

Atual epidemia do Ebola, conheça a opinião de infectologista do Brasil

escrito por Ana Miranda | 5 de novembro de 2014



O vírus Ebola foi identificado pela primeira vez em 1976, no Zaire (atual República Democrática do Congo), e, desde então, tem produzido vários surtos no continente africano. Esse vírus foi transmitido para seres humanos que tiveram contato com sangue, órgãos ou fluidos corporais de animais infectados, como chimpanzés, gorilas, morcegos-gigantes, antílopes e porcos-espinhos. Existem cinco espécies de vírus Ebola (Zaire ebolavirus, Sudão ebolavirus, Bundibugyoebolavirus, Restonebolavirus e Tai Forest ebolavirus), sendo o Zaire ebolavirus o que apresenta a maior letalidade, geralmente acima de 60% dos casos diagnosticados. Atualmente a Epidemia ocorre no oeste da África nos países: Libéria, Serra Leoa e Guiné, com possibilidade de se tornar uma pandemia na medida em que casos isolados vão sendo diagnosticados pelo mundo.

Desde que os primeiros casos foram relatados, a soma de infectados no Oeste da África atingiu, segundo relatório da OMS emitido em 25/10, 10.114 casos confirmados e o número de mortos chegou a 4.922.

Segundo a OMS, os casos continuam a crescer exponencialmente e o vírus do ebola pode infectar pessoas por anos se não forem tomadas medidas mais eficientes para o controle da doença. A agência ponderou que os números de mortes e de infectados são estimativas brutas. O número real de mortes na Libéria, país mais atingido pelo surto, pode nunca ser conhecido, uma vez que os corpos de doentes mortos em uma favela na capital foram jogados em rios.

Baseado em uma versão prévia do relatório obtida pela agência de notícias Associated Press as evidências mostram que os casos podem passar de 1 milhão ao final de janeiro. Especialistas alertam que tais previsões não consideram esforços de resposta ao surto.

Diante de um caso suspeito, o serviço de saúde que presta o atendimento deve se preocupar com o isolamento do paciente e solicitação da transferência para os hospitais de referência, bem como com a proteção com o EPI de todos os profissionais de saúde encarregados do atendimento e daqueles responsáveis pela limpeza da sala de atendimento: macacão com mangas compridas, punho e tornozelos com elástico, toca e botas acopladas, resistente à abrasão, resistência à penetração viral, costuras termoseladas, com abertura e fechamento frontal por zíper; máscara de proteção respiratória PFF2 ou N95 (quando indicado); protetor facial; cobre-bota; dois pares de luvas descartáveis e avental descartável, resistentes a fluidos e impermeáveis.

As notícias de profissionais contaminados que vieram a falecer são inúmeras. Os cuidados com a técnica de colocação e principalmente da retirada do EPI bem como da importância da higienização das mãos devem ser repassados aos que poderão eventualmente se expor num atendimento a caso suspeito.

A assistência a pacientes com suspeita de infecção pelo vírus Ebola deve ser realizada em um QUARTO PRIVATIVO (um paciente por quarto) contendo banheiro e com porta fechada. É importante

que haja uma ante-sala para paramentação e parte da retirada do EPI.

O quarto de isolamento deve ter a entrada sinalizada com alerta referindo isolamento, a fim de evitar o ingresso de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do hospital. O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência.

Também deve estar sinalizado quanto às medidas de precaução a serem adotadas, ou seja, padrão, de contato e gotículas.

O reservatório de materiais perfurocortantes utilizados na assistência ao paciente deve ser exclusivo para o quarto de isolamento para evitar o transporte desse material fora do quarto.

Imediatamente antes da entrada do quarto de isolamento devem ser disponibilizados:

- Condições para higienização das mãos: dispensador com preparação alcoólica (gel ou solução a 70%) ou lavatório/pia, dispensador com sabonete líquido e suporte com papel toalha;
- Lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
- Equipamentos de proteção individual (EPI) e vestimentas, dispostos em um mobiliário.

Dentro do quarto de isolamento, devem ser disponibilizados:

- Lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte com papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual (contendo saco com as especificações contidas no item IX);
- Dispensador com preparação alcoólica (gel ou solução a 70%);
- Lixeira com tampa e abertura sem contato manual, próxima

ao leito, para acondicionamento dos resíduos gerados na assistência ao paciente ou pelo próprio paciente;

- Recipiente para dispensação de resíduos perfurocortantes, com

especificações conforme definindo pela RDC nº 306/2004. É importante destacar que os materiais perfurocortantes devem ser descartados no local de uso. As seringas e agulhas **não** devem ser desconectadas ou reencapadas;

- Estetoscópio, esfignomanômetro e termômetros para uso exclusivo. Sempre que possível, outros equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados no cuidado do pacientes com suspeita de infecção por Ebola devem ser de uso exclusivo do mesmo. Dentro do quarto de isolamento, em local próximo à saída, ainda devem ser disponibilizados:
 - Hamper para depósito da roupa suja (saco de tecido);
 - Recipiente identificado para depósito dos materiais não descartáveis, a serem encaminhados para limpeza e desinfecção;
 - Todos os utensílios utilizados para alimentação do paciente devem ser descartáveis;
 - Estabelecer fluxos e horários pré-definidos para a coleta de resíduos e roupa suja, estabelecendo profissional responsável, procedimentos, frequência e fluxo para tais procedimentos.

Quem deve adotar as medidas de precaução:

- Todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente (ex: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros);
- Toda a equipe de apoio diagnóstico e logístico, que necessite entrar no quarto de isolamento, incluindo

equipe de radiologia, laboratório, pessoal de limpeza, nutrição e responsáveis pela manipulação e retirada de produtos, roupa suja e resíduos (observando-se a orientação de restringir o número de pessoas que entram no quarto).

- Visitantes e acompanhantes (nos casos previstos em Lei) que tenham contato com pacientes;

- Os profissionais que executam o procedimento de verificação de óbito e manipulação do corpo;
- Outros profissionais que necessitem entrar em contato com pacientes suspeitos de infecção pelo vírus Ebola.

Os protocolos devem ser seguidos e supervisionados com rigor. O primeiro caso de ébola – do surto declarado pela República Democrática do Congo – começou numa mulher grávida, no final de Julho. Essa mulher, da aldeia de Ikanamongo, a 100 quilómetros da cidade de Boende, no Norte do país, tinha esquartejado um animal de caça e que depois foi comido por ela e o marido, referiu a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Pouco depois, a mulher grávida começou a ter sintomas de infecção pelo vírus do ébola e foi a uma clínica privada na aldeia de Isaka. A 11 de Agosto, a mulher morreu de uma febre hemorrágica não identificada..

Entre 28 de Julho e 18 de Agosto, refere o comunicado da OMS, registaram-se 24 casos suspeitos de febre hemorrágica, incluindo 13 mortes. A 24 de Agosto, o ministro da Saúde congolês, Félix Kabange Numbi, divulgou na televisão pública a existência de ébola na República Democrática do Congo e a 26 de Agosto notificava a OMS.

Os contactos pessoais que a mulher grávida teve, tanto com o pessoal médico como com os familiares, e depois com quem lidou

com o corpo no funeral, resultaram na infecção de várias pessoas. A cadeia de infecção a partir do caso dela – o chamado “caso índice” – foi entretanto estabelecida. Da clínica, ela contaminou um médico, dois enfermeiros, um ajudante de enfermagem e ainda quem a lavava: morreram todos. Entre as 13 mortes registadas incluem-se ainda familiares que cuidaram da mulher, pessoas que contactaram com o pessoal da clínica infectado e ainda aqueles que trataram dos corpos dos mortos.

Os restantes 11 casos suspeitos de infecção foram isolados em centros de tratamento, informa ainda a OMS. No total, mais 80 pessoas estiverem em contacto com alguém doente e foram acompanhadas.

Também pudemos acompanhar os casos de contágio em profissionais de saúde na Espanha e nos Estados Unidos.

É portanto importante estarmos muito bem preparados para receber os suspeitos, mesmo que essa possibilidade seja remota.

Curriculum Vitae

Hilda de Souza Neves Salinas, CRM 28173 médica sanitária e homeopata.

e-mail hilda.salinas@uol.com.br ,

R. Dr. Rafael de Barros, 539/ 52 Paraíso, São Paulo SP

Formação Profissional

Graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo em 1976

Residência médica no Departamento de Medicina Social de 1977 a

1978.

Pós-graduação em Saúde Pública em 1978.

Especialização em Homeopatia pela Associação Paulista de Homeopatia de 1990 a 1992.

Experiência Profissional:

*Médica Sanitarista por concurso público da SES atuando na região do Vale do Ribeira de 1979 a 1994. Participação no Projeto de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Presidente do Grupo de Saneamento Rural. Implantação de Postos de saúde na zona rural de Pariqueira -Açú com supervisão o trabalho de agentes de saúde.

-Diretora por concurso público do Centro de Saúde de referência do Vale do Ribeira em Registro.

-Implantação e Direção do Ambulatório de Especialidades do Vale do Ribeira.

*Orientadora no Ambulatório de Ensino da Associação Paulista de Homeopatia de 1994 a 1999.

*Médica Sanitarista do Instituto de Infectologia Emílio Ribas de 1994 a 2010.

*Participação coordenando campo nas pesquisas de segurança e imunogenicidade da vacina BUTANG (vacina contra hepatite B produzida pelo Instituto Butantan) realizada no Hospital Geral de Guarulhos.

*Coordenadora de equipe na pesquisa de avaliação da vacina pentavalente realizada no Hospital Geral de Guarulhos.

*Médica Epidemiologista contratada pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP),

- participação no Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Doenças de Notificação Compulsória de 1995 a 2000.
- Participação da implantação do Serviço de Infecção Hospitalar e da Farmacovigilância no Hospital Geral de Guarulhos, OSS em parceria entre a Santa Casa de São Paulo e a Secretaria do Estado da Saúde de 2000 a 2002.
- Implantação da Gerência de Risco Sanitário Hospitalar do Hospital Central atendendo ao convite da ANVISA para a Santa Casa participar da Rede Hospitais Sentinela. Gerente de Risco Sanitário Hospitalar de 2002 a 2012.
- Médica do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Central da ISCMSP desde 2012.