



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
**COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

*Assunto:* **ÉBOLA**

Partimos do princípio que, tendo também sido solicitado parecer aos Colégios de *Doenças Infecciosas* e de *Medicina Tropical*, os aspectos mais relacionados com a história natural da doença, diagnóstico, tratamento, e intervenção individual sobre a doença, estarão já devidamente enquadrados e respondidos.

Neste pressuposto, e tendo em conta o curto período para emissão de um parecer em tempo útil, a nossa contribuição versará a reflexão, análise e resposta a dois quesitos: 1. O risco de o ébola chegar a Portugal; 2. A preparação do país (em termos alargados de Saúde Pública) para enfrentar a doença.

### **1. Risco de ébola em Portugal**

Esperando que tal não aconteça, diríamos que o risco teórico de virmos a ter casos de Ébola em Portugal é alto. Se isso acontecer, a dimensão (caso isolado; surto; epidemia) que o problema poderá atingir em termos numéricos (casos e mortes) e de impacto social, depende inteiramente da capacidade dos serviços de Saúde e da sociedade em geral lidarem com o problema e esse assunto será tratado no Ponto 2.

O risco de, por importação, o ébola chegar a Portugal é, como dizíamos, alto, e isso está fortemente associado ao posicionamento de Portugal como país integrante daquilo que se convencionou chamar Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

A este posicionamento (geográfico, humano, estratégico) pode ainda adicionar-se, como elemento satélite a pesar no fardo do problema, o facto de termos ébola em Espanha, país vizinho e com o qual não existem fronteiras facilmente controláveis, pelo que em termos de circulação de pessoas (do vírus) se pode considerar a península como um só país.

No que se refere a África, continente "índice" e "reservatório" da doença, onde, até à data, se produziram e produzem a esmagadora maioria dos casos e, por esse motivo, se gera a possibilidade permanente de exportação, torna-se necessário contextualizar, ainda que brevemente, as relações, geográficas e humanas (e aqui o termo "humano" inclui o económico, o social e o cultural) de vizinhança dos três países onde grassa a epidemia (Serra Leoa, Guiné-Conacri e Libéria) e os países lusófonos com forte e permanente ligação a Portugal, a saber: Guiné-Bissau, Angola, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde e, mais remotamente (em termos de risco de exportação), Moçambique.

#### **1.1. Guiné-Bissau**

Este país faz fronteira com a Guiné-Conacri e com o Senegal, aqui referido por ser país que tem ligações fortes com Cabo Verde em termos de emigração.

De referir que, para além de uma situação política algo volátil, a Guiné-Bissau é um país muito pobre e com estruturas de saúde extremamente frágeis.

Há voos regulares deste país para Lisboa e Cabo Verde, sobretudo através da República Democrática do Congo que, por sua vez, faz fronteira com Angola.

### **1.2. São Tomé e Príncipe**

Este arquipélago, situado no Golfo da Guiné, é vizinho da Nigéria, da Guiné, da República Democrática do Congo e de Angola, estando situado a cerca de uma hora de avião de Luanda, com que cruza voos regulares. Há também ligações directas de S. Tomé para Lisboa e S. Tomé mantém fortes e antigas relações humanas, de interesse mútuo e, até, de colaboração institucional com Cabo Verde. Do ponto de vista das suas estruturas sanitárias, e como as próprias autoridades do país reconheceram recentemente, o país é muito frágil e a possibilidade de entrada de um único caso de ébola no país correria grande risco de, na ausência de ajuda externa eficaz, se transformar numa epidemia. O facto de se tratar de apenas duas ilhas mitiga de algum modo a possibilidade de contaminação terrestre, mas, como ficou dito, as relações aéreas com o exterior são permanentes.

### **1.3. Angola**

A ligação de Angola com a República Democrática do Congo é fortíssima e histórica, pois territórios do Norte de Angola integravam, juntamente com o ex-Zaire, o Reino do Congo. Do ponto de vista epidemiológico surtos de febre de Marburgo (doença antigenicamente diversa do ébola mas com muitos pontos comuns em termos de história natural, reservatório, modo de transmissão e letalidade) têm ocorrido com uma certa repetibilidade nestes dois países, atravessando fronteiras e produzindo surtos epidémicos com centenas de casos no norte de Angola (Uíge), a escassas três centenas de quilómetros da capital, Luanda, uma cidade com cerca de 6.000.000 de habitantes. Como se sabe, e por isso acentuámos aqui as capitais, a explicação mais plausível para a explosão do ébola em 2013/2014 terá ficado a dever-se à deslocação da doença do meio rural (onde esteve confinado em surtos anteriores) para o meio urbano, onde é muito dificilmente controlável e facilmente exportável.

Refira-se, ainda, que a República Democrática do Congo está geograficamente muito próxima da Nigéria, país que conheceu também casos de ébola na actual epidemia (2013/2014) e cuja capital, Lagos, é uma das cidades mais populosas de África.

Como ficou dito em 1.2., Angola tem ligações aéreas semanais com São Tomé e Príncipe e fortes relações comerciais e de proximidade humana com aquele arquipélago.

Em Angola residem ou trabalham actualmente mais de 200.000 portugueses, existindo 5 ligações aéreas directas diárias entre aquele país e Lisboa e o Porto.

Embora com estruturas de saúde também frágeis, Angola tem alguma experiência de lidar com febres hemorrágicas e em 2005 lidou com sucesso com o surto que decorreu no Uíge e provocou 351 casos e 312 mortes (letalidade de 88,9 %). Digase que grande parte do sucesso da contenção da doença se deveu a uma intervenção militar que forçou e manteve uma quarentena na área afectada. As forças armadas angolanas, em tempo de paz, têm tido um importante papel no desenvolvimento de estruturas de saúde e de intervenção na área da Saúde Pública.

### **1.4. Cabo Verde**

Arquipélago próximo da Europa (4.000 km/4 horas de voo), Cabo Verde é um importante entreposto turístico e diariamente voos de todo o mundo chegam e

partem dos aeroportos internacionais de várias das suas ilhas (Santiago, S. Vicente, Sal, Boavista). Os voos para Portugal são diários.

Como ficou anteriormente dito, Cabo Verde tem fortes ligações humanas (imigração) com S. Tomé e Príncipe e com a Guiné-Bissau.

Os serviços de saúde do arquipélago estão, numa perspectiva africana e até europeia, bem organizados e existem estruturas de Saúde Pública capazes em termos de recurso humanos e apoio laboratorial. O país está muito preocupado com o problema, tendo já começado a trabalhar num Plano de Contingência e solicitou o apoio do Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Portugal, pois tem plena consciência do perigo extremo que representaria a importação e posterior exportação de casos de ébola.

### **1.5. Moçambique**

Como ficou expresso, Moçambique é aqui referido marginalmente, pois não houve ainda nenhum caso da doença no país. Mas a existência de casos suspeitos no Quênia, que colocaram o país como de “alto risco” na classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), chamam a atenção para a necessidade de uma atitude vigilante em relação a Moçambique, país que faz fronteira com o Quênia e onde actualmente vivem largas dezenas de milhares de portugueses. Moçambique tem ligações diárias por via aérea com Portugal e também com Angola.

#### **Resumo do ponto 1 (risco de ébola em Portugal):**

Pelo exposto, supomos que ficou sublinhado que, dadas as antigas e fortíssimas relações de proximidade e de actual plataforma giratória entre este grupo de países, nenhum outro país europeu está tão em risco de ser contaminado do exterior, a partir dos grandes centros de foco da doença em África, como Portugal. Tendo em consideração que a esmagadora maioria daqueles países possuem sistemas de saúde frágeis, onde a vigilância epidemiológica (particularmente a de nível local) é praticamente inexistente, torna-se para nós evidente e urgente que seja montada, implementada, ou reforçada em Portugal uma apertada vigilância dos aeroportos e portos, o que incluiria uma presença permanente de estruturas de Saúde Pública e a formação em medidas de Saúde Pública do pessoal aeroportuário que controla a entrada de passageiros.

No diagnóstico específico da situação, e integrando o sistema de vigilância de que vimos a falar, seria também importante criar uma base de dados com os portugueses que residem nestes, e noutros, países de África considerados de risco, de molde a conseguir monitorizar as deslocações entre zonas de risco e a fazer-lhes chegar informação sobre as medidas a adoptar para a sua segurança.

## **2. Preparação de Portugal para lidar com o ébola**

Está Portugal preparado para lidar com a possibilidade de importação de casos de ébola?

A resposta, como para outros países, é Não.

### **2.1. Uma perspectiva errónea**

E sendo um “não”, e numa perspectiva de Saúde Pública e de Saúde Global, não deixa, salvo melhor opinião técnica, de ser preocupante o modo como, pelo menos para um observador externo (leigo ou especializado), as autoridades de Saúde portuguesas (cuja responsabilidade cabe, nesta fase, inteiramente ao *nível nacional* e à Direcção-Geral da Saúde) têm lidado com o problema, seja (ao nível da comunicação do risco) nas mensagens de enganosa tranquilidade que tem feito passar à população, seja (ao nível do planeamento de uma intervenção no

terreno) na concentração total da atenção no nível hospitalar de cuidados, como se três ou quatro hospitais de referência fossem capazes de absorver, conter e controlar um problema com os contornos epidemiológicos do ébola.

Como nos foi dado ver, primeiro nos Estados Unidos da América e logo em seguida em Espanha, nem os países com meios técnicos mais sofisticados conseguiram lidar eficazmente com apenas 1 caso de ébola. Isso demonstra algo que parece estar a ser ignorado, mormente em Portugal: a realidade mórbida não se comporta como nos manuais e nos livros de texto e ao vermos os responsáveis fazer repousar todo o enquadramento e resolução do problema nos ombros das camas hospitalares de isolamento de doentes, nos fatos de barreira e nas luvas de borracha para os profissionais, percebemos que se está a olhar a ponta do iceberg numa perspectiva livresca e regulamentar, como se o vírus fosse passível de ser enquadrado ou de obedecer a normas.

## **2.2. Teoria e realidade**

O que será lógico esperar – como qualquer epidemiologista experimentado ou qualquer médico de saúde pública sensato sabe desde os tempos do Professor Ricardo Jorge\* – é que o tal caso de ébola não vai chegar com uma bandeirinha a assinalá-lo ao aeroporto da Portela, onde logo chegará uma ambulância do INEM, que o levará sem demora ao Curry Cabral, onde espera por ele um quarto isolado e apetrechado. O que a realidade nos tem demonstrado (designadamente nos casos ocidentais desta epidemia, mas antes disso na história de qualquer surto ou epidemia) é que um (ou mais) caso infectado chegará silenciosamente ao aeroporto num voo fora de horas, em perfeito estado aparente, onde, depois de apanhar o metro para Sete Rios ou para Santa Apolónia, tomará um comboio ou uma camioneta para Bragança, onde um carro cheio de familiares saudosos o esperará para o levar para Vinhais, onde há um almoço de celebração do regresso dele de África marcado para o dia seguinte e onde estarão presentes cerca de cinquenta pessoas que ele, emocionado, abraçará fortemente. E no dia seguinte ao almoço sentir-se-á, pela primeira vez, febril e com dores articulares, cansado, mas irá pensar que tudo isso é fruto da viagem, das horas mal dormidas, da emoção...

É isto que poderemos esperar na maioria das situações, não com uma realidade que se molda aos manuais ou aos monitores com algoritmos de uma sala de controlo de emergências.

Quem estava em Bragança que vigiasse esta situação? Ninguém, parece, pois se o hospital mais próxima com vocação para isto é o São João, no Porto... E, lá chegado, o suspeito, depois de ter ido ao Centro de Saúde de Vinhais, cujo médico do Atendimento Complementar – um ucraniano contratado a uma empresa de serviços, que mal fala o português – o enviou, em ambulância, que logo depois fará mais três ou quatro transportes de doentes, à urgência do Hospital de Bragança. Chegado ao Porto, dizíamos, foi internado e o aflito colega que o atendeu percebe vagamente – mas deixa o esclarecimento para o Departamento de Saúde Pública da ARS – que há cerca de 30 contactos em Trás-os-Montes com fortes probabilidades de contágio. Mas as camas do hospital de referência preparadas para o efeito são menos de metade disso! E agora? Será que se mandam os sobrantes para Lisboa ou para Coimbra?

---

\* Veja-se sobre este assunto os bem documentados ensinamentos da epidemia de peste na cidade do Porto (1899).

### **2.3. Plano de contingência**

Com esta história se pretende chamar a atenção para o modo, confuso e cheio de pontas soltas, como a realidade geralmente se apresenta e enfatizar que a tónica na intervenção centrada apenas em serviços hospitalares é errada e que a sua comunicação nos media, centrada em técnicas médicas de ponta e cuidados milagrosos de assistência, produz na população a tal falsa sensação de segurança já invocada.

É fundamental – num Plano de Contingência Nacional, que já deveria estar feito e ter sido posto à disposição da opinião pública (no seus duplos níveis de opinião pública geral + opinião pública técnica) e, simultaneamente, a ser testado – enquadrar o problema a montante e a jusante dos cuidados de saúde individuais e do indivíduo doente. Para além do mais, porque o ébola não tem tratamento nem vacina, pelo que o que nos resta de mais eficaz é uma fortíssima aposta na prevenção primária e primordial: em primeiro evitar que o problema aconteça (chegue cá) e, depois, mitigar as consequências se ele chegar a acontecer e evitar a propagação.

Sobre isso, não se ouviu ainda uma palavra sobre as intenções dos responsáveis, apesar de termos estruturas de Saúde Pública que cobrem o território nacional nos seus níveis local e regional e profissionais formados para a função, aqui crucial, da vigilância e controlo de surtos. O que está a ser feito a este nível, o que foi já feito, o que se aproveitou de experiências anteriores?

Em 2006/2007, aquando da gripe pandémica, Portugal, através da Direcção-Geral de Saúde e de outros serviços que se lhe associaram, constitui um grupo que criou, implementou e avaliou um *Plano Nacional de Contingência para a Pandemia de Gripe*. Como se sabe, essa pandemia teve, felizmente, consequências bastante modestas e pouco se ficou a saber até que ponto a intervenção, portuguesa e mundial, contribuiu para o controlo do problema. De qualquer modo, uma estrutura foi montada, circuitos foram criados de novo e a máquina de enfrentar uma epidemia à escala global ficou oleada. O que é feito desses ensinamentos e até que ponto foi essa equipa, e a sua experiência, recuperada e usado na situação actual? Parece-nos que essa experiência anterior pouparia, na ameaça de crise actual, tempo e dores de cabeça.

Parece-nos, e salvo melhor informação que, até agora, não chegou ao conhecimento do público ou da generalidade dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, profissionais de laboratório, pessoal administrativo, pessoal auxiliar de apoio a cuidados médicos) nenhuma orientação, integrada e global, que inclua desde uma estratégia nacional para lidar com o problema até à emissão de informação que responda às perguntas e ansiedades do público em geral e dos profissionais de saúde em particular.

### **3. Questões associadas**

Terminamos, à luz do exposto, com algumas questões que pensamos todos gostariam de ver respondidas:

- Existe um Plano Nacional de Contingência para o ébola? Em caso afirmativo onde pode ser consultado?
- Qual será o papel de cada um dos níveis de cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde (pública e privado) no problema e como se articulam?
- A rede nacional de serviços de saúde pública já está activada no que se refere à vigilância epidemiológica do problema?

- Quem irá proceder ao inquérito epidemiológico dos casos assinalados e dos contactos? Como vão ser protegidos estes profissionais e acauteladas as suas condições de trabalho?
- Qual o papel dos laboratórios e de que modo se encontram preparados e integrados num plano de contingência? Está o laboratório nacional de referência preparado para lidar com este assunto, designadamente com os aspectos de segurança biológica que ele implica? Como vão ser protegidos estes profissionais e acauteladas as suas condições de trabalho e de segurança ocupacional?
- Existe, a nível hospitalar, o tratamento actualmente disponível para tratar a doença? Em caso afirmativo, em que quantidade e suficiente para tratar quantas pessoas? Que tipos de tratamento estão disponíveis actualmente em Portugal?
- Qual a posição de Portugal no mercado de medicamentos específicos, e/ou vacina, quando surjam.
- Tem sido feita formação dos profissionais que vão lidar directamente com os doentes? Em caso afirmativo, parecem os profissionais estar dispostos a enfrentar os riscos inerentes à alta transmissibilidade-suspeitada do vírus e à sua alta letalidade? (Recorda-se que, em África, as autoridades de saúde têm enfrentado grandes problemas com a recusa dos profissionais em lidar com os doentes ou casos suspeitos).
- Quais os mecanismos previstos para a regulação e/ou controlo da utilização dos protocolos/procedimentos de segurança nos hospitais de referência?
- Existe uma articulação entre o Ministério da Saúde e o dos Negócios Estrangeiros que permita ter um conhecimento actualizado e nominal dos portugueses que vivem em países de alto risco? Tem sido fornecida informação a essas pessoas?

Finalmente, e tendo em consideração a notícia de jornal que nos foi enviada juntamente com este pedido de parecer, gostaríamos de informar que, apesar de esta nos ter merecido uma leitura atenta, consideramos que a informação que ela veicula não acrescenta nada de útil ou de tecnicamente fundamentado sobre o ébola e que visões do tipo “conspiração universal” como a que o autor veicula não ajudam em nada a enquadrar ou solucionar o problema, pelo que deveriam ser evitadas (sobretudo na sua vertente pública), por parte de um profissional de saúde com a diferenciação e a responsabilidade de um licenciado em Medicina.

10 de Outubro de 2014

*Pela Direcção do Colégio de Saúde Pública*

Pedro Serrano