

Para: Hospitais, EPER do SRS; Unidades de Saúde de Ilha; COA, Delegados de Saúde Concelhios; Coordenador Regional de Saúde Pública; Unidades Locais PPCIRA – RAA; Unidade Regional PPCIRA – RAA; SRPCBA; Linha de Saúde Açores

Assunto: Surtos de doença por vírus Ébola ou Marburg | Revisão de procedimentos – abordagem clínica e de saúde pública de casos suspeitos de febres hemorrágicas por filovírus

Fonte: Direção Regional da Saúde

Contacto na DRS: sres-drs@azores.gov.pt

Considerando a publicação da Orientação da Direção-Geral da Saúde (DGS) n.º 002/2026, de 30 de maio e tendo em conta que:

Nos últimos 30 anos têm ocorrido surtos de febre hemorrágica (FH) por vírus da família *Filoviridae* (filovírus) em África, com destaque para os surtos de doença por vírus do género *OrthoÉbolavirus* (vulgarmente conhecida por doença por vírus Ébola) em 2014-2015 na África Ocidental, em 2018-2020 na República Democrática do Congo (RDC) (ambos associados à espécie vírus Ébola) e por vírus do género *Orthomareburgvirus* como o surto de doença por vírus Marburgo em 2024 no Ruanda. A 16 de maio de 2026 foi declarado um novo surto de FH por vírus Bundibugyo na RDC e Uganda.

Estes surtos de FH têm ocorrido em regiões com presença dos reservatórios animais de filovírus e num contexto de instabilidade social e conflito armado, com capacidade limitada de deteção, diagnóstico e gestão de casos. As intervenções internacionais têm visado a contenção dos surtos nas regiões afetadas, implicando frequentemente a declaração de Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional (PHEIC) pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Perante o perfil cíclico de surtos nas regiões endémicas, e a deteção esporádica de casos de FH importados para países da União Europeia/Espaço Económico Europeu

(EU/EEE), a Direção-Geral da Saúde (DGS) informa os profissionais do sistema de saúde sobre as medidas a adotar no reforço dos mecanismos de preparação e resposta a surtos de FH, atualizando os procedimentos já existentes para a doença por vírus Ébola.¹

De acordo com a literatura científica e as recomendações mais atuais da Organização Mundial da Saúde (OMS)² e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC, na sigla inglesa)³, os países não diretamente afetados como Portugal devem reforçar a deteção precoce e a gestão de eventuais casos importados;

Assim, nos termos do artigo 15º do Anexo I do Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2025/A, de 9 de janeiro e na sequência do despacho de Sua Excelência, a Secretária Regional da Saúde e Segurança Social, datado 25 de junho de 2026, determina-se a adoção os seguintes pressupostos, em conformidade com a Orientação da DGS n.º 002/2026, de 30 de maio:

DEFINIÇÕES

1. Definição de caso suspeito⁴

a) A suspeita clínica para a FH por filovírus deverá ser considerada perante qualquer pessoa que apresente os seguintes critérios clínicos e contexto de exposição/critérios epidemiológicos (ver anexo I):

- Febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) ou história referida de febre

¹ DGS. Doença por Vírus Ébola. Orientações <https://www.dgs.pt/Ébola/documentos/orientacoes.aspx>

² WHO. Epidemic of Ébola Disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda determined a public health emergency of international concern. 17 May 2026. <https://www.who.int/news/item/17-05-2026-epidemic-of-Ébola-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-international-concern>

³ ECDC. WHO declares Ébola outbreak in the Democratic Republic of the Congo and Uganda a Public Health Emergency of International Concern: ECDC continues monitoring. 17 May 2026. <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/who-declares-Ébola-outbreak-democratic-republic-congo-public-health-emergency>

⁴ De acordo com o ECDC e com base na definição do Despacho n.º 1150/2021, de 28 de janeiro relativo a Doenças de notificação obrigatória a notificar na plataforma de apoio ao SINAVE.



Associada ou não a um dos seguintes sintomas:

- Náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, dor abdominal;
- Mialgias, astenia;
- Cefaleia, confusão, prostração;
- Conjuntivite, faringite, odinofagia;
- Exantema maculopapular;
- Tosse, dor torácica, dispneia;
- Hemorragias.

E:

- Estadia (viagem ou residência) em área afetada,⁵ onde há evidência da circulação de vírus Ébola⁶ ou vírus Marburg, no período de 21 dias;⁷

OU

- Contacto próximo (de acordo com a definição no ponto 2 desta circular) no período de 21 dias antes do início de sintomas.

2. Definição de Contacto

- a) Um contato próximo de um caso suspeito, provável ou confirmado é uma pessoa que:
- i. Prestou assistência a doente(s) com FH, sem equipamento de proteção Individual (EPI) adequado, de acordo com o ponto 10 desta circular;
 - ii. Coabitou com doente(s) com FH;
 - iii. Teve contacto direto com:

⁵ De acordo com as informações internacionais da OMS sobre surtos ativos: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/>

⁶ Para o surto de FH por vírus Bundibugyo a decorrer na RDC desde março de 2026, considerar como áreas afetadas as províncias de Ituri, North Kivu e South Kivu.

⁷ WHO. Ébola disease. Key facts. 24 April 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/Ébola-disease> e WHO. Marburg virus disease. 20 January 2025 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/marburg-virus-disease>



1. Sangue, secreções, tecidos, órgãos ou outros fluidos orgânicos de doente ou de cadáver (suspeito ou confirmado de FH);
2. Animais infetados com filovírus (vivos ou mortos) através da manipulação ou ingestão de carne de caça;
3. Superfícies ou objetos contaminados com sangue ou outros fluidos orgânicos de doente ou de cadáver (suspeito ou confirmado de FH);
4. Dispositivos médicos utilizados no tratamento de doente com FH;
5. Cadáver suspeito;
 - iv. Teve eventual exposição em contexto laboral, incluído laboratório, sem EPI adequado;
 - v. Em contexto de exposição em transportes aéreos ou marítimos, devem ser seguidas as definições de contacto de acordo com as respetivas Orientações da DGS.⁸

CASO SUSPEITO (ver anexo II)

3. Identificação e validação de casos suspeitos

a) Um caso suspeito pode ser identificado através de:

- i. Qualquer profissional de saúde no âmbito da prestação de cuidados de saúde;
- ii. Contacto telefónico para a Linha de Saúde Açores (LSA - 808 24 60 24), como primeiro ponto de contacto principal, ou para o 112, como alternativa em situação de compromisso vital, no contexto de autoidentificação de uma pessoa com aparecimento de sinais e sintomas e história de exposição de acordo com os pontos 1 e 2 desta circular. Perante um atendimento na LSA que cumpra os critérios clínicos e epidemiológicos de caso suspeito, o atendedor deve contactar

⁸ DGS. Orientação n.º 014/2014 de 11/08/2014 atualizada a 13/11/2015 - Doença por vírus Ébola. Procedimentos de vigilância de viajantes durante um voo, antes do embarque ou após o desembarque. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142014-de-11082014-pdf.aspx>



de imediato a DGS (cuja linha operacional em vigor atualmente é o 912 152 008), que valida o caso e ativa o circuito de resposta nacional;

- iii. Autoridades de Saúde Concelhias ou outros profissionais de pontos de entrada;
- iv. Vigilância de contactos já em curso.

b) O profissional de saúde que identifique um caso suspeito de FH deve:

- i. Contactar de imediato a DGS por via telefónica (linha operacional em vigor que atualmente é o 912 152 008) para orientação e validação de caso suspeito;
- ii. Notificar de imediato o caso suspeito na plataforma informática de suporte ao SINAVE;

c) A DGS é a entidade responsável pela validação de casos suspeitos;

d) A validação do caso pela DGS irá ativar os mecanismos de gestão do caso suspeito.

4. Gestão de casos suspeitos

- a)** Após a validação de um caso suspeito, a DGS comunica com a Autoridade de Saúde Regional (ASR), que informa a Autoridade de Saúde territorialmente competente **E** ativa o Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA), através da regulação médica e o hospital de referência;
- b)** Um caso suspeito deve permanecer em isolamento físico, em espaço dedicado com controlo de acesso, e bem ventilado para o exterior de forma segura. Deve ainda reforçar a higiene das mãos e a etiqueta respiratória, e usar uma máscara cirúrgica, aguardando a chegada da equipa do SRPCBA ao local;
- c)** Deve planear-se previamente todo o trajeto do caso suspeito até ao hospital de referência e respetiva unidade de internamento, em percursos que minimizem a exposição ambiental.

5. Ativação do SRPCBA

A ASR ativa o SRPCBA, através da regulação médica, para garantir o transporte do caso suspeito desde o local onde estiver até ao hospital de referência (HDES, EPER).

O SRPCBA ativará a equipa e o transporte adequados para a transferência. A Unidade de Evacuações Aéreas do HSEIT, EPER, será responsável pelo transporte aéreo de doentes suspeitos das outras ilhas para o hospital de referência. Esta unidade deve assegurar condições de transporte seguro e aquisição e disponibilidade de equipamentos adequados.

6. Ativação do hospital de referência

- a) O Hospital de referência na RAA é o HDES, EPER;
- b) A equipa de Infeciologia do HDES, EPER, articular-se-á com a regulação médica do SRPCBA para a receção e transferência do doente.

7. Gestão no hospital de referência⁹

- a) O doente deverá ser admitido de imediato numa unidade de isolamento do Serviço de Doenças Infecciosas do hospital de referência;
- b) Abordagem do caso suspeito:
 - i. Providenciar a colheita de amostras e o envio imediato ao INSA, de acordo com o ponto 8;

⁹ CDC. Guidance on PPE for Patients Confirmed to have Selected Viral Hemorrhagic Fevers or Patients Suspected to have Selected Viral Hemorrhagic Fevers Who Are Clinically Unstable or Have Bleeding, Vomiting, or Diarrhea. 9 May 2024 <https://www.cdc.gov/viral-hemorrhagic-fevers/hcp/guidance/ppe-clinically-unstable.html?utm>

- ii. Informar o Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência (PPCIRA) e o Responsável do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho (SP/SST);
- iii. Adotar os procedimentos de Controlo de Infecção preconizados na respetiva unidade de infeciologia;
- c) A utilização de EPI na abordagem do caso suspeito ou confirmado de FH deve cumprir os princípios gerais referidos no ponto 10 desta circular, independente dos procedimentos internos do hospital de referência.

8. Colheitas de amostras e articulação com o Laboratório de Referência Nacional (INSA)

- a) A confirmação de diagnóstico para as FH é efetuada no Laboratório Nacional de Referência, no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA);
- b) Para a realização de testes laboratoriais para pesquisa de qualquer dos vírus do género *OrthoÉbolavirus* ou outros vírus de FH deverão ser colhidos os seguintes produtos biológicos:
 - i. Sangue (3-5 ml em doentes de idade adulta e 1-2 ml em crianças até aos 5 anos) em tubo com anticoagulante EDTA;
 - ii. Zaragatoa oral em meio de transporte viral (em cadáveres);
- c) A colheita de sangue deve ser efetuada utilizando dispositivos médicos corto-perfurantes que incorporem mecanismos de proteção concebidos para o uso seguro dos mesmos¹⁰, utilizando um sistema de vácuo;
- d) Os produtos biológicos colhidos deverão ser acondicionados de acordo com as regras de segurança aplicáveis ao transporte de substâncias infecciosas de

¹⁰ De acordo com o Decreto-Lei n.º 121/2013, de 22 de agosto relativo ao regime jurídico relativo à prevenção de feridas provocadas por dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho nos setores hospitalar e da prestação de cuidados de saúde, transpondo a Diretiva n.º 2010/32/UE do Conselho, de 10 de maio de 2010. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/121-2013-499066>

categoria A, (ver anexo V), refrigerados, e enviados, com a maior brevidade possível para:

- i. Unidade de Resposta a Emergências e Biopreparação, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, sito na Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa;
 - ii. Se a amostra for enviada num período inferior a 24 horas, os tubos têm de ser mantidos refrigerados a 4°C até ao envio. No caso de se prever um período de espera superior a 24 horas,¹¹ as amostras têm de ser congeladas a -70°C;¹²
- e) A nível laboratorial os produtos serão manipulados em laboratório de segurança biológica de nível 3 (BSL-3), em câmara de segurança biológica classe III ou glovebox, até à sua inativação. Seguidamente, é efetuada a pesquisa de ARN de *OrthoÉbolavirus* ou *Orthomarburgvirus* por polimerase chain reaction (PCR) precedida de transcrição reversa (RT-PCR). Na presença de resultado positivo é efetuada a identificação da espécie viral através RT-PCR específico (ver anexo IV);
- f) Se um caso suspeito apresentar resultado negativo e a colheita da amostra de sangue tiver sido realizada menos de 72 horas após o início dos sintomas, deverá ser efetuada uma nova colheita para repetição do teste após esse período, de forma a excluir um eventual resultado falso negativo associado à fase precoce da infeção. Devem manter-se os procedimentos de gestão de caso suspeito até à conclusão do processo de testagem;
- g) A realização de outras análises clínicas para a gestão clínica do doente deverá ser limitada às estritamente necessárias, até à obtenção dos resultados dos testes de diagnóstico. O circuito dos produtos biológicos deverá cumprir as condições de biossegurança adequadas e a realização dessas determinações deverá ocorrer, preferencialmente, em ambiente de pressão negativa e através

¹¹ Em eventuais situações de casos suspeitos nas Regiões Autónomas.

¹² Ou considerar uma alternativa logística validada (transporte em cadeia fria certificada).



da utilização de testes *point-of-care*, evitando o circuito laboratorial geral do hospital;

- h) Para diagnóstico diferencial de FH deverão ser preconizados testes para outras doenças de etiologia viral como dengue, febre amarela, febre do vale do Rift, doença por vírus Lassa, febre hemorrágica Crimeia-Congo ou outras doenças de etiologia não viral, incluindo de leptospirose, rickettsioses, febre tifóide ou malária.¹³

9. Notificação no SINAVE e gestão de contactos¹⁴

- a) A notificação clínica (“Ébola” ou “Febres Hemorrágicas Virais” - opção “Febre de Marburg”) deverá ser feita de imediato, não ultrapassando as 24 horas desde a suspeição, na plataforma informática de suporte ao SINAVE, por qualquer médico;
- b) A notificação de resultados laboratoriais (positivos e negativos) para FH deverá ser feita de imediato, sem ultrapassar as 24 horas, na plataforma informática de suporte ao SINAVE;
- c) Em caso de dificuldade de notificação na plataforma informática de suporte ao SINAVE deverá ser reportado o constrangimento para sinave@dgs.min-saude.pt;
- d) Inquérito Epidemiológico:
- i. Após a notificação clínica de um caso suspeito, o inquérito epidemiológico deve ser iniciado com a maior celeridade possível, preferencialmente sem ultrapassar as 24 horas;

¹³ WHO. Diagnostic testing for Ébola and Marburg virus diseases: interim guidance. 20 December 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/B09221>

¹⁴ De acordo com o Despacho n.º 1150/2021, de 28 de janeiro relativo a Doenças de notificação obrigatória a notificar na plataforma de apoio ao SINAVE. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1150-2021-155575942> e com a Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto relativo a sistema de vigilância em saúde pública versão atualizada) https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1981&tabela=leis



- ii. Todos os formulários associados ao caso devem ser devidamente preenchidos, incluindo o formulário de “Lista de contactos/expostos” e a descrição da intervenção realizada, quando aplicável. A atualização dos dados deve ser efetuada de forma contínua e atempada, enquanto decorre a investigação epidemiológica e intervenção em saúde pública.
- e) Classificação do caso:
- i. A Autoridade de Saúde Concelhia deve classificar o caso de acordo com o Despacho¹⁵ em vigor.
- f) Gestão de contactos:
- i. O rastreio de contactos deve iniciar-se de imediato, independentemente da confirmação do caso e mantido até à sua infirmação;
- ii. A identificação de contactos deve ser coordenada pela Autoridade de Saúde territorialmente competente com o apoio operacional da sua equipa, em articulação com a equipa responsável pela prestação de cuidados da unidade de isolamento, dando conhecimento à ARS;
- iii. Devem ser identificados, de forma expedita e exaustiva, todos os potenciais contactos do caso suspeito nos diferentes contextos, incluindo laboral ou de transportes;¹⁶
- iv. Todos os contactos identificados devem ser registados no formulário “Lista de contactos/expostos”, disponível na plataforma informática de suporte ao SINAVE;
- v. Deve ser indicado a necessidade de vigilância ativa de sinais e sintomas por um período de 21 dias a partir do dia do último contacto com o caso;
- vi. Em contexto de serviços de prestação de cuidados de saúde, a identificação de contactos deverá ser coordenada pela Autoridade de Saúde concelhia em articulação com os Serviços de Segurança e Saúde

¹⁵ Despacho n.º 1150/2021, de 28 de janeiro relativo a Doenças de notificação obrigatória a notificar na plataforma de apoio ao SINAVE <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1150-2021-155575942>

¹⁶ O rastreio de contactos em contexto de meios de transportes internacionais é desencadeado pela equipa de sanidade internacional em estreita colaboração com a equipa do CESP/DGS.

no Trabalho, a Unidade Local do PPCIRA e a equipa clínica, sobretudo perante profissionais expostos ou contactos identificados;

vii. Para a vigilância ativa deve ser indicado:

1. A necessidade de se ter um termómetro para medição de temperatura;
2. Um contacto telefónico direto da Autoridade de Saúde responsável pela gestão de contactos, disponível até o fim do período de monitorização (21 dias após a última exposição);
3. A necessidade de comunicar de imediato o aparecimento de sinais e sintomas ao responsável pela gestão de contactos preferencialmente, ou à LSA (808 24 60 24) ¹⁷ ou o 112, em caso de emergência médica;

viii. Para complemento da gestão de contactos deve ser consultada (e ajustada ao contexto atual) a Orientação da DGS n.º 018/2014 de 29/10, atualizada a 13/11/2015 relativa à Doença por vírus Ébola. Vigilância de Contactos na Comunidade e em Contexto Laboral.¹⁸

10. Medidas de prevenção e controlo de infeção nas estruturas de saúde¹⁹

- a) A abordagem de prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados a casos suspeitos ou confirmados de FH baseia-se no facto de ser uma doença DIAC, com transmissão pessoa-a-pessoa através do contacto direto com sangue, fluidos corporais, tecidos ou superfícies e materiais contaminados de pessoas sintomáticas, vivas ou mortas. Apesar de ainda não existir evidência de transmissão por via aérea, devem ser adotadas precauções adicionais, caso ocorram procedimentos ou sintomas geradores de aerossóis;

¹⁷ Perante um atendimento na LSA que cumpra os critérios clínicos e epidemiológicos de caso suspeito, mesmo no contexto de vigilância de contactos, o atendedor deve cumprir o preconizado nesta circular, ligando de imediato para a DGS (cuja linha operacional em vigor atualmente é o 912152008) a fim poder ser devidamente validada e orientada a situação.

¹⁸ <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182014-de-29102014-pdf.aspx>

¹⁹ Orientação nº 21/2014 de 29/10 atualizada a 13/11/2015. Doença por Vírus Ébola. Descontaminação e gestão de resíduos. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212014-de-29102014-pdf.aspx>



- b) A gestão de caso suspeitos deve ser efetuada por pessoal treinado na utilização adequada dos EPI de referência para DIAC;
- c) O princípio fundamental da utilização de EPI assenta numa proteção integral, com utilização de proteção respiratória avançada, cobertura completa da pele e mucosas, devendo o processo de colocação e remoção ser realizado sob supervisão de um Observador Treinado, (*Trained Observer*), com a função exclusiva de verificar o cumprimento rigoroso de cada etapa do procedimento;
- d) Os casos suspeitos ou confirmados de FH devem ser identificados e comunicados às equipas prestadoras de cuidados de saúde, de forma a serem aplicadas as medidas de prevenção e controlo de infeção previstas;
- e) A utilização de EPI na abordagem do caso suspeito ou confirmado de FH deve cumprir os seguintes aspetos:
 - i. Na ausência de normas institucionais específicas, a utilização de EPI deverá observar, no mínimo, os seguintes requisitos:
 1. Proteção respiratória: utilização de máscara respiratória FFP2 ou FFP3;
 2. Luvas: uso de luvas descartáveis e não porosas (em nitrilo (1º par) e látex (2º par));
 3. Proteção ocular: protetor facial completo para prevenção de exposição a gotículas;
 4. Vestuário de proteção: fato de proteção integral e bata impermeável de manga comprida e cógula, visando impedir o contacto cutâneo e a contaminação da roupa;
 5. Proteção para os pés: protetores de calçado descartáveis ou botas de borracha passíveis de desinfeção.
 - ii. Colocação e remoção: deve ter por base o treino adequado sobre como colocar e retirar o EPI para evitar a autocontaminação, principalmente durante a remoção. Apenas profissionais devidamente treinados e competentes no uso de EPI adequado devem ter contacto com o doente.
- f) A gestão de resíduos deve cumprir os seguintes aspetos:

- i. No caso suspeito (a aguardar confirmação laboratorial), os resíduos podem ser armazenados em segurança no serviço/unidade do doente. Caso não seja possível o armazenamento seguro na unidade do doente, devem ser imediatamente tratados como grupo IV;
 - ii. Se o resultado do teste laboratorial conclusivo for negativo, os resíduos podem ser reclassificados como grupo III;
 - iii. No caso de teste laboratorial positivo, todos os resíduos devem ser classificados como grupo IV;
 - iv. Devem ser utilizados, sempre que possível, utensílios descartáveis (incluindo talheres, pratos, roupa da cama e vestuário do doente) e eliminados como grupo IV.
- g) A higienização de espaço e equipamentos deve cumprir o seguinte²⁰:**
- i. Devem ser cumpridas as normas e os procedimentos para garantir uma limpeza²¹ e desinfecção eficazes;
 - ii. A higienização deverá ser realizada por profissionais treinados na colocação e retirada do EPI;
 - iii. A higienização da unidade do doente deve ser realizada pelo menos uma vez por dia. Devem ser cumpridas as normas e os procedimentos de cada instituição para garantir uma limpeza e desinfecção eficazes;
 - iv. Deve ser utilizado hipoclorito²² a 0,1% (1.000 ppm) para higienização de todas as superfícies, incluindo o chão. Poderão ser utilizadas soluções com ou sem detergente associado, adaptando a cada situação;
 - v. No caso de derramamento de fluidos orgânicos em grande quantidade deverão, se disponível, ser aplicados grânulos absorventes diretamente sobre o derrame. Posteriormente, deverá ser aplicada solução de hipoclorito a 5% (50.000 ppm) e deixar atuar 10 a 15 minutos antes da

²⁰ WHO. Infection prevention and control guideline for Ebola and Marburg diseases. Guideline. 17 May 2026

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240111332>

²¹ Importante também lavar antes com água e detergente, antes da desinfecção.

²² A OMS (25) recomenda 0,1% (1000 ppm) de cloro disponível para "situações limpas" e 0,5% (5000 ppm) para "situações sujas". O álcool a 70% é eficaz na inativação do vírus Ebola e Marburg, desde que a superfície esteja limpa e seja respeitado um tempo de contacto adequado.

sua remoção e de descartado como resíduo sólido. Em seguida a área deverá ser higienizada com solução de hipoclorito a 1% (10.000 ppm);

vi. Após a alta do doente, deverá ser realizada desinfeção terminal da unidade do doente:

1. Limpeza de todas as superfícies com solução de hipoclorito a 1% (10.000 ppm);
2. Desinfeção adicional com vaporização/aerossolização de peróxido de hidrogénio, utilizando uma tecnologia com eficácia devidamente comprovada;
3. Remover resíduos como Grupo IV (resíduos hospitalares de risco biológico elevado);
4. Para situações em que a desinfeção terminal não possa cumprir os pontos anteriores, os hospitais de referência deverão contactar a DGS para ativar a equipa do Elemento de Defesa Biológico, Químico e Radiológico do Exército.²³

11. Procedimentos perante óbito

- a) Com as devidas adaptações ao contexto atual, devem ser cumpridos os procedimentos previstos em Orientações da DGS e em surtos anteriores de FH por filovírus;
- b) Deve proceder-se à colheita de amostras biológicas e o seu envio para o INSA;
- c) Perante um óbito suspeito por FH, ocorrido dentro ou fora de um hospital de referência, deve ser contactada de imediato a DGS (linha operacional em vigor atualmente é o 912152008) para validação. Deve ser efetuado o registo no Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), com a descrição de eventos que conduziram ao óbito na parte 1 do certificado de óbito (CO), e

²³ De acordo com a Orientação n.º 021/2014 de 29/10/2014 atualizada a 13/11/2015 - Doença por vírus Ébola. Descontaminação e Gestão de Resíduos. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212014-de-29102014-pdf.aspx>

registar no campo de “Observações- informação clínica” “suspeita de febre hemorrágica” e, se possível, o número de notificação SINAVE;

- d) A DGS ativar a intervenção da Guarda Nacional Republicana (GNR), para manusear o cadáver, de acordo com os procedimentos específicos em vigor²⁴;
- e) A cremação do cadáver e a inumação são os procedimentos recomendados.

12. Recomendações para viajantes

- a) Aos viajantes com destino a áreas endémicas ou com surtos ativos²⁵ recomendam-se as seguintes medidas de precaução:

- i. Antes da viagem

- 1. Realizar consulta de viajante²⁶;
 - 2. Fazer o registo no Portal das Comunidades
<https://portaldascomunidades.mne.gov.pt/pt/vai-viajar/registo-do-viajante> ;
 - 3. Efetuar um seguro de viagem.

- ii. Durante a estadia:

- 1. Evitar o contacto com doentes sintomáticos/os seus fluidos corporais, cadáveres e/ou fluidos corporais de doentes falecidos, e todos os animais selvagens, vivos ou mortos;
 - 2. Evitar manusear ou consumir carne de animais selvagens (carne de mamíferos selvagens ou ferais abatidos para alimentação);
 - 3. Lavar as mãos regularmente e cuidadosamente com água e sabão (ou álcool gel quando não houver sabão disponível);
 - 4. Praticar sexo seguro (utilizando métodos contracetivos de barreira).

²⁴ De acordo com as Orientação n.º 11/2015 de 13/11 sobre Doença por vírus Ébola - Procedimentos perante um óbito por Vírus Ébola - Procedimentos perante um óbito ocorrido em serviço de saúde (exceto em Hospital de referência), no domicílio ou na via pública. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0122015-de-13112015-pdf.aspx> e Orientação n.º 011/2015 de 13/11/2015 - Doença por vírus Ébola. Procedimentos perante um óbito ocorrido num Hospital de referência. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112015-de-13112015-pdf.aspx>

²⁵ De acordo com as informações internacionais e da OMS sobre surtos ativos: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/>

²⁶ [Consulta de Medicina do Viajante - Direção Regional da Saúde - Portal](#)



5. Procurar assistência médica local o mais rapidamente possível e contactar a sua seguradora de viagem (para os viajantes que apresentem sintomas no estrangeiro).

iii. Após o regresso:

1. Efetuar automonitorização ativa durante 21 dias;
2. Evitar dádiva de sangue até 60 dias após o regresso da viagem;
3. Não se deslocar a qualquer serviço de saúde, público ou privado, sem orientação prévia, devendo ligar para a LSA (808 24 60 24) ou contactar o médico assistente por telefone, ou ainda ligar o 112, em caso de emergência médica (para os viajantes que venham a adoecer nos primeiros 21 dias após o regresso), mencionando os sintomas, as datas e o itinerário da sua viagem.

13. A presente circular revoga as seguintes: Circular Normativa nº 20, de 12 de agosto de 2014; Circular Normativa nº 21, de 12 de agosto de 2014; Circular Normativa nº 25, de 22 de setembro de 2014; Circular Normativa nº 26, de 22 de setembro de 2014; Circular Normativa nº 30, de 21 de outubro de 2014; Circular Normativa nº 31, de 21 de outubro de 2014. Ficam sem efeito os conteúdos de normas, orientações, circulares, ofícios e informações anteriores que contrariem o disposto nesta circular.

14. O conteúdo da presente Circular Normativa será atualizado sempre que a evidência científica ou a situação epidemiológica o justificarem.

O Diretor Regional

Pedro Garcia Monteiro Paes



INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR SOBRE FEBRES HEMORRÁGICAS POR FILOVIRUS²⁷

Doença por vírus Ébola

A doença por vírus Ébola refere-se à patologia causada por vírus do género *OrthoÉbolavirus*, espécie *OrthoÉbolavirus zairense*, denominado vírus Ébola. As espécies *OrthoÉbolavirus sudanense* (vírus Sudan) e *OrthoÉbolavirus bundibugyoendse* (vírus Bundibugyo) causam uma doença muito semelhante. Embora seja cientificamente mais correto denominar a doença segundo o vírus específico, em contexto clínico e de saúde pública, o termo “doença por vírus Ébola” continua a ser frequentemente utilizado de forma genérica para descrever as infeções causadas por *OrthoÉbolavirus* associados à febre hemorrágica.

Doença por vírus Marburg

A doença por vírus Marburg refere-se à patologia causada por vírus do género *Orthomarburgvirus*, espécie *Orthomarburgvirus marburgense*, designado por vírus Marburg. À semelhança do que ocorre com outros vírus da mesma família (*Filoviridae*), esta infeção pode originar uma febre hemorrágica grave. Embora seja também cientificamente mais correto denominar a doença segundo o vírus específico, em contexto clínico e de saúde pública, o termo “doença por vírus Marburg” continua a ser frequentemente utilizado de forma genérica para descrever as infeções causadas por *Orthomarburgvirus* associadas à febre hemorrágica.

Agentes Etiológicos

A família *Filoviridae* integra vírus de ARN de cadeia simples de sentido negativo associados a febres hemorrágicas graves em seres humanos e outros primatas. Esta família inclui diferentes géneros, entre os quais o género *OrthoÉbolavirus* e o género *Orthomarburgvirus*.

²⁷ WHO. Ebola disease. Key facts. 24 April 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-disease> e WHO. Marburg virus disease. Key facts. 20 January 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/marburg-virus-disease>

No anexo III encontra-se sistematizada informação referente aos diferentes filovirus causadores de febres hemorrágicas.

OrthoÉbolavirus

Atualmente, o género *OrthoÉbolavirus* engloba seis espécies com perfis epidemiológicos e patogénicos distintos. O *OrthoÉbolavirus zairense* (vírus Ébola) e *OrthoÉbolavirus sudanense* (vírus Sudan) são historicamente responsáveis pelos surtos de maior dimensão e letalidade em seres humanos.

Encontra-se atualmente sob particular vigilância o *OrthoÉbolavirus bundibugyoense* (vírus Bundibugyo), agente etiológico do surto em curso na RDC e no Uganda, reforçando a necessidade de os profissionais de saúde manterem um elevado grau de alerta de vigilância clínica perante doentes com histórico de viagem ou exposição epidemiológica nas regiões afetadas.²⁸ Por outro lado, as espécies *OrthoÉbolavirus taiense* (vírus Taï Forest), *OrthoÉbolavirus restonense* (vírus Reston) e *OrthoÉbolavirus bombaliense* (vírus Bombali) apresentam, até à data, impacto clínico muito limitado em seres humanos, embora permaneçam sob monitorização epidemiológica e ecológica contínua. As infeções causadas por estes vírus são designadas de acordo com o vírus envolvido, nomeadamente doença por vírus Ébola, doença por vírus Sudan e doença por vírus Bundibugyo.

Os principais reservatórios naturais suspeitos dos *OrthoÉbolavirus* são morcegos frugívoros africanos, embora o seu papel exato na manutenção e transmissão viral não esteja completamente esclarecido para algumas espécies virais. Diferentes espécies de morcegos têm sido associadas à circulação destes vírus, nomeadamente *Hypsignathus monstrosus*, *Epomops franqueti* e *Myonycteris torquata* para o vírus Ébola, bem como morcegos insetívoros para o vírus Bombali. Adicionalmente, vários mamíferos selvagens, incluindo primatas não humanos, antílopes florestais e suínos,

²⁸ De acordo com as informações internacionais e da OMS sobre surtos ativos: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/>

podem atuar como hospedeiros acidentais ou amplificadores, desempenhando um papel potencial na transmissão zoonótica para seres humanos.

Os *OrthoÉbolavirus* são considerados agentes biológicos de elevado risco, exigindo condições laboratoriais adequadas de biossegurança e bioproteção para a sua deteção e manipulação. A caracterização genética e filogenética destes vírus constitui uma ferramenta importante para a vigilância epidemiológica, identificação de cadeias de transmissão e monitorização da emergência de novas variantes virais.

Orthomarburgvirus²⁹

O género *Orthomarburgvirus*, compreende principalmente duas espécies que partilham elevada homologia genómica e estrutural: o vírus Marburg e o vírus Ravn. O vírus Marburg foi identificado em 1967, após dois surtos simultâneos em Marburgo e Frankfurt, na Alemanha, e em Belgrado, na Sérvia, associados a trabalhos laboratoriais com macacos verdes africanos (*Cercopithecus aethiops*) importados do Uganda, que se alimentam de frutas. O ciclo natural destes vírus envolve como principal reservatório o morcego frugívoro *Rousettus aegyptiacus*, no qual a infeção decorre de forma assintomática, permitindo a manutenção e disseminação do vírus no ambiente e a sua transmissão entre primatas e humanos. A transmissão zoonótica a seres humanos está associada à exposição a ambientes como grutas e minas colonizadas pelos morcegos, que são os reservatórios. A distribuição geográfica do vírus Marburg pode sobrepor-se à distribuição dos morcegos *Rousettus*.

As infeções humanas por *Orthomarburgvirus*, por qualquer das espécies, causa a doença por vírus Marburg, uma febre hemorrágica grave. Têm sido documentados surtos predominantemente na África subsaariana, incluindo países como Uganda, RDC, Angola, Quênia, Guiné Equatorial e Gana, frequentemente ligados a exposição inicial em zonas rurais ou minas e subsequente propagação em contexto comunitário ou de cuidados de saúde. Apesar das diferenças genéticas entre os vírus Marburg e

²⁹ WHO. Marburg virus disease. Key facts. 20 January 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/marburg-virus-disease>

Ravn, ambos são clinicamente indistinguíveis, sendo indispensável a confirmação laboratorial por métodos moleculares específicos para as espécies.

Transmissão

Todas as espécies de *OrthoÉbolavirus* patogénicas para o ser humano (vírus Ébola, Sudan e Bundibugyo) e as espécies de *Orthomarburgvirus* partilham os mesmos mecanismos fundamentais de transmissão:

- Vias de transmissão principais

- Transmissão inicial (*Spillover*): o vírus passa do reservatório animal para os humanos através do manuseamento ou consumo de carne de caça. Os morcegos frugívoros são apontados como o principal reservatório suspeito, embora a identificação exaustiva permaneça incompleta.
- A transmissão entre humanos é possível por contacto, não estando provada a transmissão por via respiratória (gotícula ou via aérea).
- Contacto direto: a transmissão ocorre através do contacto direto com fluidos corporais de indivíduos infetados (sangue, vómitos, fezes, saliva, leite materno e sêmen).
- Fómites: contágio por via indireta através do contacto com objetos ou superfícies contaminadas por estes fluidos.

- Dinâmica da transmissão humana

- Momento de contágio: a transmissão entre seres humanos ocorre apenas após o início dos sintomas. Não há contágio durante o período de incubação.
- Período de transmissibilidade: pode ir para além da recuperação clínica. As pessoas podem ser contagiosas pelo período de tempo que as partículas virais forem presentes no sangue, secreções e fluidos corporais incluindo *post-mortem*.
- Práticas culturais: os rituais fúnebres tradicionais que envolvem o contacto direto com os cadáveres estão historicamente associados a um aumento da transmissão

• Persistência viral e transmissão sexual³⁰

- O vírus tem a capacidade de permanecer oculto em locais com santuário imunológico (onde o sistema imunitário tem uma resposta limitada) mesmo após a recuperação clínica do doente. Isto pode originar recaídas raras ou a transmissão por via sexual.
- Persistência no sémen: o ARN do vírus pode ser detetado no sémen até 18 meses após a recuperação (com uma taxa de positividade de 75% aos 6 meses e uma mediana de permanência de 204 dias).
- Transmissão sexual: existem casos documentados de transmissão sexual ativa entre 179 a mais de 500 dias após a doença inicial.
- Outros locais de persistência: humor aquoso, sistema nervoso central e leite materno.

Apresentação clínica

Doença por vírus Ébola

A doença por vírus Ébola apresenta um curso clínico grave e progressivo que se inicia após um período de incubação médio de 3 a 10 dias (podendo variar entre 2 e 21 dias), durante o qual o doente se mantém assintomático e não contagioso.

A evolução da doença divide-se em fases bem definidas. A fase inicial manifesta-se através de "sintomas secos" e inespecíficos, caracterizados por febre, cefaleias, dores musculares e articulares, e uma astenia marcada que serve como um forte indicador precoce da infeção. Por volta do quarto dia de doença, evolui-se para a fase gastrointestinal ou de "sintomas húmidos", onde imperam as dores abdominais, os vómitos e uma diarreia aquosa grave que pode ascender aos 10 litros diários, provocando desidratação grave, acidose e desequilíbrios eletrolíticos. Na fase tardia

³⁰ A esmagadora maioria dos dados sobre persistência viral e transmissão sexual provém de sobreviventes da espécie vírus Ébola, especificamente do surto de 2013-2016 na África Ocidental. Atualmente, não existem dados comparáveis para as espécies Sudão ou Bundibugyo, nem para o género e espécie Marburg, desconhecendo-se a persistência e a eventual transmissão sexual destes vírus, limitando a compreensão global destes vírus.

(entre o 7.º e o 16.º dia), o vírus afeta órgãos vitais, gerando insuficiência renal e disfunção hepática - laboratorialmente traduzidas por proteinúria e uma elevação da enzima AST muito superior à ALT -, além de leucopenia e trombocitopenia. Uma coagulopatia complexa pode desencadear microtromboses, embora as manifestações hemorrágicas visíveis (como hemorragias gengivais ou gastrointestinais) ocorram em menos de metade dos doentes. Sintomas neurológicos, como confusão e delírio, e complicações respiratórias também surgem nos casos mais graves, culminando frequentemente em falência multiorgânica.

A gravidade do quadro clínico depende da espécie de *Orthoebolavirus* identificada:

- Vírus Ébola: é a variante mais agressiva, com uma letalidade histórica entre 60% e 90%.
- Vírus Sudan e Bundibugyo: apresentam taxas de letalidade inferiores (cerca de 50% e 25%, respetivamente). Dados de surtos recentes por vírus Sudan demonstram que este partilha da mesma gravidade inicial do vírus Ébola, mas apresenta uma incidência significativamente menor de manifestações hemorrágicas no início do quadro.
- Vírus Taï Forest e Reston: o vírus Taï Forest registou apenas um caso na história, que não foi fatal. Já o vírus Reston é não patogénico para os seres humanos; embora cause seroconversão, a infeção é assintomática porque não ativa nem as vias inflamatórias nem desencadeia uma tempestade de citocinas.

O prognóstico dos doentes é afetado por fatores como idades extremas, disfunções orgânicas graves e, acima de tudo, uma elevada carga viral inicial no momento do diagnóstico. Nos casos de sobrevivência, a recuperação tende a iniciar-se entre o 6.º e o 11.º dia, em paralelo com o desenvolvimento de anticorpos. Contudo, o processo de convalescença é frequentemente marcado pela Síndrome Pós-Ébola, que se traduz em sequelas prolongadas devido à persistência do vírus em locais de privilégio imunitário, manifestando-se através de dores musculoesqueléticas crónicas, uveítes (complicações oculares), distúrbios neuropsiquiátricos e perda de audição.

Doença por vírus Marburg³¹

Os vírus do género *Orthomarburgvirus* incluindo o vírus Marburg e o vírus Ravn causam a doença por vírus Marburg, uma febre hemorrágica viral grave no contexto de contacto com morcegos infetados por contacto direto com sangue, secreções ou outros fluidos corporais de indivíduos infetados ou com superfícies contaminadas.

Clinicamente, a doença caracteriza-se por início súbito de febre alta, mal-estar, cefaleias intensas e mialgias, podendo evoluir para vómitos, diarreia, manifestações hemorrágicas e disfunção multiorgânica, com taxas de letalidade elevadas e variáveis entre surtos. A ausência de manifestações clínicas específicas nas fases iniciais e a semelhança com outras doenças infecciosas dificultam o diagnóstico precoce, sendo essencial a confirmação laboratorial e a implementação rápida de medidas de prevenção e controlo. Apresenta muitas semelhanças com a febre hemorrágica por *Orthoebolavirus*, sendo fundamental avaliar o contexto epidemiológico, histórico de viagem, exposições de risco e contactos do doente para orientar o diagnóstico diferencial. A principal diferença com a doença por vírus Ébola assenta no seguinte:

- Período de incubação: na doença por vírus Marburg, o período geralmente varia entre 2 a 21 dias, com uma média ligeiramente inferior de 5 a 7 dias desde a exposição até ao início dos sintomas. Na doença por vírus Ébola, embora também varie entre 2 a 21 dias, a média é ligeiramente superior, de 8 a 10 dias.
- Apresentação de exantema: na doença por vírus Marburg geralmente os doentes desenvolvem um exantema maculopapular não pruriginoso no tronco por volta do 5º dia da doença. Na doença por vírus Ébola pode ocorrer o exantema maculopapular, mas não tão específico,
- Taxa de letalidade: na doença por vírus Marburg, as taxas de letalidade variam normalmente entre 24% a 88%, dependendo do surto específico e do acesso a cuidados intensivos, mas em alguns surtos em África, a média ultrapassou os 80%. Na doença por vírus Ébola, as taxas de letalidade variam em função da

³¹ Uppala. P. K. et al. Marburg virus disease: Emerging threat, pathogenesis, and global public health strategies. World J Virol. 2025 Jun 25;14(2):103576. doi: 10.5501/wjv.v14.i2.103576. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12188858/>



espécie específica do vírus. Para o vírus Ébola pode atingir até 90%, enquanto o vírus Bundibugyo tem uma taxa de letalidade inferior.

- Capacidade de resposta dos serviços: a inexistência atual de vacinas ou terapêuticas específicas aprovadas para a doença por vírus Marburg, limitam as estratégias de resposta em saúde pública.

Diagnóstico (ver anexo IV)

O diagnóstico molecular de Orthoebolavírus e Orthomarburgvirus pode ser realizado em laboratório de nível de biossegurança 3 (BSL-3), desde que sejam implementadas medidas reforçadas de biossegurança e bioproteção, minimizando o risco de transmissão por exposição percutânea, contacto com mucosas e procedimentos geradores de aerossóis. Para tal, é indispensável a utilização adequada de EPI apropriado ao risco biológico associado.

A realização dos exames laboratoriais deverá ocorrer de acordo com os protocolos internos do hospital ou laboratório de referência designado, por profissionais devidamente formados, treinados e equipados, garantindo o cumprimento das boas práticas laboratoriais e dos procedimentos aplicáveis ao manuseamento de agentes biológicos de elevado risco. O processamento inicial de amostras suspeitas deverá ser efetuado em câmara de segurança biológica de Classe III ou *glovebox*, preferencialmente, em sistemas de contenção adicionais adequados, assegurando igualmente a correta gestão de resíduos hospitalares do Grupo IV, bem como a implementação dos procedimentos de desinfeção e limpeza dos equipamentos e superfícies laboratoriais.

Nos hospitais de referência poderão ainda ser realizados testes “*point-of-care*” ou outros exames laboratoriais considerados indispensáveis à abordagem clínica do doente, nomeadamente para diagnóstico de malária, desde que sejam rigorosamente cumpridas todas as medidas de biossegurança e bioproteção aplicáveis.

Para o diagnóstico de doença por vírus Ébola e por vírus Marburg, os procedimentos laboratoriais relativos a casos suspeitos deverão ser realizados no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), laboratório nacional de referência para



agentes biológicos de elevado risco. Para efeitos de seguimento clínico dos casos prováveis ou confirmados, os laboratórios dos hospitais de referência asseguram os restantes exames laboratoriais necessários, os quais deverão ser limitados ao estritamente indispensável.

O diagnóstico laboratorial molecular deverá ser realizado através de técnicas de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN), preferencialmente RT-PCR em tempo real, utilizando uma abordagem faseada. Numa primeira fase, recomenda-se a utilização de ensaios moleculares de rastreio dirigidos a regiões conservadas do género *Orthoebolavirus* e/ou *Orthomarburgvirus*, ou, sempre que aplicável, de ensaios pan-filovírus, permitindo a deteção genérica de filovírus com relevância clínica em humanos.

Após obtenção de um resultado positivo no teste de rastreio, deverá ser efetuada a confirmação e caracterização específica através de ensaios RT-PCR dirigidos e/ou sequenciação genómica para a identificação da espécie viral envolvida, consoante o contexto epidemiológico e os testes disponíveis.

Os filovírus são habitualmente detetáveis por RT-PCR em amostras colhidas entre o 3.º e o 10.º dia após o início dos sintomas. Nos casos em que a colheita seja efetuada antes do 3.º dia de doença e o resultado obtido seja negativo, deverá ser realizada nova colheita após esse período, de forma a excluir definitivamente infeção por filovirus. Em simultâneo, deverá ser assegurado o diagnóstico diferencial para infeções por outros agentes etiológicos virais com apresentação clínica semelhante, nomeadamente as causadas por vírus Dengue, vírus da febre amarela, vírus da febre do *Rift Valley*, vírus Lassa, vírus da febre hemorrágica Crimeia-Congo ou ainda para doenças de etiologia bacteriana ou parasitária, nomeadamente, leptospirose, rickettsioses, febre tifóide e malária.

Sempre que possível, os resultados positivos deverão ser complementados por sequenciação genómica parcial ou completa, permitindo a caracterização filogenética do vírus, a investigação de cadeias de transmissão, a monitorização da evolução

genética do agente etiológico e a identificação de possíveis eventos de introdução ou disseminação viral.

A escolha do tipo de amostra e da metodologia laboratorial deverá ter em consideração o estado clínico do doente, o contexto epidemiológico e o objetivo do teste, podendo incluir diagnóstico inicial, confirmação da espécie viral, seguimento clínico, vigilância epidemiológica ou investigação de exposição prévia. Também a escolha dos dispositivos de diagnóstico *in vitro* a utilizar no diagnóstico deverá ter em conta a(s) espécie(s) para as quais foram desenvolvidos e validados, uma vez que alguns testes comerciais são específicos para determinadas espécies de *Orthoebolavírus* e *Orthomarburgvirus*, e poderão não detetar todas as espécies conhecidas, aumentando o risco de resultados falso-negativos.

O anexo IV resume os principais métodos laboratoriais atualmente utilizados no diagnóstico e caracterização de *Orthoebolavírus* e *Orthomarburgvirus*.

O isolamento viral através de cultura celular encontra-se restrito a laboratórios BSL-4, devido ao elevado risco biológico associado à propagação destes agentes, não sendo, por esse motivo, utilizado como método de diagnóstico de rotina.

Existem ainda testes rápidos de deteção de antigénio, os quais poderão constituir uma ferramenta complementar, em contexto de surto, sobretudo na abordagem *post-mortem* e em situações de elevada pressão diagnóstica. Contudo, devido à sua menor sensibilidade comparativamente às técnicas de amplificação de ácidos nucleicos, estes testes não são recomendados para confirmação inicial de casos ou para a declaração de novos surtos, devendo os resultados ser sempre interpretados em conjunto com os dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais disponíveis.

Os testes serológicos, baseados na deteção de anticorpos IgM e IgG, podem igualmente ser utilizados como ferramenta complementar, sobretudo em estudos epidemiológicos, investigação de exposição prévia, avaliação de sobreviventes ou caracterização da resposta imunitária. No entanto, a serologia não deve ser utilizada isoladamente para diagnóstico de infeção aguda, uma vez que os anticorpos podem

não estar presentes nas fases iniciais da doença e podem ocorrer reações cruzadas ou interferência associada a vacinação prévia.

Tratamento

O tratamento das FH baseia-se fundamentalmente numa abordagem em duas frentes, iniciando-se pelos cuidados de suporte e estendendo-se, quando possível, para terapêuticas farmacológicas específicas que variam consoante a espécie do vírus.

Independentemente do género e espécie de filovirus responsável pela infeção, os cuidados de suporte constituem a base do tratamento e são cruciais para a sobrevivência do doente. Estes cuidados incluem a ressuscitação por fluidos endovenosos e a reposição minuciosa de eletrólitos para combater as perdas causadas pela diarreia e vómitos. Adicionalmente, é fundamental assegurar o suporte de oxigénio, a estabilização da pressão arterial, o tratamento de infeções secundárias, a correção da coagulopatia e o suporte nutricional adequado.

No que concerne ao tratamento específico, o cenário varia consoante o agente etiológico:

ORIENTAÇÃO N.º 002/2026 de 30/05/2026 Página 18 de 29 **DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE** Alameda D. Afonso Henriques, 45 Tel.: +351 21 843 05 00 1049-005 Lisboa
Email: geral@dgs.min-saude.pt **WWW.DGS.PT**

OrthoÉbolavirus:

- Vírus Ébola: é a única espécie para a qual existem atualmente contramedidas médicas aprovadas. Estão autorizados dois tratamentos baseados em anticorpos monoclonais que demonstraram uma redução significativa da mortalidade: o Inmazeb (uma combinação tripla de atoltivimab, maftivimab e odesivimab) e o Ebanga (ansu vimab, um anticorpo monoclonal único). Ambos os fármacos atuam sobre a glicoproteína do vírus e estão aprovados para adultos e crianças, incluindo recém-nascidos. Contudo, existe uma janela terapêutica crítica, estimando-se que

a mortalidade aumente 12% por cada dia de atraso no início do tratamento após o surgimento dos sintomas.

- Vírus Sudan e Bundibugyo: não existem tratamentos específicos aprovados para estas espécies, pelo que depende exclusivamente dos cuidados de suporte. Durante o surto do vírus Sudan na Uganda, foram utilizadas terapêuticas experimentais sob protocolos de uso compassivo, incluindo os cocktails de anticorpos MBP-134 e FVM04/CA45, que demonstraram resultados promissores em estudos com primatas.
- Atualmente, os anticorpos aprovados para a espécie Ébola são específicos e não conferem proteção cruzada contra as restantes variantes do vírus. A investigação científica foca-se agora no desenvolvimento de anticorpos monoclonais pan-*Orthoebolavirus*, que visam locais conservados da estrutura viral para tentar neutralizar múltiplas espécies em simultâneo.

Orthomarburgvirus:³²

- Tal como para as outras FH por filovirus, o tratamento da doença por vírus Marburg é essencialmente de suporte clínico em unidades de cuidados intensivos, uma vez que não existe atualmente terapêutica antiviral específica ou aprovada.
- A prestação de cuidados precoces, a implementação rigorosa de medidas de controlo de infeção e a monitorização contínua são essenciais para acompanhar e evolução e necessidade de implementação de ventilação mecânica e suporte renal.
- Encontram-se em investigação antivirais de largo espectro (como o remdesivir) e terapias com anticorpos monoclonais, mas ainda não existe um tratamento

³² UKHSA. Guidance Marburg virus disease: origins, reservoirs, transmission and guidelines. 5 September updated 17 November 2025. <https://www.gov.uk/guidance/marburg-virus-disease-origins-reservoirs-transmission-and-guidelines>

aprovado com eficácia comprovada para Marburg como já existe para a doença por vírus Ébola.

Prevenção e Controlo

A prevenção e controlo de FH por filovírus, é comum para qualquer dos géneros e espécies virais, e assenta em dois pilares fundamentais:

- redução da exposição em contexto zoonótico, sobretudo em zonas endémicas, através da evicção de contacto com reservatórios animais (morcegos frugívoros) e hospedeiros intermediários (primatas não-humanos, antílopes da floresta e outros animais selvagens encontrados doentes ou mortos);
- proteção individual dos profissionais de saúde e dos contactos próximos de casos sintomáticos, atendendo à transmissão pessoa-a-pessoa.

Nas zonas endémicas, as medidas de prevenção ambiental visam principalmente reduzir o risco de transmissão zoonótica. Recomenda-se, nesse contexto:

- evitar o contacto com morcegos frugívoros, primatas não-humanos e outros animais selvagens, vivos ou mortos, bem como com os seus fluidos ou tecidos;
- não manusear, nem consumir carne de caça proveniente de animais doentes ou encontrados mortos;
- evitar a entrada em grutas, minas ou outros locais habitados por colónias de morcegos sem proteção adequada;
- assegurar a confeção completa de produtos de origem animal, antes do seu consumo;
- adotar medidas de proteção individual em práticas fúnebres humanas e animais, em contexto de surto, evitando contacto direto com o cadáver e respeitando os protocolos de funerais seguros e dignos definidos pelas autoridades de saúde.

A transmissão pessoa-a-pessoa, característica central da doença, ocorre por contacto direto, através de pele não íntegra ou mucosas, com:



- sangue ou fluidos corporais (urina, saliva, suor, fezes, vômito, leite materno, líquido amniótico, secreções vaginais e sêmen) de pessoa sintomática, ou de cadáver de pessoa infetada;
- objetos, superfícies ou materiais (por exemplo, agulhas, seringas, roupa de cama, vestuário) contaminados com fluidos corporais de uma pessoa infetada;
- contacto sexual com pessoa convalescente, dado que o vírus pode persistir em fluidos como o sêmen durante períodos prolongados após a recuperação clínica.

Gestão de saúde pública a nível internacional³³

As recomendações internacionais para os países não afetados por surtos de FH, centralizam-se em:

- reforçar as medidas de preparação e resposta para FH causadas por *Orthoebolavirus*. e *Orthomarburgvirus*, visando a deteção precoce, a gestão de caso, o diagnóstico e a gestão de contactos de eventuais casos importados;
- evitar encerrar fronteiras ou impor restrições às viagens e ao comércio com os países afetados. Não há evidência científica sobre o impacto dessas medidas, que pelo contrário, incentivam a deslocação informal de pessoas e mercadorias, aumentando assim as hipóteses de propagação transfronteiriça da doença;
- considerar, nos países afetados, o rastreio à saída (*exit screening*) nos pontos de entrada internacionais, não estando recomendado o rastreio à entrada (*entry screening*) nos países não afetados. A experiência com surtos anteriores de FH tem demonstrado a sua ineficácia na deteção de casos importados;

³³ ECDC. Infection prevention and control measures for Ébola virus disease Entry and exit screening measures. Technical Report. 12 October 2014. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Ébola-outbreak-technicalreport-exit-entry-screening-13Oct2014.pdf>

-
- garantir a articulação entre autoridades nacionais e companhias aéreas e outros sectores dos transportes e do turismo para garantir que não excedem as recomendações da OMS sobre o tráfego internacional;
 - fornecer aos viajantes para as áreas afetadas e com surtos ativos de FH, informações relevantes sobre os riscos, medidas para minimizar esses riscos e orientações para lidar com uma possível exposição aos diferentes *Orthoebolavirus* e *Orthomarburgvirus*.

Bibliografia

Orientação da DGS n.º 002/2026 de 30/05/2026, sobre: “Surtos de doença por vírus Ébola ou Marburg | Revisão de procedimentos – abordagem clínica e de saúde pública de casos suspeitos de febres hemorrágicas por filovírus” - <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022026-de-30052026-surtos-de-doenca-por-virus-ebola-ou-marburg-revisao-de-procedimentos-pdf.aspx>

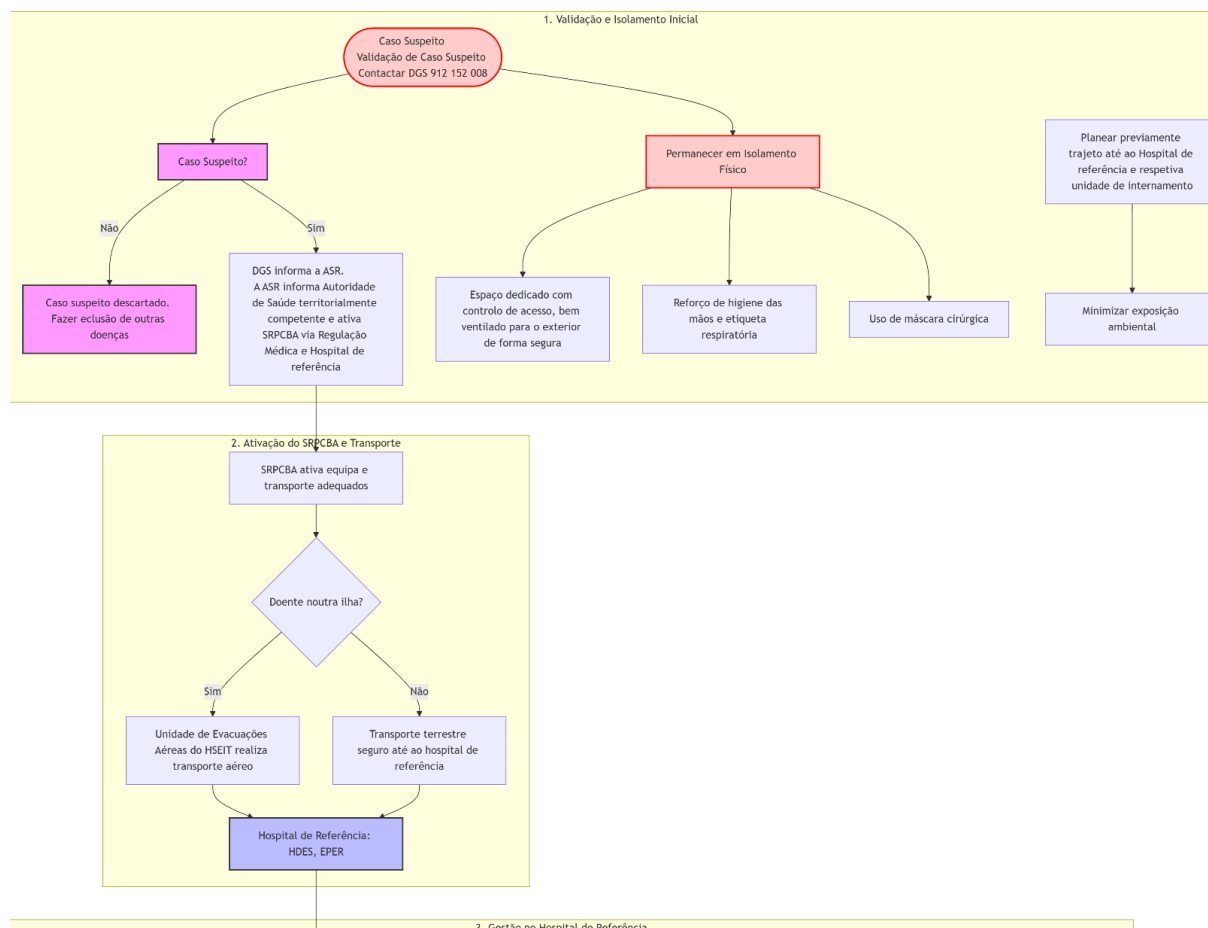


ANEXO I – Quadro resumo de caso suspeito

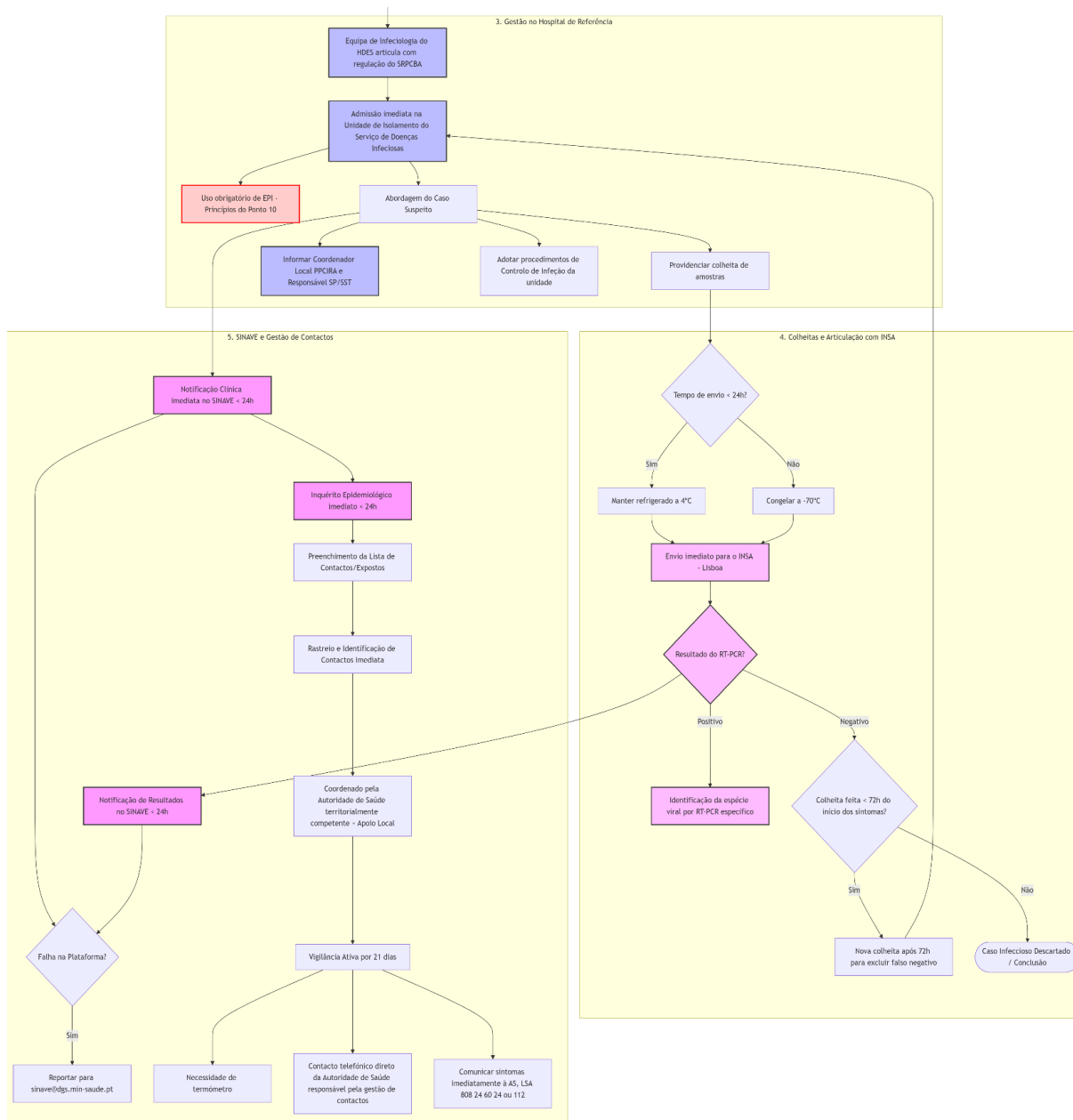
Caso suspeito é um doente que cumpra os seguintes critérios clínicos e epidemiológicos:

Critérios clínicos		Critérios epidemiológicos
- Febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou história referida de febre) Associada ou não a um dos seguintes sintomas: - Náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, dor abdominal; - Mialgias, astenia; - Cefaleia, confusão, prostração; - Conjuntivite, faringite, odinofagia; - Exantema maculopapular; - Tosse, dor torácica, dispneia; - Hemorragias.	E	- Estadia (viagem ou residência) em área afetada,³⁸ onde há evidência da circulação de vírus Ébola³⁹ ou vírus Marburg, no período de 21 dias;⁴⁰ OU - Contacto próximo (de acordo com a definição no ponto 2 desta Orientação) no período de 21 dias antes do início de sintomas.

ANEXO II – Fluxograma relativo à gestão de caso suspeito



Continuação do fluxograma na página 35.



ANEXO III – Filovírus causadores de febres hemorrágicas

Agentes etiológicos de FH por filovirus		Abr.	Reservatório Primário	Região Principal	Patogénese/ Doença
<i>Orthoebolavirus</i>	<i>Orthoebolavirus zairense</i> (Virus Ébola)	EBOV	Morcegos frugívoros (suspeitos)	África Central e Ocidental	Doença por vírus Ébola; febre hemorrágica com elevada letalidade e transmissão pessoa-a-pessoa
	<i>Orthoebolavirus sudanense</i> (Virus Sudan)	SUDV	Morcegos (suspeitos)	Uganda e Sudão	Doença por vírus Sudan; febre hemorrágica grave
	<i>Orthoebolavirus bundibugyoense</i> (Virus Bundibugyo)	BDBV	Morcegos (suspeitos)	Uganda e República Democrática do Congo	Doença por vírus Bundibugyo; febre hemorrágica com letalidade moderada
	<i>Orthoebolavirus taiense</i> (Virus Tai Forest)	TAFV	Morcegos (suspeitos)	Costa do Marfim	Associado a um único caso de febre hemorrágica em seres humanos
	<i>Orthoebolavirus restonense</i> (Virus Reston)	RESTV	Morcegos (suspeitos)	Filipinas e Ásia Oriental	Infeção em primatas e suínos; sem doença grave comprovada em seres humanos
	<i>OrthoÉbolavirus bombali</i> (Virus Bombali)	BOMV	Morcegos insetívoros	África Ocidental	Sem evidência atual de causar doença em seres humanos
<i>Orthomarburgvirus</i>	<i>Orthomarburgvirus marburgense</i> (Virus Marburg)	MARV	Morcego frugívoro <i>Rousettus aegyptiacus</i> (morcego-da-fruta egípcio).	África Central e Oriental (Uganda, RDC, Angola, Quênia e Guiné Equatorial)	Doença por vírus Marburg; febre hemorrágica grave
	<i>Orthomarburgvirus marburgense</i> (Virus Ravn)	RAVV			

ANEXO IV- Tabela de testes laboratoriais para febres hemorrágicas por filovírus

Objetivo do teste	Método	Tipo de amostra recomendada	Observações
Diagnóstico inicial em doente	TAAN / RT-PCR	Sangue total ou plasma com EDTA	Amostra de eleição para deteção de <i>Orthoebolavirus</i> e <i>Orthomaburgvirus</i>
Diagnóstico inicial em cadáver	TAAN / RT-PCR	Zaragatoa oral ou bucal em meio de transporte viral	Recomendada zaragatoa "nylon flocked"; não é recomendada zaragatoa nasofaríngea
Seguimento clínico de doentes durante fase aguda	TAAN / RT-PCR e outros testes complementares	Sangue/plasma EDTA, soro, LCR, urina, leite materno, sêmen, líquido amniótico, placenta, entre outros	Dependente da avaliação clínica e epidemiológica
Confirmação e identificação da espécie viral	TAAN específico para género/ espécie e sequenciação	Sangue/plasma EDTA ou zaragatoa oral em meio de transporte viral	Permite identificar a espécie de <i>Orthoebolavirus</i> e de <i>Orthomaburgvirus</i>
Investigação de exposição prévia / estudos serológicos	Serologia (IgM/IgG)	Sangue total, soro ou plasma EDTA	O soro é preferencial; útil em investigação epidemiológica e estudos de seroprevalência
Diagnóstico diferencial pós-morte em contexto de surto	Testes rápidos antigénicos (Ag-RDT)	Zaragatoa oral em meio de transporte viral	Sensibilidade inferior aos TAAN; não recomendados para confirmação inicial de surtos
Caracterização genética e vigilância epidemiológica	Sequenciação genómica	Amostras clínicas positivas	Importante para análise filogenética, cadeias de transmissão e vigilância genómica
Isolamento viral / caracterização fenotípica	Cultura viral	Amostras clínicas positivas	Não recomendado para diagnóstico de rotina; requer instalações BSL-4

ANEXO V – Preparação e envio de amostras em embalagens triplas

1.Colheita e conservação de amostras

A colheita e armazenamento de amostras pelos hospitais de referência devem obedecer às seguintes recomendações:

- a) Todo o material utilizado nestes procedimentos, incluindo os EPI específicos para o profissional que executa a colheita, são tratados como resíduos hospitalares do grupo IV;
- b) A colheita de sangue deve ser efetuada utilizando dispositivos médicos cortopunçantes que incorporem mecanismos de proteção concebidos para o uso seguro dos mesmos (DL 121/2013 de 22 de agosto), utilizando um sistema de vácuo;
- c) Após a colheita, os tubos devem ser bem vedados e desinfetados exteriormente, no local da colheita, com solução de hipoclorito de sódio a 0,5% seguida de álcool a 70%. Por fim a tampa do tubo tem de ser selada com película parafilme;
- d) Colocar os tubos num contentor secundário, mantendo-os na posição vertical, desinfetar o contentor da mesma forma e transportar os tubos até uma câmara de segurança biológica de nível II para proceder ao acondicionamento das amostras;
- e) Os tubos utilizados para a colheita de sangue devem ser convenientemente identificados e datados.

2. Acondicionamento das amostras para envio para o INSA

Os produtos biológicos devem ser acondicionados nos hospitais de referência, que devem ter protocolos próprios para o efeito, por profissionais devidamente formados, treinados e equipados, seguindo as normas de embalagem de substâncias infecciosas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (<https://iris.who.int/items/b13811ad-8711-424a-9a7e-6dd6d997c448>) para amostras classificadas como “Category A, UN 2814, Infectious substances affecting humans” (ver figura 1).

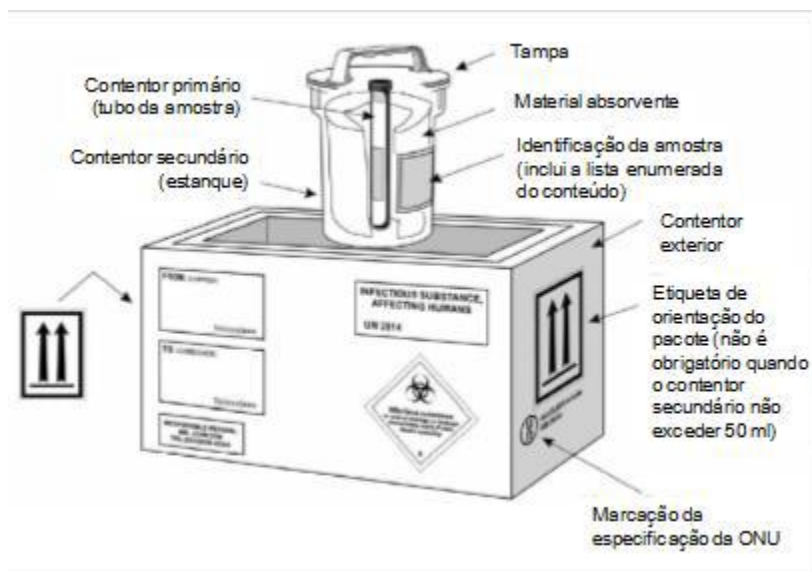


Figura 1: Exemplo de sistema de embalagem tripla para o acondicionamento e a rotulagem dos produtos biológicos para o diagnóstico de febres hemorrágicas virais (categoria A).

O acondicionamento deve cumprir os seguintes procedimentos (em rodapé: Os técnicos envolvidos nestes procedimentos devem fazer uma formação de acordo com o recomendado pela OMS, disponível em <https://iris.who.int/items/b13811ad-8711-424a-9a7e-6dd6d997c448>). O INSA disponibiliza esta formação, mediante pedido prévio.):

- Proceder à descontaminação dos tubos como descrito anteriormente;
- Remover o par de luvas exterior e colocar um novo par de luvas;
- Abrir o contedor secundário dentro da câmara de segurança biológica de nível II;
- Desinfetar o interior do contedor secundário com solução de hipoclorito a 0,5% seguida de álcool a 70%;
- Envolver o(s) tubo(s) da(s) amostra(s) (contedor primário) em material amortecedor (por exemplo, plástico bolha, algodão ou outros);

- f) Colocar o(s) tubo(s) da(s) amostra(s) no contentor secundário que deve conter material absorvente (por exemplo papel, esponja ou outros) suficiente para absorver a totalidade do conteúdo em caso de derrame;
- g) Mudar novamente o par de luvas exterior;
- h) Fechar o contentor secundário;
- i) Desinfetar o exterior do contentor secundário com solução de hipoclorito a 0,5% seguida de álcool a 70%;
- j) Remover o par de luvas exterior;
- k) Retirar o contentor secundário da câmara de segurança biológica e colocá-lo no contentor exterior;
- l) Para as amostras mantidas a 4°C, entre o contentor secundário e o contentor exterior, colocar termoacumuladores. Para as amostras congeladas a -70°C, entre o contentor secundário e o contentor exterior colocar gelo seco;
- m) Imprimir informação sobre os dados do utente, incluindo o número nacional de utente, e amostras (na requisição registar número de notificação SINAVE), envolver dentro de um saco ou mica de plástico e colocá-lo dentro do contentor exterior, que deve ter a marcação da especificação da ONU. Estes contentores, desde que devidamente descontaminados, podem ser reutilizados;
- n) Fechar o contentor exterior (ver figura 1);
- o) Identificar o contentor exterior de forma visível com a designação “Diagnóstico de vírus Ébola” seguida da identificação do Hospital de referência designado;
- p) Preparar o envio para a Unidade de Resposta a Emergências e Biopreparação.

3. Envio de produtos biológicos

O envio dos produtos biológicos deve ser previamente agendado por telefone (217 519 207) com o INSA/Unidade de Resposta a Emergências e Biopreparação.

O(s) tubo(s) referentes às colheitas para diagnóstico de febre hemorrágica viral são enviados para o INSA ao cuidado da Unidade de Resposta a Emergências e Biopreparação (UREB/INSA), Avenida Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, acompanhados de informação relativa ao utente (na requisição registar número de notificação SINAVE).

O transporte da(s) amostra(s) deve ser preferencialmente efetuado por uma firma certificada e autorizada para efetuar o transporte deste tipo de produto biológico (*Category A*, UN 2814, *Infectious substances affecting humans*). No entanto, se o centro hospitalar dispuser de transporte próprio, este pode ser utilizado para o envio de amostras ao INSA, desde que se cumpram as indicações de acondicionamento referidas no ponto 2 deste Anexo, sendo estes procedimentos da responsabilidade dos hospitais de referência.

Se forem cumpridas todas as indicações referentes ao acondicionamento das amostras, o contentor exterior não está contaminado, pelo que não é necessário EPI para o seu manuseamento durante o transporte do Hospital de referência para o INSA