



ORDEM DOS MÉDICOS COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA TROPICAL

Assunto: **EBOLA**

Sumário Executivo

Respondendo à solicitação do Bastonário, a Direcção do Colégio de Medicina Tropical vem apresentar o seu Parecer sobre o actual surto de infecção pelo vírus de Ebola e a situação em Portugal.

Trata-se de um vírus conhecido desde 1976, com elevada taxa de letalidade, oscilando entre 25 e 90%, e que tem sido responsável por dezenas de surtos na África Central, surtos estes controlados com maior ou menor dificuldade e até alguns de extinção espontânea. O actual surto na África Ocidental foi o primeiro fora da África Central, tal como foi o primeiro que atingiu mais de um país simultaneamente, que atingiu grandes cidades e está a ser, de longe, o maior alguma vez registado.

Este é um vírus relativamente pouco contagioso, com um R_0 estimado entre 1,5 e 2,5 e cuja transmissão exige contacto directo com um doente, com os seus biofluidos, particularmente o sangue, ou com o seu cadáver recente. A evidência disponível mostra que só há contágio durante o período agudo da doença, não havendo contágio no período de incubação ou já na convalescença. Também não há contágio por contacto casual, nem por contacto indirecto. A transmissão por via aérea é pouco importante, se é que existe. Assim, as grandes vítimas são os que têm contacto regular próximo com o doente, tais como os familiares, pessoal dos serviços de saúde e profissionais de enterros.

Há uma possibilidade realista do vírus chegar a Portugal. Pode ser por um doente evacuado já com o diagnóstico, a situação ideal. Mas também pode ser um infectado que entre ainda no período de incubação e só em Portugal é que se manifeste a doença, situação potencialmente mais complicada e perigosa. Portugal não tem relações privilegiadas com nenhum dos países até agora afectados, pelo que não estará na primeira linha de risco de entre os países europeus. Porém, a Guiné-Bissau tem fronteira com um dos países onde está a ocorrer o surto, o que somado à fragilidade da sua rede de saúde, a torna bastante vulnerável, e dados os seus laços com Portugal implica para este um risco aumentado.

Portugal deve preparar-se para a eventualidade da chegada de doentes de Ebola. Para isso uma estrutura piramidal parece ser a mais aconselhada, concentrando os recursos em, poucos, centros de excelência, localizados em Lisboa e Porto, as duas maiores cidades com aeroportos internacionais, incluindo equipas de evacuação de doentes, serviços de isolamento, equipas de rastreio de contactos, e laboratórios de diagnóstico rápido. Dado o risco para os profissionais de saúde, o número de equipas, serviços e laboratórios deve ser limitado, mas bem equipados e bem treinados.

A melhor forma de lutar contra a infecção é combater o surto na origem. Assim, será vantajoso para Portugal colaborar na luta contra o surto em África, nomeadamente numa colaboração aprofundada com o que se apresenta como o mais vulnerável país de língua Portuguesa, a Guiné-Bissau.

Introdução

Foi solicitado pelo Bastonário da Ordem dos Médicos ao Colégio de Medicina Tropical, tal como igualmente o foi aos Colégios de Doenças Infecciosas e de Saúde Pública, um Parecer sobre o actual surto de infecção pelo vírus Ebola e a situação portuguesa. Já muita informação tem sido emitida pelas mais variadas entidades sobre esta doença, infelizmente nem sempre da melhor qualidade. No sentido de facilitar a escolha de informação credível, fundamentada e actualizada, recomenda-se particularmente a leitura periódica dos documentos disponíveis no *site* da Organização Mundial de Saúde (www.who.int), assim como no do Center for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov). A própria rápida evolução da situação e o crescimento exponencial do conhecimento a isso aconselha. Aliás, a própria Acta Médica Portuguesa tomou a iniciativa de publicar no seu próximo número um artigo de revisão sobre este tema.

Neste Parecer pareceu-nos importante abordar quatro perspectivas:

1. Actualização sobre alguns aspectos relevantes da infecção, particularmente sobre as formas de transmissão;
2. O risco da infecção pelo vírus Ebola chegar e transmitir-se em Portugal;
3. Medidas que Portugal pode, e deve, implementar para minorar aqueles riscos;
4. A responsabilidade de Portugal, enquanto membro da comunidade internacional, de participar no combate a esta crise global.

1. Atualização sobre alguns aspectos relevantes da infecção, particularmente sobre as formas de transmissão

Os filovírus até agora descritos no ser humano são de dois géneros, os vírus Marburg e os vírus Ebola. Partilham semelhanças estruturais, clínicas e epidemiológicas, pelo que habitualmente são estudados em conjunto. Assim, quase tudo o que for referido em relação ao vírus Ebola é igualmente verdade em relação ao vírus Marburg. São vírus conhecidos e estudados há dezenas de anos (desde 1967 para o Marburg e desde 1976 para o Ebola) e parecia já existir um conhecimento razoavelmente aprofundado sobre eles. No entanto, o actual surto levou a uma explosão da investigação e do conhecimento sobre estes vírus, o que levou e leva a uma desatualização bastante rápida de alguns pormenores.

São vírus RNA com forma geral cilíndrica, de diâmetro aproximadamente constante mas comprimento muito variável, muito flexíveis, facilmente entrelaçando-se uns com os outros ou até consigo próprios, pelo que têm sido comparados com um cordel, ou com esparguete cozido. Têm uma membrana exterior, particularmente rica em glicoproteínas, o que os torna facilmente aderentes a tudo, incluindo a outros filovírus, quase que poderíamos dizer que são muito “pegajosos”. Estas características tornam-os particularmente eficientes na transmissão por contacto (porque “se pegam a tudo”) mas igualmente tornam quase impossível a sua transmissão por via aérea (porque “se pegam a tudo”). Isto mesmo está sumarizado no documento “*What we know about transmission of the Ebola virus among humans*”, da OMS de 6 de Outubro deste ano. Assim, a forma de transmissão de longe dominante é o contacto directo com um doente infectante, com os seus fluidos corporais ou com o seu cadáver, recente. O meio de transmissão principal é o sangue, seguido de fezes (particularmente diarreicas) e o vómito. O vírus também foi isolado em concentração significativa no leite humano, na urina e no esperma - e aqui, tal como acontece noutros vírus, o tracto genital masculino pode funcionar como “santuário”, já tendo sido encontrado vírus Ebola no esperma até 70 dias após o seu desaparecimento do sangue. Igualmente o foi na saliva e nas lágrimas, mas aqui a concentração era tão baixa que se questiona se terá algum significado na transmissão. Até hoje, e ao contrário do que às vezes se lê em publicações de grande público (e não só) o vírus Ebola nunca foi isolado do suor. Este vírus pode sobreviver viável durante algum tempo em superfícies, particularmente se humedecidas e abrigadas da luz solar directa ou de outra fonte de radiação ultra-violeta. Uma questão importante é a possibilidade de transmissão por via aérea. Vírus Ebola isolados ou em pequenas gotículas secas em suspensão aérea passíveis de serem inaladas, nunca foram detectados em estudos em dezenas de surtos ao longo de dezenas de anos. Isto afasta completamente a possibilidade de transmissão aérea, contrariamente ao que se passa com o vírus do sarampo, da gripe, ou mesmo de bactérias como a tuberculose. No entanto, estudos em modelos animais sugerem que em doentes em estado grave, com vómitos violentos e/ou com acessos de tosse e simultaneamente com sangue na boca e/ou no tracto respiratório, gotas de maiores dimensões, suficientes para manter o vírus em ambiente húmido e permitir a sua sobrevivência durante o trajecto aéreo, poderão ser origem de infecção noutra hospedeiro suficientemente próximo para receber estas gotas na boca, noutra mucosa ou em pequenas soluções de continuidade na pele. E se este modo de transmissão já foi demonstrado em modelos animais, até ao presente não há evidência da sua relevância em seres humanos – pelo contrário, as cadeias de transmissão em múltiplos estudos bem documentados mostram que a totalidade dos casos foi infectada por contacto directo.

Os filovirus são vírus frágeis. Se expostos, são rapidamente destruídos por radiação ultravioleta, incluindo luz solar directa, tal como o são pelo calor. Também são muito sensíveis a um elevado leque de desinfectantes, incluindo químicos vulgares, álcool, lixívia diluída, iodo, até sabão. No entanto, toleram bem o frio, sendo capazes de sobreviver indefinidamente se congelados ou liofilizados. Assim, a capacidade dos vírus Ebola se transmitirem por fómites ou outros meios indirectos, é muito limitada.

Consideramos igualmente importante frisar as formas como o vírus Ebola NÃO se transmite. Não há qualquer caso detectado de transmissão a partir de um doente em período de incubação, ou até na fase inicial da sintomatologia, quando esta é predominantemente geral e não específica (febre, mal estar, mialgias, etc). Igualmente não há casos detectados de transmissão a partir de um doente já em período de convalescença ou de um sobrevivente, com excepção apenas da transmissão por período limitado pela via sexual acima referida. Também não há casos detectados de transmissão por contacto casual ou por proximidade. Isto é bem ilustrado pelo caso do liberiano, alto funcionário de uma entidade financeira internacional, que voou de Monróvia (Libéria) para Acra (Gana) e daí para Lagos (Nigéria) já em período sintomático. Exaustivamente estudado, não houve qualquer caso de contágio entre os contactos que teve nos aeroportos de Monróvia, de Acra ou de Lagos, tal como não houve qualquer contágio no pessoal de cabine dos dois voos, nos outros passageiros incluindo os que viajaram sentados ao seu lado, ou nos motoristas dos táxis que utilizou nas três cidades. O primeiro contágio, e o primeiro caso da Nigéria, foi o da enfermeira que o atendeu e examinou na triagem do hospital privado de Lagos onde se dirigiu dado o agravamento da febre e do seu estado geral, e a quem não informou que tinha chegado da Libéria.

Estudos epidemiológicos quer em anteriores surtos de infecção por vírus Ebola, quer inclusive no actual surto da África Ocidental, concluíram com estimativas do R_0 (número médio de infectados por cada caso de infecção, numa população naïve) entre 1,5 e 2,5, ou seja, relativamente baixo (basta pensar no R_0 entre 17 e 20 do sarampo). Este facto permite compreender como um surto de Ebola pode até extinguir-se espontaneamente, como aliás já aconteceu. E também sugere, que ao contrário do que uma primeira impressão pode levar a pensar, esta é uma infecção que pode, e deve, ser controlada, e os surtos extintos, sem dificuldades inultrapassáveis, pelo menos se a actuação for suficientemente rápida, antes do surto atingir grandes dimensões – precisamente o que não aconteceu no actual surto da África Ocidental.

2. O risco da infecção pelo vírus Ebola chegar e transmitir-se em Portugal

No Mundo globalizado em que vivemos, enquanto houver um surto activo de infecção pelo vírus Ebola, em qualquer parte do planeta, existe risco de contágio para todos os outros países, onde quer que eles se encontrem. Mas este risco, se é não nulo em nenhum país do Mundo, também não é igual para todos. Como é óbvio, um surto de um milhão de infectados representa um risco de disseminação muitíssimo maior que um surto de dez mil casos, tal como este é muito mais perigoso que um surto de uma centena de casos. Igualmente, um surto numa aldeia isolada no interior da floresta tem um risco de disseminação muito menor que um surto semelhante numa grande cidade, particularmente se com aeroporto internacional. Tal como um surto num país desenvolvido, com uma boa infra-estrutura sanitária e uma boa rede de rastreio epidemiológico, é um risco muito menor para o Mundo que um surto num país com graves carências sanitárias e de Saúde Pública. Também, mesmo em igualdade de desenvolvimento, um surto num país previamente preparado para o reconhecer e

conter, tem muito menor risco que um surto semelhante que acontece de surpresa num país que negligenciou a sua preparação.

Isto explica em grande parte o que aconteceu e acontece com o actual surto de Ebola na África Ocidental. Apanhou de surpresa os países envolvidos, pois nunca tinha sido detectado um surto de Ebola em humanos fora da bacia do Congo e regiões contíguas. Assim, o surto pôde ir crescendo, tal bola de neve, durante meses, antes sequer de ser detectado. Os três países envolvidos estão na lista dos países mais pobres do Mundo, com maior instabilidade política, militar, social e económica, assim como dos com maiores carências de pessoal de saúde, de infra-estruturas sanitárias, de redes sanitárias, de equipamentos e de meios. Neste contexto, foi quase inevitável que alguns doentes procurassem tratamento onde pensavam que talvez existisse, nomeadamente nas cidades capitais, ou nos países vizinhos, levando consigo a infecção e alargando a epidemia a estas cidades. Foi a primeira vez que um surto de Ebola atingiu cidades importantes, onde se propagou nos seus “bairros de lata” de forma descontrolada. A importância deste contexto geral está bem ilustrada pelo contraste com o caso do Senegal. Um estudante universitário guineense da Universidade de Dakar foi passar férias a casa, na Guiné-Conacri, onde teve contactos próximos com familiares com casos de infecção pelo vírus Ebola, sendo colocado em vigilância com a indicação de não sair da localidade. Vendo aproximar-se a época de exames, este jovem saiu da sua localidade natal e atravessou por terra a fronteira com o Senegal. Alguns dias depois sentindo-se com febre e doente foi ao Hospital Universitário de Dakar onde informou a enfermeira que o atendeu na triagem que tinha vindo da Guiné-Conacri, e foi colocado de imediato em isolamento. Este estudante foi o único caso do Senegal, o vírus foi contido, não se detectou qualquer caso secundário, e sendo o país declarado, pela OMS, livre de infecção por Ebola ao perfazer 42 dias (o dobro do período de incubação máximo até hoje detectado) a contar da data da 2ª amostra negativa para o Ebola do sangue deste estudante, no dia 17 de Outubro corrente (*WHO congratulates Senegal on ending Ebola transmission – 17 October 2014*).

E Portugal?

O vírus Ebola pode chegar a Portugal de várias formas. Aquela menos perigosa seria um doente com Ebola já diagnosticado, evacuado de um país com surto activo, por uma equipe preparada e treinada para o fazer e que em segurança o levasse para um serviço de isolamento preparado para o receber. Esta situação já aconteceu em vários países, sem problemas e, até ao momento, apenas em Madrid se verificou um caso secundário, aparentemente por uma falha na execução do protocolo de segurança.

Um cenário um pouco mais grave seria um infectado que viajasse e entrasse em Portugal durante o período de incubação, e só depois ao ficar febril e se sentir doente se dirigisse a uma Urgência informando da sua situação e da sua recente vinda de um país com transmissão activa. Este cenário foi demonstrado pelo liberiano internado num Hospital Universitário de Dallas, onde foi a fonte, involuntária, de casos secundários no pessoal de saúde, demonstrando bem como o atabalhoamento e a confusão que um clima de pânico geram, mesmo num centro de referência mas que não tinha sido considerado em risco dada a sua localização geográfica, e que acabaram por levar a quebras dos protocolos de segurança e a infecções secundárias, como aconteceu. Bastou ter sido apanhado de surpresa, sem treino suficiente do pessoal e/ou protocolos operacionais.

O cenário mais grave mas ainda realista seria o de um doente recém-chegado de um país com transmissão activa e que se dirigisse a um Centro de Saúde, a um consultório, a uma clínica ou a uma urgência, ao sentir-se doente, ocultando, ou deliberadamente (por exemplo, por ser um emigrante ilegal e temer a expulsão), ou por dificuldade de

expressão na língua Portuguesa, ou simplesmente por inconsciência, a informação vital da sua vinda recente de um país de risco elevado. Foi o que aconteceu no caso acima referido do liberiano na Nigéria, que aparentemente acreditava que o seu estatuto de VIP o colocava ao abrigo da infecção, e que o levou a negar a possibilidade de estar contagiado e a ser inicialmente tratado para malária, acabando por ser a fonte de um surto no país de acolhimento, de vinte casos com oito mortes, surto felizmente já debelado. Situação que poderia acontecer em qualquer país do Mundo, incluindo Portugal.

No contexto europeu Portugal seria classificado de risco intermédio, ou um pouco acima da média. Ao contrário da França e do Reino Unido, que têm ligações estreitas respectivamente com a Guiné-Conacri e com a Serra Leoa, países com transmissão descontrolada do vírus Ebola, as relações privilegiadas de Portugal são com os PALOPs, onde até agora em nenhum se constatou casos de Ebola. Destes, Moçambique está totalmente fora da área endémica do vírus Ebola, enquanto que Angola (que fez frente, de uma forma classificada pela OMS como exemplar, a um surto de febre hemorrágica de Marburg no Uíge em 2004-2005) e São Tomé e Príncipe têm contactos mínimos com os três países afectados da África Ocidental, pelo que uma introdução deste vírus em Portugal a partir de um destes PALOPs exigiria uma tal cascata rápida de eventos improváveis que quase se pode dizer que presentemente este seria um risco nulo. Cabo Verde não tem fronteiras terrestres com os três países afectados da África Ocidental, mas tem um significativo número de pescadores que regularmente pescam na costa de África, incluindo a da Guiné-Conacri, pelo que esta via de introdução possível tem de ser considerada. Também tem ligações próximas com a Guiné-Bissau, incluindo familiares, pelo que existe aqui outro risco potencial, caso a Guiné-Bissau sofra um surto. No entanto, Cabo Verde já possui um número muito razoável de profissionais de competência comprovada, e uma infra-estrutura sanitária relativamente desenvolvida. Ciente do risco que corre, já delineou um Plano de Contingência e iniciou a preparação de profissionais para fazer frente a uma possível emergência – e ao fazê-lo não só minorou o seu risco como também o de Portugal.

Resta a Guiné-Bissau. Este país é o mais preocupante, pois ainda que até agora não tenha detectado qualquer caso de Ebola, o facto é que tem uma extensa fronteira terrestre com um dos três países afectados, a Guiné-Conacri. Fronteira que se poderia chamar “aberta”, pois os postos fronteiriços são poucos, distantes uns dos outros e com reduzido pessoal, enquanto o resto da fronteira é basicamente uma linha teórica, “barreira” invisível que só não passa quem não quiser – situação aliás típica de grande parte de África, como o demonstra o caso do estudante guineense no Senegal, acima referido. Para além da vulnerabilidade à entrada de infectados, a Guiné-Bissau tem um sistema sanitário muito frágil e uma rede de cuidados de saúde também muito deficiente, nomeadamente na área de diagnóstico. E tem contactos frequentes, directos e indirectos, com Portugal, assim como existe uma comunidade significativa de Portugueses na Guiné-Bissau e uma comunidade significativa de guineenses em Portugal, em ambos os casos habitualmente com familiares no outro país.

Mas não podemos esquecer que existem importantes comunidades de Portugueses noutros países africanos próximos do foco do actual surto de infecção pelo vírus Ebola, nomeadamente na Costa do Marfim, que tem uma extensa fronteira terrestre quer com a Libéria quer com a Guiné-Conacri, assim como no Senegal e na Nigéria, que já sofreram introduções do vírus. E se neste momento não têm transmissão activa, caso não se consiga eliminar o foco dos três países da África Ocidental, têm risco substancial de introdução.

3. Medidas que Portugal pode, e deve, implementar para minorar aqueles riscos

Para o primeiro dos cenários de entrada de um doente de Ebola em Portugal, quando este vem já com diagnóstico, mesmo que só de probabilidade, pode dizer-se que Portugal está razoavelmente bem preparado. Já existem equipas INEM/militares presumivelmente bem equipadas e bem treinadas com capacidade de ir evacuar um doente, Português ou não, a qualquer país afectado, com segurança, trazendo-o igualmente em segurança para internamento em isolamento, em Serviços Hospitalares já definidos, bem equipados e com pessoal de competência comprovada com o treino possível na ausência de casos reais. Igualmente na frente laboratorial Portugal já tem uma rede de laboratórios de Biossegurança de nível 3 (P3), nomeadamente os cinco do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, com capacidade de efectuar o diagnóstico inicial, e que estão integrados numa rede europeia que permite o envio para estudo das amostras até em cultura viral em ambiente P4. No entanto, o acontecido em Madrid lembra-nos o risco da complacência e a necessidade de manter ao mais elevado nível o treino de todos os profissionais envolvidos.

O problema maior é se a entrada for de um infectado em período de incubação, que só adoeça e procure ajuda médica alguns dias depois, inclusive podendo dirigir-se a um qualquer serviço de saúde, público ou privado, preparado ou não para receber casos de Ebola, em qualquer ponto do País. Este esforço gigantesco de preparação descentralizada, ainda que mais intenso em Lisboa e Porto, onde estão localizados os grandes aeroportos internacionais (não esquecendo que Faro, Madeira e Açores também têm aeroportos internacionais), é que se apresenta muito mais difícil – e o caso de Dallas mostra-nos que mesmo os países mais ricos do Mundo também sofrem de problemas nesta área. A Direcção Geral de Saúde tem efectuado um esforço meritório, que deve ser reconhecido, ao produzir e disseminar normas e fluxogramas (aliás em adaptações em regra bem conseguidas das emanadas da OMS e do CDC) – mas se no papel Portugal está preparado, a realidade do terreno nem sempre mostra o mesmo. E se nalguns casos de alarme, felizmente até agora sempre falsos, tudo correu bem e como previsto, noutros verificaram-se situações de quase pânico entre os profissionais, levando não só a atropelos graves aos mais elementares direitos humanos, como a falhas potencialmente perigosas aos protocolos de segurança da DGS.

A estrutura piramidal adoptada por Portugal, privilegiando os locais com risco maior de receber infectados, e canalizando-os para um numero reduzido de centros devidamente preparados e treinados, parece a mais correcta. Falta ainda algum equipamento de segurança, particularmente importante nos Serviços de Urgência de Lisboa e Porto. E falta treino, treino, e mais treino. Os fatos e demais equipamento de segurança são terrivelmente quentes, desconfortáveis e incómodos. Ao fim de apenas uma hora do seu uso a temperatura corporal pode ultrapassar os 40° C: a norma de que se deve utilizá-los durante um período de tempo limitado deverá ser rigorosamente cumprida. O pior cenário de segurança imaginável seria um profissional desmaiar enquanto tratava de um doente infectado. Assim, a regra, ainda não adoptada em muitos lugares, de haver sempre um segundo elemento de vigilância e apoio ao primeiro, também parece sensata.

Na frente laboratorial o cenário é semelhante: as amostras identificadas como de doentes de possível Ebola têm sido colhidas, manipuladas e encaminhadas para os laboratórios de referência de forma correcta, mas se o doente não for detectado como sendo potencialmente infectante e/ou a amostra identificada como tal, esses cuidados já não existem. E verificaram-se alguns casos que seriam perigosos até para amostras de

sangue infectado com outros agentes mais “banais”. Os protocolos existem, e parecem adequados, o que falta é treino, treino, e mais treino.

Outro ponto que muitas vezes se aborda é se Portugal deveria fazer um *stock* de medicamentos. Não parece boa ideia. A maioria de doentes que morrem de Ebola morre de condições clínicas com tratamento eficaz mas não específico, tais como desidratação, hemorragias intracerebrais ou digestivas, shock, falência de órgãos, etc. Tratamentos etiológicos ainda não há nenhum validado – nem mesmo o soro polivalente de doadores sobreviventes de Ebola, ou o cocktail de anticorpos monoclonais (ZMapp®) que são os que de momento sugerem melhor eficácia. Além que não parece correcto estar a efectuar *stock* de produtos para a eventualidade de serem precisos (e poderão ser, ou não) quando todos os dias morrem centenas de doentes sem acesso a estes produtos, de produção obviamente muito limitada. Mas é bom lembrar os resultados prometedores de nucleósidos, em modelos animais, quer ratinhos quer macacos, e pelo menos dois deles, o cidofovir (ou a sua pró-droga, o BrinCidofovir) e o favipiravir (o utilizado no tratamento da auxiliar de enfermagem de Madrid) estão livremente disponíveis no mercado europeu e assim não parece difícil disponibiliza-los às Farmácias Hospitalares dos Hospitais escolhidos.

Mas o tratamento hospitalar é apenas uma das faces da moeda. A outra, nos cenários de introdução do vírus sem ser por evacuação programada, é a tarefa importantíssima de rastreio e seguimento de contactos. E se em casos limitados já é complicado, se houver um surto um pouco mais alargado e/ou demorado será ainda muito mais difícil. Na Nigéria, segundo o relatório da OMS, devido ao atraso na identificação do caso índice (ver acima) verificaram-se três gerações de contágio, com um total de vinte casos e oito mortes. Mas para debelar o surto foi necessário rastrear e avaliar o risco de cerca de oito mil contactos, dos quais 891 foram considerados suficientemente perigosos para serem seguidos diariamente na sua evolução clínica (ou ausência de) até perfazerem os 21 dias, num total de cerca de vinte e seis mil entrevistas sanitárias, envolvendo centenas de profissionais de epidemiologia – só em Lagos foram cerca de 150 (*WHO declares end of Ebola outbreak in Nigeria – 20 October 2014*). A Nigéria conseguiu fazê-lo e assim conseguiu debelar o surto – e se fosse em Portugal?

Outro ponto controverso é o controle de fronteiras. Se este deve ser considerado fundamental nos países de origem, nomeadamente nos aeroportos, a sua introdução nos países de possível entrada já é mais discutível. O facto é que infectados por Ebola têm entrado e passado pelos mais variados países, com e sem controle de fronteiras, e até hoje nenhum foi detectado à entrada pelos referidos controles de fronteira. Assim, se as autoridades Portuguesas e/ou europeias acabarem por decidir impor controle de fronteiras á entrada, tal deverá ser considerado uma medida política, com relevância sanitária próxima do zero, e de forma nenhuma deverá diminuir a percepção de risco e a preparação para uma possível introdução.

Também é bom lembrar que tudo isto é dispendioso, e o que for gasto numa área da saúde implica restrições acrescidas noutras áreas. Se a preparação para um possível surto de Ebola em Portugal é importante, fundamental mesmo, deverá haver bom senso e não exagerar tentando prevenir tudo o possível de acontecer, mesmo o mais improvável, desperdiçando recursos preciosos que já estão a fazer falta noutras áreas da saúde dos Portugueses.

4. A responsabilidade de Portugal, enquanto membro da comunidade internacional, de participar no combate a esta crise global

Portugal é membro fundador da CPLP, no seguimento lógico da sua presença em África durante mais de meio milénio. Existem laços profundos, familiares como políticos, culturais, económicos, desportivos, financeiros, etc, entre Portugal e as suas antigas colónias – existe toda uma solidariedade enraizada, como ficou bem demonstrado pelo movimento popular de apoio, em Portugal, aquando da luta da independência de Timor Lorosae. Mas para além do espaço lusófono, como membro do clube europeu, clube privilegiado, “rico” do Mundo, Portugal também tem o dever de participar na luta nesta crise global, que, se é uma ameaça para todos, em qualquer país do Mundo, é uma ameaça maior, aliás já presente, para alguns dos membros mais desfavorecidos da comunidade mundial.

Mas para além do dever de solidariedade global, existe um outro motivo, mais egoísta, para Portugal participar activamente na luta contra a infecção por vírus Ebola fora do País: é que a melhor maneira de combater o risco é eliminar o problema na fonte. Se o surto de Ebola for controlado e eliminado em África, mais ninguém no Mundo, incluindo Portugal, tem de se preocupar com casos importados.

Nesta perspectiva, três linhas de acções, aliás complementares, podem ser visionadas: primeiro, o ter preparadas equipas que, a qualquer momento em que tal seja necessário, possam ir evacuar doentes infectados, ou supostamente infectados, a qualquer país que o solicite, trazendo-os para serviços previamente preparados para os receber, em Portugal – e não apenas doentes Portugueses, mas também de outras nacionalidades, conforme as necessidades.

Segundo, colaborar com os países lusófonos mais em risco de introdução da doença, primariamente a Guiné-Bissau, secundariamente Cabo Verde, na sua preparação para enfrentar a doença, quer a nível da melhoria de impermeabilização de fronteiras, nomeadamente aeroportos, quer na melhoria da rede de rastreio e detecção de possíveis casos, em particular o rastreio de contactos, quer na capacidade de diagnóstico *in loco*, quer até na preparação de serviços clínicos e unidades de isolamento, e treino de pessoal de saúde e de epidemiologia, não só nas suas acções para com os possíveis doentes mas também nas medidas de segurança dos próprios profissionais.

Finalmente, parece-nos que Portugal tem o dever de participar na ajuda que a Europa está a preparar para os três países afectados da África Ocidental, valorizando em contexto europeu a experiência que profissionais Portugueses têm de actuações “no terreno” em África. Até porque isso daria a estes profissionais uma experiência valiosíssima caso Portugal tenha o azar de sofrer uma introdução da infecção.

22 de Outubro de 2014

Pela Direcção do Colégio de Medicina Tropical

Jaime Nina
Abílio Antunes