ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS E RESPOSTA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nota Técnica Nº: 4/2026/SES/SUVISA/SUVEPI/GESP/C-21843

**Assunto: Orientações sobre a Doença pelo Vírus Ebola (espécie Bundibugyo), no contexto da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).**

Goiânia, 20 de agosto de 2026.

**1. CONTEXTUALIZAÇÃO**

Em maio de 2026, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre um surto de doença desconhecida com elevada letalidade na zona de saúde de Mongbwalu, província de Ituri, na República Democrática do Congo (RDC), incluindo a ocorrência de óbitos entre profissionais de saúde. Em 15 de maio de 2026, o Instituto Nacional de Pesquisa Biomédica de Kinshasa confirmou a circulação do vírus Bundibugyo em amostras analisadas, sendo declarado oficialmente o 17º surto de doença pelo vírus Ebola no país.

Em 17 de maio de 2026, a OMS declarou que o evento constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), conforme o Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005). A avaliação de risco foi considerada muito alta em nível nacional na RDC, alta para a Região Africana e baixa em nível global. Para o Brasil, o risco permanece baixo. Entretanto, a mudança do perfil epidemiológico comunicada pela OMS reforça a necessidade de mobilização dos serviços de saúde, com ênfase na vigilância ativa, detecção precoce, notificação imediata e capacitação das equipes de resposta rápida, sem indicação de medidas restritivas.

Até 12 de agosto de 2026, foram registrados 4.665 casos confirmados e 2.184 óbitos confirmados na RDC (taxa de letalidade de 46,8%), distribuídos nas províncias de Ituri, Kivu do Norte, Kivu do Sul, Haut-Uélé, Tshopo e Bas-Uélé. Em Uganda, no dia 28 de julho, o Ministério da Saúde declarou o fim do surto de BVD no país, após 42 dias sem um novo caso confirmado de transmissão local, desde a alta do último caso confirmado em 16 de junho de 2026. Foram 20 casos confirmados (+01 provável) e 01 óbito confirmados (+01 provável). O caso importado mais recente recebeu alta de um centro de tratamento em 16 de julho, após dois resultados negativos em testes. Seguindo as orientações internacionais, a OMS monitorará a situação por 42 dias a partir desta data para garantir que nenhuma cadeia de transmissão tenha sido perdida.

Fora do continente africano, houve a confirmação laboratorial de um caso da Doença pelo Vírus Ebola causada pelo vírus Bundibugyo (DVB) na França, em um médico que retornava da RDC. O paciente havia atuado por cinco semanas na província de Ituri, onde participou do atendimento a pacientes com a doença. Ele recuperou-se e recebeu alta do hospital em 4 de julho, após dois resultados negativos no teste PCR. Não foi identificada nenhuma transmissão secundária entre os cinco contatos de baixo risco do voo que foram colocados em quarentena preventiva. Esses contatos concluíram o período de acompanhamento em 14 de julho.

Um médico dos Estados Unidos, que trabalhava na RDC, foi evacuado para tratamento médico e levado para a Alemanha em maio de 2026. O paciente se recuperou e recebeu alta. Não foram relatados casos secundários. Um segundo cidadão dos Estados Unidos, um trabalhador humanitário,

testou positivo para o vírus Bundibugyo na RDC em julho de 2026 e foi evacuado para um hospital universitário em Frankfurt am Main, na Alemanha, tendo também se recuperado. Estes dois pacientes foram computados como casos da RDC.

No Brasil ou nas Américas, até o momento, não há registro de casos da DVB. Entretanto, o cenário de mobilidade internacional e a ocorrência de casos importados reforçam a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, assistência à saúde, vigilância laboratorial e resposta às emergências em saúde pública.

Em decorrência desse cenário, o Ministério da Saúde (MS) ativou o **Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais**, passando da fase de normalidade para a **fase de mobilização**.

Diante desse contexto, o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS Goiás), ligado à Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), vinculada à Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI) e à Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), em conjunto com as áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), publica a presente Nota Técnica com orientações aos serviços e profissionais de saúde para o enfrentamento da Doença pelo DVB, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo MS.

Salienta-se que esta Nota Técnica está em consonância com a atual **fase de mobilização** do Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais (FHV). Desta forma, em caso de mudança de fase, novas orientações deverão ser emitidas/atualizadas.

## 2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA CAUSADA PELO VÍRUS BUNDIBUGYO (DVB)

A DVB é uma febre hemorrágica viral grave, caracterizada por elevada letalidade e importante impacto para a saúde pública.

A **transmissão** ocorre por contato direto com sangue, secreções ou fluidos corporais ou tecidos de pessoas infectadas (vivas ou falecidas), bem como pelo contato com animais infectados ou superfícies e objetos contaminados (fômites).

O **período de incubação** da doença varia de 2 (dois) a 21 dias.

O **período de transmissibilidade** ocorre após o início dos sintomas.

Os **sintomas iniciais são inespecíficos** e incluem febre, fadiga, dores musculares, dor de cabeça e dor de garganta. Com a progressão da doença, podem surgir manifestações gastrointestinais, disfunção orgânica e, em alguns casos, manifestações hemorrágicas.

Até o momento, **não existem vacinas autorizadas ou tratamento específico** para o vírus Bundibugyo.

## 3. DEFINIÇÃO DE CASO

Consideram-se as seguintes definições de caso:

**Quadro 1. Definições de caso e contactantes da Doença pelo Vírus Ebola causada pelo vírus Bundibugyo (DVB).**

| Categoria | Definição |
|---|---|
| **Caso Suspeito** | 1. Indivíduo que apresenta febre e/ou calafrios, podendo estar acompanhados de diarreia, vômitos ou manifestações hemorrágicas, como diarreia sanguinolenta, gengivorragia, enterorragia, sinais purpúricos ou hematúria.<br>**e**<br>2. Histórico de viagens: |

| | |
|---|---|
| | A. Tenha, nos últimos 21 dias antes do início dos sintomas, permanecido, residido ou viajado para local com transmissão ativa da doença causada pelo vírus Bundibugyo, reconhecido pela OMS.<br>**ou**<br>B. Tenha histórico de viagem proveniente de país com circulação do vírus, quando não for possível determinar com segurança os locais visitados durante a estadia. |
| **Caso Confirmado** | Caso suspeito com resultado laboratorial positivo para vírus Bundibugyo, realizado em laboratórios de referência definidos pelo MS:<br>A. Por Reação de Polimerase em Cadeia (PCR).<br>**ou**<br>B. Sequenciamento genético viral. |
| **Caso Descartado** | Caso suspeito com resultado laboratorial negativo para vírus Bundibugyo, realizado em Laboratório de Referência definido pelo MS.<br>**Observação:** Quando a coleta da amostra ocorrer antes de 72 horas do início dos sintomas, deverá ser realizada uma 2ª coleta após esse período, sendo necessário resultado negativo em ambas as amostras para o descarte do caso. |
| **Contactante ou Comunicante** | Indivíduos assintomáticos que tiveram contato direto ou indireto com caso suspeito ou confirmado de DVB durante o período sintomático da doença, inclusive após óbito.<br>• Contato direto refere-se ao contato com fluidos ou secreções corporais do caso.<br>• Contato indireto refere-se à permanência no mesmo ambiente e/ou ao contato com objetos ou superfícies compartilhados com o caso, sem comprovação de exposição aos seus fluidos corporais, incluindo profissionais de saúde que realizaram assistência ao paciente sem relato de exposição direta.<br>• Requer monitoramento ativo por 21 dias.<br>**Observação:** Consideram-se contactantes, em caso de exposição durante o voo, os passageiros sentados na mesma fileira do caso suspeito, bem como aqueles alocados na fileira imediatamente à frente e na fileira imediatamente atrás. Também devem ser considerados contactantes quaisquer passageiros ou tripulantes que tenham tido contato direto com fluidos ou secreções corporais do caso suspeito ou sido identificados, após |

| | |
|---|---|
| | avaliação de risco, como tendo apresentado outra exposição relevante. |

**Fonte: Nota Técnica Conjunta nº160/2026/SVSA/SAES/MS**

**4. NOTIFICAÇÃO**

A Doença pelo DVB é de **notificação compulsória imediata (em até 24 horas)** às autoridades de saúde das esferas municipal, estadual e federal.

**Todo caso suspeito ou confirmado deve ser notificado imediatamente** pelo profissional ou serviço de saúde responsável pelo primeiro atendimento, utilizando o meio mais rápido disponível, de forma imediata (em até 24 horas após a suspeita inicial).

Registrar o caso na **Ficha de notificação individual** no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizando o Código Internacional de Doenças (CID) A98.4.

**4.1 Fluxo de Comunicação**

Após a identificação de caso suspeito ou confirmado de DVB, a **Ficha de Notificação Individual** e o instrumento padronizado de entrevista epidemiológica, conforme modelo constante no **Anexo 1** desta Nota Técnica, deverão ser devidamente preenchidos e encaminhados imediatamente, por meio de um dos canais oficiais de comunicação, ao CIEVS Goiás, que é o responsável pela articulação e comunicação junto ao MS.

A unidade de saúde também deverá comunicar à Vigilância Epidemiológica municipal, à Regional de Saúde, ao CIEVS Regional ou Municipal (quando existente).

Quando a unidade assistencial dispuser de Núcleo Hospitalar de Epidemiologia ou estrutura equivalente, deverá ser realizada comunicação também à Coordenação de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Unidades de Saúde (CVEHUS).

Os contatos para comunicação encontram-se detalhados no item 15 desta nota.

**Observação 1:** O registro do caso na plataforma Research Electronic Data Capture (REDCap) será realizado exclusivamente pelo CIEVS Goiás, após o recebimento e análise das informações encaminhadas pelo serviço notificante.

**5. MANEJO INICIAL DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO**

**5.1 Em Serviços de Saúde**

Os serviços de saúde, públicos ou privados, que atuam como porta de entrada assistencial, tais como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), prontos-socorros, clínicas ou similares, poderão ser procurados por pessoas que atendam os critérios de definição de caso suspeito ou confirmado de DVB. As ações iniciais devem priorizar a redução do risco de transmissão, assegurando a prestação da assistência necessária ao paciente e a notificação imediata às autoridades de saúde.

Nessas situações, recomenda-se a adoção imediata das seguintes medidas:

- Isolar imediatamente o paciente em ambiente privativo, com acesso restrito;
- Designar apenas os profissionais indispensáveis para a assistência;
- Realizar a paramentação completa da equipe antes do primeiro contato com o paciente;
- Restringir a circulação de pessoas na área de isolamento;
- Evitar procedimentos, manipulações e coletas de material biológico que não sejam estritamente necessários na unidade de origem. A critério da equipe assistencial, poderão ser realizados testes rápidos e exames *point-of-care* considerados indispensáveis para a avaliação clínica, observadas as medidas de biossegurança;

- Garantir, sempre que possível, o uso de banheiro exclusivo pelo paciente. Na impossibilidade de disponibilizar banheiro privativo ou quando não houver sistema de esgotamento sanitário adequado, as excretas deverão ser manejadas de forma a minimizar o risco de exposição, utilizando dispositivos coletores, como fraldas ou comadres, quando indicados, e descartadas conforme as normas vigentes para o gerenciamento de resíduos provenientes da assistência a casos suspeitos ou confirmados de DVB;
- Realizar a notificação imediata aos órgãos de vigilância epidemiológica, conforme fluxo estabelecido (Serviço de Saúde - Vigilância Municipal - Regional de Saúde - CIEVS Regional / CIEVS Goiás - MS);
- Em caso de entrevista com suspeito ou sintomático, adotar o princípio de evitar tocar o paciente e manter, quando possível, distância mínima de 1 metro. Quando realizada presencialmente com pessoa sintomática que atenda à definição de caso suspeito, o entrevistador deverá utilizar EPIs definidos.
- Identificar e registrar todos os indivíduos que atendam à definição de contactantes ou comunicantes (nome completo, telefone, tipo de exposição, monitoramento durante 21 dias), incluindo familiares, equipe de transporte, profissionais da recepção, dentre outros;
- Acionar o transporte especializado, conforme o plano de contingência vigente. Os gestores do SAMU 192 devem definir previamente quais unidades móveis serão utilizadas para essas transferências;
- Descartar todos os resíduos provenientes do atendimento como resíduos infectantes do Grupo A1, da Resolução de Diretoria Colegiada - ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018.

O fluxo de atendimento ao caso suspeito de DVB está apresentado no **Anexo 2** desta Nota Técnica.

Os serviços de saúde devem elaborar, disponibilizar de forma escrita e manter disponíveis, normas e rotinas dos procedimentos a serem adotados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados da DVB, tais como:

- Fluxo dos pacientes dentro do serviço de saúde;
- Procedimentos de colocação (paramentação) e retirada (desparamentação) de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- Procedimentos de remoção e processamento de roupas/artigos e produtos utilizados na assistência;
- Rotinas de limpeza e desinfecção de superfícies, rotinas para remoção dos resíduos, entre outros.
- Procedimentos para situações de exposição ocupacional acidental ao vírus.

### 5.2 Em Hospitais Estaduais e Nacionais de Referência

Conforme o Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais, os casos suspeitos de DVB deverão ser encaminhados, tão logo haja condições seguras para o transporte, à unidade de referência indicada pela regulação assistencial. Sempre que clínica e operacionalmente viável, deverá ser priorizado o encaminhamento ao Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz), referência nacional para o atendimento desses casos, ou para o Instituto de Infectologia Emílio Ribas, referência do Estado de São Paulo, devendo ser considerados os modais de transporte terrestre e aéreo, a depender do local de identificação do caso.

De acordo com avaliação das condições clínicas do paciente e atendendo rigorosamente às normas de biossegurança, antes de ser encaminhado a um dos Hospitais de Referência Nacional o paciente poderá ser transportado até uma das unidades de referência estadual: **Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), em Goiânia,** e **Hospital Estadual de Águas Lindas Ronaldo Ramos Caiado Filho (HEAL), em Águas Lindas de Goiás.**

**Compete aos hospitais de referência estadual** estabelecer os fluxos assistenciais, as medidas de prevenção e controle de infecção, o manejo clínico, a realização dos exames diagnósticos

indicados, o monitoramento de contactantes relacionados à assistência e o gerenciamento dos resíduos gerados durante o atendimento, em conformidade com os protocolos definidos pelo MS.

As solicitações de internação deverão ser inseridas no Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGO) – Módulo Gerenciador de Internações (GERINT), em conformidade com o fluxo estabelecido no Protocolo Estadual de Regulação de Internações, disponível em: Protocolos de Regulação do Acesso de Internação e de Urgência e Emergência – SES/GO.

Nos casos em que a solicitação de internação indicar suspeita ou confirmação de DVB, o encaminhamento será direcionado às unidades de referência designadas, observados os critérios assistenciais, os protocolos de regulação, a disponibilidade de leitos e os fluxos específicos estabelecidos para o agravo.

A Gerência de Regulação de Internações é responsável pela regulação do acesso aos leitos hospitalares de urgência e emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando na organização e disponibilização dos leitos conforme critérios assistenciais, protocolos de regulação e disponibilidade da rede.

## 6. MEDIDAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Os profissionais envolvidos na assistência, transporte e manejo de casos suspeitos ou confirmados de DVB deverão seguir rigorosamente as medidas de prevenção e controle de infecção estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo MS.

Os serviços de saúde devem garantir a capacitação contínua das equipes (tanto as envolvidas com a assistência direta ao paciente, quanto as equipes de apoio, como limpeza de ambientes/superfícies e manejo de resíduos) quanto às práticas de biossegurança, uso adequado dos EPIs, paramentação e desparamentação, bem como manter atualizados os fluxos e protocolos operacionais para atendimento de casos suspeitos/confirmados ou diagnósticos de febre hemorrágica viral.

Os profissionais de saúde envolvidos na assistência e profissionais responsáveis pela limpeza da área onde o caso suspeito ou confirmado estiver isolado/atendido deverão utilizar os EPIs compatíveis com agentes biológicos Classe de Risco 4.

As orientações para os procedimentos de paramentação e desparamentação estão descritas no **Anexo 3** desta Nota Técnica. Para consulta complementar, recomenda-se o acesso ao material técnico sobre paramentação e desparamentação para assistência a casos suspeitos ou confirmados de DVB, disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=hP4cPfqavT8.

**Observação**: A paramentação e a desparamentação deverão ocorrer em áreas previamente definidas, seguindo protocolo institucional padronizado e sob supervisão de observador treinado. A retirada dos EPIs deve ser realizada de forma sequencial, controlada e segura, considerando que a desparamentação inadequada representa uma das principais causas de exposição ocupacional.

## 7. TRANSPORTE DE PACIENTES

### 7.1 Transporte Terrestre

O transporte de pacientes suspeitos ou confirmados deverá ser realizado exclusivamente mediante acionamento da Central de Regulação das Urgências (SAMU 192), que deverá manter comunicação permanente com o CIEVS Goiás durante toda operação, observando rigorosamente os protocolos de biossegurança.

#### 7.1.1 Antes do transporte

- Definir previamente a ambulância destinada ao atendimento;
- Preparar a unidade móvel, retirando ou protegendo materiais não essenciais;

- Organizar previamente os equipamentos indispensáveis à assistência;
- Manter separação física entre a cabine do condutor e o compartimento assistencial, sempre que possível;
- Delimitar as áreas limpa, de transição e potencialmente contaminada.

#### 7.1.2 Durante o transporte

- Manter o paciente em isolamento durante todo o deslocamento;
- Limitar o número de profissionais envolvidos na assistência;
- Utilizar integralmente os EPIs, incluindo proteção para calçados, capote cirúrgico de mangas longas ou macacão impermeável, máscara respiratória de alta eficiência (PFF2 ou N95), gorro cirúrgico, óculos de proteção ou protetor facial completo e luvas duplas;
- Utilizar, quando disponível, sistema de isolamento individual (maca bolha);
- Manter comunicação permanente com o SAMU 192;
- Realizar a passagem estruturada das informações clínicas na unidade de destino (referência).

#### 7.1.3 Após o transporte

- Retirar a ambulância de operação até a conclusão da limpeza e descontaminação;
- Proceder ao gerenciamento adequado dos resíduos gerados;
- Comunicar imediatamente qualquer exposição ocupacional e iniciar o protocolo de acompanhamento do profissional exposto.

### 7.2. Transporte Aéreo

O transporte aeromédico de casos suspeitos ou confirmados de DVB para os hospitais de referência nacional será realizado pela Força Aérea Brasileira (FAB), após avaliação clínica conjunta da equipe assistencial responsável pelo paciente e da equipe médica da FAB, considerando as condições clínicas e a estabilidade do paciente para remoção.

O transporte deverá ocorrer sob rigorosas medidas de biossegurança, utilizando sistema de isolamento para transporte aeromédico de pacientes com alto risco biológico, do tipo cápsula de isolamento com pressão negativa (*Air Transport Isolator* – ATI ou equipamento equivalente), garantindo a proteção da equipe, da aeronave e do ambiente.

Toda a operação deverá seguir os protocolos vigentes do MS, ANVISA e da FAB para o transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de FHV.

Após a notificação do caso suspeito ou confirmado ao CIEVS Goiás e ao CIEVS Nacional, serão adotados os fluxos estabelecidos pelo MS para avaliação e acionamento do transporte aeromédico.

## 8. DESCONTAMINAÇÃO DO AMBIENTE

### 8.1 Ambiente fixo (porta de urgência)

Após a saída do paciente, deverá ser realizada limpeza terminal do ambiente, utilizando os mesmos EPIs empregados pela equipe assistencial. Todas as superfícies, mobiliários e equipamentos utilizados deverão ser submetidos à desinfecção rigorosa, observando-se os protocolos institucionais de biossegurança. Os resíduos gerados deverão receber destinação adequada como resíduos infectantes.

### 8.2 Ambiente móvel (ambulância)

Após a transferência do paciente, a unidade móvel deverá permanecer indisponível até a conclusão de todos os procedimentos de limpeza, desinfecção e descontaminação do compartimento assistencial, dos equipamentos utilizados, dos dispositivos de comunicação (rádio, tablets, telefones e

computadores embarcados) e das superfícies de contato frequente. Somente após a conclusão dessas etapas a ambulância poderá retornar à operação.

## 9. MANEJO DE CADÁVERES

Os corpos de pessoas falecidas com suspeita ou confirmação de DVB devem ser considerados potencialmente infectantes e manejados de acordo com rigorosas medidas de biossegurança. O preparo do corpo para o sepultamento deve ser realizado no hospital de referência responsável pelo atendimento do caso e, excepcionalmente, em outro serviço de saúde previamente orientado quanto às medidas de biossegurança. Todos os procedimentos devem ocorrer no próprio quarto de isolamento, evitando-se a transferência para necrotérios ou morgues.

A manipulação do corpo deve ser restrita ao mínimo necessário e realizada exclusivamente por profissionais treinados e devidamente paramentados com os EPIs recomendados. Não devem ser realizados procedimentos que aumentem o risco de exposição a fluidos corporais, incluindo lavagem do corpo, embalsamamento, tanatopraxia, maquiagem, vestimenta para exibição ou qualquer outra técnica de preparação estética.

Considerando que a DVB é causada por um agente biológico classificado como Classe de Risco 4 (NB-4), caracterizado pela elevada letalidade e pelo potencial de transmissão por contato com sangue e outros fluidos corporais, e considerando que os Serviços de Verificação de Óbito (SVO) do estado de Goiás não dispõem de salas de necropsia com sistema de pressão negativa e demais requisitos de biossegurança necessários para a realização de necropsias nesses casos, fica contraindicado o encaminhamento de cadáveres suspeitos ou confirmados de DVB aos SVOs para fins de necropsia. Nesses casos, a definição da causa do óbito deverá basear-se na avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial disponível, observadas as orientações vigentes do MS.

Após os procedimentos necessários, o corpo deve ser acondicionado em dois sacos impermeáveis para transporte de cadáveres, resistentes a vazamentos e com fechamento por zíper. A superfície externa de cada saco deve ser desinfetada com solução de hipoclorito de sódio conforme protocolo vigente. Em seguida, o corpo deve ser colocado em caixão fechado, cuja superfície externa deverá ser igualmente desinfetada. Antes da remoção do local de preparo, deve-se garantir que a parte externa do caixão esteja livre de contaminação. Após essa etapa, o transporte e o manejo externo do caixão poderão ser realizados por equipe sem utilização de EPIs específico para risco biológico.

Após a remoção do corpo, os ambientes, as superfícies e os equipamentos utilizados devem ser submetidos à limpeza e desinfecção adequadas, e os resíduos gerados devem ser tratados como resíduos infectantes.

O transporte do corpo deve ocorrer em veículo apropriado, observando-se os protocolos de biossegurança estabelecidos. O caixão não deverá ser aberto em nenhuma hipótese após seu fechamento, devendo ser encaminhado diretamente para sepultamento ou cremação, no menor tempo possível, não devendo o corpo ser encaminhado a serviço funerário. O sepultamento poderá ocorrer em cova comum, não sendo necessária a adoção de medidas especiais em relação ao local de sepultamento.

## 10. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS SUSPEITOS E CONTACTANTES OU COMUNICANTES

A investigação epidemiológica deverá ser iniciada imediatamente após a identificação de um caso suspeito de DVB, contemplando a caracterização clínica do caso, histórico de viagem, possíveis exposições e identificação de contactantes ou comunicantes, conforme **Quadro 1**.

A detecção precoce de casos suspeitos e contactantes é fundamental para o desencadeamento oportuno das ações de vigilância, assistência e resposta, visando interromper a cadeia de transmissão na eventual introdução da doença no Brasil.

Nesse contexto, os profissionais da assistência, vigilância em saúde e os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), no âmbito da RENAVEH, possuem papel estratégico na identificação, notificação imediata e monitoramento dos casos suspeitos, devendo atuar de forma articulada com as equipes assistenciais, Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), serviços laboratoriais e gestão hospitalar.

**Os contactantes devem ser orientados quanto aos sinais e sintomas da doença e, enquanto assintomáticos, não necessitam permanecer em quarentena, podendo manter suas atividades habituais. Todos os contactantes/comunicantes de casos suspeitos ou confirmados devem ser identificados e monitorados por 21 dias após a última exposição.**

Os NHE e CCIH devem manter comunicação ativa com a vigilância epidemiológica local e a Rede CIEVS diante da identificação de casos suspeitos, exposições ocupacionais, eventos inusitados ou óbitos suspeitos relacionados às febres hemorrágicas virais e podem colaborar no monitoramento de contatos entre profissionais de saúde de sua instituição.

As orientações específicas para profissionais dos Pontos de Entrada sob responsabilidade da ANVISA serão emitidas pela Agência em documento próprio, com base em documentos técnicos vigentes do MS.

Após ser detectado caso suspeito ou confirmado de DVB, o CIEVS Goiás deverá ser comunicado imediatamente, pois é o responsável pela articulação e comunicação junto ao MS. Deverão ser comunicados, também, a Vigilância Epidemiológica municipal, o CIEVS Municipal (se existente) e o CIEVS Regional.

O monitoramento dos casos suspeitos e contactantes deverá ser realizado pelo CIEVS Municipal (se existente) ou CIEVS Regional, estando a supervisão a cargo do CIEVS Goiás. O monitoramento deverá respeitar a premissa de evitar, o tanto quanto possível, o contato direto com a pessoa monitorada. O instrumento a ser usado para o monitoramento dos suspeitos/contactante consta no **Anexo 1**.

## 11. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM AEROPORTOS

A Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 932, de 10 de outubro de 2024, da ANVISA, estabeleceu responsabilidades para administradores de portos, aeroportos e plataformas de petróleo, bem como para operadores de meios de transporte aquaviários e aéreos, considerando instrumentos e operações preconizadas pelo RSI. Nesse intuito, a referida RDC definiu, em síntese, que os aeroportos devem manter plano de contingência atualizado e testado anualmente e atuar no gerenciamento de Eventos de Saúde Pública (ESP). Ao mesmo tempo, a norma estabelece a avaliação do cenário epidemiológico para indicação de medidas de saúde temporárias.

Frente ao cenário epidemiológico atual, não são indicadas medidas de saúde temporárias para portos e aeroportos. Assim, considerando a necessidade de manter a capacidade de vigilância epidemiológica nos portos e aeroportos, orienta-se aos administradores:

- Manter atualizado Plano de Contingência, revisando protocolos e procedimentos para casos de Febre Hemorrágica Viral (FHV), considerando as definições e unidades de referência indicadas para o agravo no Apêndice A do Plano de Contingência Nacional para FHV;
- Avaliar necessidade de capacitação/reciclagem dos trabalhadores envolvidos no fluxo de resposta quanto ao uso indicado de EPIs e realização de PLD indicados nos Apêndices O e N do Plano de Contingência Nacional para FHV;
- Divulgar as definições de caso, indicadas no **Quadro 1** desta Nota Técnica, aos serviços de saúde atuantes nos portos e aeroportos, assim como os vinculados às empresas atuantes nesses, destacando a importância do critério epidemiológico somado ao critério clínico que inicialmente pode ser inespecífico;
- Ao detectar caso suspeito de FHV, realizar avaliação do risco, conforme Anexo I da RDC-ANVISA 932/2024, e acionar a autoridade sanitária para avaliar a ativação do Plano de Contingência do Porto

ou do Aeroporto;

- É indicado isolamento dos casos suspeitos, prováveis e confirmados de FHV. No caso de embarcações, os viajantes embarcados que tiveram contato com casos suspeitos, prováveis ou fômites destes, devem ser monitorados quanto à presença de sinais e sintomas por um período de 21 dias; e
- Adotar procedimentos de limpeza e desinfecção e providenciar EPIs para meios de transporte afetados definido na RDC-ANVISA nº 661/2022.

## 12. VIGILÂNCIA LABORATORIAL

### 12.1 Coleta de amostras para diagnóstico do vírus Bundibugyo

A coleta de amostras deve ser realizada de forma segura e asséptica, somente após a disponibilização da caixa de transporte na área adjacente ao quarto de isolamento do paciente, com rigoroso cumprimento das normas de biossegurança aplicáveis à vigilância laboratorial de FHV.

É obrigatório o uso adequado, contínuo e supervisionado dos EPIs recomendados, incluindo monitoramento dos processos de paramentação e desparamentação, visando reduzir o risco de exposição e infecção ocupacional dos profissionais envolvidos.

As amostras serão coletadas **preferencialmente** nos Hospitais de Referência, seguindo os protocolos previstos no Plano de Contingência Nacional para FHV, o mais breve possível após a admissão do paciente na unidade de referência.

Na impossibilidade de realização do transporte do paciente, a unidade assistencial responsável deverá proceder à coleta das amostras por equipe capacitada, observando rigorosamente as normas de biossegurança e acondicionando o material em embalagem para substância infecciosa Categoria A (UN 2814). As amostras deverão ser encaminhadas ao laboratório de referência definido pelo MS, podendo ser o Instituto Evandro Chagas (IEC/PA), o Instituto Adolfo Lutz (IAL/SP) ou a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ).

Deverão ser coletadas duas amostras de sangue (5 mL e 10 mL) destinadas à investigação diagnóstica da doença causada pelo *vírus Bundibugyo* e à realização de diagnósticos diferenciais. A coleta deverá ser realizada utilizando sistema a vácuo, tubos plásticos, estéreis e devidamente vedados.

No caso de óbito em que não tenha sido possível realizar a coleta em vida, deverão ser **avaliados a viabilidade técnica e o risco** envolvidos na coleta *post mortem*. Poderão ser coletados fragmento de pele, preferencialmente da região cervical, que deverá ser acondicionado em tubo estéril de plástico com tampa de rosca, e swab de orofaringe (swab de rayon), acondicionado em tubo seco, sendo ambas amostras encaminhadas ao laboratório de referência.

Nessa situação, a unidade coletora deverá realizar o cadastro das amostras no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), utilizando o exame “Pesquisa de Ebola por RT-PCR”, e providenciar o envio ao laboratório de referência indicado pelo MS.

### 12.2 Transporte de amostras

O material biológico (sangue ou tecidos) deverá ser transportado com gelo seco ou gelo reutilizável (aproximadamente 5kg), em sistema de embalagem tripla destinado ao transporte de substâncias infecciosas da categoria A (UN 2814), e encaminhado ao laboratório de referência em até 24 horas. As substâncias infecciosas da categoria A somente podem ser transportadas em embalagens que atendam às especificações da classe 6.2 da Organização das Nações Unidas e estejam em conformidade com a Instrução de Embalagem P620 (Figura 1).

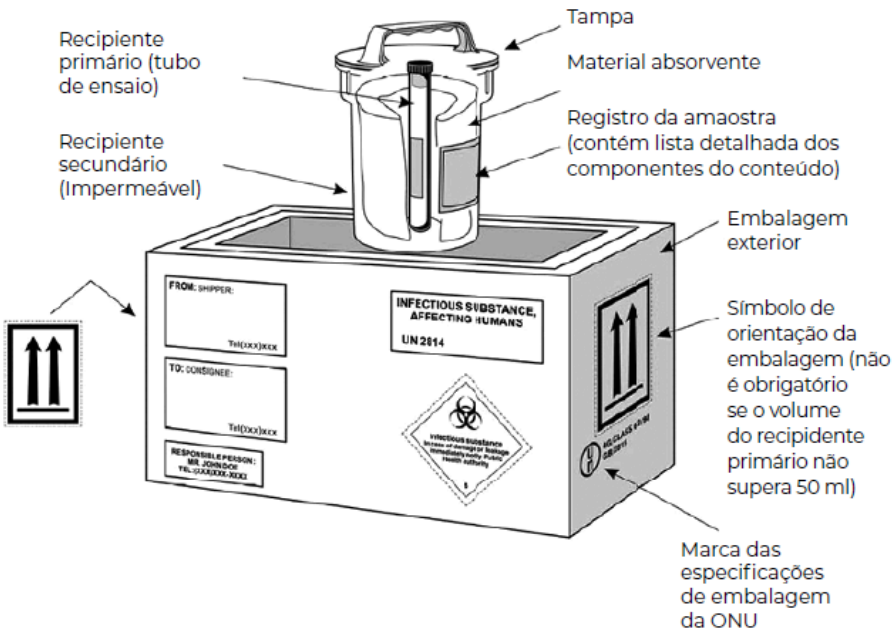



FIGURA 1 – Exemplo de sistema de embalagem tripla para embalagem e etiquetagem de substâncias infecciosas categoria A

As amostras deverão ser transportadas em veículo adequado para o transporte de material biológico. Quando coletadas nos Hospitais de Referência nacionais, o transporte ocorrerá, em regra, por via terrestre. Excepcionalmente, quando a coleta ocorrer em outra unidade de saúde devido à impossibilidade de transferência do paciente, o transporte será definido de acordo com a localização da unidade de coleta e do Laboratório de Referência, podendo contar com apoio da Força Aérea Brasileira (FAB), conforme os protocolos vigentes. Não há necessidade de utilização de EPIs pelos profissionais responsáveis pelo transporte, uma vez que as amostras estarão adequadamente acondicionadas em sistema de embalagem tripla e com superfícies externas livres de contaminação.

Todo o material utilizado no transporte (incluindo o gelo reutilizável) deverá seguir o protocolo de descarte de resíduos contaminados ou com suspeita de contaminação por agentes biológicos de Classe de Risco 4.

O procedimento de embalagem do material biológico será realizado no hospital pela equipe responsável pela coleta, com o acompanhamento de um técnico devidamente capacitado e certificado para o transporte de amostra biológica, designado pelo Lacen ou pela SVSA/MS. O técnico indicado deverá se deslocar até o hospital de referência para orientar a equipe quanto aos procedimentos adequados de embalagem, bem como acompanhar sua execução.

O transporte das amostras deverá observar as normas sanitárias e de biossegurança vigentes aplicáveis ao transporte terrestre e aéreo de material biológico humano, incluindo as diretrizes da ANVISA, da ANTT e da ANAC/IATA, a identificação adequada da carga e manutenção das condições de conservação e rastreabilidade durante todo o percurso.

As amostras deverão ser encaminhadas acompanhadas da ficha de solicitação do exame contendo os dados do paciente e da documentação pertinente ao tipo de transporte utilizado. Para o transporte terrestre de substâncias infecciosas Categoria A (UN 2814), deverão acompanhar a carga a ficha de emergência e a declaração do expedidor para produtos perigosos, conforme regulamentação da ANTT. Nos casos de transporte aéreo, deverão acompanhar a carga a Declaração de Mercadorias Perigosas, preenchida e assinada por expedidor certificado conforme os requisitos da IATA/ICAO, e o Conhecimento de Embarque Aéreo (*Air Waybill* – AWB), disponibilizado pela empresa transportadora.

### 12.3 Análise de amostra nos laboratórios de referência

Na fase de mobilização, os laboratórios de referência descritos no Quadro 2 serão os responsáveis pela realização das análises para a detecção do vírus Bundibugyo no Brasil.

Caso haja mudança na fase do plano de contingência será definida nova área de abrangência dos laboratórios.

**Quadro 2. Laboratórios de Referência conforme área de abrangência.**

| Laboratório | Abrangência |
|---|---|
| Fiocruz/RJ | Amostras provenientes do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz/RJ) e demais casos definidos pela CGLAB. |
| IAL/SP | Amostras provenientes do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER/SP) e demais casos definidos pela CGLAB. |
| IEC/PA | Casos excepcionais, conforme definição da CGLAB |

Legenda: IAL/SP – Instituto Adolfo Lutz, São Paulo; IEC/PA – Instituto Evandro Chagas, Pará; Fiocruz/RJ - Laboratório de Referência Regional para Arbovírus e Vírus Hemorrágicos do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

## 13. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

O gerenciamento de resíduos provenientes do cuidado a pacientes suspeitos ou confirmados de DVB segue a premissa de que todo material que teve contato com o paciente, fluidos ou secreções deve ser considerado resíduo de alto risco biológico, visto que o vírus Bundibugyo é um agente biológico classificado como Classe de Risco 4. De acordo com a Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018, os resíduos provenientes da atenção a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo vírus Bundibugyo devem ser enquadrados na categoria A1, por se tratar de resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4 (Anexo I da RDC 222/2018), microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

Os resíduos devem ser acondicionados em saco vermelho, que deverão ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

O saco vermelho pode ser substituído pelo saco branco leitoso sempre que as regulamentações estadual ou municipais exigirem o tratamento indiscriminado de todos os RSS do Grupo A, exceto para acondicionamento dos RSS do subgrupo A5.

O saco deve ser constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Além disso, deve estar contido em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistência ao tombamento.

De acordo com a RDC 222/2018 esses resíduos devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final. O tratamento pode ocorrer dentro ou fora das dependências do serviço de saúde, respeitadas as condições de acondicionamento e transporte.

Após o tratamento, devem ser acondicionados em saco branco leitoso identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

Ressalta-se que, conforme a RDC/Anvisa nº 222/2018, essas orientações devem estar contidas no Plano de Gerenciamento de Resíduos do serviço de saúde.

Em relação a roupas e tecidos, a recomendação padrão dos órgãos internacionais, como a OMS e o CDC/EUA, prioriza o descarte dos itens utilizados pelo paciente suspeito ou confirmado de DVB.

Assim, após o uso, roupas e tecidos utilizados pelo paciente não sejam encaminhados para a lavanderia (própria ou terceirizada): Resíduo Infectante de Alto Risco (Grupo A1). O destino deve ser a incineração ou autoclave de alta eficiência para tratamento de resíduos.

## 14. RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

### 14.1 Aos Viajantes

Considerando as recomendações vigentes da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), não há indicação de restrições a viagens, fechamento de fronteiras ou medidas relacionadas ao comércio internacional em decorrência da circulação do vírus Bundibugyo.

Recomenda-se, entretanto, o fortalecimento das medidas de vigilância, prevenção e orientação aos viajantes provenientes ou com destino às áreas afetadas.

Para viajantes com histórico recente de permanência ou trânsito em áreas com transmissão da doença causada pelo vírus Bundibugyo, recomenda-se atenção à ocorrência de sinais e sintomas compatíveis com febres hemorrágicas virais por até 21 dias após a saída da área afetada. Em caso de **febre de início súbito, cefaleia, mialgia, fraqueza, diarreia, vômitos, dor abdominal, manifestações hemorrágicas ou outros sintomas sugestivos**, o viajante deverá **procurar imediatamente um serviço de saúde** e informar o histórico de viagem e possíveis exposições.

Para viajantes com destino às áreas afetadas, recomenda-se:

- Buscar e seguir as orientações das autoridades sanitárias locais;
- Higienizar frequentemente as mãos com água e sabão ou preparação alcoólica;
- Evitar contato com pessoas doentes, especialmente com sangue, secreções e outros fluidos corporais;
- Evitar contato com cadáveres e participação em funerais;
- Evitar contato com animais silvestres, especialmente morcegos e primatas não humanos, bem como com sangue, fluidos corporais ou carne crua desses animais;
- Evitar compartilhar informações não verificadas que possam gerar desinformação, estigmatização ou discriminação de populações e viajantes.

### 14.2 À Rede CIEVS Goiás

- Intensificar as ações de Vigilância Baseada em Eventos (VBE), com foco na detecção, verificação e monitoramento de rumores, notificações e eventos relacionados a casos suspeitos ou confirmados de DVB, especialmente em indivíduos com histórico de viagem internacional para áreas afetadas nos últimos 21 dias;
- Realizar a coleta, consolidação, monitoramento e análise das informações relacionadas aos casos suspeitos ou confirmados, subsidiando a adoção oportuna de medidas de prevenção, preparação e resposta;
- Fortalecer a articulação com as Vigilâncias Epidemiológicas municipais, Regionais de Saúde, NHEs, serviços assistenciais e demais áreas técnicas envolvidas na investigação e resposta aos casos suspeitos ou confirmados;
- Apoiar a investigação epidemiológica e o monitoramento de contactantes, em articulação com os municípios e demais componentes da Rede de Vigilância em Saúde;
- Executar ações de comunicação de risco voltadas aos profissionais de saúde e à população, promovendo informações baseadas em evidências e prevenindo situações de estigmatização, discriminação ou desinformação relacionadas às áreas afetadas ou às pessoas expostas;
- Monitorar continuamente os cenários epidemiológicos nacional e internacional relacionados às febres hemorrágicas virais, mantendo os serviços de saúde informados sobre atualizações técnicas e

operacionais;

- Reforçar que a DVB é de notificação compulsória imediata às esferas municipal, estadual e federal, devendo todo caso suspeito ou confirmado ser comunicado em até 24 horas após a suspeita inicial.

### 14.3 Aos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar e Unidades de Saúde

- Intensificar a detecção precoce de indivíduos que atendam à definição de caso suspeito estabelecida no Quadro 1 desta Nota Técnica, com atenção ao histórico de viagem ou permanência em áreas com transmissão ativa nos 21 dias anteriores ao início dos sintomas.
- Orientar as equipes assistenciais e de apoio (como recepção, laboratório e CIRAS) sobre os protocolos diante de casos suspeitos da Doença pelo Vírus Ebola. Isso inclui o isolamento imediato do paciente, restrição de circulação, uso correto de EPIs e o manejo seguro de resíduos e amostras biológicas.
- Reforçar, junto às equipes de triagem e assistência, a investigação rigorosa do histórico de deslocamento internacional e de possível exposição em pacientes que apresentem sintomas compatíveis com febres hemorrágicas virais.
- Articular-se com a gestão assistencial, laboratórios e o CIRAS para definir e atualizar os fluxos hospitalares de atendimento, isolamento, comunicação, notificação e investigação de casos suspeitos da DVB.
- Promover treinamentos e ações de sensibilização para o corpo clínico e assistencial, focando no reconhecimento de sinais e sintomas, manejo clínico inicial, notificação e regras de biossegurança voltadas para febres hemorrágicas virais, com ênfase na DVB.
- Manter canais de comunicação ativos e ágeis, internos e externos, com a Vigilância Epidemiológica Municipal, a RENAVEH em Goiás e a Rede CIEVS diante de qualquer caso suspeito, óbito suspeito, exposição ocupacional ou evento inusitado de relevância para a saúde pública.
- Reiterar que a DVB é de notificação compulsória imediata. Todo caso suspeito ou confirmado deve ser comunicado às esferas municipal, estadual e federal em até 24 horas a partir da suspeita inicial.

## 15. CONCLUSÃO

Embora não haja registro de casos de DVB no Brasil até o momento, a ocorrência de surtos em outros países e a possibilidade de importação de casos reforçam a necessidade de manutenção do estado de alerta pelos serviços de saúde e pela Rede de Vigilância em Saúde.

A identificação precoce de casos suspeitos, a notificação imediata, a investigação epidemiológica oportuna, o monitoramento de contactantes e a adoção adequada das medidas de prevenção e controle são fundamentais para reduzir o risco de transmissão e garantir resposta rápida e coordenada diante de eventual ocorrência da doença.

Os serviços de saúde, Vigilâncias Epidemiológicas, NHEs, CCIHs, Rede CIEVS e demais instituições envolvidas deverão manter articulação permanente para o fortalecimento das ações de preparação, vigilância e resposta às emergências em saúde pública.

O CIEVS Goiás permanecerá realizando o monitoramento do cenário epidemiológico nacional e internacional, divulgando atualizações técnicas sempre que necessário.

## 16. CONTATOS

- **Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - CIEVS Goiás**

**E-mail: cievs.suvisa@goias.gov.br**

**Telefones: (62) 3201-2688 (dias úteis em horário comercial)**

**Celular: (62) 9 9812-6739 (plantão)**

- **Coordenação de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Unidades de Saúde - CVEHUS**

  **E-mail: cveh.suvisa@goias.gov.br**

  **Telefones: (62) 3201-4488**

- **Coordenação de Vigilância do Óbito**

  **E-mail: simsinasc.saude@goias.gov.br**

  **Telefones: (62) 3201-7889 / 3201-2689**

- **Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros - LACEN Goiás**

  **E-mail: lacengal.ses@goias.gov.br**

  **Telefones: (62) 3201-9649**

- **Coordenação do Centro de Referência em saúde do Trabalhador - CEREST Estadual**

  **E-mail: cerest.saude@goias.gov.br**

  **Telefones: (62) 3201-3598**

- **Coordenação de Segurança do Paciente e Controle de Infecção Hospitalar**

  **E-mail: seg.paciente.saude@goias.gov.br**

  **Telefones: (62) 3201-3934**

**Elaboração:**

- **Subsecretaria de Vigilância em Saúde - SUVISA**
  - Assessoria Técnica do Gabinete
  - Coordenação Geral de Apoio Técnico as Ações de Vigilância em Saúde
- **Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros - LACEN/GO**
- **Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização - SUVEPI**
- Gerência de Emergências em Saúde Pública - GESP
  - Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - CIEVS
  - Coordenação de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Unidades de Saúde - CVEHUS
- Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis - GVEDT
- Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde - GVEDNT
  - Coordenação de Vigilância do Óbito
- **Superintendência de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador - SUVISAST**
- Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador - GVAST
  - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST
  - Coordenação de Fiscalização Ambiental
- **Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde - SUBPAS**
- **Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG**
- Gerência de Regulação de Internações - GERINT

- Gerência de Regulação e Ações de Urgência - GRAU
    - Coordenação do Pré-Hospitalar Móvel
- **Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde**
- Gerência de Atenção Especializada - GAE
    - Coordenação Geral de Atenção Hospitalar
- Gerência de Atenção Primária - GERAP
    - Coordenação de Atenção aos Agravos Transmissíveis na Atenção Primária em Saúde

**Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Nota técnica conjunta nº 160/2026/SVSA/SAES/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Caminho do Paciente. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/e/ebola/publicacoes/fluxograma-o-caminho-do-paciente/view>. Acesso em 01 de jul. de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. Nota técnica nº 26/2026-DEMSP/SVSA/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. Nota técnica nº 06/2026-GVIMS/GGTES/DIRE5/ANVISA. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

AFRICA CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (AFRICA CDC). Bundibugyo Virus Disease Outbreak | Situation Report, Issue No. 48 – July 4, 2026. Disponível em: <https://africacdc.org/download/bundibugyo-virus-disease-outbreak-situation-report-issue-no-48-july-4-2026/>. Acesso em: 09 jul. 2026.

AFRICA CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (AFRICA CDC). Bundibugyo Virus Disease Outbreak | Situation Report, Issue No. 82 – August 7, 2026. Disponível em: <https://africacdc.org/download/bundibugyo-virus-disease-outbreak-situation-report-issue-no-82-august-7-2026/>. Acesso em: 10 ago. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota Técnica Nº 26/2026/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/vigilancia-epidemiologica/alertas-epidemiologicos/vigentes/nota-tecnica-no-26-2026-febres-hemorragicas-virais>. Acesso em: 23 jun. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 932, de 10 de outubro de 2024. Disponível em: <https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&link=S&tipo=RDC&numeroAto=00000932&seqAto=000&valorAno=2024&orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&codTipo=&desItem=&desItemFim=&cod_modulo=310&cod_menu=9434>. Acesso em: 23 jun. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Disponível em: <https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&tipo=RDC&numeroAto=00000222&seqAto=000&valorAno=2018&orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&codTipo=&desItem=&desItemFim=&cod_menu=1696&cod_modulo=134&pesquisa=true>. Acesso em: 27 jul. 2026.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. SitRep N°079/MVE B_01/08/2026. Disponível em: <https://insp.cd/sitrep-n079-mve-b_01-08-2026/>. Acesso em: 03 ago. 2026.

U.S. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Ebola Outbreak: Current Situation. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ebola/situation-summary/index.html>. Acesso em: 03 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON612>. Acesso em: 06 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON613>. Acesso em: 28 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON614>. Acesso em: 03 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON615>. Acesso em: 14 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Bundibugyo Virus Disease Outbreak - Democratic Republic of the Congo | Uganda | France - Weekly External Situation Report 07, Data as of 28 June 2026. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6eda0efa-73d3-42dd-900b-b75f92b6b301/content>. Acesso em: 30 jun. 2026.

## ANEXO 1 - MODELO DE QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DE CASOS

### Investigação de Eventos Relacionados à Doença Pelo Vírus Bundibugyo

Entrevistador:_____

Data da Entrevista: _____/_____/_____

### Dados do(a) Entrevistado(a)

1. Nome:_____
2. Endereço:_____
3. Município de residência ou permanência:_____
4. Data de Nascimento: _____/_____/____
5. Sexo:_____
6. Ocupação:_____
7. Se profissional de saúde, local de trabalho:_____
8. Quando começou a doença? Início de sintomas:_____/_____/_____
9. Local de procedência (local com transmissão de Bundibugyo):_____
10. País:_____ Estado:_____ Município: _____ Região: _____
11. Data de partida desse local:_____/_____/_____

12. Atividade realizada no local:_____

13. Foi exposto(a) a algumas destas situações nos últimos 21 dias? (**marcar o que for relatado**)

13.A – Contato direto com sangue, tecidos ou fluidos corporais de suspeitos de vírus Bundibugyo?

( )Sim ( )Não Se sim, data de exposição:_____/_____/_____

13.B – Contato com superfícies ou objetos contaminados por casos suspeitos?

( )Sim ( )Não Se sim, data de exposição:_____/_____/_____

13.C – Participou de funerais ou rituais fúnebres de suspeitos?

( )Sim ( )Não Se sim, data de exposição:_____/_____/_____

14. Teve contato com animais doentes ou mortos?

( )Sim ( )Não Se sim, data de exposição:_____/_____/_____

15. Que animais? Tipo de exposição:_____

16. Visitou hospital? ( )Sim ( )Não Data:_____/_____/_____ Local: _____

17. Foi hospitalizado? ( )Sim ( )Não Data:_____/_____/_____ Local: _____

18. Houve contato com outras pessoas após iniciar os sintomas? ( )Sim ( )Não

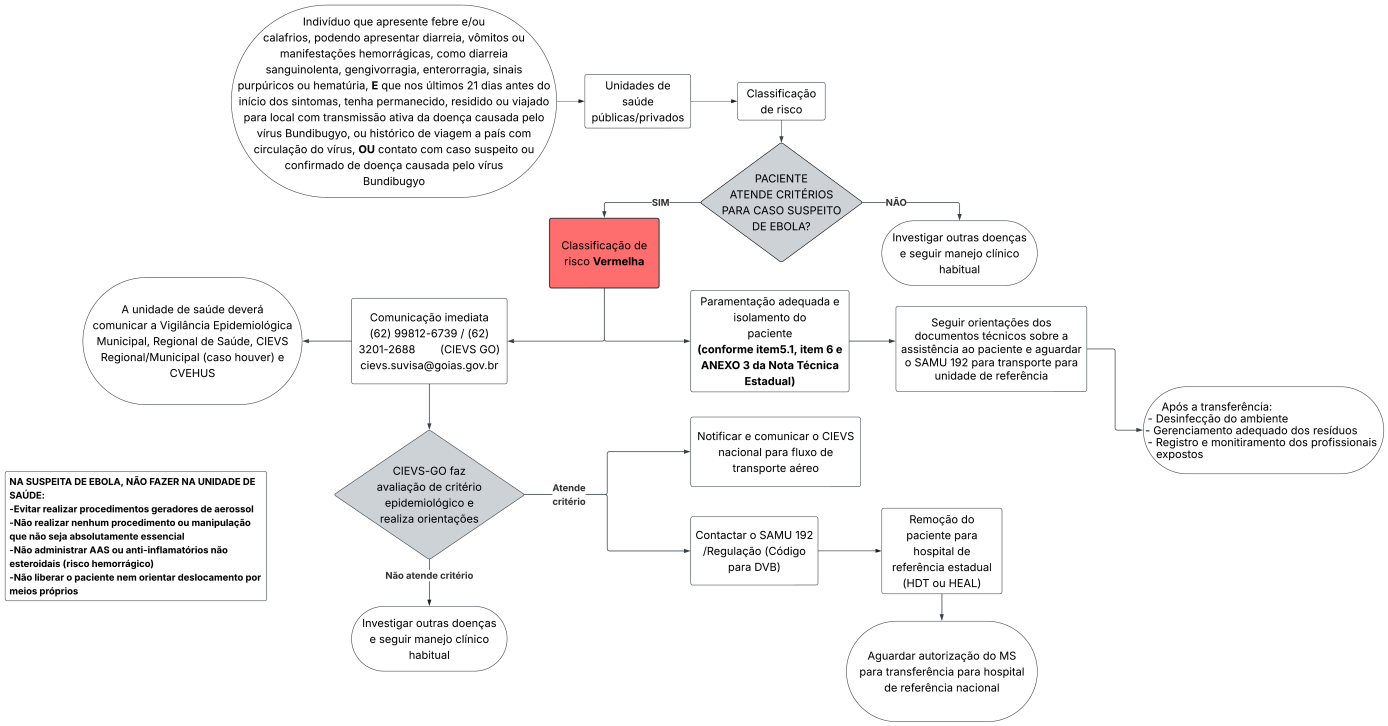
(**descrever o que for relatado**)

## Modelo de Lista de Contactantes com Caso Suspeito ou Confirmado

| | Nome Completo | Telefone | Endereço | Relação com o suspeito | Data de contato | Tipo* de Contato |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

*Físico, mesmo ambiente, dormiu no mesmo quarto, dormiu na mesma cama, manipulou amostra do suspeito, fluidos e secreções, objetos contaminados, etc.

## ANEXO 2 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA




## ANEXO 3 - ORIENTAÇÃO DE FLUXOS PARA PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO

### Paramentação

1. Remover quaisquer adornos;
2. Prender os cabelos;
3. Higienizar as mãos com sabão ou solução antisséptica;
4. Colocar a máscara de proteção respiratória N95 ou PFF2* e certificar da vedação;
5. Vestir o gorro, cobrindo os pavilhões auriculares;
6. Colocar óculos de proteção;
7. Calçar as botas;
8. Calçar cobre botas;
9. Higienizar as mãos com preparação alcoólica para as mãos a 70%;
10. Vestir o macacão com capuz, por cima do cobre botas;
11. Colocar o 2º cobre botas;
12. Calçar par de luvas externo, por fora do macacão, cobrindo todo o punho;
13. Vestir o capote impermeável longo/prender lateralmente;
14. Colocar o capuz do macacão;
15. Colocar o protetor facial;
16. Calçar outro par de luvas.

### Desparamentação

**Observação importante:** Antes de sair do quarto o profissional deve inspecionar visualmente todo o EPI; havendo contaminação visível deve realizar a desinfecção por fricção com álcool a 70%.

Certificar-se da presença do observador/supervisor para iniciar a desparamentação.

1. Sair do quarto e iniciar a desparamentação na antecâmara;

2. Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcoólica para as mãos a 70% e retirar primeiro par de luvas;

3. Higienizar novamente luvas e calçar outro par de luvas;

4. Retirar o protetor facial, pela parte posterior;

5. Remover o capuz, de trás para a frente;

6. Retirar o cobre botas; tocar apenas no exterior;

7. Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcoólica para as mãos a 70% (par interno);

8. Retirar o capote:

a. Soltando as tiras laterais, puxar pela região dos ombros;

b. Retirar o capote pelo avesso, enrolando-o, sem tocar na parte externa e na roupa privativa.

9. Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcoólica para as mãos a 70%.

10. Retirar o par de luvas externo;

11. Calçar novo par de luvas externo;

12. Sair para antecâmara;

13. Retirar o macacão com apoio do observador/supervisor se necessário:

➢ Abrir toda a extensão do zíper do macacão;

➢ Segurar com as duas mãos a parte externa do macacão próximo à gola;

➢ Mover a cabeça levemente para frente;

➢ Retirar o macacão juntamente com o capuz (enrolar o capuz caso o tipo de macacão permita esse movimento);

➢ Enrolar o macacão pela parte interna (de dentro para fora) evitando tocar na roupa privativa, até a altura dos joelhos;

➢ Sentar-se no banco com as pernas direcionadas para a área vermelha (mais contaminada);

➢ Finalizar a retirada do macacão posicionando-se de frente para a área amarela (menos contaminada).

14. Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcoólica para as mãos a 70% (par interno);

15. Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcoólica para as mãos a 70%;

16. Retirar o par de luvas externo;

17. Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcoólica para as mãos a 70%;

18. Retirar o par de luvas interno, higienizar as mãos com preparação alcoólica e colocar novo par de luvas

19. Retirar óculos de proteção;

20. Retirar a máscara de proteção respiratória e gorro, manuseando a parte posterior das alças: remover primeiro a alça inferior, então a alça superior;

21. Higienizar as mãos enluvadas com preparação alcoólica para as mãos a 70%;

22. Sentado remover cobre botas, enrolar pela parte externa;

23. Retirar as luvas;

24. Realizar a higienização das mãos com solução alcoólica ou água e sabão;

25. Sair da área amarela e dirigir-se à área verde;

26. Verificar, com apoio do observador/supervisor a presença de sujidades na roupa privativa;

Os seguintes passos devem ser realizados ao final do expediente de atendimento de pacientes suspeitos:

27. Retirar botas e colocar calçado próprio;

28. Dirigir-se ao vestiário;

29. Descartar roupa privativa;

30. Tomar banho.

*__Observação:__ Inspecionar as luvas internas, se danificadas ou com sujidade visível, friccionar preparação alcoólica nas mãos enluvadas, esperar secar, retirar luvas, realizar nova fricção das mãos com preparação alcoólica, esperar secar e calçar novo par de luvas para continuar a desparamentação.

Documento assinado eletronicamente por **FABIANO MARQUES ROSA**, **Coordenador**, em 24/08/2026, às 07:38, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **CRISTINA LUIZA DALIA PEREIRA PARAGÓ MUSMANNO**, **Gerente**, em 03/09/2026, às 18:45, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **CRISTINA APARECIDA BORGES PEREIRA LAVAL**, **Superintendente**, em 04/09/2026, às 16:04, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **FLUVIA PEREIRA AMORIM DA SILVA**, **Subsecretaria de Vigilância em saúde**, em 08/09/2026, às 11:16, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **LIGIA VANESSA SILVA CRUZ DUARTE**, **Superintendente**, em 09/09/2026, às 16:40, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **LUIZ AUGUSTO PEREIRA**, **Diretor**, em 09/09/2026, às 18:47, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **LORENA NUNES MOTA**, **Superintendente**, em 10/09/2026, às 08:01, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **AMANDA MELO E SANTOS LIMONGI**, **Subsecretário (a)**, em 10/09/2026, às 10:43, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site **http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1** informando o código verificador **91259439** e o código CRC **7A7EAC28**.

Referência: Processo nº 202600010045064 SEI 91259439