento rigoroso de todas as medidas de controlo de infeção, com profissionais dedicados, em exclusivo, aos doentes com gripe					Segundo as recomendações constantes das OT e do Plano Específico de Medidas de Saúde Pública, bem como os contributos da Comissão de Controlo de Infecção (CCI) e dos serviços no âmbito da saúde ocupacional da instituição.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NAS FASES 4, 5 E 6

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
5. CRIAÇÃO, ACTIVAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE ZONAS EXCLUSIVAS PARA DOENTES COM QUEIXAS RESPIRATÓRIAS, NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR						Objectivos: • Detecção precoce e orientação rápida dos casos suspeitos/possíveis de gripe de origem aviária ou pandémica; • Controlo da transmissão de gripe, nos serviços de urgência, aos outros doentes, acompanhantes e profissionais de saúde; • Garantia de tratamento adequado aos doentes que recorram aos serviços de urgência por outras causas.
5.1. Utilização do Centro de Atendimento do SNS - linha Saúde 24 (808 24 24 24) para encaminhamento dos doentes e aconselhamento da população						A criação e o desenvolvimento da linha Saúde 24, da responsabilidade do Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde, são também referidos noutros Planos Específicos. Esta Linha iniciará o seu funcionamento no primeiro semestre de 2007.
5.2. Referenciação dos doentes com sintomatologia compatível com gripe para os serviços de urgência hospitalar, através da linha Saúde 24 e dos Serviços de Atendimento da Gripe						Em período pandémico, a referenciação directa através da linha Saúde 24 só será feita excepcionalmente, isto é, se a condição clínica do doente o impuser. Caso contrário, este será primeiro referenciado para os SAG.
Na fase 6, a maioria dos doentes será referenciada aos serviços de urgência hospitalar através dos Serviços de Atendimento da Gripe (SAG). Os doentes com queixas respiratórias graves, alvo de triagem pela linha Saúde 24 e necessitando de recorrer de imediato aos serviços hospitalares, serão enviados directamente para o hospital.						
5.3. Desencorajamento do recurso directo aos serviços de urgência hospitalares por parte dos doentes com queixas sugestivas de gripe informando-os de que devem ser referenciados pela linha Saúde 24 (casos graves), pelo SAG ou, eventualmente, pelo médico assistente						O desenvolvimento das medidas propostas no Plano Específico de Comunicação é fundamental para que a população esteja informada sobre o nível de risco em cada momento, bem como sobre as indicações a seguir e as medidas a adoptar em cada circunstância relacionada com a gripe de origem aviária e/ou com a gripe pandémica.

 A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)

 A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRE TUDO NAS FASES 4, 5 E 6

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
5.4. Triagem, para identificar os doentes com queixas respiratórias que se dirijam espontaneamente ao Serviço de Urgência, e aplicação de critérios, para detecção precoce da síndrome gripal nos doentes que recorram à urgência por outras causas					Nas fases 4, 5 e 6, os doentes com queixas respiratórias, que acedam ao hospital espontaneamente, serão alvo de triagem à entrada da urgência e das zonas que lhe são exclusivamente destinadas.
5.5. Promoção das medidas de higiene respiratória Estas medidas contemplam a colocação de máscara facial por parte de todos os doentes com febre e tosse, à entrada dos serviços de urgência hospitalar.					Medida obrigatória nas fases 5 e 6, podendo ser implementada a partir da fase 3 ou mesmo em gripe sazonal, nas fases 1 e 2.
5.6. Reforço das medidas de controlo de infecção apropriadas ao contexto					Orientação Técnica (OT) própria.
5.7. Colocação de sinalética identificadora do circuito de atendimento dos doentes com queixas respiratórias, à entrada do serviço de urgência					
5.8. Controlo do tempo de espera nos serviços de urgência					
5.9. Garantia de terapêutica antiviral, em ambulatório, com a maior brevidade possível, e de acordo com os critérios estabelecidos, sempre que o doente tiver doença compatível com gripe pandémica que não necessite de internamento					Estes critérios constam de OT própria.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
6. ACTIVACÃO DO PLANO PARA O PERÍODO PANDÉMICO, COM "ABERTURA" DOS HOSPITAIS DEDICADOS, MINIMIZAÇÃO DO RISCO DE TRANSMISSÃO NOSOCOMIAL E PROTECÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE Conforme referido anteriormente, e na sequência das medidas preparatórias desenvolvidas, na fase 6 (período pandémico) serão activados os Hospitais Dedicados, previamente seleccionados. Nas áreas onde não existirem estes hospitais, serão activados os hospitais anteriormente designados pelas ARS para internamento de casos de gripe pandémica (fase inicial da pandemia). Com a progressão da pandemia, poderá haver necessidade de expandir o internamento a todos os hospitais do país e, eventualmente, recorrer a "hospitais de campanha". Quando forem activados os hospitais para internamento de doentes com gripe pandémica, o reforço das medidas para minimizar o risco de transmissão nosocomial é essencial e prioritário. As medidas serão executadas com a participação das Comissões de Controlo de Infecção (CCI) e dos serviços no âmbito da saúde ocupacional das instituições, e de acordo com o recomendado no Plano Específico de Medidas de Saúde Pública e respectivas OT.						Objectivos: - Prevenir, conter e controlar a doença nos doentes internados, visitas e profissionais de saúde dos hospitais; - Reduzir a propagação do vírus na comunidade através dos doentes, visitas e profissionais de saúde; - Identificar precocemente os profissionais de saúde afectados pela doença; - Promover condições de trabalho com segurança e confiança, desincentivando o absentismo dos profissionais de saúde; - Evitar não só o pânico nos profissionais e na população, mas também a perturbação social.
6.1. Formação e treino dos profissionais de saúde As acções de formação e treino incidirão sobre gripe, medidas de controlo de infecção, de segurança laboratorial e de utilização dos Equipamentos de Protecção Individual (EPI), por exemplo. Considerar, ainda, o recomendado no Plano Específico de Medidas de Saúde Pública.						Estes procedimentos têm de constar do Plano de Contingência Interno de cada instituição de saúde. Os profissionais mobilizados a partir de outras áreas ou sectores devem, também, receber formação prévia.
6.2. Internamento dos doentes com gripe em isolamento individual ou por coortes definidas de acordo com a data de início dos sintomas Serão criadas zonas exclusivas nas unidades de saúde (pisos, sectores, pavilhões), sem contacto com doentes portadores de outras doenças.						Os planos de contingência de cada instituição devem contemplar um circuito sequencial de internamento por serviços/pisos/sectores e, ainda, espaços alternativos, com condições para internamento, nas proximidades (ginásios, quartéis, etc).

 A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)

 A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
6.3. Início, com a maior brevidade, da terapêutica com inibidores da neuraminidase					Não está determinado o impacto da administração de inibidores da neuraminidase na transmissão da infecção, pelo que o isolamento dos doentes é essencial.
6.4. Interdição de qualquer contacto ou proximidade entre os casos prováveis ou confirmados e os doentes internados por outras situações de doença					Medida destinada a minimizar o risco de propagação nosocomial.
6.5. Afectação de profissionais de saúde em exclusividade para o tratamento dos casos prováveis ou confirmados					Sempre que possível, estes profissionais devem evitar a prestação de cuidados a doentes internados com outras doenças.
6.6. Rastreio dos profissionais, no início do turno de trabalho Far-se-á pesquisa de febre e queixas respiratórias aos profissionais de saúde que tenham tido contacto com casos prováveis ou confirmados ou com os seus produtos biológicos.					Os profissionais que apresentem febre e queixas respiratórias devem contactar os serviços de saúde ocupacional antes de iniciarem o trabalho.
6.7. Disponibilização de quimioprofilaxia e/ou tratamento com antivirais aos profissionais de saúde					A prescrição/administração de antivirais e outras medidas serão aplicadas sempre que indicado, e de acordo com as OT próprias.
6.8. Adesão rigorosa às medidas de controlo da transmissão nosocomial da gripe					Estas medidas incluem a segurança laboratorial e a protecção e/ou restrição das visitas e acompanhantes (OT própria).
6.9. Promoção das medidas de higiene respiratória Estas medidas contemplam, essencialmente, a colocação de máscara facial por todos os doentes com febre e tosse, à entrada dos serviços de urgência hospitalar. Ver, ainda, as medidas e procedimentos recomendados no Plano Específico de Medidas de Saúde Pública e respectivas OT.					Medida obrigatória nas fases 5 e 6, podendo ser implementada a partir da fase 3, ou mesmo em gripe sazonal, nas fases 1 e 2. Conforme também referido no ponto 5.5 deste quadro.
6.10. Divulgação dos critérios de identificação precoce de síndrome gripal entre os doentes que recorram ao hospital ou estejam internados por outras causas Incluem-se nesta identificação os doentes que recorram ao serviço de urgência, à consulta externa ou a outros serviços, assim como os internados por outras causas.					Os critérios serão explicitados de acordo com a definição de caso ¹³ , que será actualizada em função da progressão da pandemia.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
6.11. Limitação da entrada de visitas e acompanhantes nas instituições					As especificidades dos Serviços de Pediatria serão abordadas em OT própria.
6.12. Disponibilização de um kit de autocuidados aos doentes com alta e necessidade de continuação da terapêutica em ambulatório					Este kit incluirá a medicação (se necessário), acompanhada de instruções sobre higiene respiratória e medidas de controlo de infecção, que serão abordadas em OT própria.
7. MAXIMIZAÇÃO DA CAPACIDADE DE INTERNAMENTO DOS HOSPITAIS					Objectivos: • Optimização da capacidade de internamento em enfermaria e em camas com suporte avançado de vida; • Disponibilização de cuidados diferenciados ao maior número possível de doentes; • Minimização da transmissão do vírus, contribuindo para a prevenção, contenção e controlo da doença.
7.1. Levantamento da capacidade de internamento instalada e da capacidade máxima potencial O internamento dos doentes far-se-á de acordo com a evolução das fases da actividade gripal, em Hospitais de Referência (fases 3, 4 e 5), em Hospitais Dedicados (quando aplicável, no início da fase 6, e até esgotarem a sua capacidade de internamento), em todos os hospitais (fase 6) e, eventualmente, em hospitais de campanha, caso a pandemia atinja grandes proporções.					Este levantamento deverá ser actualizado regularmente pelas ARS e respectivos hospitais. O primeiro levantamento da capacidade instalada de internamento com suporte avançado de vida, em cada hospital, foi efectuado conforme o referido no ponto 2.5.
7.2. Actualização das estimativas das necessidades de internamento em função das características da pandemia Estas estimativas incluirão a necessidade de camas com suporte avançado de vida, na área de influência de cada instituição de saúde, de acordo com os cenários disponíveis.					As estimativas serão feitas com base nos cenários do ONSA/INSA ¹¹ e actualizadas em função da progressão da pandemia.
7.3. Implementação dos critérios de internamento e reavaliação contínua desses critérios, em função das necessidades e da evolução da pandemia					Conforme foi mencionado no ponto 2.9. Os critérios de internamento e a definição da interface com os cuidados de saúde em ambulatório fazem parte do Plano Específico para este sector e constarão de OT própria.
7.4. Implementação dos critérios de internamento em UCI, para os doentes com gripe, e reavaliação permanente destes critérios, em função das necessidades e da evolução da pandemia					Estes critérios constarão de OT própria.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
7.5. Enquadramento ético e legislativo para suspensão ou não iniciação de medidas de suporte avançado de vida	■	■	■		
7.6. Definição de critérios de suspensão de medidas de suporte avançado de vida e de alta ou de transferência dos doentes internados nas UCI	■	■	■		Estes critérios constarão de OT própria.
7.7. Garantia de início de terapêutica antiviral precoce aos doentes internados por gripe provocada por um novo vírus	■	■	■		Medida destinada a diminuir o risco de transmissão da doença, maximizando a capacidade do hospital.
7.8. Suspensão ou adiamento da prestação de cuidados noutras situações de doença (por exemplo, internamentos electivos, cirurgias programadas, hospitalis de dia, consultas externas, etc.)				■	Estes critérios constarão de OT própria.
7.9. Definição de critérios de alta hospitalar e desenvolvimento de programas de alta precoce, de acordo com critérios clínicos e sociais		■	■		Esta medida inclui internamentos de curta duração (24-36 horas), para início da terapêutica e estabilização, com posterior seguimento em ambulatório (visita domiciliária e/ou seguimento telefónico). Estes critérios constarão de OT própria.

8. INTERNAMENTO DE DOENTES EM ISOLAMENTO INDIVIDUAL OU POR COORTES DE DATA DE INÍCIO DA DOENÇA, SEGUNDO CRITÉRIOS DE GRAVIDADE, SOCIAIS OU OUTROS

As medidas de isolamento, quer individual (no início), quer por coortes, são mandatórias.

O eventual internamento compulsivo de doentes terá de ser avaliado no contexto da probabilidade de transmissão da doença e do perigo para a Saúde Pública, nas fases 3, 4 e 5 e, eventualmente, durante a pandemia, no âmbito do quadro legal que estiver em vigor (Plano Específico de Medidas de Saúde Pública).



Objectivos:

- Gestão optimizada de recursos escassos;
- Minimização dos riscos de transmissão nosocomial da doença;
- Definição de critérios de internamento com equidade e transparência;
- Prestação de cuidados de saúde mais diferenciados aos doentes de maior gravidade, com vista à diminuição da morbilidade e da mortalidade;
- Viabilização do internamento de doentes que representem um risco acrescido para a saúde pública, seja por incapacidade de adesão ao tratamento ou às medidas de contenção, seja pelas características do próprio vírus (por exemplo, diminuição da sensibilidade aos antivirais).

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APPLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
8.1. Manutenção do regime de internamento, até à conclusão do tratamento, relativamente a todos os doentes que o justifiquem Esta medida aplica-se aos doentes que, independentemente da gravidade, apresentem maior risco de transmissão e disseminação da doença na comunidade, por motivos físicos, psíquicos, sociais ou outros que condicionem a capacidade de adesão ao tratamento e/ou às medidas de contenção. Os doentes infectados por estirpes virais que apresentem maior letalidade ou diminuição da sensibilidade aos medicamentos antivirais devem ser mantidos em internamento até deixarem de apresentar risco de transmissão.					Para os outros doentes, e contrariamente a esta medida, pode vir a ser necessário definir critérios para alta precoce, como constará de OT própria.
9. ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS Todas as medidas mencionadas neste ponto são aplicáveis a qualquer das modalidades de internamento: Hospitais de Referência, Hospitais Dedicados, outros hospitais e em hospitais de campanha.					Objectivos: - Garantir o número suficiente de profissionais qualificados para a prestação de cuidados de saúde em internamento; - Manter a capacidade de internamento, minimizando roturas ou perturbações graves no funcionamento dos serviços; - Evitar o agravamento da demora média de internamento, permitindo o aumento de novas admissões.
9.1. Disponibilização e promoção da vacinação anual contra a gripe sazonal, nos meses de Outubro e Novembro					
9.2. Formação e treino sobre gripe sazonal e pandémica, assim como divulgação de orientações técnicas e medidas de controlo de infecção, para melhoria do desempenho e esclarecimento de dúvidas e receios dos profissionais de saúde (ponto 6.1.)					
9.3. Disponibilização de quimioprofilaxia ou de tratamento precoce aos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados ou na manipulação de produtos biológicos de doentes com gripe, sempre que indicado					De acordo com a OT própria.
9.4. Criação de um sistema de vigilância do absentismo dos profissionais da instituição					Este sistema será desenvolvido em articulação e de harmonia com o Plano Específico de Informação em Saúde e no contexto do desenvolvimento do Sistema Integrado de Informação da Gripe (SIIG).

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
9.5. Rastreio de febre e de queixas respiratórias a todos os profissionais de saúde, no início do turno de trabalho					Os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados dos doentes com gripe não devem prestar cuidados a outros doentes. (Ponto 6.5).
9.6. Garantia de tratamento aos profissionais de saúde que contraírem a doença					
9.7. Definição de prioridades na administração da vacina pandémica aos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados aos doentes com gripe					
9.8. Constituição de um corpo de voluntários, entre os profissionais de cada instituição, com disponibilidade para assegurar períodos mais críticos e horários prolongados					Este corpo de voluntários poderá ser importante na prestação de cuidados no início da pandemia e nos períodos de maior actividade, até à reorganização dos hospitais e da sociedade.
9.9. Redistribuição do pessoal dentro de cada instituição					Assegurar a formação prévia dos profissionais que irão ter contacto com doentes com gripe ou com os seus produtos biológicos.
9.10. Mobilização de profissionais de saúde de outros sectores não prioritários					Assegurar a formação prévia destes profissionais.
9.11. Cancelamento de férias e comissões de serviço					Assegurar o enquadramento legislativo.
9.12. Recrutamento de profissionais de saúde reformados e de estudantes dos últimos anos de medicina, de enfermagem e de outras áreas da saúde					Assegurar a formação prévia destes profissionais.
10. OPTIMIZAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS, DE EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL E DE OUTROS CONSUMÍVEIS					Objectivos: • Assegurar a disponibilidade de medicamentos, EPI e outros consumíveis necessários à prestação de cuidados em internamento, durante cada onda pandémica; • Evitar o esgotamento dos medicamentos, EPI e outros consumíveis, assim como o consequente aumento da transmissão nosocomial, do absentismo laboral e da morbilidade e mortalidade entre os doentes internados; • Diminuir o absentismo dos profissionais e a ansiedade social.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
10.1. Constituição de uma Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe (REM-G), a nível nacional A REM-G é gerida centralmente por um Grupo Gestor, coordenado pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), cabendo a responsabilidade técnica por promover a sua execução ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED). Alguns dos medicamentos previstos na REM-G permitem a aquisição descentralizada, ou seja, pelas diferentes instituições. A reserva deve ser revista, de forma a manter-se actualizada (Plano Específico de Vacinas e Medicamentos).	■	■	■			A REM-G não contempla todas as necessidades de medicamentos, dispositivos médicos, etc., pelo que as instituições deverão fazer as suas próprias reservas, adequadas às necessidades previstas e à capacidade abastecedora do mercado em pandemia.
10.2. Avaliação das quantidades de medicamentos, EPI e outros consumíveis, existentes nas instituições e previsão de necessidades	■	■	■			As previsões de necessidades, que deverão ter como referencial os cenários elaborados pelo ONSA/INSA acerca da pandemia, conduzirão, eventualmente, ao aumento das quantidades em reserva.
10.3. Formação dos profissionais de saúde sobre gripe, medidas de contenção e utilização de EPI, com promoção das boas práticas e combate ao desperdício	■	■	■	■		
10.4. Esclarecimento e sensibilização dos profissionais de saúde para o risco do esgotamento de EPI Deverá promover-se a utilização racional e controlada destes equipamentos, alertando para a adopção de medidas especiais destinadas a minorar o risco de desperdício, de extravio ou de subtracção de EPI e de outros materiais consumíveis.	■	■				OT próprias e Plano Específico de Medidas de Saúde Pública.
10.5. Garantia e controlo do cumprimento rigoroso das indicações de prescrição de medicamentos	■	■				Esta medida deve ser observada em relação a qualquer medicamento e, muito especialmente, no que se refere ao fosfato de oseltamivir.
10.6. Monitorização permanente dos consumos (medicamentos, EPI e outros) e redefinição de critérios de utilização, de acordo com as Orientações Técnicas e as disponibilidades	■	■				
10.7. Estabelecimento de sistemas de segurança e controlo de medicamentos, EPI e outros consumíveis	■	■				

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
10.8. Avaliação do potencial de fármacos para utilizar como alternativa ou em substituição dos que estiverem em rotura					
11. APOIO PSICOSSOCIAL AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEUS FAMILIARES, ASSIM COMO AOS FAMILIARES DOS DOENTES INTERNADOS					Objectivos: • Dar apoio psicológico aos profissionais de saúde implicados na resposta à pandemia; • Encaminhar os profissionais em situação de stress traumático ou pós-traumático que necessitem de cuidados psiquiátricos mais diferenciados; • Dar apoio psicossocial e informação aos familiares dos profissionais de saúde; • Diminuir o absentismo dos profissionais; • Dar informação e apoio psicossocial aos familiares dos doentes internados para minorar a sua ansiedade e evitar situações de desordem social.
11.1. Previsão, para cada hospital, de uma estrutura de apoio psicossocial, vocacionada para prestar ajuda aos profissionais de saúde durante a pandemia e no período pós-pandémico					
11.2. Definição de uma estrutura de apoio psicossocial, para os vários serviços, e de condições internas e externas propícias à sua implementação					
11.3. Determinação do local destinado ao funcionamento desta estrutura e criação das infra-estruturas necessárias para o tipo de apoio a prestar					A estrutura funcionará com recurso a psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, funcionários administrativos, auxiliares de acção médica, voluntários e/ou a Organizações Não-Governamentais (ONG), de acordo com as disponibilidades da instituição e da sociedade.
11.4. Disponibilização de apoio social e informação aos familiares dos profissionais de saúde e dos doentes internados					Deve ser dada uma particular atenção aos familiares de crianças internadas e às crianças com familiares internados. (Plano Específico de Medidas de Saúde Pública).
11.5. Disponibilização de formação específica aos profissionais seleccionados para participar na primeira fase da resposta					Nestes profissionais, inclui-se o corpo de voluntários referido no ponto 9.8.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6

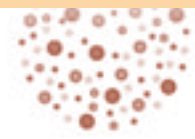
Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
12. MINIMIZAÇÃO DO TEMPO DE PERMANÊNCIA DE CADÁVERES NAS MORGUES E NAS CASAS MORTUÁRIAS Estas medidas, e outras relacionadas com a gestão de cadáveres, estão previstas no Plano Específico de Medidas de Saúde Pública e constarão de OT própria.					Objectivos: • Minimizar o risco de transmissão nosocomial; • Promover um ambiente de serenidade; • Prevenir e evitar situações que despertem ansiedade e conflituosidade com os familiares dos mortos.
12.1. Levantamento da capacidade instalada e da capacidade máxima potencial das morgues e casas mortuárias, com eventual recurso a espaços alternativos					
12.2. Controlo de atrasos na emissão de certificados de óbito, na preparação dos cadáveres e no seu transporte					
12.3. Reavaliação do enquadramento legislativo para levantamento e transporte de cadáveres e realização de funerais					
13. REAVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA (ESPECÍFICOS E DE CADA INSTITUIÇÃO E SERVIÇO DE INTERNAMENTO) NA FASE DE DECLÍNIO DA PRIMEIRA ONDA E PREPARAÇÃO PARA A ONDA PANDÉMICA SUBSEQUENTE					Objectivos: • Restaurar a capacidade de resposta dos hospitais; • Repor os <i>stocks</i> de medicamentos, EPI e outros consumíveis; • Mobilizar e motivar os profissionais de saúde para a resposta à onda seguinte; • Contribuir para o clima de confiança na população.
13.1. Reavaliação dos planos de contingência, com identificação das falhas e dos pontos críticos e com proposta de medidas correctivas					
13.2. Recuperação dos circuitos de abastecimento e reposição dos <i>stocks</i> de medicamentos, EPI e outros consumíveis					

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS APLICÁVEIS SOBRETUDO NA FASE 6

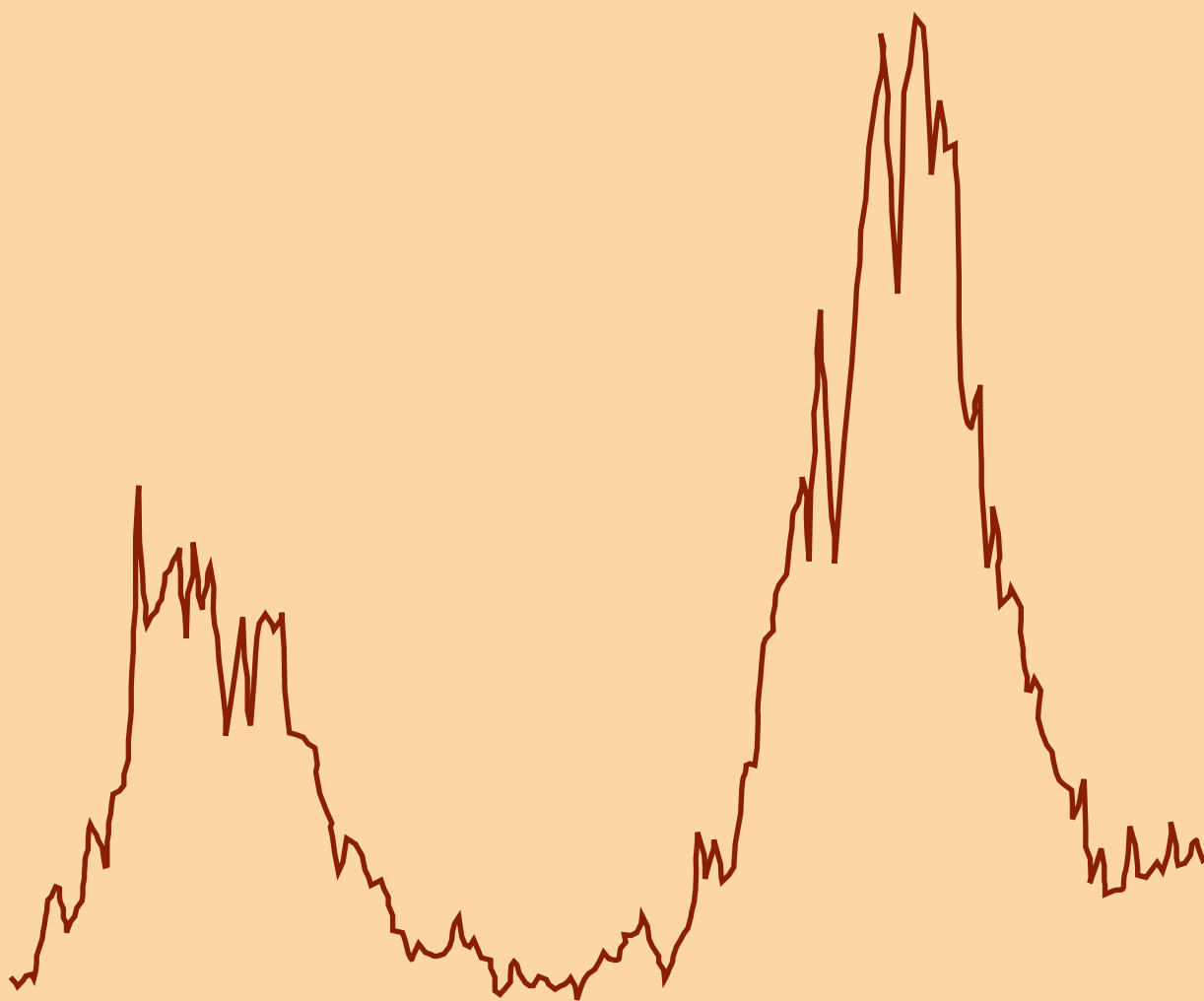
Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
13.3. Desenvolvimento de medidas que permitam, aos profissionais de saúde, a resolução de necessidades prementes ou problemas motivados pelo afastamento prolongado de casa					
13.4. Avaliação da disponibilidade de uma vacina pandémica e início da vacinação dos profissionais					Os profissionais de saúde que prestem cuidados aos doentes com gripe terão prioridade para a vacinação (Plano Específico de Vacinas e Medicamentos e OT própria).

AGRADECIMENTOS

Dra Carla Lacerda Rascoa, DGS
 Prof. Doutor Carlos Costa, ENSP
 Dra Maria Otilia Duarte, DGS
 Dra Maria da Graça Freitas, DGS
 Dra Sílvia Lopes, ENSP



VACINAS E MEDICAMENTOS



VACINAS E MEDICAMENTOS

Hélder Mota Filipe ¹, Luís Meirinhos Soares ²

Maria da Graça Freitas ³, Ana Cristina Garcia ⁴

INTRODUÇÃO

Uma pandemia de gripe é um fenómeno que ocorre à escala global, em simultâneo, manifestando-se com carácter excepcional e atingindo um número elevado de indivíduos (taxa de ataque superior à que se verifica nas epidemias de gripe sazonal).

A ocorrência de uma pandemia conduz, inevitavelmente, a uma maior procura e necessidade de cuidados de saúde e de medicamentos, podendo este aumento não ser coberto pela oferta disponível, sobretudo porque todos os países estarão na mesma situação, além de que a capacidade produtiva da indústria farmacêutica poderá não ser suficiente.

Assim, é fundamental definir antecipadamente qual a reserva de medicamentos necessária para fazer face a determinados cenários de pandemia de gripe, aceites como plausíveis.

Além de uma pandemia, outras situações justificam a constituição de reservas de medicamentos, pelo que está já definida, para o País, uma Reserva Estratégica de Medicamentos (REM), que tem em atenção necessidades estimadas de fármacos para responder a circunstâncias excepcionais.

Os medicamentos destinados à pandemia de gripe passaram a constituir uma reserva estratégica de medicamentos, autónoma, – a REM-Gripe –, daqui em diante designada por REM-G.

O Plano Específico de Vacinas e Medicamentos diz respeito, fundamentalmente, à forma como é constituída e gerida a REM-G. Considera-se que os outros medicamentos a utilizar durante uma pandemia podem ser assegurados pelo mercado, sem recurso a modalidades específicas de reserva nacional. Faz-se ainda notar que esta reserva nacional não é necessariamente centralizada, nem do ponto de vista logístico, nem do financeiro, havendo diversas opções e modalidades, conforme o tipo de medicamento.

Além disso, a REM-G não esgota as eventuais necessidades dos serviços de saúde, pelo que estes devem constituir as suas próprias reservas de outros medicamentos e consumíveis, nomeadamente Equipamentos de Protecção Individual (EPI), dispositivos médicos, ventiladores e gases medicinais, em particular Oxigénio, tendo em conta o número de casos de doença previsto em cada semana (cenários elaborados pelo Observatório Nacional de Saúde – ONSA – do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - INSA) e a possibilidade de vir a verificar-se interrupção do fornecimento de alguns produtos farmacêuticos.

¹ Vice-Presidente do Conselho de Administração do INFARMED. Co-responsável por este Plano Específico.

² Director do Departamento de Microbiologia do INFARMED. Co-responsável por este Plano Específico.

³ Chefe de Serviço de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Organização e coordenação da edição.

⁴ Assistente Graduada de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Organização e coordenação da edição.

Particular atenção deve ser dada às necessidades de sangue e seus derivados durante o período pandémico, pelo que o Instituto Português do Sangue (IPS) deve responsabilizar-se por um plano de contingência específico para este sector.

A gestão estratégica da REM-G compete à Direcção-Geral da Saúde (DGS)⁵, em estreita colaboração com o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED). O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) são instituições de apoio a essa gestão. As quatro instituições constituem, no seu conjunto, o Grupo Gestor da REM-G, a que preside a DGS.

O INFARMED é a entidade que responde pela gestão técnica da REM-G, bem como pelos seus aspectos operativos. As propostas que apresentar serão aprovadas a nível da DGS, do Ministério da Saúde (MS), ou ainda a nível superior, sempre que pertinente.

Além do Estado Português, detentor da reserva de fosfato de oseltamivir, no âmbito da REM-G, outros sectores da sociedade, como empresas ou serviços de saúde privados, poderão dispor de antivirais, nomeadamente fosfato de oseltamivir em cápsulas (Tamiflu®), desde que cumpram três requisitos essenciais:

- a) Adquiram e armazenem o medicamento de acordo com o quadro legal português;
- b) Procedam à sua dispensa mediante prescrição médica, seguindo as indicações, quer para tratamento, quer para quimioprofilaxia, definidas em Orientações Técnicas (OT) próprias da DGS;
- c) Estabeleçam com a DGS os contactos necessários para aceder ao Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe (SIAPC-G), o que visa impedir a duplicação do receituário em relação ao mesmo episódio de gripe.

FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS

1. Antivirais

Os antivirais são a única terapêutica específica contra o vírus da gripe e, enquanto não existirem vacinas disponíveis, desempenharão, potencialmente, um papel importante durante uma pandemia. Podem ser usados na quimioprofilaxia e no tratamento da gripe. O tratamento, se instituído nas primeiras 48 horas, é passível de reduzir a frequência das complicações e o número de internamentos hospitalares.

Espera-se, portanto, que a utilização destes medicamentos durante a pandemia possa diminuir a morbilidade e a mortalidade, não havendo evidência quanto ao seu efeito na propagação da doença.

Existem quatro antivirais com indicação para as infecções provocadas por vírus da gripe A: os inibidores da proteína M2 (amantadina e rimantadina) e os inibidores da neuraminidase (oseltamivir e zanamivir).

⁵ A Reserva Estratégica de Medicamentos (REM) nacional é gerida pelo INEM, excepto o módulo respeitante à gripe – REM-G.

Os inibidores da neuraminidase apresentam vantagens em relação aos antivirais de primeira geração (inibidores da proteína M2), porque causam menos reacções adversas ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC), induzem menor emergência de estirpes resistentes e são eficazes em todos os subtipos de neuraminidase.

Com base no conhecimento actual, os antivirais mais adequados, em caso de infecção por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1), são, portanto, os inibidores da neuraminidase e, em especial, o oseltamivir (fosfato), devido essencialmente às limitações relacionadas com o zanamivir: administração por via inalatória, efeito exclusivamente tópico, inexistência de estudos sobre a sua utilização em casos de doença humana provocada por vírus da gripe A(H5N1) e reduzida disponibilidade comercial.

Em 2005, foi superiormente aprovada a compra de fosfato de oseltamivir a granel, para assegurar, exclusivamente durante a pandemia (fase 6), o tratamento a 2,5 milhões de pessoas (considerando duas tomas diárias de 75mg, durante 5 dias) e a quimioprofilaxia aos indivíduos que integrem grupos prioritários, no que se refere ao fornecimento de serviços e bens essenciais, e/ou apresentem um elevado risco de contrair a doença. A responsabilidade pela fundamentação e proposta de aquisição deste fármaco coube a um painel de especialistas nacionais, coordenado pelo INEM, enquanto responsável, naquela data, pelo Grupo Gestor da REM, que também integra a DGS e o INFARMED. A entrega do fosfato de oseltamivir foi efectuada em 2006.

Adquiriu-se também fosfato de oseltamivir em cápsulas (Tamiflu®) e zanamivir (Relenza®), para utilização nas fases 3, 4 e 5 da actividade gripal.

A reserva de fosfato de oseltamivir (a granel e em cápsulas) encontra-se armazenada sob a responsabilidade de uma entidade estatal, e será eventualmente renovada quando terminar o seu prazo de validade.

2. Vacinas

Relativamente às vacinas, embora dependendo da evidência científica e da disponibilidade do mercado, a tendência é para recomendar a vacinação universal (com uma ou duas doses) contra o subtipo/estirpe do vírus responsável pela pandemia.

A nível regulamentar, os produtores de vacinas contra a gripe, que pretendam obter aprovação para comercializar uma vacina, podem:

- a) Submeter, através de procedimento centralizado, o *core pandemic dossier* à aprovação da *European Medicines Evaluation Agency* (EMA), assegurando a sua subsequente alteração;
- b) Submeter o processo a uma Autoridade Nacional para um procedimento nacional/reconhecimento mútuo (apenas no caso de não estarem envolvidas tecnologias de produção recombinante, como a *reverse genetics*).

O procedimento designado por *core dossier approach*, aprovado ao nível da EMA, foi criado no sentido de abreviar o processo de autorização de comercialização de uma vacina pandémica, uma vez que permite a sua avaliação e subsequente aprovação, com base no dossiê da vacina *mock-up*, no período interpandémico (*guidelines* EMA/CPMP/VEG/4986/03, EMA/CPMP/VEG/4717/03, EMA/CHMP/VEG/19031/2004).

Este procedimento prevê que, depois de o produtor apresentar o pedido de alteração

do dossiê já aprovado, decorram apenas 3 dias até à nova aprovação pela EMEA, a nível do *Committee for Proprietary Medicinal Products* (CPMP). Dada a rapidez deste processo, os produtores/detentores de Autorização de Introdução no Mercado (AIM) têm de se comprometer a fornecer posteriormente os dados de imunogenicidade, eficácia e segurança da vacina, em simultâneo com a sua utilização.

A vacina *mock-up* deve ter o mesmo sistema de produção da vacina pandémica, o mesmo conteúdo em antígeno, o mesmo sistema de adjuvantes e a mesma forma de administração. O processo de alteração do dossiê apenas deverá conter dados de qualidade relativos à estirpe pandémica.

É impossível prever qual a estirpe do vírus (e mesmo o subtipo) que originará a próxima pandemia, sabendo-se só que será diferente das estirpes identificadas, até à data, como altamente patogénicas para o Homem. No entanto, os desenvolvimentos tecnológicos na produção de vacinas protótipo para uma eventual pandemia já deram origem a diferentes tipos de vacinas: de virião total inactivado, de antígeno de superfície inactivado e de virião fragmentado inactivado.

A indústria farmacêutica tem também avaliado a utilização de diferentes adjuvantes, de modo a reduzir o conteúdo em antígeno, por dose de vacina, necessário à imunização.

No processo de fabrico são utilizadas as formas de produção tradicional em ovos embrionados e as de produção em sistema celular, podendo estas últimas trazer algumas vantagens, nomeadamente no que respeita à rapidez de disponibilização da vacina.

De acordo com a informação disponível⁶, existem actualmente diversas vacinas pandémicas protótipo em desenvolvimento. Umas encontram-se em ensaios clínicos e outras já os têm concluídos. Há ainda duas relativamente às quais os dossiês *mock-up* foram submetidos à avaliação da EMEA, através do procedimento estabelecido.

Na escolha de uma vacina potencialmente utilizável em caso de pandemia, há que ter em conta factores como:

- a) A estirpe viral utilizada;
- b) O tipo de vacina (inactivada: virião total/fragmentado/antígenos de superfície);
- c) O sistema de produção (ovos/cultura celular);
- d) O adjuvante (caso exista);
- e) A presença ou não de tiomersal como agente conservante.

Estirpe viral utilizada

Dada a impossibilidade de se prever qual a estirpe pandémica que irá emergir, a escolha entre as várias estirpes passíveis de utilização nas vacinas protótipo poderá

⁶ Site da European Vaccine Manufacturers (EVM): www.evm-vaccines.org

ser feita com base no pior cenário actualmente conhecido, ou seja, considerando a estirpe que até ao momento tiver causado maior número de casos letais em seres humanos. Nesta perspectiva, a estirpe mais letal do subtipo H5N1 poderá ser uma escolha adequada. A possibilidade de indução de imunidade parcial é uma questão também a ponderar: Com efeito, se a estirpe pandémica vier a ter alguma semelhança antigénica com uma estirpe protótipo, eventualmente já administrada à população, é possível que as pessoas tenham adquirido algum nível de protecção, podendo, assim, encontrar-se menos susceptíveis à infecção pela estirpe viral pandémica.

Tipo de vacina

As vacinas de virião total foram as primeiras vacinas inactivadas a ser desenvolvidas. São seguras e bem toleradas, tendo uma eficácia de 60 a 90% em crianças e adultos.

As vacinas de virião fragmentado passam por idêntico processo de produção, mas, neste caso, o virião é fragmentado, com recurso a detergentes.

As vacinas subunitárias são constituídas pelos antígenos de superfície purificados, hemaglutinina e neuraminidase.

Os dois últimos tipos de vacinas referidos têm a vantagem de causar menos reacções locais do que as que contêm virião total. Com uma única dose, produzem níveis de anticorpos adequados para protecção de uma população exposta a vírus semelhantes (*virus-like*). No entanto, é possível que, em situação de pandemia, uma só dose não seja suficiente para conferir imunidade, sendo a necessidade de duas doses considerada uma hipótese provável.

Sistema de produção

A produção em ovos embrionados tem como principal desvantagem o facto de ser um processo mais demorado, embora constitua, claramente, o sistema mais bem estabelecido e controlado. Porém, em caso de pandemia, é necessário assegurar a provisão de ovos, de modo a evitar que a sua eventual rotura se torne um factor limitativo da produção.

Adjuvante

Os sais de alumínio são os principais adjuvantes utilizados em vacinas humanas. O seu modo de acção baseia-se na formação de um depósito de antígeno, que se vai libertando, lentamente, durante um período de 2 a 3 semanas após a administração da vacina, activando macrófagos não específicos e o sistema de complemento do sistema imunitário. Devido ao efeito de depósito de curta duração, estes adjuvantes são geralmente mais fracos do que as emulsões, podendo ser necessária a administração de um reforço das vacinas que os contêm. Estas vacinas são eficazes no desencadear da memória imunológica e revelam-se seguras, podendo, no entanto, provocar reacções inflamatórias moderadas.

Segundo a informação disponível, todas as vacinas pandémicas protótipo, desenvolvidas até ao momento, contêm sais de alumínio. Exceptua-se uma única, em que foi usada uma emulsão óleo/água (MF59). O MF59 é um adjuvante indutor de resposta

humoral e celular, tendo sido o primeiro deste tipo a ser aprovado para utilização em vacinas destinadas ao Homem. A sua aplicação comercial foi iniciada em 1997. Tem origem biológica, é constituído maioritariamente por um precursor do colesterol, o esqualeno, derivado do fígado de tubarão, e é facilmente metabolizado pelo organismo humano.

Tiomersal

O tiomersal, composto derivado do mercúrio, é o agente conservante das vacinas por excelência. No entanto, e de acordo com a Circular Normativa do INFARMED N.º 052/CA, de 18-05-2004, apesar de não haver “evidência sobre os efeitos nocivos do tiomersal em vacinas, para além das reacções de hipersensibilidade, deverá ser evitada a utilização de tiomersal ou outros compostos mercuriais no fabrico de vacinas, sobretudo em vacinas de dose única”. De acordo com a informação disponível sobre as vacinas pandémicas protótipo, para a avaliação das quais o dossiê *mock-up* foi submetido à EMEA, todas possuem tiomersal na sua composição.

Uma vacina pandémica deverá conter uma estirpe viral infecciosa, imunogénica e segura para o Homem, de forma a ser potencialmente útil no controlo de uma eventual pandemia. À luz deste princípio, uma vacina pandémica protótipo “ideal” seria composta por uma estirpe H5N1 (das estirpes patogénicas para o Homem, a mais letal, até à data), do tipo virião fragmentado ou contendo antígenos de superfície do vírus da gripe (menores efeitos secundários e boa capacidade de imunização com apenas uma dose), e deveria ser produzida em sistema celular (produção mais rápida, sem restrições de capacidade e sem risco de hipersensibilidade aos ovos). Como adjuvante teria uma emulsão, por exemplo, o MF59 (agente inócuo e mais potente do que os tradicionais sais de alumínio), e como conservante um agente mais inócuo do que o tiomersal.

Para garantia de comprovação da qualidade por parte do INFARMED, e supondo que os lotes da vacina pandémica serão previamente libertados por um *Official Medicines Control Laboratory* (OMCL), deverá ser condição preferencial de escolha a disponibilização de reagentes e antígenos de referência.

Atendendo a que as “vacinas pandémicas” não serão, em princípio, comercializadas com seringas e agulhas, terá de ser igualmente acautelada uma reserva suficiente destes dispositivos (descartáveis e de uso único), para a sua administração.

3. Outros medicamentos da Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe

A lista que refere o tipo e a quantidade de medicamentos da Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe (REM-G) foi revista em Junho de 2006 por um painel de especialistas, sob coordenação da DGS e do INFARMED.

A decisão sobre a sua constituição baseou-se em algoritmos clínicos e em cenários elaborados por entidades nacionais e internacionais, tendo em atenção a probabilidade de ocorrência de acontecimentos relacionados com as características de uma eventual pandemia de gripe (taxa de ataque, global e por grupo etário, probabilidade de internamento e de ocorrência de complicações, entre outros).

Como elemento de validação das quantidades estimadas, recorreu-se ao estudo de

dados de morbilidade hospitalar, a partir dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) aplicados à "base de dados de resumos de alta hospitalares". A análise destes dados, no período temporal 2000-2004, permite verificar que existe consistência com os valores quantitativos estimados pelo painel de especialistas.

É de notar que, para os medicamentos em geral (excepto os antivirais), após o investimento inicial de constituição da REM-G, estão previstos mecanismos de gestão que impedem a obsolescência, por limite de prazo de validade, dos medicamentos com consumo regular no âmbito do Serviço Nacional de Saúde – (SNS) – tanto a nível hospitalar, como a nível das farmácias comunitárias.

De um modo geral, para descrição da totalidade dos encargos financeiros, haverá ainda que considerar a amortização, o custo de posse e outras despesas resultantes do armazenamento e da eventual eliminação de medicamentos fora de prazo de validade.

Assim, dos medicamentos que constituem a REM-G, foram identificados dois tipos, em função da sua utilização normal:

- a) Os de uso em ambulatório, essencialmente de administração oral, cuja rotação será facilmente assegurada pela distribuição em farmácias comunitárias, adiante designados por REM-G Grossista;
- b) Os de uso exclusivo hospitalar, apresentados essencialmente sob formas injectáveis, no circuito dos quais há uma intervenção reduzida ou nula das farmácias comunitárias, adiante designados por REM-G Hospitalar.

3.1. Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe - sector grossista

A Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe – REM-G Grossista – contempla os produtos que poderão ser adquiridos, armazenados e utilizados através do canal ambulatório, a nível das farmácias comunitárias.

Deste modo, para se garantir uma normal circulação dos medicamentos, impedindo-se que ultrapassem o respectivo prazo de validade, recorrer-se-á ao sistema logístico utilizado pelas farmácias, ou seja, ao sistema de Distribuição Grossista.

Estima-se que o preço dos medicamentos a praticar pela distribuição grossista corresponda ao Preço de Venda ao Público (PVP), sendo as firmas de distribuição grossista igualmente as depositárias e as responsáveis pela distribuição nos locais de dispensa dos medicamentos.

De modo a adaptar a REM-G ao sistema logístico da distribuição, as quantidades pretendidas para a sua constituição serão convertidas em número de embalagens comerciais, de acordo com as apresentações aprovadas para o mercado nacional.

3.2. Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe - sector hospitalar

A Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe – REM-G Hospitalar – contempla alguns dos medicamentos de uso exclusivo hospitalar e de fabricante único que, pela sua natureza, não são consumidos através do ambulatório, não podendo, por isso, ser incorporados na REM-G Grossista.

Em função do anteriormente disposto, considera-se oportuna a possibilidade de recorrer ao concurso anual de aprovisionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), assegurado pelo IGIF, para minorar a probabilidade de obsolescência de *stocks*.

Coloca-se, assim, a necessidade de criar instrumentos jurídicos e contratuais que tornem obrigatória a utilização dos medicamentos previstos na REM-G pelos hospitais do SNS, no seu aprovisionamento anual, em estreita colaboração com os detentores das respectivas AIM. Este mecanismo permitirá manter os medicamentos da reserva dentro do prazo de validade, sendo as necessidades hospitalares satisfeitas a partir do *stock* previsto na REM-G (constituída no ano imediatamente anterior).

No sentido de facilitar, em termos económicos, a constituição da REM-G, sugerem-se algumas medidas, que só terão concretização prática através de procedimentos normativos ou legislativos, a saber:

- a) Regulamentar a obrigatoriedade dos hospitais do SNS fazerem o seu aprovisionamento tendo em conta a lista da REM-G, bem como a sua reposição automática. Trata-se de uma medida necessária somente para os medicamentos que constem da reserva com a sua Designação Comum Internacional (DCI) e as respectivas apresentações;
- b) Regulamentar as condições a incluir no concurso anual do IGIF;
- c) Celebrar o contrato de custódia anual dos medicamentos, pelos Detentores de AIM/Fornecedores, a integrar nos termos do concurso de fornecimento de medicamentos aos hospitais do SNS.

Há ainda a referir que, no caso da REM-G Hospitalar, e se for julgado vantajoso, o sector da distribuição grossista poderá desempenhar funções de natureza intermediária, providenciando a interlocução em nome do Estado, aquando da respectiva aquisição.

Por este mecanismo, o sector de distribuição grossista poderá também assegurar a armazenamento e a boa gestão dos medicamentos da REM-G Hospitalar, até que estes sejam absorvidos pelo sistema de Uso Hospitalar.

PONTOS CRÍTICOS

Toda a estruturação da REM-G depende, obviamente, dos pressupostos assumidos, tendo em atenção, por um lado, as incertezas existentes sobre o comportamento do vírus responsável pela nova pandemia e, por outro, a eventual co-circulação de outros vírus da gripe, no início da pandemia. Esta situação poderá originar falsos positivos na definição de caso, alterando as taxas de ataque consideradas, a partir das quais se foram construindo os algoritmos para a decisão quantitativa da REM-G.

A incerteza mantém-se no que respeita à virulência e patogenicidade do “vírus pandémico”, características que podem implicar uma alteração significativa no quadro clínico e nas respectivas manifestações e complicações, bem como nas taxas de ataque específicas por idade e por grupo de risco, como o dos portadores de doença crónica.

Em relação aos antivirais, nomeadamente ao fosfato de oseltamivir, vários são os pontos críticos a equacionar: a dimensão da reserva; a equidade na dispensa do

medicamento aos doentes e os respectivos mecanismos de controlo que, mesmo estando a ser aplicados, podem revelar-se ineficazes, caso o diagnóstico não seja específico e existam muitos falsos positivos; a capacidade de administrar o medicamento precocemente (nas primeiras 48 horas de doença); a efectividade do medicamento em termos de redução da gravidade, das complicações e/ou da letalidade; as eventuais resistências do vírus ao medicamento, com a respectiva repercussão na sua efectividade.

A articulação da Entidade Fraccionadora (Unidade Industrial Farmacêutica) e da Entidade Distribuidora do fosfato de oseltamivir com o Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe - SIAPC-G (Plano Específico de Informação em Saúde e respectivas Orientações Técnicas), visando garantir que, para o mesmo episódio gripal, o doente não tenha acesso a mais do que um tratamento, é determinante para assegurar uma adequada gestão de *stocks*, bem como uma oportuna e expedita distribuição dos antivirais na forma final de dispensa ao doente.

Relativamente às vacinas, o estado da arte quanto à sua eficácia, segurança e qualidade não permite ainda tirar conclusões. As incertezas quanto a aspectos como a quantidade de antigénio necessário para que a vacina seja imunogénica ou o número de doses por pessoa condicionam a elaboração de cálculos referentes à capacidade de oferta futura e à quantidade de doses a reservar.

Outro aspecto relevante diz respeito à imunogenicidade da vacina em função da sua adequação à(s) estirpe(s) em circulação, quando a vacina estiver disponível, o que poderá ocorrer apenas durante a segunda onda da pandemia. Este factor pode comprometer a justificação para se constituir uma reserva nacional universal e tornar-se frustrante se, uma vez esta assegurada, a sua efectividade se vier a revelar limitada. Há ainda que equacionar a pertinência de adquirir e administrar uma “vacina H5 generalista”/ “pré-pandémica”.

Em informação remetida anteriormente pela DGS ao Ministério da Saúde, refere-se: “Adquirir o direito de reserva para aquisição de uma vacina pandémica, a ser disponibilizada a toda a população”, podendo, em relação “ao direito de reserva”, verificar-se constrangimentos do ponto de vista do quadro legal existente, que poderão ser ultrapassados conforme consta do articulado do Artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 85/2004, de 15 de Abril:

“(…) regime jurídico aplicável às alterações dos termos das autorizações de introdução no mercado de medicamentos de uso humano concedidas ao abrigo de procedimentos não abrangidos pelo ordenamento jurídico comunitário e a sua tipologia, bem como os pressupostos necessários à sua autorização. (...)”

Artigo 9º

Alterações provisórias por motivos de saúde pública

No caso de pandemia relacionada com um vírus, designadamente o da gripe humana, desde que devidamente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, ou no quadro da rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na União Europeia, instituída pela Decisão n.º 2119/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Setembro, o Conselho de Administração do INFARMED pode, a título excepcional e temporário, tomar uma decisão provisória relativa a um pedido de alteração dos termos de uma autorização de introdução no mercado, sem prejuízo da apresentação de dados completos relativos à segurança e eficácia clínicas da vacina e da aplicação, paralela, do procedimento previsto no presente diploma”.

Além dos pontos críticos mencionados, são ainda de considerar os seguintes:

- a) Necessidade de articulação entre as várias instituições do Ministério da Saúde (MS), de quem a gestão da REM-G depende, no sentido de elaborar e operacionalizar os mecanismos legais indispensáveis;
- b) Negociação das componentes contratual e financeira dos vários contratos a celebrar com as entidades fornecedoras e prestadoras de serviços identificadas;
- c) Definição clara dos locais de entrega do fosfato de oseltamivir – Serviços de Atendimento da Gripe (SAG) –, hospitais e outros a designar, em articulação com os Planos Específicos de Cuidados de Saúde em Ambulatório e em Internamento;
- d) Capacidade de armazenamento de outros medicamentos, como, por exemplo, Cloreto de Sódio (0,9%) e Glucose (5%) injectáveis.

Alguns destes pontos críticos são comuns a outros Planos Específicos.

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS

O presente plano específico assenta no pressuposto de que, no caso de se verificar uma pandemia, terá de se recorrer, relativamente a alguns produtos, a uma Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe, definida a nível nacional (REM-G), e de que, através do funcionamento do mercado, se poderá aceder aos outros medicamentos que não constem da REM-G ou das reservas próprias dos diversos serviços de saúde (hospitais, centros de saúde ou outros). Assim, as Medidas e os Procedimentos agora descritos dizem respeito, fundamentalmente, à REM-G nacional, mas também se aplicam às reservas pelas quais os respectivos serviços de saúde serão responsáveis, nomeadamente quanto à sua identificação e constituição.

A REM-G será administrada por um Grupo Gestor, constituído por representantes da DGS, que preside, do INFARMED, do INEM e do IGIF. Os procedimentos necessários para assegurar a disponibilidade, em tempo útil, dos medicamentos da REM-G nacional serão garantidos pelo INFARMED, após aprovação pela DGS ou superiormente.

A REM-G tem carácter nacional e contempla medicamentos e vacinas. Nos primeiros, estão considerados os antivirais específicos contra a gripe e os medicamentos destinados ao tratamento sintomático da gripe e das suas complicações. Os antivirais e as vacinas, pela sua especificidade, são abordados separadamente.

Relativamente aos Equipamentos de Protecção Individual (EPI), não será, pelo menos nesta fase, constituída uma Reserva Nacional, sendo, no entanto, recomendado aos serviços de saúde que garantam um número mínimo de EPI, em função do definido no Plano Específico de Medidas de Saúde Pública. Esta recomendação estende-se, também, aos dispositivos médicos que venham a ser recomendados no âmbito dos outros planos específicos ou que os serviços identifiquem como necessário reforçar.

A fim de facilitar a elaboração do plano de reserva dos EPI, por parte das instituições e serviços de saúde, o INFARMED fará o levantamento da capacidade fabril instalada e do seu potencial de expansão (nacional e internacional), de acordo com as orientações da DGS quanto à utilização destes equipamentos.

Em função das complicações da gripe, essencialmente do sistema respiratório, é previsível um aumento da intensidade de utilização de ventiladores. Dada a diversidade e

complexidade de modelos em uso, recomenda-se aos serviços de saúde, onde estes equipamentos são utilizados, que aprovisionem os acessórios de maior desgaste e necessários à sua manutenção. A este respeito, aconselha-se igualmente que sejam previstas necessidades acrescidas de gases medicinais, em particular, de Oxigénio.

A revisão da REM-G (definição da lista dos medicamentos e das respectivas quantidades) será realizada anualmente, por um grupo de especialistas a designar pela DGS com a colaboração do INFARMED, e sempre que o avanço técnico-científico, a evolução do conhecimento clínico e epidemiológico relativo à gripe e a capacidade da oferta farmacêutica disponível (incluindo vacinas) o justifiquem.

Atendendo ao estado da arte, a constituição da REM-G é definida em função dos seguintes parâmetros:

- a) Tipo de medicamento;
- b) Quantidade;
- c) Modalidade adoptada (fixa ou renovável), identificando soluções logísticas e financeiras para a constituição e manutenção da reserva, tendo em atenção, sobretudo, a sua localização, a não obsolescência e a rapidez de mobilização.

A lista dos medicamentos seleccionados tem carácter confidencial e, em relação a cada medicamento/apresentação, será criado pelo INFARMED um “Dossiê Técnico”, com a modalidade de reserva e respectivos documentos de apoio (legislativos, normativos, contratuais e outros).

Relativamente aos antivirais, existe uma reserva de Tamiflu® e de Relenza®, principalmente para utilização nas fases 3, 4 e 5, tendo igualmente sido adquirido fosfato de oseltamivir, a granel, para utilização exclusiva durante a pandemia (fase 6).

Atendendo às propriedades químicas e físicas do fosfato de oseltamivir, considerou-se ser o armazenamento centralizado a opção que melhor garante a sua salvaguarda, até à decisão, por parte da DGS, de iniciar a mobilização desta reserva.

O armazenamento do fosfato de oseltamivir e, eventualmente, de outros produtos sem consumo regular no âmbito do SNS, ficará à guarda de entidades estatais, para se assegurar a custódia e garantir a indispensável segurança física e capacidade de mobilização.

Esta opção (guarda estatal), que acarretará uma expectativa de redução de custos significativa, deve, no entanto, ser complementada pela assunção da funcionalidade do sistema e pela aplicação de um regulamento específico, com mecanismos a concretizar pelo Grupo Gestor da REM-G.

Quando for decidida a sua utilização, o fosfato de oseltamivir a granel, armazenado em contentores próprios, será entregue a uma Unidade Industrial Farmacêutica (Entidade Fraccionadora), com reconhecida capacidade técnica para a necessária preparação e com a qual se tenha previamente celebrado contrato. A matéria-prima será, portanto, fraccionada e acondicionada sob a forma de “pó para solução oral”, em recipientes apropriados (frascos individuais), contendo no rótulo as indicações de utilização, bem como as principais precauções e advertências.

Após o reacondicionamento do pó, a logística de distribuição do fosfato de oseltamivir já fraccionado poderá ficar a cargo daquela Unidade Industrial Farmacêutica ou de uma outra entidade distribuidora, que fará a entrega directamente nos Serviços de Atendimento da Gripe

(SAG), nos hospitais e, eventualmente, noutros serviços a designar.

Como já foi referido, a dispensa do medicamento aos doentes implicará um mecanismo de controlo, através de “prescrição electrónica”, no sentido de impedir que, para um mesmo episódio de gripe, o doente obtenha mais do que um tratamento (Plano Específico de Informação em Saúde e descrição do SIAPC-G).

A forma final de administração (suspensão oral) será preparada pelo doente ou pelo profissional que lhe dispensar o medicamento, consistindo o processo em adicionar água no frasco. De modo a facilitar a logística e a gestão do consumo pelos doentes, está em estudo a possibilidade de a toma unitária ser feita através de um doseamento da solução pelo equivalente a uma “colher de sopa”.

Quanto à vacinação, considerando o desenvolvimento científico actual das vacinas “pré-pandémicas”, que integra múltiplas variáveis, será constituído um painel de especialistas, sob a coordenação da DGS e do INFARMED, que elaborará uma proposta sobre a constituição de uma adequada reserva de vacinas, com base nos 5 itens referidos no ponto 2. da “Fundamentação e pressupostos”.

Terá que ser igualmente acautelada uma reserva suficiente de seringas e agulhas, descartáveis e de uso único, para administração da “vacina pandémica”. Considerando que, após o fabrico, as seringas e as agulhas têm um prazo de validade limitado e que, quando estiver disponível uma vacina, a procura mundial de seringas dificilmente será coberta pela capacidade de produção normal, convirá ponderar a possibilidade de selecção de um fabricante nacional que possa garantir o necessário fornecimento.

O INFARMED fará o levantamento da capacidade instalada e do respectivo potencial de expansão (nacional e internacional), no que se refere ao fabrico e disponibilização de agulhas e de seringas, elaborando também a respectiva proposta de reserva.

Relativamente aos outros medicamentos da REM-G, de acordo com as suas características e circuitos de consumo, serão agrupados, como foi referido, em dois tipos: REM-G Grossista e REM-G Hospitalar. Os princípios que regem a reserva destes medicamentos estão contemplados em “Fundamentação e pressupostos”.

Concretamente, nos casos do Cloreto de Sódio (0,9%) e da Glucose (5%) injectáveis, deve ser estabelecido um tipo de aquisição directa. Esta opção resulta das características inerentes aos referidos produtos: apresentam uma elevada volumetria, têm um prazo de validade relativamente curto e são embalados “em linha”, imediatamente antes da esterilização. Por outro lado, a área física de armazenamento disponível a nível hospitalar é relativamente reduzida, pelo que se tornaria incomportável um armazenamento a nível local.

Uma possibilidade de contornar este ponto crítico poderá ser a constituição de uma pequena reserva de prontidão imediata (obtida por um normal aumento dos *stocks* fabris), sendo a reserva maior constituída por matérias-primas e material de embalagem. No caso daqueles produtos [Cloreto de Sódio (0,9%) e Glucose (5%)], a distribuição ficaria a cargo do fabricante.

Optando-se, no caso dos soros injectáveis, por uma contratualização directa (serviços de saúde/firmas), a possibilidade de incorporar outros medicamentos de uso hospitalar na REM-G, através deste mecanismo, poderá ser economicamente vantajosa, pelo que merecerá ser avaliada. Nestes casos, excepcionalmente, não haverá necessidade de recorrer ao concurso anual do IGIF para manter os medicamentos da REM-G dentro do prazo de validade.

O INFARMED é a instituição responsável por assegurar a aplicação dos procedimentos respeitantes à REM-G Grossista e à REM-G Hospitalar.

O Instituto Português do Sangue (IPS) é a instituição responsável por desenvolver um plano de contingência que assegure o fornecimento de sangue e seus derivados em período pandémico.

Nos quadros seguintes, referem-se as principais medidas e procedimentos que terão lugar no âmbito deste plano específico e da REM-G (nacional), bem como a sua descrição/operacionalização, havendo medidas e procedimentos específicos que constarão, devidamente discriminados, de dossiês técnicos próprios.

ASPECTOS GERAIS DA REM-G

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
1. NOMEAÇÃO DO GRUPO GESTOR DA REM-G⁷	■	■				Grupo coordenado pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) e composto por representantes do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) e Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Os procedimentos necessários, no âmbito técnico, para assegurar a disponibilidade, em tempo útil, dos medicamentos da REM-G nacional serão garantidos pelo INFARMED, após apreciação pelo Grupo Gestor e aprovação pela DGS ou superiormente.
2. DEFINIÇÃO E QUANTIFICAÇÃO, NO ÂMBITO DA REM-G, DOS MEDICAMENTOS QUE CONSTITUEM A RESERVA NACIONAL PARA UMA PANDEMIA DE GRIPE	■	■				Lista de medicamentos/quantidades, actualizada em Junho de 2006. Documento interno (DGS e INFARMED).
3. DEFINIÇÃO, EM RELAÇÃO A CADA UM DOS MEDICAMENTOS, DA "MODALIDADE DE RESERVA"	■	■	■	■		Compete ao INFARMED definir a modalidade de Reserva em que se incluem os diferentes tipos de medicamento. Por exemplo, REM-G Grossista ou REM-G Hospitalar, tendo em atenção as considerações enumeradas em "Fundamentação e pressupostos". Para cada medicamento/apresentação, será criado pelo INFARMED um "Dossiê Técnico", com a modalidade de reserva e os respectivos documentos de apoio (legislativos, normativos, contratuais e outros).
						■ A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s) ■ A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

⁷ Antes de a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar a fase 3 (período de alerta pandémico), tinha já sido constituída uma Reserva Estratégica de Medicamentos (REM) na qual estavam contemplados os medicamentos para uma eventual pandemia de gripe. A REM foi posteriormente revista, em fase 3, ficando individualizado um "módulo" gripe (REM-G).

ANTIVIRAIS (FOSFATO DE OSELTAMIVIR)⁸

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1. AQUISIÇÃO DE FOSFATO DE OSELTAMIVIR EM CÁPSULAS (TAMIFLU®) E DE ZANAMIVIR (RELENZA®), PARA UTILIZAÇÃO NAS FASES 3, 4 E 5					Já adquirida a Reserva para 2007/2008. Responsabilidade pela aquisição: DGS e IGIF.
1.1. Descentralização desta reserva – pequenas quantidades a usar, se necessário, nas fases 3, 4 ou 5, pelas Regiões Autónomas (RA) e pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) Esta reserva pode ser mobilizada em qualquer momento e colocada, em tempo útil, em qualquer local do território continental.					Esta descentralização já foi efectuada para as RA. Excluídas as quantidades entregues nas RA, a restante reserva de Tamiflu® e de Relenza® está armazenada centralmente, sob a responsabilidade de uma entidade estatal que dispõe de serviços farmacêuticos. Responsabilidade pela “gestão” desta reserva: DGS, Direcções Regionais de Saúde (DRS) das RA e ARS.
1.2. Publicação de orientações sobre terapêutica e procedimentos a adoptar perante casos prováveis ou confirmados de doença e sobre quimioprofilaxia pós-exposição					Para a fase 3, estão publicadas Orientações Técnicas (OT) da DGS ⁹ .
2. AQUISIÇÃO DE FOSFATO DE OSELTAMIVIR A GRANEL, PARA ASSEGURAR, DURANTE A PANDEMIA, O TRATAMENTO A 2,5 MILHÕES DE PESSOAS E A QUIMIO-PROFILAXIA A INDIVÍDUOS QUE INTEGREM GRUPOS PRIORITÁRIOS					Efectuada.
2.1. Elaboração de parecer/proposta técnico/a, relativamente à reserva nacional de antivirais					A fundamentação e a proposta para aquisição de fosfato de oseltamivir foram da responsabilidade de um painel de especialistas, coordenado pelo INEM, entidade que exerceu esta função enquanto responsável, naquela data, pelo Grupo Gestor da REM.
2.2. Aprovação da proposta					A proposta foi aprovada pelo Ministro da Saúde (2005). Financiamento pelo Orçamento Geral do Estado.
A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s) A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)					

⁸ Com excepção de uma pequena reserva de zanamivir (Relenza®), adquirida para ser utilizada, se necessário, nas fases 3, 4 e 5, à data, o único antiviral considerado é o fosfato de oseltamivir.

⁹ Estas orientações estão disponíveis no *site* www.dgs.pt.

ANTIVIRAIS (FOSFATO DE OSELTAMIVIR)

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
2.3. Celebração de contrato com a firma fornecedora						Contrato celebrado. Entrega em 2006/2007. Responsabilidade: firma fornecedora e Ministério da Saúde (MS). Colaboração: Grupo Gestor da REM (DGS, INFARMED, INEM e IGIF).
2.4. Entrega dos Protocolos Analíticos, pela firma fornecedora, ao INFARMED Estes protocolos permitem avaliar a evolução da estabilidade e o controlo de qualidade da substância activa (fosfato de oseltamivir), sob as formas de pó, solução aquosa manipulada ("formulação pandémica") e cápsulas.						Efectuado. Responsabilidade: firma fornecedora e INFARMED. Questões regulamentares: apesar do medicamento ter Autorização de Introdução no Mercado [(AIM) (Tamiflu®, cápsulas)], a "formulação pandémica" estará enquadrada na legislação aplicável aos "Manipulados". O Armazenamento, a Preparação, a Utilização e a Farmacovigilância ficam a cargo do Estado Português. A responsabilidade pela operacionalização e fiscalização destes procedimentos é do INFARMED, com a aprovação prévia da DGS ou superior.
2.5. Entrega do fosfato de oseltamivir a) O medicamento foi entregue em contentores metálicos, selados, com 7 kg de fosfato de oseltamivir [(fosfato do éster etílico do ácido (3R, 4R, 5S) - 4-Acetilamino-5-amino-3-(1-etilpropoxi)-ciclohex-1-enecarboxílico) n.º CAS - <i>Chemical Abstracts Service</i> - 204255-11-8]; b) Em cada contentor, que inclui um agente dessecante, a substância é duplamente embalada em sacos de plástico (dimensão e peso aproximados do contentor selado: 48cm x 48cm x 71cm; 14,5Kg); c) Os contentores são acondicionados em <i>pallets</i>, num total de 62; d) O INFARMED realizará regularmente análises ao produto para confirmar a sua estabilidade e qualidade.						Efectuado. Responsabilidade: firma fornecedora e MS Grupo Gestor da REM-G (DGS, INFARMED, INEM e IGIF) O produto só poderá ser utilizado em situação de pandemia, e ficará armazenado centralmente (ponto 4. deste quadro).

ANTIVIRAIS (FOSFATO DE OSELTAMIVIR)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
3. AQUISIÇÃO DE CONSERVANTE PARA A “FORMULAÇÃO MANIPULADA OU PANDEMICA” Se necessário, serão adquiridos 151kg de benzoato de sódio (de qualidade farmacêutica), acondicionados em 419 embalagens individuais, contendo 360g do produto. A concretizar do seguinte modo: • Cada lote deverá ser acompanhado do respectivo certificado individual de lote; • Deverão ser fornecidos os Protocolos Analíticos apropriados ao controlo de qualidade do benzoato de sódio, quer sob a forma de pó, quer em solução aquosa.					Caso a informação disponibilizada pela firma fornecedora, ou a que resulte de estudos-piloto, revele que o conservante não é necessário para a formulação final (“formulação pandémica”), aquele poderá dispensar-se, o que, aliás, será o mais provável. O INFARMED é a instituição responsável por assegurar a aquisição do conservante, se necessário. Responsabilidade: Ministério da Saúde/Grupo Gestor da REM-G (DGS, INFARMED, INEM e IGIF).
4. ARMAZENAMENTO DA SUBSTÂNCIA ACTIVA (FOSFATO DE OSELTAMIVIR EM CONTENTORES) O armazenamento será centralizado, ficando sob a responsabilidade de uma entidade estatal até à sua distribuição à unidade industrial farmacêutica, que fraccionará o fosfato de oseltamivir em pó. Serão asseguradas condições apropriadas de armazenamento e a possibilidade de monitorização e de verificação. O INFARMED colaborará na verificação regular das condições de armazenamento necessárias (monitorização de temperatura, humidade e higiene) para a estabilidade das matérias-primas, assim como na definição de eventuais ajustes, procedendo ainda à amostragem e às análises regulares do produto armazenado.					Uma temperatura de armazenamento na ordem dos 15 a 20°C aumenta o tempo de vida útil do produto. No entanto, é indicado pela firma fornecedora que esta matéria-prima poderá conservar-se até aos 30°C, ou seja, o definido como “temperatura ambiente” (25+/-5°C). A responsabilidade pelas condições de armazenamento compete à entidade estatal que tem a custódia do medicamento e ao INFARMED.
5. ARMAZENAMENTO DO CONSERVANTE					Se for necessário adquirir e armazenar conservante, este ficará armazenado no mesmo local da substância activa.

ANTIVIRAIS (FOSFATO DE OSELTAMIVIR)

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
6. SELECÇÃO E CONTRATAÇÃO DE UMA ENTIDADE QUE SERÁ RESPONSÁVEL PELO FRACCIONAMENTO DO FOSFATO DE OSELTAMIVIR E PELA PREPARAÇÃO DA “FORMULAÇÃO PANDEMICA” - Será celebrado um contrato com uma Unidade Industrial Farmacêutica com capacidade técnica para fraccionamento de medicamentos sob a forma de pó; - A aquisição do material de embalagem e rotulagem necessário ficará a cargo da unidade industrial farmacêutica contratada; - A Informação que irá constar da rotulagem será elaborada pelo INFARMED e pela DGS. Incluirá indicações sobre a utilização do medicamento em adultos e em crianças, nomeadamente em tabelas de formulação/dosagem. Estas indicações serão dadas em função das OT em vigor; - O INFARMED realizará inspecções ao local de fraccionamento da matéria-prima para verificar as condições e a capacidade de manipulação.						A responsabilidade por assegurar a operacionalidade destes procedimentos é do INFARMED, com a prévia aprovação da DGS ou superior. Responsabilidade: MS/Grupo Gestor da REM-G (DGS, INFARMED, INEM e IGIF).
7. ARMAZENAMENTO DE MATERIAL DE DOSEAMENTO, DE EMBALAGEM (COLHERES OU SERINGAS DOSEADORAS) E DE ROTULAGEM Este material ficará armazenado em instalações da unidade industrial farmacêutica contratada, com excepção dos frascos, que ficarão à guarda de uma entidade estatal.						Será equacionada a possibilidade de a toma da dose pelos utentes ser feita recorrendo ao “equivalente a uma colher de sopa”, de modo a evitar a aquisição e reserva de material doseador dedicado.
8. PREPARAÇÃO DA “FORMULAÇÃO PANDEMICA”: FRACCIONAMENTO DA MATÉRIA-PRIMA E RESPECTIVA MANIPULAÇÃO O fraccionamento do pó será centralizado e realizado pela unidade industrial farmacêutica contratada. Se a avaliação das necessidades de disponibilização aos utentes revelar que o fraccionamento e enchimento dos frascos em local centralizado é insuficiente, será tecnicamente possível recorrer a farmácias hospitalares ou aos Serviços de Atendimento da Gripe (SAG). Nestes casos, a substância activa, o conservante e os frascos deverão estar armazenados em locais adjacentes/próximos, de modo a facilitar as operações de fraccionamento.						A responsabilidade por assegurar a operacionalidade destes procedimentos é do INFARMED, com a aprovação da DGS ou superior.

ANTIVIRAIS (FOSFATO DE OSELTAMIVIR)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
9. DISTRIBUIÇÃO DA “FORMULAÇÃO PANDEMICA” (EM PÓ, TRATAMENTOS INDIVIDUAIS EM FRASCOS) No caso da manipulação centralizada, o transporte deverá ser feito pela unidade industrial farmacêutica responsável pelo fracionamento do pó ou por empresas de distribuição especializadas no circuito farmacêutico. A distribuição da matéria-prima fraccionada em pó será feita de acordo com um plano de distribuição gerido centralmente e/ou regionalmente, tendo em atenção as estimativas de necessidades em cada período. Os pontos de entrega serão previamente definidos pela DGS, em conjunto com as ARS e DRS dos Açores e da Madeira. Os principais pontos de entrega serão os serviços ou instituições especificamente destinados ao atendimento de casos com sintomatologia compatível com gripe – SAG e hospitais. (Planos Específicos de Cuidados de Saúde em Ambulatório e em Internamento).					Condições de transporte: as condições de transporte e de distribuição do produto a granel deverão ser semelhantes às exigidas e verificadas no armazenamento.

ANTIVIRAIS (FOSFATO DE OSELTAMIVIR)

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
10. DISPENSA DA “FORMULAÇÃO PANDEMICA” (SOLUÇÃO) AOS DOENTES					
A disponibilização da “formulação pandémica” efectuar-se-á no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Pontualmente, poderão ser consideradas excepções a esta determinação.					
A formulação final do medicamento será em solução. Esta será preparada no serviço de atendimento, antes da entrega do medicamento ao utente, ou por ele próprio, adicionando água no frasco, na quantidade recomendada.					
Nos serviços previamente definidos (SAG, hospitais e, eventualmente, outros), a dispensa da “formulação pandémica” será feita mediante indicação médica e de acordo com critérios que serão adoptados em função da evolução da pandemia e do consumo de medicamentos.					
Serão criados mecanismos de controlo que permitam simultaneamente:					
• Impedir que, para o mesmo episódio de síndrome gripal, o doente tenha acesso a mais do que uma receita (“prescrição electrónica”, projecto SIAPC-G - Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados no âmbito da Gripe - Plano Específico de Informação em Saúde); • “Validar” a prescrição médica, minimizando a probabilidade de prescrição por outro motivo que não a síndrome gripal; • Fazer a gestão de <i>stocks</i>.					
As indicações acerca da posologia serão dadas na altura da disponibilização do medicamento, tendo em atenção a evidência científica e as recomendações existentes.					
(Planos Específicos de Cuidados de Saúde em Ambulatório e em Internamento e de Informação em Saúde).					
A DGS, em colaboração com o INFARMED, é a instituição responsável por coordenar e monitorizar a distribuição do medicamento junto dos serviços, para a sua disponibilização aos doentes. Poderá ser entregue ao doente, juntamente com o medicamento, um formulário para Farmacovigilância Activa e outro material informativo.					

MEDICAMENTOS DE SUPORTE E PARA COMPLICAÇÕES

Medidas e procedimentos	Fases					Observações
	1,2	3	4,5	6		
1. "AQUISIÇÃO/RESERVA" DOS MEDICAMENTOS QUE, NO SEU CONJUNTO, CONSTITUEM A REM-G HOSPITALAR						Procedimentos que serão assegurados pelo INFARMED, em colaboração com a DGS, o IGIF e outras instituições (por exemplo, ARS e hospitais).
Estas reservas serão feitas utilizando o concurso anual de aprovisionamento do SNS, assegurado pelo IGIF. A constituição da Reserva de Soros Injectáveis (NaCl 0,9% e Glucose 5%) deverá ser contratualizada (acordos directos). Se necessário e economicamente vantajoso, serão celebrados acordos directos para aquisição de outros medicamentos, sem recurso ao Concurso Anual de Aprovisionamento do IGIF. Os medicamentos adquiridos ficarão à guarda das empresas que venham a ser contratadas para tal.						

1.1. Criação/desenvolvimento/aplicação de um instrumento jurídico que obrigue os hospitais do SNS, no seu aprovisionamento anual, a manter a Reserva

As necessidades dos hospitais serão supridas a partir do *stock* de medicamentos constantes da REM-G Hospitalar (constituída/mantida no ano imediatamente anterior).

O funcionamento detalhado deste mecanismo deverá ser objecto de um regulamento próprio, que assegure a funcionalidade e a coerência da informação entre as seguintes entidades:

- IGIF;
- Unidades do SNS que aprovisionam e consomem medicamentos da REM-G Hospitalar;
- Empresas seleccionadas para o fornecimento dos medicamentos que fazem parte da Reserva.

Procedimentos que serão assegurados pelo INFARMED, em colaboração com a DGS, o IGIF e outras instituições (por exemplo, ARS e hospitais).

-  A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)
-  A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

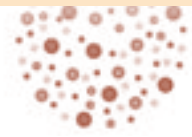
MEDICAMENTOS DE SUPORTE E PARA COMPLICAÇÕES

Medidas e procedimentos	Fases				Observações
	1,2	3	4,5	6	
1.2. Facilitar, em termos económicos, a constituição da REM-G Hospitalar					Procedimentos a assegurar pelo INFARMED, em colaboração com a DGS, o IGIF e outras instituições (por exemplo, ARS e hospitais).
Será regulamentada a obrigatoriedade de o processo de aprovisionamento dos hospitais do SNS ter em conta a REM-G. Esta medida é necessária somente para os medicamentos que constem da reserva com a sua Designação Comum Internacional (DCI) e as respectivas apresentações.					
2. "AQUISIÇÃO/RESERVA" DOS MEDICAMENTOS QUE, NO SEU CONJUNTO, CONSTITUEM A REM-G GROSSISTA					Procedimentos a assegurar pelo INFARMED, em colaboração com a DGS e o IGIF.
Recorrer-se-á ao sistema logístico utilizado pelas farmácias comunitárias, ou seja, ao sistema de Distribuição Grossista.					
Estima-se que o preço dos medicamentos a praticar pela distribuição grossista corresponda ao Preço de Venda ao Público (PVP), sendo as firmas de distribuição grossista igualmente as depositárias e as responsáveis pela distribuição nos locais de dispensa de medicamentos designados noutros planos específicos.					
Para os cálculos da volumetria e correspondentes estimativas de espaço a reservar para o armazenamento da REM-G Grossista, serão consideradas as dimensões das apresentações comerciais. Por outro lado, de forma a assegurar todos os requisitos de segurança e rigor, poderá ser desejável definir como espaço mínimo necessário o equivalente a uma <i>pallet</i> por produto.					
De forma a calcular a reabsorção da REM-G através do ambulatório, estima-se a capacidade conjunta de consumo dos principais distribuidores grossistas, a partir das Saídas Médias Dia (SMD). Atendendo ao valor de SMD estimado, pode ser determinado o número de dias necessário para escoar completamente os medicamentos que constituem a REM-G.					
É de notar que, nas situações em que, para o mesmo medicamento, exista mais do que uma Marca/Detentor de AIM, nem sempre a escolha adequada é a de PVP mais baixo, pois pode não se tratar do medicamento que tem maior rotatividade, e o custo de retenção dos <i>stocks</i> é susceptível de, financeiramente, se mostrar menos vantajoso. Assim, dever-se-á optar por uma solução que minimize os custos da soma destas duas parcelas.					

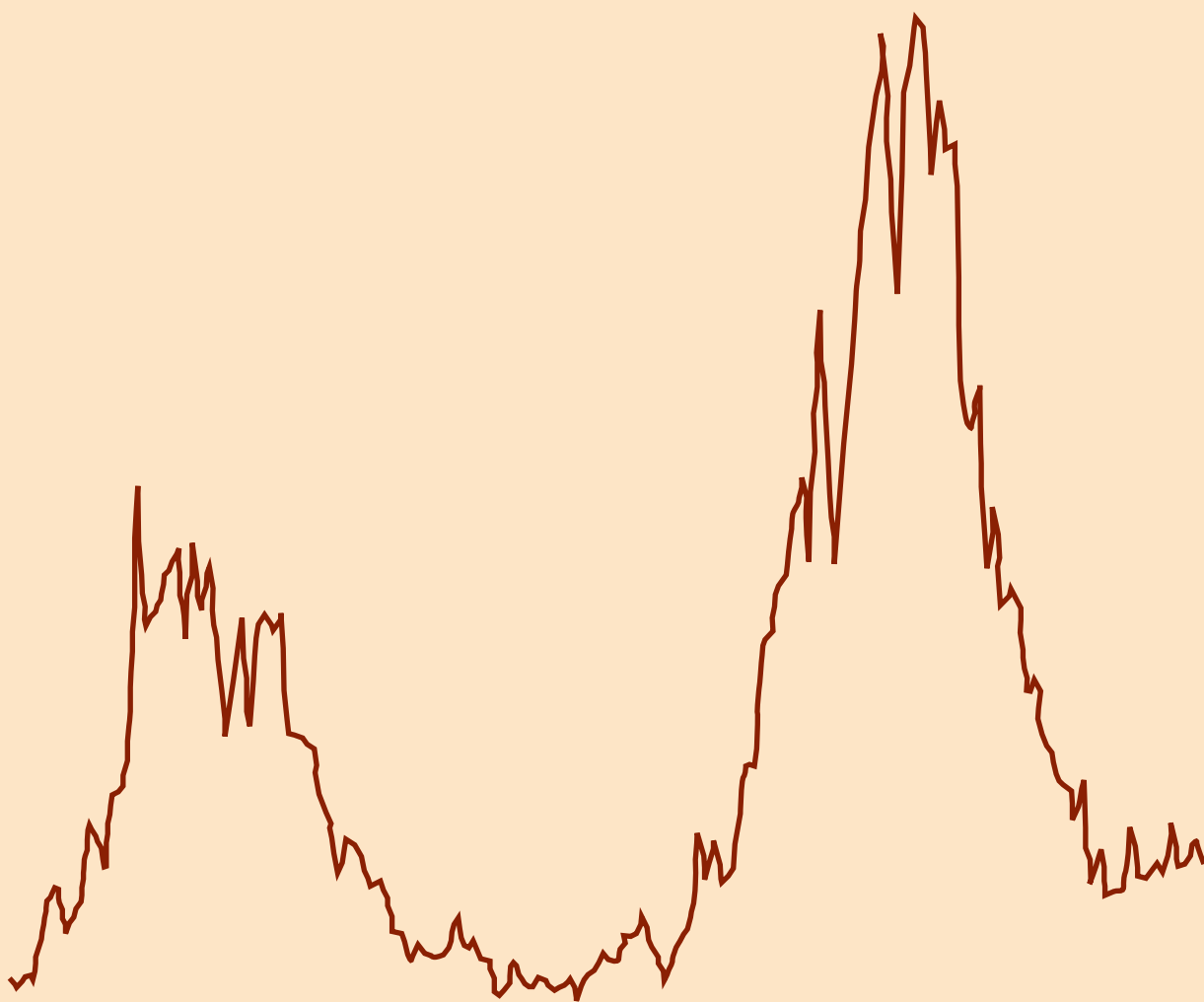
Como foi referido, as medidas e os procedimentos mencionados nos quadros anteriores dizem respeito essencialmente à REM-G nacional. No entanto, os serviços terão de considerar aquisições próprias, nomeadamente de Equipamentos de Protecção Individual (EPI), de gases medicinais, particularmente Oxigénio, de Cloreto de Sódio (0,9%) e de Glucose (5%) injectáveis e outros soros, assim como de outros medicamentos necessários e que não constem da lista da REM-G (à qual os serviços de saúde poderão ter acesso com carácter confidencial). Terá de ser ainda considerada a disponibilidade de sangue e seus derivados durante o período pandémico.

AGRADECIMENTOS

Dra Alexandra Safara Inverno, INFARMED
Dra Carla Lacerda Rascoa, DGS
Prof. Doutor Carlos Costa, ENSP
Dra Joana Chêdas, Hospital Pulido Valente
Dra Maria Otilia Duarte, DGS
Dra Maria da Graça Freitas, DGS
Dra Paula Maria Valente, CS de Redondo



COMUNICAÇÃO



COMUNICAÇÃO

Rita Lago ¹

Maria da Graça Freitas ²

Desde o segundo semestre de 2005, e num contexto de ameaça de uma pandemia de gripe, vêm sendo frequentemente difundidas notícias, pelos órgãos de comunicação social, sobre este assunto, provocando alguma preocupação na opinião pública. Por outro lado, a forma como as epizootias de gripe aviária têm evoluído e a possibilidade de transmissão de vírus de origem aviária ao ser humano (transmissão zoonótica) obrigou as diversas entidades oficiais a prepararem-se para uma crise que será originada por uma possível pandemia de gripe.

O Plano Específico de Comunicação (adiante designado por Plano de Comunicação) é parte integrante do Plano de Contingência Nacional constituindo uma ferramenta que visa apoiar a gestão da ameaça e da crise. Irá evoluindo e sendo adaptado em função da actividade gripal e do seu impacte na saúde e na sociedade.

É importante ter em conta que, da mesma forma que não é possível prever a evolução de uma pandemia de gripe, também a área da comunicação será difusa e variável, acompanhando o clima de imprevisibilidade e incerteza e o desenvolvimento da situação e do conhecimento. A definição de um Plano de Comunicação a nível nacional implica, pois, a formação técnica e a organização de uma equipa proactiva e dinâmica capaz de se adaptar à multiplicidade de áreas funcionais a gerir numa pandemia de gripe e, acima de tudo, aos imprevistos característicos de uma crise desta natureza.

Neste documento, apresentam-se as linhas gerais do Plano de Comunicação, a partir das quais serão elaboradas Orientações Técnicas (OT) específicas e um plano mais detalhado.

INTRODUÇÃO

A ameaça de uma pandemia de gripe tem tido um interesse acrescido nos órgãos de comunicação social e, conseqüentemente, na opinião pública.

Uma forma de contribuir para que esse interesse, a cobertura noticiosa e a percepção do público sejam adequados passa pela disponibilização atempada de informação ao público, a iniciar num período anterior à crise (fases 3, 4 e 5 da actividade gripal) e mantendo-se no período pandémico (fase 6). Evitar-se-á, deste modo, a criação de um vazio comunicacional, que poderá dar azo a rumores, desinformação e especulação.

O meio mais eficaz de gerir questões sensíveis, relacionadas com a saúde pública, é abordar o(s) problema(s)/ameaça(s) de uma forma directa e transparente.

Na eventualidade de uma pandemia de gripe, a comunicação e a difusão de informação

¹ Doutorada em Ciências da Comunicação pela Universidade de Sirling, Reino Unido, e profissional da UNICER – Bebidas de Portugal, SGPS, SA. Responsável pelo desenho deste Plano Específico.

² Chefe de Serviço de Saúde Pública, Direcção-Geral da Saúde. Organização e coordenação da edição.

são tão importantes como as acções de controlo da situação, desenvolvidas pelos serviços de saúde e por outros sectores da sociedade, em termos de prevenção e minimização dos efeitos da pandemia.

Uma das bases do sucesso de um Plano de Comunicação, enquanto contributo para a gestão do risco em situação de ameaça e em situação de crise, é a construção de um modelo proactivo, devendo evitar-se uma comunicação meramente informativa e reactiva. Assim, é necessária uma acção coordenada entre todos os intervenientes no processo, uma vez que o Plano de Comunicação intercepta os restantes planos específicos.

Uma pandemia de gripe originará a necessidade intensa e contínua de acesso à informação por parte dos diferentes sectores da sociedade. A difusão de informação transparente e precisa (ao público em geral, aos profissionais de saúde, aos órgãos de comunicação social e a outros parceiros sociais), nos momentos certos, gera confiança. Esta é vital para uma comunicação efectiva e bem conseguida.

Um dos princípios básicos, neste contexto, é a construção de uma imagem de credibilidade dos serviços de saúde perante os seus diferentes públicos-alvo, que passa pela percepção de que a actuação do sector da saúde está coordenada. De facto, apenas uma abordagem comunicacional concertada das diversas entidades pode evitar ou minimizar a ansiedade e o medo gerados pelas percepções erradas do risco por parte do público.

Este documento não referirá os conteúdos da informação, mas a estratégia de comunicação a seguir nos diferentes períodos e fases da actividade gripal. Apenas os princípios, objectivos e estratégias de comunicação serão identificados. As mensagens e o momento certo para a sua comunicação serão adaptados e decididos de acordo com a evolução da situação.

Princípios

Existem quatro princípios-chave na implementação de uma campanha de comunicação com sucesso:

- a) A cooperação;
- b) A responsabilização;
- c) A legitimação dos intervenientes;
- d) O recurso a líderes de opinião.

Além destes quatro princípios, o Plano de Comunicação, no âmbito de uma pandemia de gripe, deve considerar:

- a) Uma abordagem da situação em duas vertentes distintas – gestão da ameaça e gestão da crise;
- b) Uma articulação perfeita entre a equipa responsável pela comunicação e os responsáveis pela gestão do risco/gestão da crise, na sua globalidade;

- c) A integração, na equipa responsável pela comunicação, de especialistas nesta área que recorrerão a peritos de áreas técnico-científicas específicas;
- d) Uma comunicação proactiva, em situação de ameaça e em situação de crise;
- e) O envolvimento do público como parceiro activo no processo – o objectivo é informá-lo e sensibilizá-lo, para que as suas atitudes e comportamentos possam constituir uma mais valia em caso de pandemia;
- f) Opiniões contrárias como podendo fazer parte de um processo construtivo;
- g) O planeamento, com detalhe, das acções de comunicação e a sua avaliação;
- h) A preparação, em tempo útil, de materiais e a organização de eventos contemplando a comunicação do risco e a comunicação de recomendações/orientações em situação de ameaça e em situação de crise;
- i) A manutenção de um clima de transparência e flexibilidade, atendendo às preocupações específicas do público em geral, sem esquecer que, para este, valores como a confiança, a credibilidade, a competência e a empatia são mais importantes do que estatísticas e detalhes;
- j) Uma monitorização contínua da evolução da actividade gripal (principalmente em período pandémico), das percepções do público e dos registos noticiosos;
- l) A colaboração com outras entidades, no sentido de promover um clima de confiança e de coerência no teor das mensagens para o público;
- m) As necessidades específicas dos órgãos de comunicação social, enquanto parceiros de divulgação de mensagens importantes para o público;
- n) A actualização regular do Plano de Comunicação, de acordo com a evolução da situação.

Conforme os diferentes contextos e o desenrolar dos acontecimentos, é necessário designar:

- a) A entidade responsável pela liderança do processo de comunicação, no sector da saúde;
- b) O coordenador da equipa responsável pela comunicação;
- c) Os porta-vozes;
- d) Os públicos-alvo.

Processo de comunicação

Na Figura 1, são apresentados os elementos do processo de comunicação.

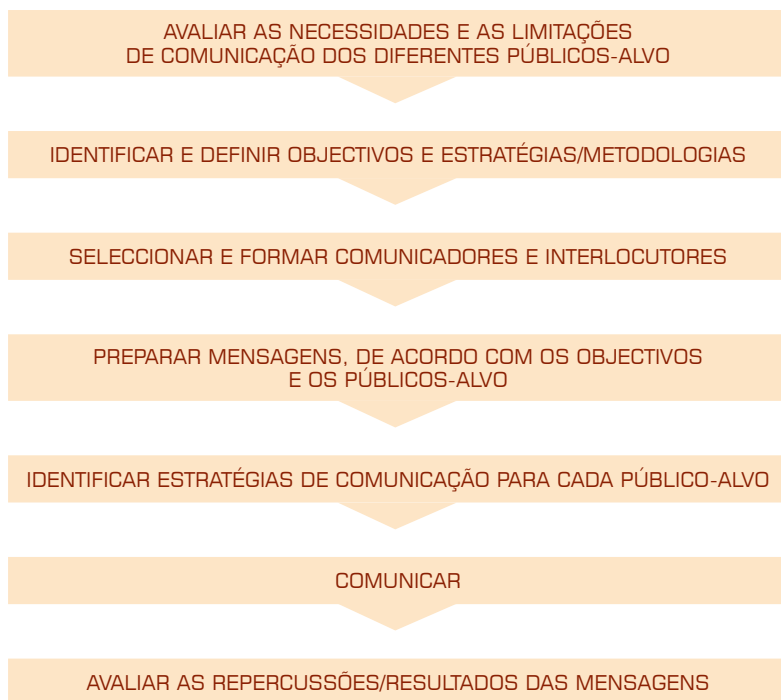


Figura 1. Sequência dos elementos do processo de comunicação

FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS

1. A comunicação em situações de ameaça e de crise

Num contexto de ameaça e de crise, é necessário distinguir as principais áreas de intervenção:

- a) Comunicação estratégica – envolve o governo e as diferentes entidades e organizações nacionais;
- b) Comunicação profissional – refere-se à difusão de informação junto dos profissionais e entidades da área da saúde;
- c) Comunicação ao público e aos Órgãos de Comunicação Social (OCS) – diz respeito à difusão interactiva de informação e aconselhamento relevantes junto destes destinatários.

Uma das premissas básicas do Plano de Comunicação é a de que, em situação de pandemia, haverá necessidade de uma extensa e detalhada campanha de comunicação, que ajudará a criar e a manter percepções e reacções positivas por parte do público.

Na difusão da informação a todos os públicos-alvo, deverá ser dada particular atenção aos OCS, uma vez que estes são o mais importante e eficaz canal de comunicação com o público, para além de que o seu contributo não envolve, em princípio, encargos financeiros directos.

É importante o rápido controlo dos rumores e da desinformação, que têm efeitos nefastos em qualquer campanha de comunicação. O acompanhamento contínuo das percepções do público e da cobertura mediática da situação facilitará esta tarefa, permitindo determinar os ajustamentos a fazer às mensagens comunicadas, para minimizar o pânico e assegurar uma participação positiva por parte do público.

As diferentes estratégias de comunicação permitem pôr em prática as medidas definidas no âmbito do Plano de Contingência Nacional. Neste processo, são elementos essenciais:

- a) A Direcção-Geral da Saúde (DGS), como principal fonte de informação e conhecimento especializados;
- b) A informação e o aconselhamento dos diferentes públicos-alvo;
- c) A audição, a compreensão e a capacitação dos diferentes parceiros;
- d) O respeito pelas preocupações do público;
- e) A transparência e a simplicidade da comunicação;
- f) A comunicação, em tempo útil, de toda a informação relevante, numa atitude pro-activa;
- g) O desenvolvimento e a manutenção de relações de confiança e de credibilidade;
- h) A interacção com o público;
- i) A colaboração e o diálogo;
- j) A obtenção de apoio para as políticas e medidas definidas no Plano de Contingência Nacional;
- l) A tomada de decisão informada;
- m) A actuação perante rumores e desinformação;
- n) A promoção de comportamentos apropriados;
- o) A definição e a elaboração atempada dos materiais de comunicação;
- p) A actualização permanente da lista de contactos dos OCS, dos profissionais de saúde e de outros parceiros relevantes.

Numa situação de ameaça, em que os riscos para a saúde e para a sociedade são incertos, as actividades de comunicação têm como objectivos principais informar, educar e capacitar os diferentes públicos-alvo, de modo a que estes fiquem mais preparados para adoptar as medidas adequadas quando ocorrer uma pandemia. Em particular, o público em geral necessita de informação sobre o que é a pandemia e qual a dimensão das suas potenciais repercussões. Necessita, ainda, de informação e de apoio acerca dos procedimentos a adoptar para minorar o risco de contrair e transmitir a gripe ou para a tratar. Desta forma, poderá assumir comportamentos que ajudarão a minimizar a transmissão da doença e a promover os autocuidados apropriados, contribuindo, assim, para reduzir o impacte da pandemia (situação de crise).

Em situação de crise, perante uma pandemia instalada, os objectivos de comunicação passam a estar centrados no acompanhamento das actividades de gestão e contenção, devendo assegurar-se que o público em geral recebe informação e recomendações, especialmente através dos OCS. Os profissionais de saúde serão informados pelos canais internos próprios.

Assim, numa situação de pandemia, a informação a veicular deve:

- a) Promover a confiança nos responsáveis pela gestão da crise no sector da saúde (nomeadamente na sua capacidade de cooperar com outras entidades), e a sua credibilidade;
- b) Ser expedita, fidedigna, precisa, completa, consistente e acessível a todos os que dela necessitem, de modo a que os possa esclarecer e tranquilizar;
- c) Minimizar o medo e o pânico, permitindo gerir os rumores e a desinformação.

Em pandemia, importa ainda:

- a) Partilhar informação com outras entidades, nacionais e internacionais, e trabalhar em equipas multidisciplinares;
- b) Assegurar que nenhuma informação é comunicada publicamente sem ter sido validada;
- c) Assegurar a articulação/compatibilização da informação com as outras entidades, nacionais e internacionais, intervenientes no processo de comunicação;
- d) Promover a coordenação das acções de informação entre todas as entidades e organizações envolvidas na gestão da pandemia;
- e) Formar adequadamente todos os profissionais que irão trabalhar junto dos órgãos de comunicação social;
- f) Fornecer, apenas, informação factual; evitar o excesso de tranquilização face à situação; ser claro relativamente à existência de uma pandemia e dos seus potenciais impactes; comunicar de uma forma confiante, embora admitindo as incertezas;
- g) Envolver todos os parceiros e o público, co-responsabilizando-os pelo sucesso ou insucesso das medidas recomendadas;
- h) Adequar a comunicação às necessidades dos públicos-alvo;
- i) Manter uma certa flexibilidade, de acordo com as incertezas e imprevisibilidade da evolução epidemiológica da doença;
- j) Reconhecer e saber lidar com os medos, admitindo a existência de vítimas.

2. Estratégias de comunicação

As estratégias de comunicação, no âmbito do Plano de Contingência Nacional, têm

por base duas componentes essenciais - a comunicação do risco e a comunicação de recomendações/orientações em situação de ameaça e em situação de crise. As situações de ameaça correspondem principalmente às fases 3, 4 e 5 de alerta pandémico (sem casos no País) e as situações de crise à fase 6 (pandemia) e quando ocorram casos esporádicos ou *clusters* nas fases 3, 4 ou 5.

Para cada uma das componentes, são considerados o público em geral, os OCS e os profissionais de saúde e outros parceiros.

2.1. Estratégias de comunicação em situação de ameaça

Nas situações de ameaça para a saúde, é dada grande ênfase à comunicação do risco, entendida como o conjunto dos esforços de comunicação, com os diferentes públicos, no sentido da sensibilização e da difusão de informação sobre a probabilidade de ocorrência de determinados fenómenos potencialmente nocivos para a saúde e as respectivas medidas de prevenção. Ou seja, a comunicação do risco, em situação de ameaça, tem por base uma estratégia informativa, educacional e preventiva. Para que seja eficaz, é necessário:

- a) Informar todos os parceiros de que a entidade responsável pela aplicação do Plano de Comunicação do sector da saúde é a DGS;
- b) Criar uma equipa de comunicação, que acompanhará a evolução da actividade gripal durante os períodos de alerta pandémico e pandémico;
- c) Designar o responsável pela equipa de comunicação e definir a respectiva organização hierárquica;
- d) Seleccionar e formar diferentes porta-vozes, de acordo com os diferentes públicos-alvo, que devem estar aptos a comunicar mensagens uniformes, transparentes e coerentes, de forma a promover a confiança e fomentar o envolvimento do público e a adequação dos seus comportamentos;
- e) Definir e assegurar o funcionamento dos mecanismos de comunicação dentro da DGS e junto do público em geral, dos OCS, dos profissionais de saúde e dos restantes parceiros, do sector público ou privado;
- f) Considerar os profissionais de saúde como parceiros fundamentais na comunicação do risco aos seus utentes.

Os especialistas das áreas técnico-científicas relacionadas com a gripe (nas diferentes vertentes, incluindo a epidemiológica, a clínica e a laboratorial) definirão os conteúdos e as prioridades de comunicação, e a equipa de comunicação encontrará a melhor estratégia para difundir as mensagens.

Os objectivos e as acções de comunicação do risco variam conforme o público-alvo, tal como se descreve de seguida.

Público em geral

Relativamente ao público, os objectivos da comunicação em situação de ameaça são:

- a) Informar sobre as diferenças entre gripe sazonal, gripe aviária, gripe de

- transmissão zoonótica e gripe pandémica;
- b) Explicar os possíveis impactes de uma pandemia e as incertezas inerentes;
- c) Disponibilizar informação que contribua para a redução do risco de transmissão do vírus da gripe, no período de alerta pandémico e durante a pandemia;
- d) Apoiar e incentivar o desenvolvimento de acções preventivas;
- e) Preparar o público, de modo a capacitá-lo para reagir adequadamente a cada fase da actividade gripal e para a eventualidade de uma pandemia de gripe;
- f) Manter a confiança nas instituições, nomeadamente nas do sector da saúde.

Os mecanismos de comunicação com o público devem prever a monitorização dos seus conhecimentos, percepções e necessidades, de modo a adequar a informação a disponibilizar. As mensagens difundidas deverão ser claras e concisas. As metodologias para assegurar a monitorização serão definidas em Orientações Técnicas (OT) próprias.

Entre outras acções de comunicação para este público-alvo, são de considerar:

- a) A realização de campanhas informativas, destinadas ao público em geral e a grupos específicos (por exemplo, idosos, crianças, etc.), em instituições de saúde, públicas e privadas, centros de dia, escolas, farmácias, infantários, lares, locais de culto religioso, etc., utilizando cartazes, folhetos e outros suportes informativos;
- b) O recurso aos Órgãos de Comunicação Social (OCS) para difundir informação pertinente para o público em geral e para grupos específicos;
- c) A utilização do *website* da DGS para transmitir informação pertinente para o público em geral e para grupos específicos.

Órgãos de comunicação social

O interesse manifestado pelos OCS pode ser encarado como uma oportunidade para melhorar a gestão do risco, designadamente em situação de ameaça. De facto, os OCS podem ser parceiros importantes na divulgação de mensagens e recomendações. Um bom jornalismo permite a tradução de questões técnicas e complexas em linguagem de fácil compreensão. No entanto, os OCS poderão induzir e potenciar a ansiedade do público e desproporcionar a percepção da ameaça. A cobertura jornalística desadequada tende a ser tanto mais frequente quanto mais limitada for a informação divulgada pelas autoridades competentes.

Dada a responsabilidade social dos OCS e a sua capacidade de difundir informação e comunicar com o público, é essencial garantir, desde o início, a sua colaboração com a DGS. É importante dar apoio aos profissionais dos OCS para melhorar o rigor científico na abordagem do tema. Este apoio deverá ser iniciado o mais precocemente possível.

Convém desenvolver mensagens que possam ser rapidamente disponibilizadas a estes profissionais, antecipando as suas necessidades e perguntas. Por outro lado,

importa também transmitir-lhes mensagens que os incentivem a divulgar as medidas de prevenção/contenção e outras recomendações (por exemplo, sobre o modo de utilizar os serviços de saúde nas diferentes fases da actividade gripal). Ter em pleno funcionamento um sistema de monitorização e análise das notícias que vão sendo divulgadas é, também, de primordial importância.

Neste público-alvo, deverão ser distinguidos dois grupos: os jornalistas e os editores/directores dos órgãos de comunicação social.

De entre as acções de comunicação a desenvolver junto destes dois grupos, são de realçar:

- a) A realização de reuniões de sensibilização, ao mais alto nível institucional, com os editores/directores dos principais meios de comunicação social, para apelar à sua colaboração;
- b) A sensibilização dos jornalistas para a importância do papel que devem desempenhar na comunicação do risco em situação de ameaça e em situação de crise, através de acções de formação que possibilitem a estes profissionais discutir o tema, questionar especialistas e compreender o sistema de comunicação definido pela DGS;
- c) O recurso aos OCS como parceiro privilegiado de comunicação, disponibilizando-lhes informação sobre o tema e o evoluir da situação e solicitando-lhes que difundam orientações/recomendações para o público em geral;
- d) A criação de uma área no *website* da DGS destinada exclusivamente a jornalistas.

Profissionais de saúde

É fundamental dar apoio aos serviços de saúde regionais e locais, aos médicos, aos enfermeiros e a outros profissionais de saúde, tendo como base o levantamento das suas necessidades de informação/formação e o desenvolvimento de planos informativos/formativos. A DGS disponibilizará Orientações Técnicas acerca dos procedimentos a adoptar em cada fase da actividade gripal, informação científica actualizada e dados epidemiológicos sobre a evolução da situação.

Dever-se-ão sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do seu papel enquanto interlocutores directos com o público, uma vez que é precisamente a eles que os utentes recorrem para complementar a informação disponibilizada por outros meios. De facto, estes profissionais estão em condições de assegurar a comunicação do risco e das recomendações/orientações aos utentes, devendo utilizar, principalmente, mecanismos que privilegiem o contacto personalizado.

Os objectivos da divulgação de informação aos profissionais de saúde são:

- a) A capacitação para a aplicação dos Planos de Contingência (Nacional, Regional, Local e da Instituição);
- b) A manutenção da sua confiança nas instituições e nas autoridades de saúde;
- c) O incentivo para informarem os utentes (por exemplo, através das consultas, de acções de formação/sensibilização e da disponibilização de material

informativo), para que estes fiquem mais preparados para uma situação de pandemia.

Além do *microsite* da gripe no *website* da DGS, onde já se encontra disponível informação para os profissionais de saúde, será criada uma área dedicada a estes profissionais, de uso exclusivo.

2.2. Estratégias de comunicação em situação de crise

Na eventualidade da evolução para uma pandemia ou, pontualmente, quando ocorram casos isolados ou *clusters* nas fases de alerta pandémico, a comunicação passa a focalizar-se nas recomendações para a minimização dos danos, nomeadamente, sobre os procedimentos a adoptar para evitar a transmissão do vírus ou, caso esta ocorra, sobre as medidas que devem ser tomadas.

Durante uma pandemia de gripe, é fundamental manter a confiança do público no sistema de saúde, mesmo que, pela gravidade da pandemia, possa haver limitações a uma resposta eficaz.

A informação a fornecer deverá ser precisa, oportuna, consistente e abrangente. Dever-se-ão identificar e gerir situações de rumor, de desinformação e de percepções erradas, no sentido de evitar atitudes preconceituosas e discriminatórias em relação às pessoas doentes e outros comportamentos disfuncionais, geradores de pânico e de ineficiências no combate à pandemia.

Todas as actividades referidas para a comunicação em situação de ameaça deverão ser reforçadas, sendo, porém, de destacar a actuação dos porta-vozes e a emissão de comunicados e notas de imprensa.

Os líderes de opinião devem ser integrados no processo de comunicação, uma vez que são reconhecidos pelo público como interlocutores de relevância.

É previsível que, em pandemia, se verifiquem algumas das seguintes situações:

- a) Exigência de informação sobre as precauções e as medidas imediatas a adoptar para protecção da população;
- b) Pressão para que se tomem medidas efectivas de combate à pandemia;
- c) Eventual frustração, por parte do público, face a uma possível atitude de reserva por parte das autoridades, pelo menos numa primeira fase;
- d) Tendência dos OCS para noticiarem diferentes perspectivas sobre a forma como a situação está a ser gerida;
- e) Possível necessidade de alteração das decisões, de acordo com a evolução da situação, com as consequentes repercussões negativas;
- f) Confusão generalizada, causada pelo medo e pela possível percepção de escassez de informação, principalmente nos primeiros dias de crise.

Caberá à DGS:

- a) Comunicar com rapidez à tutela, a toda a rede de serviços de saúde, aos parceiros

sociais, aos órgãos de comunicação social e ao público em geral toda a informação disponível sobre a evolução da pandemia e sobre as medidas em curso e a desenvolver para minimizar o seu efeito;

- b) Assegurar que as mensagens sejam claras, consistentes, coerentes, transparentes e objectivas, de forma a garantir a credibilidade das instituições;
- c) Comunicar, de forma oportuna, as medidas de excepção a observar durante a pandemia, realçando o seu carácter excepcional, transitório e essencial;
- d) Responder, coordenadamente, aos rumores e à informação imprecisa ou errada que, eventualmente, esteja a circular;
- e) Identificar as preocupações do público, dos órgãos de comunicação social, dos profissionais de saúde e de outros parceiros.

Após a declaração de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e da sua divulgação pelos órgãos nacionais competentes, o porta-voz principal da DGS e os responsáveis pela gestão da crise estarão disponíveis para dar resposta aos pedidos de informação provenientes dos OCS.

As mensagens deverão ser claras e concisas e focar-se nas medidas em curso e nas que se vão implementar, entre as quais as que a população deve adoptar. A reacção inicial dos OCS poderá ser negativa, pelo que é necessário estar preparado para uma audiência hostil.

A televisão, a rádio e a imprensa constituem meios indispensáveis para difundir as mensagens. Deverá reforçar-se o acompanhamento dos OCS para se evitar transmissão de informação incorrecta.

Terá de ser aumentada a capacidade de atendimento da linha Saúde 24 (808 24 24 24), para permitir um aconselhamento rápido e eficaz.

Os objectivos e acções de comunicação em situação de crise variam conforme o público-alvo.

Público em geral

Importa que, junto do público, seja divulgada informação acerca das medidas que estão a ser tomadas pelas autoridades competentes, ficando explícito que o maior ou menor sucesso dessas medidas depende da sua colaboração.

A minimização dos efeitos de uma pandemia é da responsabilidade de toda a sociedade e não só de alguns sectores profissionais, como o da saúde.

A auto-responsabilização e a co-responsabilização pela prevenção e tratamento da doença, pelas acções de solidariedade e pela manutenção do funcionamento da sociedade devem ser valores a incutir no público.

A informação difundida deverá incidir sobre:

- a) O que fazer para prevenir a doença;
- b) Quais os sinais e sintomas que merecem atenção;

- c) Quando e como recorrer aos serviços de saúde;
- d) Quais os autocuidados a assegurar;
- e) Quais os cuidados a prestar à família e à sociedade.

A informação terá de ser difundida/disponibilizada pelos OCS (nomeadamente, em comunicados na televisão, na rádio e na imprensa), pelos serviços de saúde (por exemplo, através de folhetos informativos), pelo *website* da DGS e outros *websites* do Ministério da Saúde, pela linha Saúde 24 e pelos profissionais de saúde.

Órgãos de comunicação social

Dada a responsabilidade social dos OCS e a sua capacidade de difundir informação, é imprescindível que fique garantida a sua estreita colaboração com a DGS.

Enquanto parceiros e veículos fundamentais no processo de comunicação, os OCS terão, pois, de receber informação regular sobre o evoluir da situação, através de *briefings*, conferências de imprensa, comunicados e notas de imprensa.

Caberá à DGS manter uma política de abertura e de celeridade na sua relação com estes profissionais, embora adaptada ao sistema de comunicação definido para uma situação de crise. Assim:

- a) Todas as questões colocadas por parte dos OCS deverão ser remetidas para o assessor de imprensa ou de comunicação da DGS, que as encaminhará para o profissional mais habilitado para responder;
- b) Os contactos deverão ser sempre apoiados em documentos escritos, de modo a que as respostas possam ser devidamente preparadas e validadas;
- c) As respostas devem ser dadas com rapidez e de forma clara e credível;
- d) Todos os contactos pessoais com os OCS deverão ser realizados na presença do assessor de imprensa ou de comunicação;
- e) Após qualquer contacto pessoal com os OCS, deverá ser elaborado um breve relatório dos temas abordados e das principais mensagens difundidas.

A DGS reserva-se o direito de suspender esta política de abertura quando se apresentem casos ou situações em que a sua manutenção seja considerada inviável ou contraproducente.

Toda a informação difundida pela DGS terá de ser previamente validada.

Os principais modelos de comunicação entre a DGS e os OCS, em situação de pandemia, serão:

- a) Entrevistas – para responder a questões específicas de um OCS ou para aprofundar um tema que a DGS considere particularmente relevante;
- b) Comunicados de imprensa – para difundir informação em situações específicas;
- c) Notas de imprensa – para actualizar a informação difundida através de comunicados de imprensa;

- d) Conferências de imprensa – apenas para a comunicação/divulgação de informação de grande relevância e transcendência social;
- e) Informações à imprensa – semelhantes às conferências de imprensa, mas realizadas diariamente, permitindo uma actualização constante da informação. Esta técnica é bastante útil em situações de elevada instabilidade.

Profissionais de saúde

Os profissionais de saúde deverão ser informados, em primeira-mão, relativamente às medidas que irão sendo recomendadas, nomeadamente no que diz respeito à operacionalização do Plano de Contingência Nacional e ao papel que cabe a cada instituição e a cada profissional.

Serão eles também os interlocutores privilegiados na divulgação dos indicadores que permitam monitorizar o impacte da pandemia na saúde, nos serviços de saúde e na sociedade.

Além dos canais já utilizados e dos meios referidos a propósito da comunicação em situação de ameaça, a DGS dará instruções às estruturas regionais e locais para criação de uma rede de profissionais com o estatuto de interlocutores privilegiados. Deverá recorrer às tecnologias de informação disponíveis (por exemplo, o Serviço de Mensagens Curtas (*Short Message Service* – SMS), já utilizado pelas autoridades de saúde, permite divulgar alertas ou recomendações com rapidez e eficiência).

No *website* da DGS, a área do *microsite* da gripe, reservada aos profissionais de saúde, constituirá uma mais valia como meio de comunicar com toda a rede de serviços de saúde, do sector público ou privado e, eventualmente, com outros parceiros.

Os profissionais de saúde ficarão assim em condições de assumir a importante função de informar os utentes, principalmente sobre as medidas a adoptar, devendo utilizar material informativo adequado que lhes permita difundir as necessárias mensagens.

Em suma, de um modo geral, a divulgação da informação nos períodos de alerta pandémico e pandémico poderá ser realizada através de: Orientações Técnicas, cartazes, folhetos, publicações especializadas, aconselhamento telefónico (Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde – linha Saúde 24), acções de formação, meios de comunicação social, *internet* e SMS.

O Quadro I e a Figura 2 sistematizam os objectivos da comunicação em situação de ameaça e em situação de crise, de acordo com os diferentes públicos-alvo.

Quadro I. Objectivos da comunicação do risco em situação de ameaça e em situação de crise em função dos públicos-alvo

OBJECTIVOS	COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÃO DE AMEAÇA			COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÃO DE CRISE		
	Público em geral	OCS	Profissionais de Saúde	Público em geral	OCS	Profissionais de Saúde
Informar						
Desmitificar						
Sensibilizar						
Prevenir						
Tranquilizar						
Actuar						
Controlar						



Figura 2. Objectivos da comunicação do risco em situação de ameaça e em situação de crise em função do nível de risco

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS

1. Equipa de comunicação da DGS

A equipa de comunicação do sector da saúde, formada por especialistas da área da comunicação, funcionará no âmbito da Unidade de Emergência de Saúde Pública da DGS (UESP) e integrará a estrutura de gestão do risco da DGS, que constituirá, em fase pandémica, o Gabinete de Crise.

Esta equipa terá a função de gerir a informação/comunicação na área da saúde

durante os períodos de alerta pandémico e pandémico, assumindo-se como o interlocutor da DGS junto das equipas de comunicação de outras entidades, públicas e privadas, envolvidas no acompanhamento da actividade gripal. Será responsável por:

- a) Actualizar as mensagens de aconselhamento que serão veiculadas pela linha Saúde 24;
- b) Actualizar o *website* da DGS;
- c) Fornecer informação actualizada e oportuna para os diferentes públicos-alvo;
- d) Dar resposta a pedidos de informação provenientes dos profissionais de saúde, dos OCS, do público em geral e de outros parceiros sociais;
- e) Desenvolver/actualizar o Plano de Comunicação.

A equipa terá um coordenador que será o interlocutor junto dos profissionais especializados em diferentes áreas técnico-científicas relacionadas com a gripe e junto das equipas de comunicação que vierem a ser formadas a nível de outros ministérios, competindo-lhe ainda:

- a) Gerir a equipa;
- b) Definir as estratégias de comunicação a propor à consideração superior;
- c) Aprovar as mensagens a difundir e submetê-las à consideração superior.

A equipa de comunicação da DGS será organizada em função de três sectores:

- a) Relações com os profissionais de saúde e com os parceiros sociais;
- b) Relações com os OCS;
- c) Relações com o público.

A cada um dos sectores correspondem as responsabilidades que a seguir se descrevem.

Sector de relações com os profissionais de saúde e parceiros sociais

- a) Identificação de interlocutores nas administrações regionais de saúde, nos centros de saúde, nos hospitais, noutros serviços de saúde e instituições;
- b) Formação de interlocutores regionais para apoiar a gestão do risco/ameaça e a gestão da crise;
- c) Dar apoio aos interlocutores dos parceiros sociais no desenvolvimento dos seus próprios planos de comunicação;
- d) Actualização da informação técnico-normativa no *website* da DGS;
- e) Registo e análise de todos os contactos efectuados.

Sector de relações com os OCS

- a) Avaliação e monitorização nacional e internacional da cobertura noticiosa;

- b) Produção e disponibilização de materiais de informação;
- c) Elaboração e emissão de comunicados e notas de imprensa, bem como organização de entrevistas e conferências de imprensa;
- d) Actualização da informação no *website* da DGS para este grupo-alvo.
- e) Registo e análise de todos os contactos;

Sector de relações com o público

- a) Produção e disponibilização de material de informação específico para este grupo;
- b) Apoiar o funcionamento da linha Saúde 24;
- c) Manter actualizada toda a informação no *website* da DGS direccionada a este público-alvo;
- d) Registo e análise de todos os contactos efectuados.

A partir do momento em que for declarada a pandemia, a equipa de comunicação funcionará ininterruptamente, 24 horas por dia, devendo ser considerada a necessidade de a reforçar.

É essencial definir e pôr em prática mecanismos no sentido de assegurar que a equipa de comunicação e os técnicos especialistas no âmbito da gripe partilhem permanentemente a informação entre si e com as diferentes equipas de comunicação envolvidas no acompanhamento da actividade gripal que vierem a ser constituídas a nível nacional. Visa-se, assim, harmonizar a recolha e difusão das mensagens, bem como os métodos de actuação.

Numa situação de ameaça ou de crise, importa que esteja sempre disponível um elemento de cada sector, por forma a que todas as actividades sejam garantidas.

2. Acções de comunicação de acordo com as fases da actividade gripal

As diferentes acções de comunicação de acordo com as fases da actividade gripal, nos períodos de alerta pandémico e pandémico, estão resumidas no Quadro II.

Quadro II. Acções de comunicação

Acções de comunicação	Fases				Observações
	3	4	5	6	
• Esclarecer os diferentes públicos-alvo sobre a situação; • Explicar de que forma é que o público se pode proteger e pode ajudar à contenção da propagação do novo subtipo do vírus; • Informar o público de que estão a ser tomadas todas as medidas preventivas e de controlo face à situação.					A comunicação será assegurada pela DGS. Participação eventualmente maior dos níveis hierárquicos superiores na Fase 5.
• Esclarecer os diferentes públicos-alvo sobre a situação; • Informar o público de que estão a ser tomadas as medidas adequadas e possíveis para lidar com a situação, de modo a minimizar o pânico e manter a confiança; • Explicar as medidas que visam a minimização da transmissão do vírus, como, por exemplo, os cuidados a prestar aos doentes, as medidas para lidar com o excesso de mortalidade, a eventual restrição da realização de eventos públicos, etc; • Emitir recomendações para os diferentes públicos-alvo.					A comunicação de rotina sobre o ponto de situação, as medidas que estão a ser tomadas e as recomendações para os diferentes públicos-alvo serão da responsabilidade da DGS, ainda que seja necessária uma participação eventualmente mais activa dos níveis hierárquicos superiores.

A executar, prioritariamente, nesta(s) fase(s)

A executar, se necessário, nesta(s) fase(s)

CONCLUSÕES

A gestão da comunicação em situação de crise será sempre um problema nacional, uma vez que estão em causa repercussões a todos os níveis da sociedade, bem como em todas as áreas de actividade.

Dada a complexidade da gestão da crise, é vital a constituição de uma *task-force* de comunicação, envolvendo as diversas equipas desta área que venham a ser criadas aos vários níveis e sectores do país, nomeadamente ao nível dos diferentes ministérios.

No que diz respeito ao sector da saúde, o desenvolvimento do Plano de Comunicação implica, como foi referido, a constituição, na DGS, de uma equipa dedicada exclusivamente à comunicação do risco e à comunicação de recomendações/orientações em situação de ameaça e em situação de crise. A equipa integrará as estruturas para a gestão do risco (Gabinete de Crise, em caso de pandemia) e incluirá especialistas em comunicação, trabalhando em conjunto com os restantes elementos das referidas estruturas.

A composição, a missão, os objectivos e as funções da equipa serão definidos com maior pormenor em documento interno da DGS. Identificar-se-ão, igualmente, os

porta-vozes e os interlocutores regionais e locais, assegurando-se a sua formação, logo que pertinente.

Prevê-se a realização de estudos para apurar as percepções e opiniões dos diferentes públicos-alvo, bem como as suas necessidades de informação. Da análise dos dados obtidos resultará o desenvolvimento de actividades e materiais de comunicação que lhes serão dirigidos.

Serão avaliados os meios de comunicação já disponíveis, nomeadamente, o *website* da DGS, os contactos com os órgãos de comunicação social e a linha Saúde 24.

Efectuar-se-ão exercícios de simulação para testar a adequação e robustez do Plano de Comunicação ou de alguns dos seus aspectos particulares. Os seus resultados serão analisados e, em função desta análise, definir-se-ão as medidas correctivas a implementar.

AGRADECIMENTOS

Dra Carla Lacerda Rascoa, DGS
Dra Maria Etelvina Calé, CS da Amadora
Dra Maria da Graça Freitas, DGS
Dra Maria Otilia Duarte, DGS
Dra Paula Maria Valente, CS de Redondo
Dra Teresa Fernandes, DGS



BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Maria Etelvina Calé ¹

Ammon CE. Spanish flu epidemic in 1918 in Geneva, Switzerland. *Eurosurveillance* monthly release [periódico *online*]. 2002 Dez [acesso em 2006 Set 20];7(12):190-92. Disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/em/v07n12/v07n12.pdf>

Andrade HR. Aspectos epidemiológicos e virológicos da gripe. Desenvolvimento de um sistema de vigilância [dissertação de candidatura ao grau de Doutor]. Faculdade de Ciências da Universidade Clássica de Lisboa; 2001. Fotocopiado.

Andrade HR, Garcia AC, Maltez F, et al. Gripe sazonal, de transmissão zoonótica e pandémica. Diagnóstico virológico. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, Centro Nacional da Gripe; 2006.

Australia. Department of Health and Ageing (DHA). Australian management plan for pandemic influenza [online]. Canberra: DHA; 2006 Mai [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: [http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/CD945ED3AEC9928ACA257179000E1A71/\\$File/ahmppi-print.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/CD945ED3AEC9928ACA257179000E1A71/$File/ahmppi-print.pdf)

Bauer G, Elie K, Spence I, et al. Hong Kong influenza in a neonatal unit. *JAMA* 1973;223:1233-5.

Belgium. Interministerial Influenza Commission (IIC). Belgian pandemic flu preparedness plan – version 1 [online]. Brussels: IIC; 2006 Jul [acesso em 2007 Mar 19]. Disponível em: http://www.influenza.be/eng/documents/Flu_Plan.pdf

Branco MJ, Nunes B. Gripe 2000. Relatório científico [relatório *online*]. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde/ Instituto Nacional de Saúde; 2000 Mar [acesso em 2006 Ag 21]. Disponível em: http://www.onsa.pt/index_17.html

British Infection Society, British Thoracic Society, Health Protection Agency. Pandemic flu - Clinical management of patients with an influenza-like illness during an influenza pandemic – version 10.5 [online]. London: Department of Health; 2006 Mar 29 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/58/11/04135811.pdf>

Brundage J. Interactions between influenza and bacterial respiratory pathogens: implications for pandemic preparedness. *Lancet Infect Dis*. 2006;6:303-12.

Canada. Public Health Agency of Canada (PHAC). Canadian pandemic influenza plan, 2004 [online]. Ottawa: PHAC; 2004 Feb [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/pdf-cpip-03/canadian-pandemic-influenza-plan.pdf>

¹ Assistente Graduada de Saúde Pública, Centro de Saúde da Amadora. Organização e coordenação da edição.

Canada. Vancouver Coastal Health (VCH). Regional pandemic influenza response plan [online]. Vancouver: VCH; 2005 May [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.vch.ca/public/communicable/docs/pandemic/title_page.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Faith-based & community organizations pandemic preparedness checklist - Version 1.1 [online]. Atlanta: Department of Health and Human Services; 2006 Jan 9 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.pandemicflu.gov/plan/pdf/faithbasedCommunityChecklist.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks. Recommendations from the CDC Working Group. MMWR [periódico online]. 2004 May 7 [acesso em 2006 Set 26];53(RR-5):[aproximadamente 16 p.]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5305.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance for the use of masks to control influenza transmission [online]. Atlanta: CDC; 2005 Ag 8 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/pdf/flumaskguidance.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance on planning for the use of surgical masks and respirators in health care setting during an influenza pandemic [online]. Atlanta: CDC; 2006 Oct [acesso em 2006 Out 20]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preventing the spread of influenza in child care settings: guidance for administrators, care providers, and other staff [online]. Atlanta: CDC; 2004 Feb [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/flu/professionals/pdf/childcaresettings.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR [periódico online]. 2006 Jul 28 [acesso em 2006 Set 17];55(RR10):[aproximadamente 42 p.]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5510a1.htm>

Centro Nacional da Gripe, Observatório Nacional de Saúde. Sistema Nacional de Vigilância da Gripe. Gripe em Portugal. Relatório anual 2003-2004 [relatório online]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde (INSA); 2004 Nov [acesso em 2006 Ag 17]. Disponível em: http://www.onsa.pt/conteu/est_gripe-pt_onsa.pdf

Commission of the European Communities (CEC). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Pandemic influenza preparedness and response planning in the European Community. Brussels: CEC; 2005 Nov 28.

Contreiras T, Falcão JM, Nunes B. Vacinação anti-gripal: cobertura da população portuguesa entre 1998/1999 a 2002/2003. Rev Port Pneumol. 2004 Mar/Abr;10(2):115-23.

Costa AC, Silva MG. Reforço das medidas de controlo de infeção na perspectiva de ocorrência de pandemia de gripe. Programa nacional de controlo de infeção (PNCI). Lisboa: 2006 Mai. Dactilografado.

España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe [online]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 Mai. [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/PlanGripeEspanol.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Epidemic intelligence in the EU. Meeting Report [online]. Stockholm: ECDC; 2006 Jan 18/19 [acesso em 2006 Out 20]. Disponível em: <http://www.ecdc.europa.eu/events.past.php>

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Improved detection and monitoring of emerging health threats in Europe: ECDC epidemic intelligence operations, 4th Meeting, Budapest, 2005 Out 27/28 [online]. Estocolmo: ECDC; 2005 Out 13 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.ecdc.eu.int/documents/AF050930/pdf/AF3_4_ECDC_Epidemic_intelligence_operations.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Interim ECDC risk assessment [online]. Estocolmo: ECDC; 2005 Out 19 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.ecdc.eu.int/avian_influenza/H5N1_European_Risk_Assessment_ECDC_051019.pdf

European Influenza Surveillance Scheme. Annual report: 2004-2005 influenza season [online]. Utrecht: Netherlands Institute for Health Services Research (NIV-EL); 2006 May [acesso em 2006 Agosto 18]. Disponível em: http://www.eiss.org/html/annual_reports.html

European Influenza Surveillance Scheme. Influenza activity on the rise mainly in the central part of Europe and Portugal. EISS Weekly Electronic Bulletin [periódico online]. Semana 5: 2005 Jan 31/Fev 6 [acesso em 2006 Set 22];138:[aproximadamente 6 p.1. Disponível em: http://www.eiss.org/bulletins_pdf/eiss_2005_5_bulletin.pdf

Finland. Ministry of Social Affairs and Health. Working Group on National Pandemic Preparedness. Finnish national preparedness plan for an influenza epidemic [online].

Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2006 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/linuflunssa/kieliversiot.htx.i753.pdf#search=%22finnish%20national%20preparedness%20plan%20for%20an%20influenza%20epidemic%22>

Frada JJC. A gripe pneumónica em Portugal Continental – 1918. Estudo socio-económico e epidemiológico com particular análise do concelho de Leiria. Lisboa: Sete Caminhos; Set 2005.

France. Ministère de La Santé et des Solidarités. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Organisation de soins en situation de pandémie grippale - - fiches de recommandations – 1er édition [online]. Paris: Ministère de La Santé et des Solidarités; 2006 Abr [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe_aviaire/reco_orga_soins.pdf

France. Secrétariat General de la Défense Nationale (SGDN). Plan gouvernemental de prévention et de lutte - pandémie grippale [online]. Paris: SGDN; 2006 Jan [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.grippeaviaire.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_pandemie_grippale_janvier_2006.pdf

Greece. Ministry for Health and Social Solidarity. Center for Disease Control & Prevention (HCDCP). National influenza pandemic plan – 2.^a edition [online]. Athens: HCDCP; 2005 Out [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.keel.org.gr/keelpno/National_plan.pdf#search=%22ministry%20for%20health%20and%20social%20solidarity%20national%20influenza%20pandemic%20plac%22

Grein TW, Kamara KBO, Rodier G, et al. Rumors of disease in the global village: outbreak verification. *Emerg Infect Dis* 2000;6(2):97-102.

Instituto Central de Higiene, Secção de Demografia e Estatística. Estatística do movimento fisiológico da população de Portugal. Ano de 1918. Lisboa: Imprensa Nacional; 1922.

Instituto Central de Higiene, Secção de Demografia e Estatística. Estatística do movimento fisiológico da população de Portugal. Ano de 1919. Lisboa: Imprensa Nacional; 1924.

Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED). Estatística do medicamento 2004 [online]. Lisboa: INFARMED; 2006 Mai [acesso em 2006 Set 22]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA_MEDICAMENTO/estatistica%20do%20medicamento-04.pdf.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde (ONSA). Gripe: cenários para uma eventual pandemia. Actualização de Julho de 2006. Lisboa: INSA/ONSA; 2006 Jul. Fotocopiado.

Ireland. Department of Health and Children (DHC). A model plan for influenza pandemic preparedness – version 5.2 [online]. Dublin: DHC; 2002 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dohc.ie/publications/pdf/panflu.pdf>

Kaiser R, Coulombier D, Baldari M, Morgan D, Paquet C. What is epidemic intelligence, and how is it being improved in Europe? *Eurosurveillance Weekly release* [periódico online]. 2006 Fev 2 [acesso em 2006 Out 20];11(2):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060202.asp#4>

Kapila R, Lintz D, Tacson F, et al. A nosocomial outbreak of influenza A. *Chest* 1977;71:576-9.

Kaufman Z, Cohen E, Peled-Leviatan T, et al. Using data on an influenza B outbreak to evaluate a syndromic surveillance system - Israel, June 2004. *MMWR* [periódico online]. 2005 Ag. 26 [acesso em 2006 Set 26];54(Suppl):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su5401a37.htm>

Kilbourne ED. Influenza pandemics: can we prepare for the unpredictable? *Viral Immunol* 2004;17(3):350-7.

Lanard J, Sandman PM. Superb flu pandemic risk communication: a role model from Australia. Peter Sandman column *[online]*. 2005 Jul 6 [acesso em 2007 Mar 19]. Disponível em: <http://www.psandman.com/col/abbott.htm>

Life Services Network, Public Relations Task Force (LSN's PRTF). Crisis communication handbook *[online]*. 2002 Oct [acesso em 2007 Mar 19]. Disponível em: http://www.lsn.org/links/crisis_communication_plan.pdf

Malaysia. Ministry of Health. Disease Control Division. Communicable Disease Surveillance Section. National influenza pandemic preparedness plan *[online]*. Putrajaya: Ministry of Health; 2006 Jan [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.dph.gov.my/survelans/NIPPP/NIPPP%20_%20Plan%20of%20Actions.pdf

Mandell L, Bartlett J, Dowell S, File T, Musher D, Whitney C. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. *Clin. Infect Dis.* 2003; 37:1405–33.

Meijer A, Paget WJ, Meerhoff TJ, Brown CS, Meuwissen LE, Velden J. Epidemiological and virological assessment of influenza activity in Europe, during the 2004-2005 winter. *Eurosurveillance* [periódico *online*]. 2006 May [acesso em 2006 Set 27]; 11(5):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://www.eurosurveillance.org/eq/2006/02-06/pdf/eq_5_2006_111-118.pdf

Mills CE, Robins JM, Bergstrom CT, Lipsitch M. Pandemic influenza: risk of multiple introductions and need to prepare for them. *PLoS Medecine* [periódico *online*]. 2006 Jun [acesso em 2006 Set 26]; 3(6):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/3/6/pdf/10.1371_journal.pmed.0030135-S.pdf

Ministério da Saúde. Centro de Saúde de Braga. Plano de emergência interno do centro de saúde de Braga para a pandemia de gripe: versão nº1.1. Braga: 2006 Jan. Dactilografado.

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Circular Informativa n.º 40/DIR/G. Gripe: vacinação contra a gripe em 2006/2007 *[online]*. Lisboa: DGS; 2006 Set 21 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008256.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Circular Informativa n.º 48/DT. Vacinação contra a gripe *[online]*. Lisboa: DGS; 2005 Set 19 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007218.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1): período de alerta pandémico – fase 3: descrição epidemiológica e clínica – GAH 1 *[online]*. Lisboa: DGS; 2006 Mar 30 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007936.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1): período de alerta pandémico – fase 3: definições de caso de doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1), de contacto próximo e de área afectada - GAH 2 *[online]*. Lisboa: DGS; 2006 Mar 30 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007937.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1): período de alerta pandémico – fase 3: procedimentos a adoptar pelos serviços de saúde perante a identificação de um caso possível – GAH 3 [online]. Lisboa: DGS; 2006 Mar 30 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007938.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1): período de alerta pandémico – fase 3: medidas de protecção individual em serviços de saúde – GAH 4 [online]. Lisboa: DGS; 2006 Mar 30 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007939.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1): período de alerta pandémico – fase 3: colheita de produtos biológicos destinados à investigação laboratorial virológica – GAH 5 [online]. Lisboa: DGS; 2006 Mar 30 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007940.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1): período de alerta pandémico – fase 3: investigação epidemiológica de casos e vigilância de pessoas expostas – GAH 6 [online]. Lisboa: DGS; 2006 Mar 30 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007764.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1): período de alerta pandémico – fase 3: vacinas e antivirais – GAH 7 [online]. Lisboa: DGS; 2006 Mar 30 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007941.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1): período de alerta pandémico – fase 3: vigilância do viajante (via aérea) – GAH 8 [online]. Lisboa: DGS; 2006 Mar 30 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007942.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Doença humana por vírus da gripe de origem aviária A(H5N1): período de alerta pandémico – fase 3: vigilância do viajante (via marítima) – GAH 9 [online]. Lisboa: DGS; 2006 Mar 30 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007943.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Plano de contingência nacional para a pandemia de gripe – sector da saúde [online]. Lisboa: DGS; 2006 Mar 30 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007770.pdf>

Murray CJ, Lopez AD, Chin B, Feehan D, Hill KH. Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918-20 pandemic: a quantitative analysis. *Lancet* 2006;368:2211-8

New Zealand. Ministry of Health. New Zealand influenza pandemic action plan – version 14 [online]. Wellington: Ministry of Health; 2005 Nov 16. [acesso em 2006 Set 26]. (Disponível em: <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-influenza-pandemic-action-plan-2006#Publication%20availability>)

Nogueira PJ, Rebelo de Andrade H. Excess mortality attributable to influenza in Portugal from 1990 to 1998. Poster presented at: Options for the Control of Influenza IV, Crete, Greece (23-28 September 2000).

Nunes B, Falcão I, Falcão JM. Gripe pandémica em Portugal: qual será o cenário mais provável? Observações [periódico *online*]. 2005 Set [acesso em 2006 Ag 17]; 28:[aproximadamente 2 p.]. Disponível em: http://www.onsa.pt/conteu/pub_observacoes-028_onsa.pdf

Nunes B, Rabiais S, Contreiras T, Falcão JM. Evolução da cobertura da vacina anti-gripal de 1998/1999 a 2005/2006, na amostra ECOS. Observações [periódico *online*]. 2006 Out [acesso em 2006 Nov 20]; 32:[aproximadamente 2 p.] Disponível em: http://www.onsa.pt/conteu/pub_observacoes-032_onsa.pdf

Pan American Health Organization. Creating a communication strategy for avian/pandemic influenza. Draft [online]. 2006 Jun 9 [acesso em 2007 Mar 19]. Disponível em: http://www.paho.org/english/sha/be_v22n3-flu.htm

Pan American Health Organization. Influenza: basic epidemiological aspects for the development of vaccines. Epidemiological Bulletin [periódico *online*]. 2001 Set [acesso em 2006 Ag 24]; 22(3):[aproximadamente 3 ecrãs]. Disponível em: http://www.paho.org/english/sha/be_v22n3-flu.htm

Paget J, Meerhoff T, Meijer A, Velden K. Five winters of influenza activity in Europe: an evaluation of the indicators used to measure activity and an assessment of the timing, length and spread of influenza. Poster presented at: Ninth European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET). Scientific Seminar, Mahón, Minorca, Spain (14-16 October 2004). Poster 4 [online]. Utrecht: Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL); 2004 Oct [acesso em 2006 Set 20]. Disponível em: http://www.eiss.org/documents/eiss_epiet_poster_oct_2004.pdf

Paget J, Meijer A, Brown C, Meerhoff T, Velden K. Epidemiological and virological analysis of the 2004-2005 influenza season in Europe. Poster presented at: The 13th European Conference on Public Health, Graz (10-12 November 2005) [online]. Utrecht: Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL); 2005 Nov [acesso em 2006 Set 20]. Disponível em: <http://www.eiss.org/html/posters.html>

Pequenas e Médias Empresas Negócios. Como conceber um sistema de informação na empresa [online]. Lisboa. [acesso em 2006 Ag 5]. Disponível em: http://www.pmelink.pt/pmelink_public/EC/O,1655,1005_16536-3_41097--View_429,00.html

Saito R, Paget J, Hitaka S, Sakai T, Sasaki A, Velden K, Suzuki H. Geographic mapping method shows potential for mapping influenza activity in Europe.

Eurosurveillance weekly release [periódico *online*]. 2005 Oct 27 [acesso em 2006 Set 17]; 10(10):[aproximadamente 10 ecrãs]. Disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/051027.asp>

Salgado CD, Farr BM, Hall KK, et al. Influenza in the acute care setting. *Lancet Infect Dis* 2002;2:145-55.

Sampaio A. Subsídios para o estudo da epidemiologia da Gripe. *Boletim dos Serviços de Saúde Pública* 1959;6(1):7-147.

Sampaio A, Caeiro FM. A pandemia de gripe “Asiática” em Portugal – 1957. Boletim dos Serviços de Saúde Pública 1958;5(3):267-360.

Silverstein G. Preparing for pandemic influenza. Lancet 2006;367:1239-40.

Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Recomendações de abordagem diagnóstica e terapêutica da pneumonia da comunidade em adultos imunocompetentes. Rev Port Pneumol 2003;5:435-61.

Suisse. Département Fédéral de l’Intérieur. Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Plan Suisse de pandémie influenza [online]. Berna: OFSP; 2006 Mar [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html?lang=fr>

The Writing Committee of the WHO Consultation on Human Influenza A/H5. Avian influenza A(H5N1) infection in humans. N Engl J Med 2005;353:1374-85.

United Kingdom. Department of Health (DH). Pandemia de gripe, informação importante para si e para a sua família. Edição em língua estrangeira [online]. London: Department of Health Publications; 2005 Oct [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/20/85/04122085.pdf>

United Kingdom. Department of Health (DH), Health Protection Agency (HPA). Guidance for pandemic influenza: infection control in hospitals and primary care settings [online]. London: DH, HPA; 2005 Oct 19 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/17/54/04121754.pdf>

United Kingdom. Health Protection Agency (HPA). HPA influenza pandemic contingency plan. Version 8.0 [online]. London: DH; 2006 Set [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/influenza/pandemic/documents/HPAPanFluContPlanSept06.pdf

United States of America. Department of Health and Human Services (DHHS). Communicating in a crisis: risk communication guideline for public officials [online]. Washington, DC: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2002 [acesso em 2007 Mar 19]. Disponível em: <http://www.riskcommunication.samhsa.gov/RiskComm.pdf>

United States of America. Department of Health and Human Services (DHHS). HHS pandemic influenza plan [online]. Washington, DC: DHHS; 2005 Nov [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.hhs.gov/pandemicflu/plan/pdf/HHSPandemicInfluenzaPlan.pdf>

United States of America. Department of Health and Human Services (DHHS). HHS pandemic influenza plan, supplement 1, pandemic influenza surveillance [online]. Washington, DC: DHHS; 2005 Dez 2 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.hhs.gov/pandemicflu/plan/sup1.html>

United States of America. Department of Health and Human Services (DHHS). HHS pandemic influenza plan, supplement 4, infection control [online]. Washington, DC: DHHS; 2005 Dez 2 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.hhs.gov/pandemicflu/plan/sup4.html>

United States of America. Department of Health and Human Services (DHHS). HHS pandemic influenza plan, supplement 5, clinical guidelines *[online]*. Washington, DC: DHHS; 2005 Dez 2 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.hhs.gov/pandemicflu/plan/sup5.html>

United States of America. Department of Health and Human Services (DHHS). HHS pandemic influenza plan, supplement 8, community disease control and prevention *[online]*. Washington, DC: DHHS; 2005 Nov 8 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.hhs.gov/pandemicflu/plan/sup8.html>

United States of America. Department of Health and Human Services (DHHS). Pandemic flu planning checklist for individuals and families *[online]*. Washington, DC: DHHS; 2006 Jan [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://pandemicflu.gov/planguide/checklist.html>

United States of America. Homeland Security Council (HSC). National strategy for pandemic influenza: implementation plan *[online]*. Washington, DC: HSC; 2006 Mai [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.whitehouse.gov/homeland/nspi_implementation.pdf

United States of America. Texas Department of State Health Services (TDSHS). Crisis and emergency risk communication guidelines *[online]*. Austin: TDSHS; 2005 Jan 1 [acesso em 2007 Mar 19]. Disponível em: <http://www.dshs.state.tx.us/riskcomm/documents/Communications%20Plan%20050101.pdf>

Van-Voris L, Belshe R, Shaffer J. Nosocomial influenza B virus infection in the elderly. *Ann Intern Med* 1982;96:153-8.

Weingarten S, Friedlander M, Rascon AM, et al. Influenza surveillance in an acute-care hospital. *Arch Intern Med* 1988;148:113-16.

World Health Organization (WHO). Avian influenza: assessing the pandemic threat *[online]*. Geneva: WHO/CDS; 2005 Jan [acesso em 2006 Set 17]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/influenza/H5N1-9reduit.pdf>

World Health Organization (WHO). Clarification on the use of masks by health-care workers in pandemic settings *[online]*. Geneva: WHO; 2005 Nov. [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/Mask%20Clarification10_11.pdf

World Health Organization (WHO). Coordinated rapid outbreak response, 2006 *[online]*. Geneva: WHO; 2006 [acesso em 2006 Out 14]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/alertresponse/rapidresponse/en/>

World Health Organization (WHO). Effective media communication during public health emergencies *[online]*. Geneva: WHO; 2005 Jul [acesso em 2007 Mar 19]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO%20MEDIA%20HANDBOOK.pdf>

World Health Organization (WHO). Epidemic alert and verification: summary report 2005. *Weekly epidemiological record* [periódico *online*]. 2006 Set 22 [acesso em 2006 Out 20];38:357-64. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2006/wer8138.pdf>

World Health Organization (WHO). Epidemic intelligence - systematic event detection, 2006 [online]. Geneva: WHO; 2006 [acesso em 2006 Out 14]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/alertresponse/epidemicintelligence/en/>

World Health Organization (WHO). Event verification, 2006 [online]. Geneva: WHO; 2006 [acesso em 2006 Out 14]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/alertresponse/verification/en/>

World Health Organization (WHO). Guide to hygiene and sanitation in aviation[online]. Geneva: WHO; 1977 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/ihr/guide.pdf>

World Health Organization (WHO). Influenza A (H5N1): interim infection control guidelines for health care facilities [online]. Geneva: WHO; 2004 Mar. [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/Guidelines_for_health_care_facilities.pdf

World Health Organization (WHO). Influenza Vaccines. WHO position paper. Weekly epidemiological record [periódico online]. 2005 Aug 19 [acesso em 2006 Set 17];33:279-87. Disponível em: www.who.int/immunization/wer8033influenza_August_2005_position_paper.pdf

World Health Organization (WHO). Information management and dissemination, 2006 [online]. Geneva: WHO; 2006 [acesso em 2006 Out 14]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/alertresponse/infomanagement/en/>

World Health Organization (WHO). Outbreak communication. Best practices for communicating with the public during an outbreak [online]. Singapore: WHO; 2004 Sep 21-23 [acesso em 2007 Mar 19]. Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_32web.pdf

World Health Organization (WHO). Outbreak response logistics, 2006 [online]. Geneva: WHO; 2006 [acesso em 2006 Out 14]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/alertresponse/logistics/en/>

World Health Organization (WHO). Real time alert, 2006 [online]. Geneva: WHO; 2006 [acesso em 2006 Out 14]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/alertresponse/realtimealert/en/>

World Health Organization (WHO). Regional Office for the Western Pacific. Welcome speech of Dr Richard Nesbit, WHO acting regional director for the Western Pacific workshop on developing integrated national health information systems[online]. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2006 Set 6-8 [acesso em 2006 Out 14]. Disponível em: <http://www.wpro.who.int/NR/exeres/E925FEF3-9690-43DA-83E8-6B3E57ECC73E.htm>

World Health Organization (WHO). Responding to the avian influenza pandemic threat - recommended strategic actions, 2005 [online]. Geneva: WHO; 2005 Ag [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_05_8-EN.pdf

World Health Organization (WHO). Sixth futures forum on crisis communication [online]. Reykjavik: WHO; 2004 May 10-11 [acesso em 2007 Mar 19]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/E85056.pdf>

World Health Organization (WHO). Strengthening pandemic-influenza preparedness and response, including application of the International Health Regulations. Fifty-ninth world health assembly [online]. Geneva: WHO; 2006 Abr 24 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_4-en.pdf

World Health Organization (WHO). WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning [online]. Geneva: WHO; 2005 Abr [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/FluCheck6web.pdf>

World Health Organization (WHO). WHO consultation on priority public health interventions before and during an influenza pandemic [online]. Geneva: WHO; 2004 Mar [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/final.pdf

World Health Organization (WHO). WHO global influenza preparedness plan: the role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics [online]. Geneva: WHO; 2005 Nov [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.who.int/entity/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf

World Health Organization (WHO). WHO guidelines for global surveillance of influenza A/H5 [online]. Geneva: WHO; 2004 Feb 6 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/globalsurveillance.pdf

World Health Organization (WHO). Who outbreak communication guidelines [online]. Geneva: WHO; 2005 [acesso em 2007 Mar 19]. Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_28en.pdf

World Health Organization (WHO). WHO pandemic influenza draft protocol for rapid response and containment - updated draft [online]. Geneva: WHO; 2006 May 30 [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/protocolfinal30_05_06a.pdf

World Health Organization (WHO). WHO rapid advice guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus [online]. Geneva: WHO; 2006 Jun [acesso em 2006 Set 26]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.6.pdf

World Health Organization Writing Group. Non pharmaceutical interventions for pandemic influenza, national and community measures. Emerg Infect Dis 2006;12:81-87.

World Health Organization Writing Group. Non pharmaceutical interventions for pandemic influenza, international measures. Emerg Infect Dis 2006;12:88-94.

AGRADECIMENTO

Dr Pedro Serrano, Coordenação de Internamento Complementar
de Saúde Pública da Zona Sul.



ÍNDICE DETALHADO



ÍNDICE DETALHADO

SIGLAS E ACRÓNIMOS	7
AGRADECIMENTOS	9
PREFÁCIO.....	11
SUMÁRIO EXECUTIVO	13
INTRODUÇÃO.....	17
ÁREAS FUNCIONAIS	20
PLANOS ESPECÍFICOS	21
FINALIDADE E OBJECTIVOS	24
ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO	27
GRIPE SAZONAL.....	29
1. Sistemas de vigilância epidemiológica	29
2. Caracterização epidemiológica	30
2.1. Sazonalidade.....	30
2.2. Incidência de gripe.....	31
2.3. Mortalidade	32
2.4. Indicadores da actividade gripal	33
2.5. Indicadores indirectos da actividade gripal.....	37
2.5.1. Utilização dos serviços de saúde.....	37
2.5.2. Consumo de medicamentos	39
3. Vacinação	40
GRIPE PANDÉMICA.....	42
1. Enquadramento histórico	43
2. A próxima pandemia de gripe	45
2.1. Origem e disseminação geográfica	46
2.2. Morbilidade e mortalidade	46
2.3. Cenários para uma eventual pandemia.....	47

LIDERANÇA, ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO	53
INTRODUÇÃO.....	55
ENQUADRAMENTO	55
CADEIA DE COMANDO E CONTROLO	56
ESTRUTURAS PARA A ELABORAÇÃO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA.....	56
1. Estruturas para a elaboração dos planos de contingência	57
1.1. Nível nacional	57
1.2. Níveis regional, local e institucional.....	58
2. Estruturas para a execução dos planos de contingência.....	60
2.1. Estruturas para a execução das medidas preparatórias	60
2.2. Estruturas para a avaliação de risco.....	60
2.2.1. Nível nacional.....	60
2.2.2. Níveis regional, local e institucional	61
2.3. Estruturas para a gestão do risco.....	62
2.3.1. Nível nacional.....	62
2.3.2. Níveis regional, local e institucional	63
3. Estruturas para a avaliação dos planos de contingência.....	64
3.1. Nível nacional	64
3.2. Níveis regional, local e institucional.....	64
NOTAS FINAIS	64
ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS.....	65
<i>Plano de contingência nacional para a pandemia de gripe - sector da saúde (actualização de Janeiro de 2006)</i>	68
I. A GRIPE COMO DOENÇA PANDÉMICA.....	70
II. ORIENTAÇÕES DA OMS E ESTRATÉGIAS NACIONAIS	73
III. RESPOSTAS DO SECTOR DA SAÚDE.....	76
1. Informação em saúde.....	76
2. Prevenção, contenção e controlo	79
A. Medidas de saúde pública.....	79
B. Prestação de cuidados de saúde.....	81
AMBULATÓRIO E INTERNAMENTO	81
VACINAS E MEDICAMENTOS.....	83
3. Comunicação.....	85

4. Avaliação	86
AVALIAÇÃO	89
INTRODUÇÃO.....	91
ORIENTAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA.....	92
1. Tipos de avaliação.....	92
2. Processo de avaliação.....	93
PROCESSOS DE AVALIAÇÃO EM CURSO.....	95
PLANOS ESPECÍFICOS.....	97
INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	99
INTRODUÇÃO.....	101
FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS.....	102
1. Conceptualização geral	102
2. Conceptualização do Sistema Integrado de Informação da Gripe.....	105
3. Articulação com o nível supranacional.....	107
PONTOS CRÍTICOS	108
MEDIDAS E PROCEDIMENTOS	110
1. Sistema Integrado de Informação da Gripe.....	111
2. Investigação epidemiológica	124
3. Estudos especiais	128
MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA.....	133
INTRODUÇÃO.....	135
FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS.....	137
1. Fundamentação.....	137
2. Pressupostos	143
PONTOS CRÍTICOS	144

MEDIDAS E PROCEDIMENTOS	146
1. Protecção individual	146
1.1. Higiene das mãos	147
1.2. Higiene respiratória.....	147
1.3. Equipamentos de protecção individual	148
2. Distanciamento social.....	156
2.1. Isolamento dos doentes.....	156
2.2. Quarentena	157
2.3. Outras medidas de distanciamento social.....	158
3. Vigilância dos viajantes (viagens internacionais).....	162
4. Outras medidas.....	164
CUIDADOS DE SAÚDE EM AMBULATÓRIO.....	169
INTRODUÇÃO.....	171
FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS.....	172
PONTOS CRÍTICOS	176
MEDIDAS E PROCEDIMENTOS	179
1. Medidas aplicáveis sobretudo nas fases de 1 a 5	179
2. Medidas aplicáveis sobretudo na fase 6 (pandemia).....	187
CUIDADOS DE SAÚDE EM INTERNAMENTO.....	201
INTRODUÇÃO.....	203
1. Objectivo e âmbito.....	204
2. Articulação com os outros planos específicos	204
2.1. Informação em saúde.....	205
2.2. Medidas de saúde pública.....	205
2.3. Cuidados de saúde em ambulatório	206
2.4. Vacinas e medicamentos.....	206
2.5. Comunicação.....	207
FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS.....	207
PONTOS CRÍTICOS	210
MEDIDAS E PROCEDIMENTOS	212

VACINAS E MEDICAMENTOS	231
INTRODUÇÃO.....	233
FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS.....	234
1. Antivirais	234
2. Vacinas.....	235
3. Outros medicamentos da Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe	238
3.1. Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe – sector grossista	239
3.2. Reserva Estratégica de Medicamentos para a Gripe – sector hospitalar.....	239
PONTOS CRÍTICOS	240
MEDIDAS E PROCEDIMENTOS	242
COMUNICAÇÃO.....	255
INTRODUÇÃO.....	257
FUNDAMENTAÇÃO E PRESSUPOSTOS.....	260
1. A comunicação em situações de ameaça e de crise	260
2. Estratégias de comunicação.....	262
2.1. Estratégias de comunicação em situação de ameaça	263
2.2. Estratégias de comunicação em situação de crise	266
MEDIDAS E PROCEDIMENTOS	270
1. Equipa de comunicação da DGS.....	270
2. Acções de comunicação de acordo com as fases da actividade gripal.....	272
CONCLUSÕES	273
BIBLIOGRAFIA	275

gripe

gripe

gripe

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde