



Melhorar a qualidade, a cobertura e a resiliência do sistema de saúde de Cabo Delgado.

CONVÉNIO AECID 22-COI-398



GESTÃO DE EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Formação para profissionais de saúde
Instituto de Ciências de Saúde de Pemba

Equipo técnico **medicusmundi**

Pemba, 15, 16 e 17 de dezembro de 2025

INTRODUÇÃO

- É provável que a maioria dos países enfrente uma emergência de grande escala aproximadamente a cada cinco anos, e muitos lidarão com ameaças sazonais, como ciclones, inundações e surtos de doenças.
- As **Emergências em Saúde Pública (ESP)** representam um risco para a população e para o território.

I. EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

- São eventos ou situações que constituem um risco para a saúde pública e que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população.

I. EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

- Os **riscos para a saúde pública** relacionados com emergências e desastres resultam da interação de ameaças biológicas, tecnológicas, sociais ou naturais com as comunidades e causam impactos que vão além do sector saúde, com **consequências** na estrutura social, problemas socioeconômicos e na qualidade de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, problemas em diversos setores.



Consequências de saúde



Deslocamentos



Danos às infraestruturas



Perdas económicas



Tensão social



Degradação dos ecossistemas

Tipos De Emergências Em Saúde Pública

As emergências sanitárias ou emergências em saúde pública podem ser encontradas nos diferentes tipos a descrever abaixo:

- Desastres.
- Eventos epidemiológicos.

Desastres

Um desastre é o resultado de eventos adversos, que podem ser naturais, tecnológicos ou de origem antrópica (ação do homem), sobre um cenário vulnerável exposto a ameaça, causando danos humanos, materiais ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais.

Estes desastres podem ser classificados em:

- **Naturais:** resultado do impacto de um fenômeno natural extremo ou intenso sobre uma comunidade
- **Tecnológicos:** são os desastres relacionados às edificações, indústrias, materiais perigosos

DESASTRES NATURAIS

Geológico

Terremoto
Emanação vulcânica
Movimento de massa
Erosão

Hidrológico

Inundações
Enxurradas
Alagamentos

Meteorológico

Sistemas de grande escala/escala regional
Tempestades
Temperaturas extremas

Climatológico

Seca
Estiagem
Incêndio Florestal
Baixa Umidade do Ar

Biológico

Epidemias
Infestações
Pragas

TECNOLÓGICOS

Desastres relacionados a substâncias radioativas

Desastres relacionados a produtos perigosos

Desastres relacionados a incêndios urbanos

Desastres relacionados a obras civis

Desastres relacionados a transporte de passageiros e cargas não perigosas

Eventos Epidemiológicos

- Os eventos epidemiológicos podem ser caracterizados por surtos e epidemias de doenças e agravos.
- Segundo a normativa, são consideradas situações epidemiológicas as doenças que:
 - Apresentem risco de disseminação nacional;
 - Sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados;
 - Representem a reintrodução de doença erradicada;
 - Apresentem gravidade elevada; ou
 - Extrapolem a capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde.

2. AMEAÇA

- Ameaça é qualquer situação que coloque em risco a saúde da população, exigindo medidas urgentes de prevenção, controle e contenção.
- A ameaça pode ocasionar mortes, lesões ou outros efeitos na saúde, sociedade, meio ambiente, etc.

2. AMEAÇA

- A classificação de uma ameaça, poder ser feita através de uma matriz de risco, ela que representa graficamente o impacto e a probabilidade do risco em um gráfico ilustrativo, mostrando os riscos prioritários que devem ser considerados nas atividades de preparação e redução de riscos.

Exemplo de uma matriz de risco de um país

Impacto	Crítico				Covid-19
	Grave			Febre Amarela	Malária Meningite
	Moderado				Dengue
	Menor				
	Insignificante				
		Muito improvável < 5%	Improvável 5%-29%	Provável 30%-69%	Muito provável 70%-94%
Probabilidade					

3. VULNERABILIDADE

- Condições determinadas por fatores ou processos físicos, sociais, económicos e ambientais que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa, de uma comunidade ou dos sistemas aos efeitos das ameaças.

4. CAPACIDADE DE AFRONTAMENTO

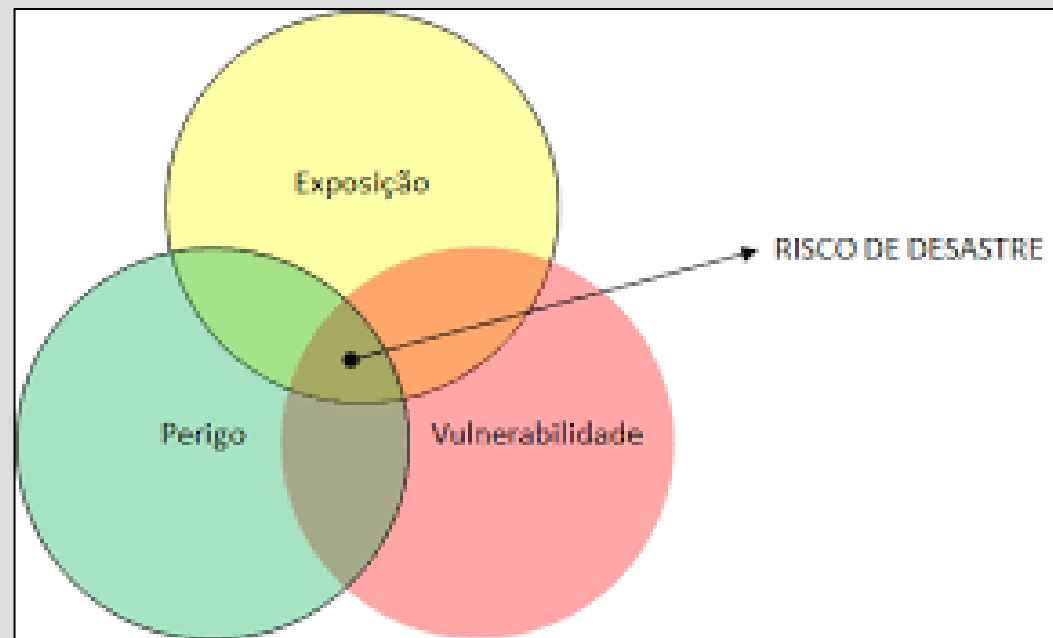
- Capacidade das pessoas, organizações e sistemas para gerir condições adversas, emergências ou desastres, **utilizando os conhecimentos e recursos disponíveis.**
- A capacidade de enfrentamento contribui para a redução dos riscos de desastres.

5. IMPACTO DO DESASTRE

- Efeito total de um evento perigoso ou de um desastre, incluindo os efeitos negativos e os efeitos positivos.
- Abrange os impactos económicos, humanos e ambientais.

6. RISCO

- É a possibilidade de morte, lesão ou destruição e danos à propriedade de um sistema, sociedade ou comunidade ocorrerem em um período específico. Determinada probabilidade com base na **ameaça (perigo)**, **exposição**, **vulnerabilidade e capacidade de enfrentamento**.





OBRIGADO/A !





Melhorar a qualidade, a cobertura e a resiliência do sistema de saúde de Cabo Delgado.

CONVÉNIO AECID 22-COI-398



GESTÃO DE EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

GESTÃO DE RISCOS DE EMERGENCIAS EM SAÚDE

Formação para profissionais de saúde
Instituto de Ciências de Saúde de Pemba

Equipo técnico **medicusmundi**

Pemba, 15, 16 e 17 de dezembro de 2025

GESTÃO DE RISCOS DE EMERGENCIAS EM SAÚDE E DESASTRES (GERESD)

- Conjunto de medidas em que se coloca ênfase na gestão do risco de uma possível emergência ou desastre, e **não apenas na resposta ao evento ou à crise**, bem como na promoção da resiliência das comunidades e dos países.
- A gestão de risco é o conjunto de decisões administrativas, organizacionais e operacionais desenvolvidas pelos órgãos governamentais e não governamentais, com a sociedade, para a implementação de políticas e estratégias que visam ao fortalecimento de suas capacidades para a redução do impacto das emergências em saúde pública.

GESTÃO DE RISCOS DE EMERGENCIAS EM SAÚDE E DESASTRES (GERESD)

- Assim, nos últimos anos, tem-se verificado uma mudança de enfoque na gestão do risco de emergências e desastres em saúde.

DE

Baseado no evento

Reativo

Focado em uma só ameaça

Um único organismo

Responsabilidade separada

Enfoque na resposta

Planificação para as comunidades

A

Baseado no risco

Preventivo

Focado em todas as ameaças

Toda a sociedade

Responsabilidade partilhada dos sistemas de saúde

Gestão de riscos

Planificação com as comunidades

Processo de gestão de risco



Prevenção, mitigação
e preparação

Alerta e resposta

Reabilitação e
adaptação

REDUÇÃO

MANEJO

RECUPERAÇÃO
E ADAPTAÇÃO

REDUÇÃO DOS RISCOS

As ações de prevenção, preparação e mitigação são essenciais para que o evento tenha um impacto reduzido na população.

Além disso, o planejamento das ações faz com que a resposta ao evento seja mais coordenada e oportuna.

Prevenção

A prevenção tem como objetivo evitar ou reduzir os riscos ao evento e ocorre antes da sua ocorrência. Para prevenção, são necessárias ações intersectoriais por meio de políticas públicas e estratégias que tenham o objetivo de reduzir os riscos ao evento. As acções no âmbito da prevenção vão desde:

- Educação comunitária para boas práticas de saneamento;
- Garantir para que as condições socioeconómicas, culturais e ambientais não favoreçam a propagação ou ocorrência de uma possível emergência; e
- Elaboração de um plano de contingência.

PLANO DE CONTINGÊNCIA

O Plano de Contingência é um pré-planejamento para possíveis eventos, e serve de subsídio para a elaboração do Plano de Ação do Evento (PAE). No PC estarão previstas as responsabilidades de cada organização, as prioridades e medidas iniciais a serem tomadas e a forma como os recursos serão empregues para uma determinada tipologia de emergência em saúde pública.

Os PCs devem ser testados por meio de simulados e modificados sempre que necessário. Pode ocorrer ainda que o Plano de Contingência precise ser readequado, durante a resposta, com base nos fatos concretos da evolução do evento.

Exemplo de estratégia usada em um plano de contingência

Nível zero: Monitoramento de Eventos	A atividade da esfera central restringe-se ao monitoramento e à orientação técnica a distância, bem como ao encaminhamento de insumos básicos, quando solicitado.
Nível de resposta I: Emergência localizada	A esfera local necessita da mobilização de recursos adicionais e apoio complementar do estado. A esfera central restringe-se ao monitoramento e à orientação técnica a distância, bem como encaminhamento de insumos básicos, quando solicitado.
Nível de resposta II: Emergência expandida	A capacidade de resposta da esfera local é excedida, sendo necessária a mobilização de recursos adicionais (materiais e humanos) e apoio complementar da esfera central.
Nível de resposta III: Emergência nacional	A emergência em saúde pública envolve mais de um estado, excedendo a capacidade de resposta das esferas municipais/distrital. É necessária a mobilização de recursos adicionais e apoio complementar da esfera central e acionamento de instituições parcerias, podendo culminar na Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

Mitigação

A mitigação consiste em ações e medidas que devem ser adotadas de modo imediato, com o objetivo de reduzir as consequências do evento. Enquanto a preparação e a prevenção ocorrem anteriormente ao evento, a mitigação pode ocorrer antes e durante a sua ocorrência.

As ações de mitigação podem ser realizadas pelo sector saúde, como:

- A capacitação de pessoal e recomendação de práticas que venham a reduzir a infeção e contaminação por agente etiológico; ou
- Então por outros setores, como as ações de saneamento e obras, que por sua vez trazem consequências positivas para a saúde.

Preparação

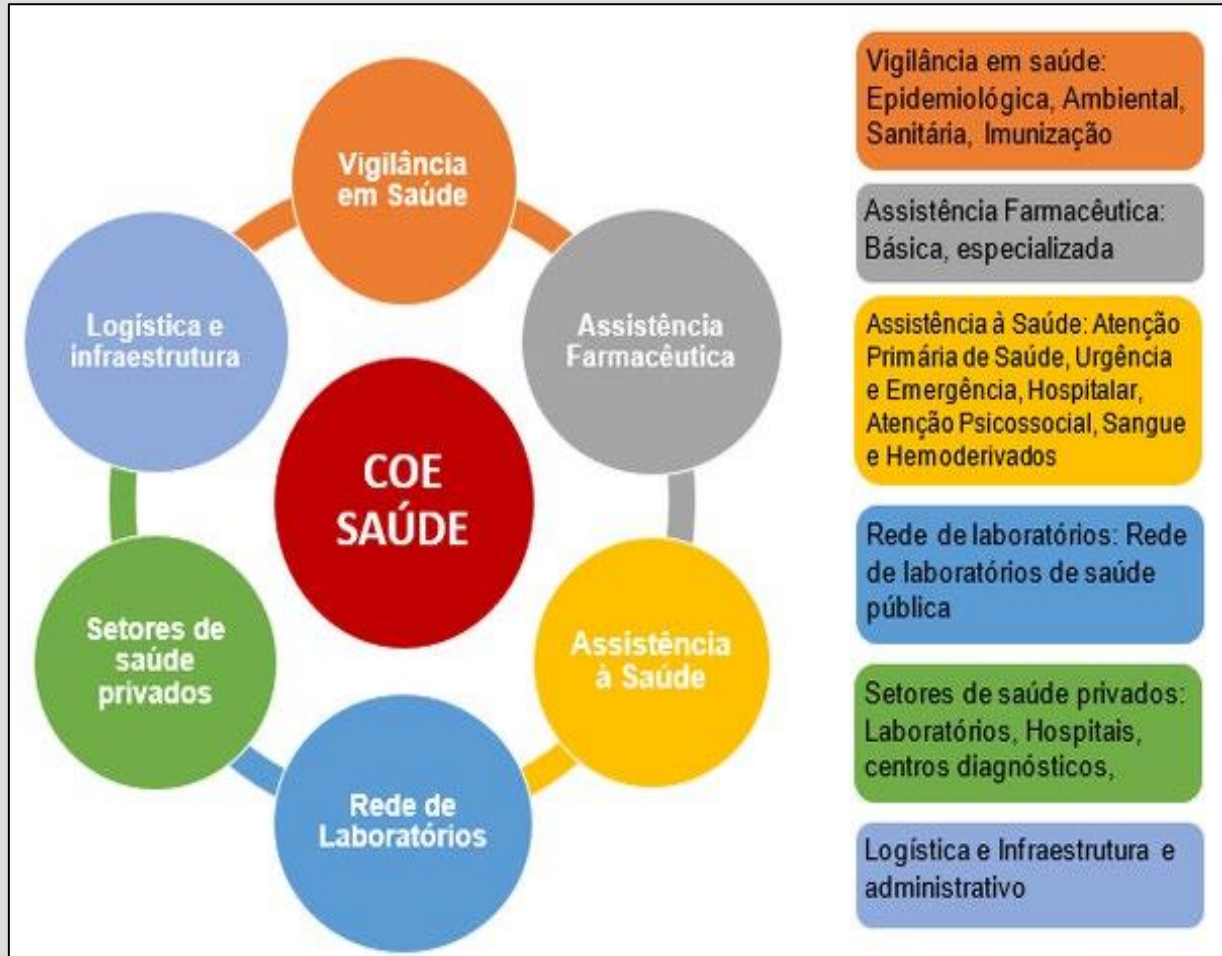
A preparação para a resposta ao evento também acontece antes da ocorrência dos desastres, com o objetivo de realizar uma resposta oportuna, reduzindo os danos e as consequências.

A estrutura de saúde que tem essa responsabilidade é o **Centro operativo de emergências sanitárias (COEs)**.

CENTRO OPERATIVO DE EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS (COES)

O COE é uma estrutura organizacional que tem como objetivo promover a resposta coordenada por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos. A sua estruturação permite a análise dos dados e das informações para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e técnicos, na definição de estratégias e ações adequadas e oportunas para o enfrentamento de emergências em saúde pública.

COMPOSIÇÃO DO COES



ACTIVIDADES E RESPONSABILIDADES DO COES

- Análise das informações relevantes, que irá nortear a tomada de decisão para as operações de resposta.
- Estabelecimento das prioridades de resposta.
- Ativação das operações iniciais e imediatas.
- Mobilização de recursos humanos e materiais necessários.
- Elaboração de relatórios de progresso do evento, incluindo resumo das decisões e ações de resposta, e emissão de recomendações técnicas.
- Coordenação da avaliação pós-evento (lições aprendidas).

MANEJO DO EVENTO

ALERTA

O alerta ao evento é uma etapa que antecede a resposta. Ele consiste em estabelecer ferramentas para detecção ao evento e possíveis consequências. Em casos de desastres naturais e tecnológicos, o setor saúde deve estar articulado com as instituições e órgãos responsáveis pelo alerta ao evento, como, por exemplo, a Defesa Civil.

Já os eventos epidemiológicos são detetados pelo monitoramento realizado pela vigilância em saúde do nível distrital, provincial/central.

RESPOSTA

A resposta compreende as ações a serem desenvolvidas para o manejo da emergência minimizando os riscos e reduzindo, ao máximo, suas consequências sobre a saúde, envolvendo a execução das ações necessárias para uma resposta oportuna.

ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA

A seguir é apresentado um rol de ações necessárias à organização da capacidade de resposta:

- Identificação dos níveis de autoridade, monitoramento e decisão que podem participar na resposta a um evento de emergência.
- Identificação das responsabilidades específicas das áreas técnicas da estrutura funcional da Vigilância em Saúde.
- Elaboração de protocolos específicos de ação para a gestão de emergências visando definir funções e responsabilidades dos profissionais de saúde.
- Manutenção de um inventário atualizado dos recursos humanos, físicos e financeiros considerados essenciais para o plano de resposta.

RECUPERAÇÃO

Após a ocorrência do evento, é necessário que se estabeleçam serviços para que a comunidade afetada estabeleça uma normalidade de suas atividades diárias, ou que sejam realizadas ações e um acompanhamento das consequências do evento.

As ações de recuperação para o setor saúde consistem:

- Reconstrução de infraestrutura danificada;
- Restabelecimento de serviços de saúde;
- Acompanhamento das consequências de saúde das pessoas afetadas pelo evento;
- Reestruturação da rede de saúde e adaptação para a nova demanda.



OBRIGADO/A !





Melhorar a qualidade, a cobertura e a resiliência do sistema de saúde de Cabo Delgado.

CONVÉNIO AECID 22-COI-398



GESTÃO DE EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA AVALIAÇÃO MULTIAMEAÇA DE RISCOS DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE (STAR)

Formação para profissionais de saúde
Instituto de Ciências de Saúde de Pemba

Equipo técnico **medicusmundi**

Pemba, 15, 16 e 17 de dezembro de 2025

INTRODUÇÃO

Com o objetivo de adotar uma abordagem baseada no risco para gerir as emergências em saúde e mitigar os riscos, os países devem, em primeiro lugar, identificar as ameaças e avaliar o seu risco.

Os resultados de uma avaliação de riscos permitem:

- **Planificar e priorizar** de forma adequada as **medidas para prevenir emergências sanitárias e desastres.**
- Mitigá-los, detetá-los precocemente, preparar-se e estar operacionalmente prontos para **lhes fazer face, responder e recuperar.**

FERRAMENTA STAR

A ferramenta estratégica de avaliação de riscos (STAR) é criada com o objectivo de ajudar países (em níveis nacional e provincial), cidades e comunidades locais a avaliar os riscos à saúde pública relacionados a ameaças identificadas, priorizar o planeamento de preparação para lidar com riscos prováveis que possam levar a emergências e aprimorar a preparação e a prontidão operacional para responder a essas situações.



FERRAMENTA STAR

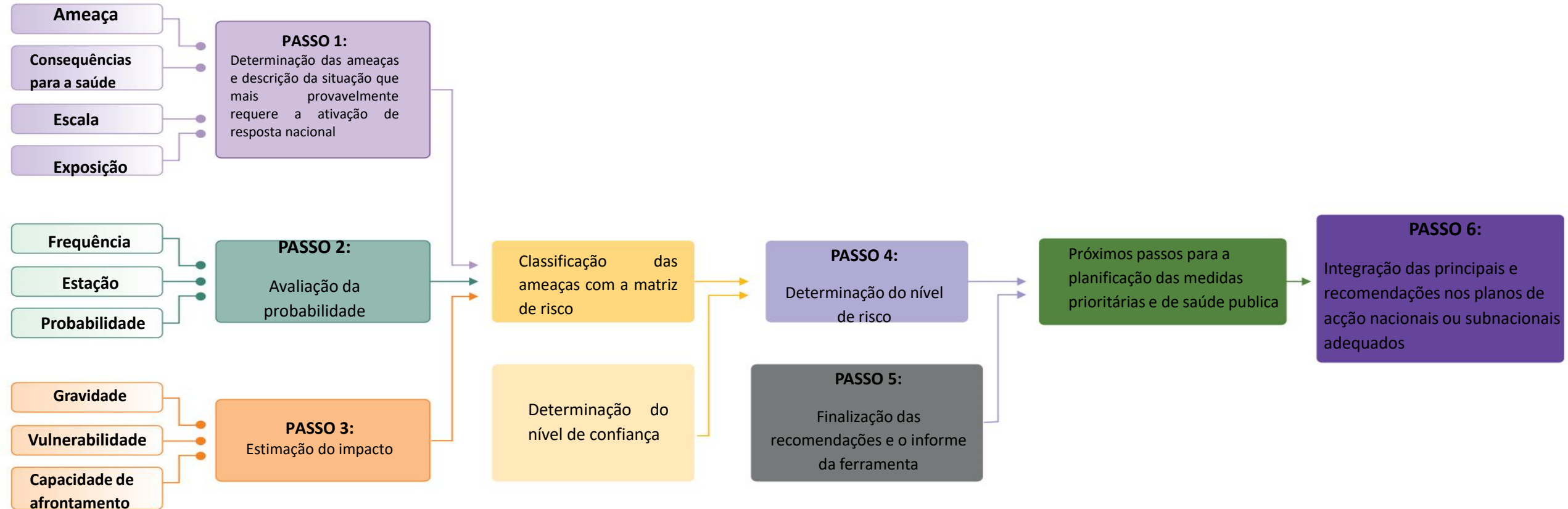
O resultado da aplicação da metodologia STAR é:

- Uma matriz de riscos.
- Um resumo dos riscos, com uma descrição das consequências para a saúde.
- Um relatório geral que combine a matriz de riscos com o resumo dos riscos e a planificação inicial das medidas prioritizadas.

Este método abrange 6 passos principais, utilizando uma abordagem participativa.

Nos próximos dias, iremos analisar cada um destes passos da ferramenta STAR, e faremos exemplo para o caso de um distrito de Cabo Delgado, em Moçambique.

Resumo da avaliação estratégica de riscos realizada com a ferramenta STAR



PLANIFICAÇÃO DE MEDIDAS PRIORITÁRIAS EM GESTÃO DE EMERGÊNCIAS

- A elaboração de um plano de medidas prioritárias, é feita com base a avaliação antes realizada na matriz de risco acima descrita, onde a medida prioritária vai consoante o impacto e a probabilidade de ocorrência da ameaça.
- Neste caso, segue-se um exemplo de planificação de medidas prioritárias para Covid-19.

Ameaça	Medida Prioritária	Responsabilidades	Outras partes Interessadas	Alcance Geográfico	Justificação Propósito	Pressuposto Necessário
Covid-19	Atualizar plano de contingência contra Covid-19	Ministério da saúde: Pessoa X,Y	Associação de mulheres	Nacional	Plano de contingência anterior elaborado a 5 anos...	5.000 €
	Oferecer curso de atualização em matéria de manejo de Covid-19	Ministério da saúde: Pessoa X	ONG "MM" Cruz vermelha Etc..	Distrito de Ancuabe Distrito de MTZ Cidade de Pemba	Falta do seguimento adequado causou novos surtos	2.000 €
	Enviar 100 Kits para colheita de amostras de Covid-19	MISAU: Pessoa X OMS: Pessoa Y	SDSMAS	Distritos: Ancuabe, Montepuez, Pemba	Falta do seguimento adequado causou novos surtos	1.000 €
	Atualizar a planificação da comunicação de riscos para o plano de contingência contra Covid-19	MISAU: Pessoa X	Organização da Sociedade civil Associações locais	Distritos: Ancuabe, Montepuez, Pemba	Atualizar a importância da comunicação de riscos e envolvimento comunitário para criar redes de combate a Covid-19	1.000 €

LIÇÕES APRENDIDAS DURANTE A EMERGÊNCIA DA COVID-19

Durante a emergência de saúde pública da Covid-19 foram aprendidas algumas lições a descrever abaixo:

- Manter a continuidade pública e privado e sociedade civil no processo de gestão de emergência
- Melhoria das práticas de higiene saudável
- Necessidade de se dar atenção à componente de saúde mental
- Exiguidade de recursos humanos e financeiros
- Sobrecarga dos profissionais de saúde, aliado à falta de treino específico para respostas a eventos de saúde pública (vigilância)
- Mobilização de recursos financeiros insuficientes
- Moçambique é um país vulnerável em eventos naturais extremos e com graves consequências de saúde pública
- A ausência de um sistema consolidado na preparação e resposta a emergência de saúde pública dificulta a abordagem multisectorial em emergência



OBRIGADO/A !





Melhorar a qualidade, a cobertura e a resiliência do sistema de saúde de Cabo Delgado.

CONVÉNIO AECID 22-COI-398



GESTÃO DE EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA AVALIAÇÃO MULTIAMEAÇA DE RISCOS DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE (STAR)

Formação para profissionais de saúde
Instituto de Ciências de Saúde de Pemba

Equipo técnico **medicusmundi**

Pemba, 15, 16 e 17 de dezembro de 2025

PASSO I



Etapa 1a: Identifique as ameaças



O primeiro passo para realizar uma avaliação estratégica de riscos é determinar quais ameaças são relevantes para avaliação, com base na situação com maior probabilidade de desencadear uma resposta nacional coordenada.



Ao determinar as ameaças para a avaliação de riscos estratégicos, pode-se consultar os seguintes aspectos:



Ameaças detetadas em avaliações de risco anteriores, sejam formais ou informais;



Ameaças originárias de países vizinhos ou áreas geográficas que apresentem riscos potenciais transfronteiriço;



Respostas de emergência anteriores baseadas na experiência coletiva de especialistas multissetoriais;



Etapa 1b: Determinar as possíveis consequências negativas para a saúde



As consequências negativas para a saúde são os efeitos posteriores de uma ameaça que causam ou contribuem para problemas de saúde. Ao descrever essas consequências, pode se incluir consequências físicas, psicológicas, sociais, econômicas e ambientais que prejudicariam a saúde de uma população em risco ou afetariam o sistema de saúde.



Descrever as consequências para a saúde a curto, médio ou longo prazo de cada ameaça.

Exemplo	
Ameaça	Inundações
Consequências imediatas	Afogamentos, traumatismos, mordidas de serpentes, traumas, etc.
Consequências secundárias	Doenças transmitidas pela água, por vetores, interrupção dos serviços de saúde nas instituições, insegurança alimentar, etc

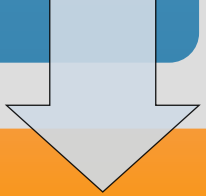


Etapa 1c: Descreva a dimensão da ameaça e indique sua localização em um mapa.



Descrever a escala e a magnitude das ameaças identificadas na situação que provavelmente exigirá uma resposta nacional para cada ameaça

Etapa 1 d: Avaliar e descrever a exposição à ameaça



Estimar o número de pessoas que provavelmente serão expostas ao perigo e às suas consequências para a saúde.

EXERCÍCIO GRUPAL I

PASSO 2



Etapa 2: Avaliar a probabilidade



Avaliar a probabilidade de ocorrência de cada ameaça. Levando em consideração informações históricas relacionadas à ameaça, tendências recentes observadas no ambiente geográfico, a frequência e a sazonalidade de cada ameaça definir a probabilidade de ocorrência da ameaça nos próximos 12 meses, na escala definida na etapa 1.



Etapa 2a: Definir a frequência da ameaça



A frequência de uma ameaça é o número de vezes que uma situação que requer uma resposta coordenada ocorreria dentro de um intervalo de tempo específico.

TABELA: DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS DE FREQUÊNCIA DE AMEAÇAS

Frequência	Descrição
Perenes	Eventos regulares ou sazonais ao longo do ano
Recorrente	Eventos que ocorrem a cada um ou dois anos.
Frequente	Eventos que ocorrem a cada dois a cinco anos
Cru	Eventos que ocorrem a cada cinco a dez anos
Aleatório	Eventos imprevisíveis cuja frequência não pode ser determinada



Etapa 2b: Definir a sazonalidade da ameaça



Determinam-se os meses do ano em que ela é mais prevalente, a probabilidade de ocorrência da ameaça e definir a sazonalidade da ameaça em uma escala de cores do verde ao vermelho, onde “vermelho” indica o período em que é mais provável que ela ocorra.



Por exemplo, a Figura mostra uma ameaça que pode ocorrer todos os anos entre março e julho, com a maior probabilidade em maio, junho e julho.



Etapa 2c: Determine a probabilidade de uma ameaça.

Estimam a probabilidade da ameaça a ocorrer nos próximos 12 meses, utilizando a escala definida na etapa 1. Assim como nas etapas anteriores.

O produto da etapa 2 é um grau de probabilidade determinado para cada ameaça, com base na situação que provavelmente exigirá a ativação de uma resposta coordenada.

TABELA: DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS DE PROBABILIDADE

Grau	Descrição
Quase certeza	A situação descrita na etapa 1 provavelmente ocorrerá nos próximos 12 meses na maioria das circunstâncias (por exemplo, probabilidade de 95% ou superior).
Muito provavelmente	A situação descrita na etapa 1 provavelmente ocorrerá nos próximos 12 meses na maioria das circunstâncias (por exemplo, probabilidade de 70% a 94%).
Provável	A situação descrita na etapa 1 pode ocorrer algumas vezes nos próximos 12 meses (por exemplo, com probabilidade de 30% a 69%).
Improvável	A situação descrita na etapa 1 pode ocorrer algumas vezes nos próximos 12 meses (por exemplo, com probabilidade de 5% a 29%).
Muito improvável.	A situação descrita na etapa 1 pode ocorrer dentro de 12 meses. O seguinte ocorre em circunstâncias excepcionais (por exemplo, probabilidade inferior a 5%).

PASSO 3: ESTIMAR O IMPACTO E VULNERABILIDADE PARA A AMEAÇA

AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE

AMEAÇAS BIOLÓGICAS

AMEAÇAS GEOLÓGICAS, SOCIAIS, TECNOLÓGICAS



Potencial de transmissão

Intensidade das consequências

Interrupção dos serviços de saúde

Intensidade das consequências

Interrupção dos serviços de saúde

Muito Baixa Baixa Moderado Alto Muito Alto.

1

2

3

4

5

GRAU DE GRAVIDADE

AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE



Estado de saúde de grupos de risco



Determinantes sociais de saúde



Presença de grupos vulneráveis



Fatores Ambientais

Muito Baixa Baixa Moderado Alto Muito Alto

1

2

3

4

5

GRAU DE VULNERABILIDADE

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE AFRONTAMENTO

1. Muito grande

- Todas capacidades de resposta necessários.
- O país esta ajudando um e outros.

2. Grande

- Todas capacidades de resposta.
- Nunca foram usados e nem testados em simulações.

3. Moderado

- Algumas medidas disponíveis.
- Funcionalidades e sustentabilidade não garantida.

4. Pequeno

- Capacidades básicas de resposta em desenvolvimento.
- Implementação começou.

5. Muito pouco

- Sem capacidades básicas para afrontamento.

DETERMINAÇÃO DO NÍVEL DO IMPACTO

$$\text{Nível do impacto} = \frac{(\text{gravidade} + \text{vulnerabilidade} + \text{capdd. de afrontamento})}{3}$$

Com base nos resultados desse cálculo a ferramenta STAR atribui uma pontuação de impacto de **1** (insignificante) a **5** (crítico).

Pontuação	Nível de Impacto
1	Insignificante
2	Menor
3	Moderado
4	Sério
5	Crítico

EXERCÍCIO GRUPAL 2

PASSO 4: DETERMINAR O NÍVEL DE RISCO E CLASSIFICAR

- O modelo determinará o nível de risco de cada ameaça usando a seguinte escala: “Muito Baixo”, “Baixo”, “Moderado”, “Alto” e “Muito Alto”.
- A matriz de risco (tabela de 5x5) gerada fornece uma visão geral simples dos resultados da avaliação de risco estratégico, tomando em consideração o impacto e a probabilidade da ameaça.

EXEMPLO DE UMA MATRIZ DE RISCO DE UM PAÍS

Impacto	Crítico					Covid-19
	Grave			Febre Amarela	Malária	Meningite
	Moderado					Dengue
	Menor					
	Insignificante					
		Muito improvável < 5%	Improvável 5%-29%	Provável 30%-69%	Muito provável 70%-94%	Caso seguro > 95%
	Probabilidade					

EXERCÍCIO GRUPAL 3

PASSO 5 E 6: FINALIZAR AS RECOMENDAÇÕES E INTEGRAR NO PLANO NACIONAL / PROVINCIAL

- A elaboração de recomendações e ações prioritárias com base nos riscos identificados é uma etapa crucial em uma avaliação estratégica de riscos.
- Consultar os resultados da matriz de riscos e o cronograma sazonal para recomendar ações de acompanhamento baseadas em riscos, visando aprimorar o preparo e a prontidão operacional.
- As recomendações criadas durante a fase de avaliação de riscos, se analisaram para poder ser integradas nas estratégias nacionais ou provinciais.

Exemplo de Planificação de Medidas Prioritárias

Ameaça	Medida Prioritária	Responsabilidades	Outras partes Interessadas	Alcance Geográfico	Justificação Propósito	Pressuposto Necessário	Prazo
Sarampo	Atualizar plano de contingência contra Covid-19	Ministério da saúde: Pessoa X,Y	Associação de mulheres	Nacional	Plano de contingência anterior elaborado a 5 anos...	5.000 €	Março de 2026
	Oferecer curso de atualização em matéria de manejo de Sarampo	Ministério da saúde: Pessoa X	ONG “MM” Cruz vermelha Etc..	Distrito de Ancuabe Distrito de MTZ Cidade de Pemba	Falta do seguimento adequado causou novos surtos	2.000 €	Agosto de 2026
	Enviar 100 Kits para colheita de amostras de Sarampo	MISAU: Pessoa X OMS: Pessoa Y	SDSMAS	Distritos: Ancuabe, Montepuez, Pemba	Falta do seguimento adequado causou novos surtos	1.000 €	Setembro de 2026
	Atualizar a planificação da comunicação de riscos para o plano de contingência contra Sarampo	MISAU: Pessoa X	Organização da Sociedade civil Associações locais	Distritos: Ancuabe, Montepuez, Pemba	Atualizar a importância da comunicação de riscos e envolvimento comunitário para criar redes de combate a Sarampo	1.000 €	Outubro de 2026



OBRIGADO/A !





Melhorar a qualidade, a cobertura e a resiliência do sistema de saúde de Cabo Delgado.

CONVÉNIO AECID 22-COI-398



GESTÃO DE EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

GESTÃO DE SURTOS DE CÓLERA: PONTOS CRÍTICOS PARA A AÇÃO

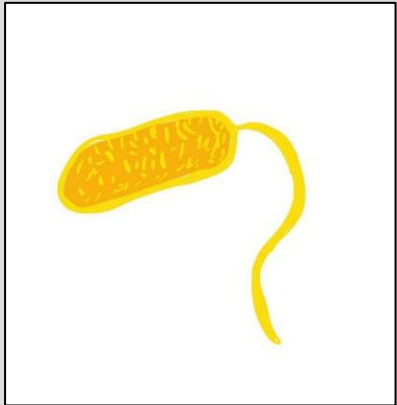
Formação para profissionais de saúde
Instituto de Ciências de Saúde de Pemba

Equipo técnico **medicusmundi**

Pemba, 15, 16 e 17 de dezembro de 2025

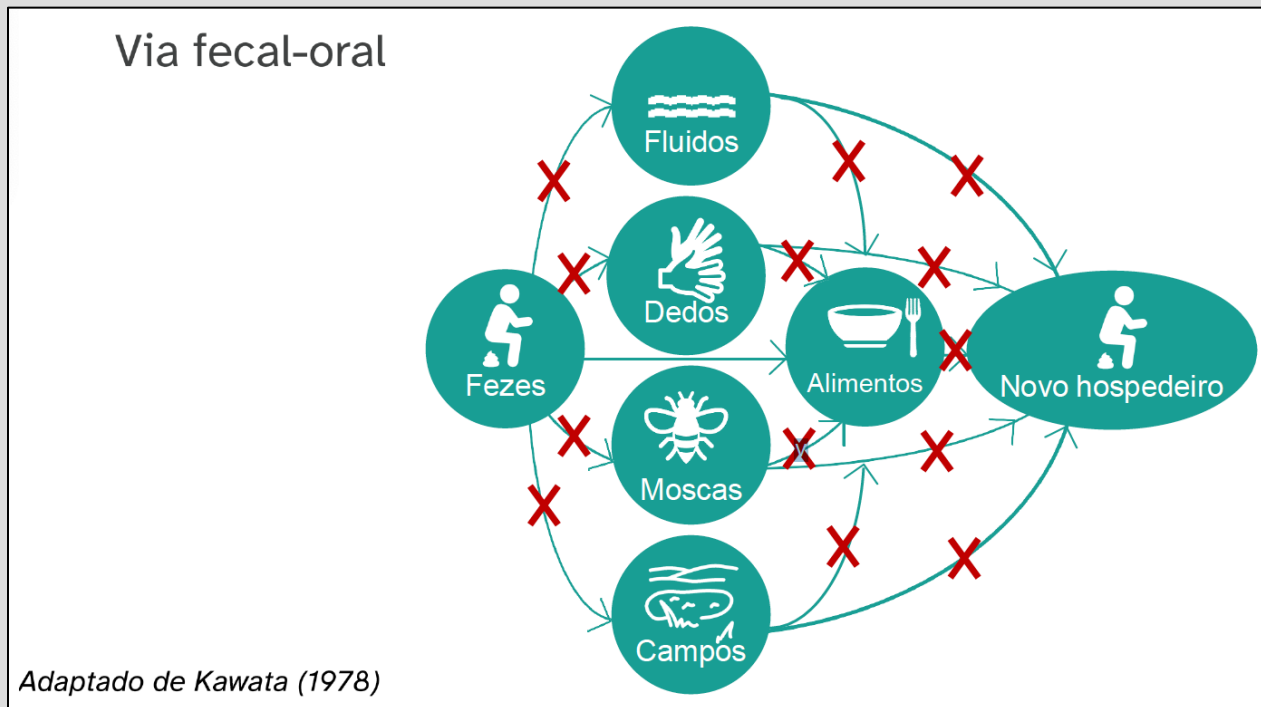
DESCRIÇÃO DA DOENÇA

- A cólera é uma doença diarreica aguda causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae*, a través da ingestão de alimentos ou água contaminados.
- Pode levar à desidratação e à morte em pacientes nas formas graves da doença.
- Até 80% dos casos podem ser tratados com sucesso com sais de re-hidratação oral.
- Quando não é tratada em pacientes nas formas graves, possui uma mortalidade de até 50%.



DESCRIÇÃO DA DOENÇA

- **Epidemiologia – Modo de Transmissão**



- O **período de incubação** é breve (varia de duas horas a 5 dias).
- O **período de transmissibilidade** perdura enquanto houver eliminação do vibrião nas fezes, o que ocorre, na maioria dos casos, até poucos dias após a cura. Para fins de vigilância, o período aceite como padrão é de 20 dias.

DESCRIÇÃO DA DOENÇA



- **Manifestações clínicas**
- **Diarreia aquosa aguda** (em alguns casos, as fezes se assemelham a “água de arroz”), com ou sem vômito.
- A *febre não* é uma manifestação comum.
- Até 80% das pessoas infectadas não apresentam sintomas. Embora a bactéria esteja presente nas suas fezes e sejam eliminadas de volta para o meio ambiente
- Dos indivíduos sintomáticos:
 - aprox 80% terá uma forma leve, sem sinais de desidratação ou com alguns sinais de desidratação.
 - aprox 20% terá uma forma grave, com desidratação severa que pode levar ao choque hipovolemico e à morte.
- Pessoas com baixa imunidade (como crianças desnutridas o pessoas que vivem com o HIV,) estão em maior risco de apresentar complicações, caso estejam infectados

DESCRIÇÃO DA DOENÇA

- **Diagnóstico**
- **Diarreia clínico**
 - Baseado em sinais e sintomas
 - Suficiente para iniciar o tratamento
- **Testes de diagnóstico rápido (TDRs)**
 - Ferramentas úteis para deteção de surto suspeito e surto provável e para monitorizar as tendências dos surtos.
- **Cultura ou Reação em Cadeia da polimerasa (PCR)**
 - Métodos actuais para confirmação
 - É essencial para testar a suscetibilidade antimicrobiana.



DEFINIÇÃO DE CASO



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

MANUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA CÓLERA E DE OUTRAS DIARREIAS AGUDAS

Direção Nacional de Saúde Pública – Departamento de Epidemiologia

2016

Moçambique adaptou as definições de caso recomendadas pela OMS.

DEFINIÇÃO DE CASO

Numa área onde se regista um surto de cólera

Qualquer pessoa com *idade igual ou superior a 2 anos* que apresentar *diarreia aguda similar a água de arroz* com ou sem vômitos e com *sinais de desidratação*.

Caso suspeito de cólera

Numa área sem cólera

Qualquer paciente com *idade igual ou superior a 5 anos* que apresentar *desidratação grave ou morte por diarreia aquosa aguda*.

DEFINIÇÃO DE CASO

Definições simplificadas de caso de cólera para a comunidade

Numa área onde existe surto de cólera: um caso suspeito é qualquer pessoa com idade igual ou superior a 2 anos com muita diarreia tipo água de arroz.

Numa área onde não existe surto de cólera: qualquer paciente com idade igual ou superior a 5 anos apresentar desidratação grave ou morte por diarreia aquosa tipo água de arroz.

DEFINIÇÃO DE CASO

Caso suspeito
de cólera



Caso confirmado de cólera

Um caso suspeito em que o *Vibrio cholerae* O1 ou O139 foi isolado laboratorialmente nas fezes.

MANEJO CLÍNICO

O manejo clínico dos casos de cólera e de outras diarreias agudas implica:

1. **Triagem** – Avaliação clínica inicial.
2. Determinar o **grau de desidratação** do doente.
3. **Administrar líquidos**, de acordo com o plano de tratamento.
4. **Tratamento específicos** em grupos selecionados com antibiótico e zinco.

Tratamento

A reidratação imediata é a chave para salvar vidas



nenhum ou alguns sinais de desidratação



solução de reidratação oral

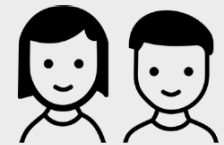


desidratação grave



fluidos intravenosos com Lactato de Ringer e antibióticos orais

solução de reidratação oral (SRO) assim que o paciente conseguir beber com segurança



crianças <5



suplemento de zinco além do tratamento padrão

DETECÇÃO PRECOCE DE UM SURTO DE CÓLERA

É preciso estar alerta nas seguintes situações:

- Em uma área não endêmica, há um aumento repentino de adultos apresentando diarreia aquosa.
- Em uma área endêmica:
 - Há um aumento nos casos de diarreia em comparação com anos anteriores.
 - Adultos morrem em decorrência de diarreia aquosa aguda tanto em áreas endêmicas quanto não endêmicas.

Nesses casos, é necessário ativar um alerta com investigação imediata para confirmar a existência de um surto de cólera e iniciar a resposta em caso necessário.

INDICADORES-CHAVES EM SURTOS DE CÓLERA

- Taxa de incidência semanal (TIS): indica a extensão do surto e a velocidade da sua propagação.
- É frequente que no início haja uma fonte de contaminação comum (por exemplo uma fontanária) e o surto se propague rapidamente, depois, começa a transmissão pessoa a pessoa e a propagação vai mais lenta, sendo menor a taxa de incidência semanal.

$$\text{Taxa de incidência semanal} = \frac{\text{Número de NOVOS casos na população durante um período}}{\text{Número de pessoas EM RISCO na população durante esse período específico}}$$

INDICADORES-CHAVES EM SURTOS DE CÓLERA

- Taxa de ataque (AR): Mede a proporção da população afetada pela doença desde o início do surto até o presente.

$$\text{Taxa de ataque (AR)} = \frac{\text{Número de novos casos durante um determinado período de tempo (desde o início do surto)}}{\text{População total em risco devido à exposição durante o mesmo período}} \times 100$$

INDICADORES-CHAVES EM SURTOS DE CÓLERA

- Taxa de letalidade (TL): A proporção de pessoas que morreram durante um período específico em relação àquelas que desenvolveram a doença durante esse mesmo período.
 - *É o indicador essencial para avaliar a qualidade do gerenciamento de casos, monitorar a efetividade da intervenção e orientar as estratégias.*
 - É alta no início de um surto devido ao tempo necessário para implementar uma resposta adequada. Também pode ser alta no final de uma epidemia devido ao esgotamento da equipe e à escassez de recursos.

$$\text{Taxa de letalidade (TL)} = \frac{\text{Número de mortes devido a doenças em um período}}{\text{Número de casos da mesma doença durante o mesmo tempo}} \times 100$$

ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES DE RECURSOS PARA O TRATAMENTO

A estimativa das necessidades de recursos é feita :

- **Pelo numero de doentes esperados:**

Estimar o número de casos que podem ser esperados no surto para determinar os recursos necessários para a gestão dos casos.

- **Pela capacidade máxima de camas:**

A disponibilidade suficiente de camas é essencial, principalmente no pico da epidemia. A estimativa da capacidade máxima de camas ainda na fase inicial de um surto fornece aos planeadores e aos serviços de logística uma ideia da dimensão e do número de instalações para o tratamento da cólera que serão necessárias.

CARACTERÍSTICAS DOS SURTOS DE CÓLERA SEGUNDO O CONTEXTO

	Situação aberta, zona rural	Contexto urbano, bairro	Situação fechada (campos de refugiados ou deslocados internos)
Densidade populacional	Baixa	Alta	Alta a muito alta
Número de habitantes	Alto	Alto	Baixo
Mobilidade populacional	Móvel, dispersa	Móvel	Não muito móvel
Taxa de ataque (AR)	0,1% a 2%	1% a 5%	1% a 5%
Pico atingido após	1-3 meses	1 – 2 meses	2 – 4 semanas
Número de casos durante o pico	10-30%	10-30%	30%
Tempo médio estadia internamento	3 dias	3 dias	2 dias
Proporção casos graves	75%	75%	75%
Taxa letalidade (TL)	< 5%	2-5%	< 2%

FACTORES DE RISCO PARA PROPAGAÇÃO DO SURTO DE CÓLERA

- Ambiente socioeconómico desfavorável, condições de vida precárias associadas a:
 - Abastecimento de água inadequado (em quantidade e qualidade).
 - Más práticas de saneamento e higiene.
 - Elevada densidade populacional: as populações dos campos de refugiados e das favelas são altamente vulnerável.
- Acredita-se que as condições subjacentes como a malnutrição, as doenças crónicas e o HIV aumentam a suscetibilidade à cólera, mas tal não foi comprovado (relevância moderada).

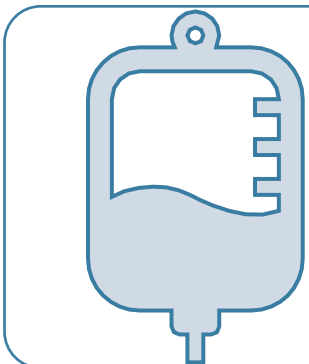
FACTORES DE RISCO PARA PROPAGAÇÃO DO SURTO DE CÓLERA

- Factores ambientais e sazonais:
 - Fim da estação seca e início da estação das chuvas (as pessoas concentram-se em menos fontes de água, aumentando o risco de contaminação e transmissão).
 - Chuvas intensas e inundações (inundações com água contaminada proveniente de sistemas de esgotos, latrinas ou fossas sépticas podem contaminar poços ou outras fontes de água e, assim, aumentar a concentração de nutrientes orgânicos na água).
 - Qualquer acontecimento que leve à aglomeração de pessoas: funerais, eventos religiosos.
 - Acesso limitado aos cuidados de saúde.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA CÓLERA

- A taxa de letalidade (TL) da cólera pode chegar a 50% se o tratamento adequado não for fornecido.
- Uma alta TL deve-se a atrasos no acesso a um centro de tratamento ou ao manejo inadequado dos casos. Com tratamento adequado, a TL deve ser reduzida para menos de 1%. A cólera é uma doença extremamente contagiosa.
- As intervenções (independentemente do contexto) têm dois objetivos:
 1. Reduzir a mortalidade por meio da melhoria do acesso ao tratamento.
 2. Reduzir a disseminação da doença.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA CÓLERA



Para reduzir a mortalidade

- Criar centros de tratamento para a cólera, aumentar o seu número e descentralizá-los
- Estabelecer protocolos de gestão de casos e formar a equipa para os implementar.
- Organizar a deteção precoce de casos e o encaminhamento de casos graves.



Para reduzir a propagação

- Garantir o acesso a água potável (em quantidade e qualidade).
- Promoção da higiene (bons hábitos de consumo de água e alimentos, e descarte de excrementos).
- Informação e sensibilização públicas (população, ministérios, etc)
- Vacinações preventivas contra cólera.

MONITORIZAÇÃO DA QUALIDADE DA INTERVENÇÃO DE EMERGÊNCIA CONTRA A CÓLERA

Para monitorizar a qualidade da intervenção de emergência contra a cólera, os seguintes indicadores devem ser monitorizados:

Indicadores de carga de trabalho:

- Número de internamentos (número semanal de casos e de óbitos por centro e por semana):
- Taxa de ocupação de camas: o objetivo é de 100%

Indicadores de qualidade do programa:

- A meta da taxa de letalidade (TL) é inferior a 1% (inferior a 5% em determinados contextos abertos). É um indicador da qualidade da gestão de casos.
- Hora do óbito: o objetivo é que não haja óbitos após 4 horas da admissão.
- Duração do internamento hospitalar: o objetivo é 2 dias numa Unidade de Cuidados Críticos (UCC) e 3 dias numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).
- Consumo de solução de Ringer Lactato (RL)/solução de reidratação oral (SRO): o objetivo é de 8 a 10 litros de RL e SRO.



OBRIGADO/A !





Melhorar a qualidade, a cobertura e a resiliência do sistema de saúde de Cabo Delgado.

CONVÉNIO AECID 22-COI-398



GESTÃO DE EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

GESTÃO DE SURTOS DE SARAMPO: PONTOS CRÍTICOS PARA A AÇÃO

Formação para profissionais de saúde
Instituto de Ciências de Saúde de Pemba

Equipo técnico **medicusmundi**

Pemba, 15, 16 e 17 de dezembro de 2025

DESCRIÇÃO DA DOENÇA

O SARAMPO

Infeção viral **aguda e altamente contagiosa**, transmitida pelo ar.

Características: **febre, erupção cutânea e sintomas respiratórios.**

Afeta principalmente **crianças menores de 5 anos.**

Sem tratamento específico.



Imunidade, Complicações e Mortalidade do Sarampo

A imunidade pode ser adquirida contraindo a doença (para toda a vida) ou por vacinação.

Com exceção dos bebês, que são protegidos por anticorpos maternos durante os primeiros meses de vida (a protecção desaparece gradualmente ao fim de 5 a 12 meses), toda a população não vacinada corre o risco (é susceptível) de contrair a doença se infectada.

75% dos casos de sarampo apresentam pelo menos uma complicação.

Durante os surtos que ocorrem nos países em desenvolvimento, a taxa de mortalidade pode variar entre 3 a 15%, podendo ultrapassar os 20% em situações de emergência (populações deslocadas), zonas com elevada prevalência de subnutrição e zonas urbanas pobres.

Entre os factores de risco de morte estão: idade inferior a 3 anos, desnutrição aguda, deficiência de vitamina A, e imunodeficiência (por exemplo HIV)

FACTORES DE RISCO DE UM SURTO DE SARAMPO

É importante identificar claramente os fatores de risco de um surto para priorizar as actividades de prevenção e resposta.

- Elevada taxa de natalidade $\geq 4\%$ ao ano
- Baixa cobertura vacinal ($\leq 80\%$)
- Elevada densidade populacional/aglomerações: populações deslocadas/refugiadas, áreas urbanas pobres, salas de espera de centros de saúde, áreas institucionais, domicílios de casos de sarampo
- Falta de acesso a centros de saúde
- Mais de 4 anos desde o último surto
- Existência de um surto numa área adjacente

PROGRAMAS DE CONTROLO DO SARAMPO (OMS/UNICEF)

As estratégias de "controlo" do sarampo visam reduzir a morbilidade e a mortalidade da doença como primeiro passo de qualquer programa de vacinação.

O controlo é o objectivo das campanhas de vacinação em massa realizadas durante os fluxos populacionais (deslocados internos/refugiados) ou como resposta a um surto. A vacinação contra o sarampo está incluída em todos os programas nacionais de imunização.

Em determinadas situações de risco (malnutrição, infecção por VIH, deslocação da população, etc.), recomenda-se que as crianças sejam vacinadas a partir dos 6 meses de idade e recebam uma segunda dose aos 9 meses de idade.

DEFINIÇÃO DE CASO

CASO SUSPEITO	Qualquer pessoa em que um médico suspeite de infecção por sarampo <i>OU</i> Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ E Erupção maculopapular generalizada (não vesicular) E Um dos seguintes sinais: tosse, coriza ou conjuntivite
CASO PROVÁVEL	Caso suspeito E Contato recente com um caso confirmado em laboratório
CASO CONFIRMADO	Caso suspeito ou provável E Confirmação laboratorial: anticorpos séricos > 3 vezes o normal ou presença de anticorpo IgM (demonstra infecção recente pelo vírus), antígeno viral detectado por imunofluorescência em secreções nasofaríngeas cultura viral positiva

DETECÇÃO DE UMA EPIDEMIA DE SARAMPO

- A eficácia da resposta depende da rapidez com que o surto é identificado.
- Suspeita-se de uma epidemia de sarampo quando o número de casos reportados pela unidade geográfica é superior ao esperado.
- Nos países que realizam o ASI (Alerta de Incidentes Graves), suspeita-se de um surto quando surgem os primeiros casos. A *cobertura vacinal* e o tempo decorrido desde o último ASI são tidos em conta.
- Quando mais de 90% da população está imunizada, atinge-se a “imunidade de grupo”; isso significa que os indivíduos não imunizados são protegidos pelo tamanho do grupo imunizado ao seu redor.
- Quanto maior a cobertura vacinal, menos frequentes serão os surtos. Somente uma cobertura acima de 95% pode prevenir surtos.

DETECÇÃO DE UMA EPIDEMIA DE SARAMPO

Atualização da campanha concluída há menos de 4 anos e cobertura vacinal $\geq 90\%$

Campanha de atualização não realizada
Ou realizada há 4 anos ou mais
Ou cobertura vacinal $< 90\%$

Suspeita de
Epidemia

5 casos suspeitos reportados por uma única unidade geográfica num período de um mês.

Dentro de uma unidade geográfica:

- Número de casos ou incidência semanal superior ao dos anos anteriores (não epidémicos) ou igual ao de um ano epidémico
- Se não existirem dados de anos anteriores: aumento do número de casos nas últimas 3 ou 4 semanas

Epidemia Confirmada

> 2 casos confirmados (IgM+) num período de um mês

DETECÇÃO DE UMA EPIDEMIA DE SARAMPO (CONT.)

Em todos os países o aparecimento de uma epidemia pode ser detectado comparando a taxa de ataque semanal com o período homólogo dos anos anteriores (epidémicos ou não epidémicos).

Em campos de refugiados e outros ambientes fechados (orfanatos, prisões, centros de nutrição, etc.), um único caso de sarampo constitui uma epidemia.

As faixas etárias mais afetadas são identificadas através do cálculo da taxa de ataque específica por idade.

Este indicador é fundamental para definir a população-alvo da campanha de vacinação.

Em investigação de um surto de sarampo, as faixas etárias sugeridas para observação são:

0-5 meses

6-8 meses

9-11 meses

12-59 meses

5-14 anos

15-29 anos

≥30 anos

INDICADORES CHAVE EM UMA EPIDEMIA DE SARAMPO

Taxa de incidência
semanal

$$\text{Taxa de incidência semanal} = \frac{\text{Número de NOVOS casos na população durante um período}}{\text{Número de pessoas EM RISCO na população durante esse período específico}}$$

Taxa de Ataque (AR)

$$\text{Taxa de ataque (AR)} = \frac{\text{Número de novos casos durante um determinado período de tempo (desde o início do surto)}}{\text{População total em risco devido à exposição durante o mesmo período}} \times 100$$

Taxa de Letalidade (TL)

$$\text{Taxa de letalidade (TL)} = \frac{\text{Número de mortes devido a doenças em um período}}{\text{Número de casos da mesma doença durante o mesmo tempo}}$$

- Em populações de campos de refugiados/deslocados com alta prevalência de desnutrição aguda, em áreas urbanas pobres a taxa de letalidade pode ser > 20% e até 30% como complicação da desnutrição.
- O objetivo chave quando há tratamento é manter uma TL < 5% a nível ambulatorio e < 15% a nível hospitalar.

RESPOSTA A UM SURTO DE SARAMPO

I. GESTÃO DO DOENTE:

Os doentes com sarampo recebem o tratamento padrão para baixar a febre e prevenir complicações mais comuns; também recebem tratamento para as complicações encontradas.

Exame clínico.

- Os casos não complicados são tratados em ambulatório.
- Casos complicados são hospitalizados.

Os doentes hospitalizados devem ser isolados de outros doentes.

Durante o período pós-sarampo, as crianças são mais vulneráveis a infeções e desnutrição.

O tratamento profilático **NÃO** é recomendado para contactos próximos.

Em caso de intervenções devido a uma epidemia de sarampo, aplicam-se os princípios gerais de gestão de um surto (cuidados descentralizados, sistema de referencia para casos graves, cuidados gratuitos)

Numa epidemia de sarampo, a proporção de doentes que necessitam de hospitalização varia entre 10% e 20% dos casos, dependendo do contexto.

II. ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO

Potencial de propagação	Nível de resposta	Situação	Vacinação em resposta ao surto
Baixo	Vigilância	Surto não confirmado	<p>Aumentar rapidamente a vacinação de rotina.</p> <p>Identificar grupos de áreas onde a cobertura é baixa e concentrar os esforços nesses locais.</p> <p>Analisar a possibilidade de alargar a vacinação até aos 5 anos de idade.</p> <p>Recuperar a vacinação das crianças não vacinadas.</p>
			<p>Iniciar rapidamente a vacinação até aos 5 anos de idade: campanha de vacinação ou reforço da vacinação de rotina nos centros de saúde e através de equipamentos móveis</p>
Alto	Alerta	Surto confirmado ou não	<p>A extensão da vacinação para além dos 5 anos de idade discutir de acordo com a análise dos dados recolhidos (taxa de ataque, número de casos e cobertura vacinal) e recursos disponíveis.</p> <p>Reduzir o risco de propagação</p>
			<p>Iniciar uma vacinação em massa não seletiva o mais rapidamente possível.</p> <p>Analise as faixas etárias a vacinar de acordo com uma análise dos dados recolhidos (taxa de ataque, número de casos e cobertura vacinal) e dos recursos disponíveis.</p>
Muito alto	Resposta rápida	Epidemia confirmada de acordo com uma definição predefinida	<p>A vacinação é recomendada no foco da epidemia. Mesmo que o surto seja identificado tardiamente, nunca é tarde para agir.</p> <p>Controle o surto.</p>



III. CAMPANHAS DE VACINAÇÃO MASSIVA



O objetivo da campanha é limitar o número de casos e de mortes e conter o surto vacinando 90% da população-alvo.



População-alvo

Unidades de internamento pediátrico, centros de nutrição, escolas, orfanatos, etc.

Áreas densamente povoadas: cidades, bairros pobres, campos de refugiados, população deslocada

Áreas com as maiores taxas de ataque, tendo em conta o formato da curva epidémica

Áreas com baixa cobertura vacinal.



Outras atividades concomitantes possíveis:

Distribuição de vitamina A: distribuída em TODAS as campanhas de vacinação em massa contra o sarampo, exceto nos casos de administração recente.

Outras vacinações: é possível, mas deve ser justificada.

Outras intervenções: Desparasitação, distribuição de redes mosquiteiras impregnadas com insecticida em zonas endémicas de malária.



OBRIGADO/A !

