

## NOTA TÉCNICA Nº 01/2026 – CIEVS/CEVS/SES-RS

**Assunto:** Orientações aos serviços de saúde do Rio Grande do Sul quanto aos procedimentos de detecção precoce, notificação imediata, investigação epidemiológica e controle de infecção frente à suspeita de Doença pelo Vírus Ebola

Atualização em 03 de julho de 2026.

(Publicação em 03 de junho de 2026)

### 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Em 5 de maio de 2026, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre um surto de doença desconhecida com alta taxa de mortalidade na República Democrática do Congo, incluindo óbitos entre profissionais de saúde. Em 15 de maio, foi confirmada a doença pelo vírus Ebola, cepa Bundibugyo, e em 17 de maio de 2026, a OMS determinou que o evento constitui uma [Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional \(ESPII\)](#).

As atualizações referentes a Emergência podem ser conferidas nos seguintes links: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>, <https://insp.cd/ebola-17eme-epidemie/>, <https://evd-daily.health.go.ug/>.

Em 11 de junho de 2026, houve a notificação de um caso suspeito de Ebola no Rio Grande do Sul, o qual foi descartado 36 horas após análise laboratorial realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A espécie Bundibugyo (*Orthoebolavirus bundibugyoense*) do vírus Ebola causa uma doença grave, com letalidade relatada de 30% a 50% em surtos anteriores. O período de incubação varia entre 2 e 21 dias, sendo que, em geral, a transmissibilidade ocorre após o surgimento dos sintomas. A transmissão ocorre por contato direto com sangue, secreções ou fluidos corporais de pessoas ou animais infectados, bem como por superfícies contaminadas (fômites).

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.

Diante do cenário epidemiológico internacional monitorado em 2026 e em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, o Estado do Rio Grande do Sul estabelece este documento normativo para padronizar as ações de saúde, mitigar riscos de introdução do patógeno e garantir uma resposta coordenada e célere no território estadual.

## **2. DEFINIÇÕES**

### **Caso Suspeito**

Indivíduo que, nos últimos 21 dias antes do início dos sintomas, tenha permanecido, residido ou viajado para [local com transmissão ativa](#) da doença causada pelo vírus Bundibugyo, reconhecido pela OMS, ou tenha histórico de viagem proveniente de país com circulação do vírus, quando não for possível determinar com segurança os locais visitados durante a estadia,

E que apresente febre e/ou calafrios, podendo estar acompanhados de diarreia, vômitos ou manifestações hemorrágicas, como diarreia sanguinolenta, gengivorragia, enterorragia, sinais purpúricos ou hematúria.

### **Caso confirmado**

Caso suspeito com resultado laboratorial positivo para vírus Bundibugyo, por Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) ou sequenciamento genético viral realizado em laboratórios de referência definidos pelo Ministério da Saúde.

### **Caso descartado**

Caso suspeito com resultado laboratorial negativo para vírus Bundibugyo realizado em Laboratório de Referência definido pelo Ministério da Saúde. Quando a coleta da primeira amostra ocorrer em até 72 horas do início dos sintomas, deverá ser realizada uma segunda coleta

após esse período, sendo necessário resultado negativo em ambas as amostras para o descarte do caso.

### **Contactantes ou Comunicantes**

Indivíduos assintomáticos que tiveram contato direto ou indireto com caso suspeito ou confirmado de Doença pelo Vírus Ebola ***durante o período sintomático*** da doença, inclusive após óbito.

Contato direto: Refere-se ao contato com fluidos ou secreções corporais do caso.

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.

Observação: Em caso de exposição durante o voo, consideram-se contactantes os passageiros sentados na mesma fileira do caso suspeito, bem como aqueles alocados na fileira imediatamente à frente e na fileira imediatamente atrás.

### **3. MEDIDAS IMEDIATAS FRENTE A CASO SUSPEITO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Os serviços de saúde, públicos ou privados, que atuam como porta de entrada assistencial, tais como Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), prontos-socorros, policlínicas ou similares, poderão ser procurados por pessoas que atendam os critérios de definição de caso suspeito ou confirmado de Doença pelo Vírus Ebola.

Em situações de acolhimento a pessoas que possam atender à definição de caso suspeito, é indispensável a ***comunicação imediata com a vigilância epidemiológica municipal*** para avaliação, em conjunto à vigilância epidemiológica estadual, de enquadramento ou não em caso suspeito. Um resumo do fluxograma de atendimento pode ser consultado no APENDICE A, ao final do documento.

Definindo-se o paciente como suspeito, as principais ações a serem adotadas incluem:

## **Isolamento Imediato e Controle de Acesso**

Isolar o paciente imediatamente em sala privativa, se possível com banheiro privativo.

Restringir ao máximo o acesso da equipe assistencial e de limpeza ao ambiente de isolamento até a chegada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para transferência ao Hospital de Referência ou ao ponto de transferência aérea designado.

## **Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)**

Os profissionais de saúde envolvidos na assistência e os profissionais da limpeza da área onde o caso suspeito estiver isolado/atendido deverão utilizar os seguintes EPIs: (1) proteção para calçados; (2) capote cirúrgico de mangas longas ou macacão impermeável; (3) máscara respiratória de alta eficiência (N95 ou PFF2); (4) gorro cirúrgico; (5) óculos de proteção ou protetor facial completo; e (6) luvas duplas.

O processo de paramentação e desparamentação deverá ser realizado de forma supervisionada, tendo o observador o objetivo de verificar se não há áreas de pele ou mucosas descobertas durante a paramentação e se não houve contato entre a parte externa dos EPIs e pele ou muco as durante a desparamentação.

Deve-se manter o registro de todos os profissionais que prestarem assistência direta ou acessarem quartos e áreas assistenciais de pacientes com suspeita ou diagnóstico de febre hemorrágica viral.

## **Secretaria Municipal de Saúde notifica Secretaria Estadual da Saúde**

A Vigilância Epidemiológica Municipal articulará imediatamente as ações junto à Vigilância Epidemiológica Estadual para organizar o acionamento adequado e seguro do transporte sanitário conforme o cenário do paciente.

A Vigilância Epidemiológica Estadual poderá ser acionada por meio dos canais habituais de comunicação ou, em regime de plantão, através do telefone 0800.721.3000.

## **Restrição de Procedimentos**

Procedimentos invasivos devem ser evitados no serviço de saúde onde o caso foi identificado. Devem ser priorizadas exclusivamente medidas de suporte e manutenção da vida. Quaisquer outros procedimentos deverão ser discutidos e articulados com as autoridades sanitárias.

## **4. TRANSFERÊNCIA SEGURA**

O transporte seguro do paciente será realizado conforme acordado com a vigilância e segundo avaliação das condições clínicas do paciente e o tempo de espera para transferência, atendendo rigorosamente as normas de biossegurança.

A cabine interna da ambulância deve ser envelopada com material a ser, posteriormente, descartado em saco vermelho resistente e impermeável para posterior incineração.

O SAMU Municipal/Estadual será o responsável pelo transporte do paciente em qualquer fluxo que envolva a articulação entre as portas de entrada, o Hospital de Referência Estadual ou o ponto de transferência aérea articulado para o Hospital de Referência Nacional. A transferência aérea será articulada pela gestão estadual conjuntamente com o Ministério da Saúde.

Se for necessário leito de internação, o caso suspeito de Ebola não deve ser inserido no Sistema de Gerenciamento de Internações (GERINT).

Os profissionais de saúde diretamente envolvidos no manejo do paciente para o transporte deverão utilizar os EPIs descritos no item 3.

O **Hospital de Referência Estadual** do RS para casos suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola é o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), que pertence ao Grupo Hospitalar Conceição, de gestão federal.

## 5. REGISTRO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Após a articulação inicial, cabe à Vigilância Epidemiológica Municipal formalizar o registro do caso no sistema. As informações de qualquer caso que preencha a definição de suspeito devem ser registradas na [Ficha de Notificação Individual \(FNI\) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação \(SINAN\)](#) (CID A98.4) e o caso deve ser notificado imediatamente (em até 24 horas) ao e-mail [cievsrs@saude.rs.gov.br](mailto:cievsrs@saude.rs.gov.br), anexando esta FIN do SINAN preenchida legivelmente.

## 6. VIGILÂNCIA LABORATORIAL

Se o paciente estiver no Hospital de Referência Estadual, poderá ser realizado teste rápido de malária a beira-leito, e coleta para diagnóstico do vírus Bundibugyo para análise no(s) laboratório(s) de referência nacional(is).

## 7. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CASO SUSPEITO E MONITORAMENTO DE CONTACTANTES

A investigação epidemiológica deve ser iniciada imediatamente após a notificação do caso suspeito, de forma integrada entre as Vigilâncias Epidemiológicas Municipal e Estadual.

Deverá contemplar o histórico detalhado de viagem, o levantamento de locais frequentados após início dos sintomas, a construção da linha do tempo de exposição e a identificação de contactantes, que são os indivíduos assintomáticos que tiveram contato direto ou indireto com caso suspeito ou confirmado de Doença pelo Vírus Ebola ***durante o período sintomático*** da doença, inclusive após óbito.

Todos os contatos identificados deverão ser monitorados diariamente pelo período de 21 dias a partir da última exposição **ou** até que o caso suspeito em investigação seja descartado laboratorialmente.

O monitoramento dos contactantes deve ser realizado pelo município, articulado com a Vigilância Estadual, em ferramenta a ser disponibilizada pelo estado.

É necessária a coleta das seguintes **informações dos contatos**: (1)Nome completo, (2)Sexo, (3)Data de Nascimento ou Idade, (4)Endereço de Residência, (5)Município de Residência, (6)Telefone (com DDD), (7)Raça/Cor, (8)Nacionalidade, (9)Ocupação (profissional da saúde; profissional da limpeza/lavanderia do estabelecimento de saúde; se outra profissão, especificar), (10)Tipo do local de Residência (Abrigo, Hotel/Pousada, Imóvel por temporada/Airbnb, Residência própria/alugada, Casa de familiar ou conhecido, Alojamento Institucional, Situação de Rua, outro – especificar), (11) Data da Exposição/Contato, (12)Local da Exposição/Contato com endereço e (13) Contexto da Exposição (Agregado Familiar, Transmissão Nosocomial, Local de Trabalho, Grupo de Excursão, Desconhecido, Evento Social, Meio de Transporte, Vizinhança, Domicílio Compartilhado, Academia, Local de Estudos/Creche, Supermercado, Serviço de Saúde).

Os contatos devem ser orientados a evitar deslocamentos desnecessários e comunicar imediatamente o surgimento de sintomas.

Diante do surgimento de qualquer sintoma, o contato deve isolar-se imediatamente e acionar o canal telefônico exclusivo disponibilizado pela gestão municipal, evitando o deslocamento espontâneo a serviços de saúde sem prévio aviso.

## **8. DESINFECÇÃO DO AMBIENTE**

A limpeza terminal do ambiente deverá ser feita imediatamente após a saída do caso suspeito e os trabalhadores responsáveis deverão usar os EPIs equivalentes aos da equipe de atendimento. Deverá ser realizada desinfecção rigorosa de superfícies e materiais.

### **Resíduos**

Os resíduos biológicos devem ser gerenciados adequadamente, conforme Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) [RDC 222/2018, de 28 de março de 2018](#).

Resíduos contaminados ou com suspeita de contaminação pelo vírus Bundibugyo são classificados como Grupo A1 e associados a agentes biológicos de Classe de Risco 4, devendo seguir protocolos rigorosos de acondicionamento, transporte e destinação final.

Os resíduos devem ser descartados em sacos vermelhos resistentes e impermeáveis, substituídos quando atingirem 2/3 da capacidade ou em até 24 horas.

Os materiais perfurocortantes devem ser descartados em recipientes rígidos específicos.  
O tratamento final recomendado é a incineração.

## 9. MEDIDAS FRENTE A CASO SUSPEITO EM PORTOS, AEROPORTOS E FRONTEIRAS

O manejo de caso suspeito de Doença pelo Vírus Ebola em pontos de entrada deve seguir as medidas definidas pela ANVISA, de acordo com as orientações dos organismos internacionais. Tais medidas estão detalhadas na Nota Técnica nº26/2026/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA e suas atualizações, e disponíveis na página sobre Alertas Epidemiológicos, em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/vigilancia-epidemiologica/alertas-epidemiologicos>.

Ao detectar caso suspeito de Febres Hemorrágicas Virais (FHV), será realizada avaliação do risco, conforme Anexo I da [RDC 932/2024, de 10 de outubro de 2024](#), e se necessário, será ativado o Plano de Contingência do Porto ou do Aeroporto.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pronta identificação e a resposta coordenada são essenciais para prevenir a introdução e disseminação da Doença pelo Vírus Ebola. Os serviços de saúde devem manter vigilância ativa e seguir rigorosamente as orientações desta Nota Técnica e demais documentos oficiais disponibilizados no site <https://saude.rs.gov.br/ebola>.

## 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, 2026.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Bundibugyo virus disease, Democratic Republic of the Congo (with exportation to the Republic of Uganda)**. 2026.

## APENDICE A - MEDIDAS IMEDIATAS NO SERVIÇO DE SAÚDE DE IDENTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA

