***Formação Baseada em Cenários  
“Morte inexplicada de crianças na Província de Karan, Salam”***

**Guia do Facilitador C1.1**

Pacote de Formação de Equipas de Resposta Rápida – V003 - Abril 2018

Índice

[1. Introdução à formação baseada em cenários 3](#_Toc12866672)

[1.1 Objectivos da formação 3](#_Toc12866673)

[1.2 Funções-chave da facilitação 4](#_Toc12866674)

[1.3 Recursos necessários para a facilitação do exercício de competências 5](#_Toc12866675)

[Recursos para os facilitadores: 5](#_Toc12866676)

[Recursos para os participantes: 5](#_Toc12866677)

[1.4 Cenário 5](#_Toc12866678)

[1.5 Principais eventos e cronograma do cenário 7](#_Toc12866679)

[1.6 Estrutura do Guia de Facilitação para cada sessão 9](#_Toc12866680)

[1.7 Organização do Grupo de Trabalho 9](#_Toc12866681)

[1.8 Interacção com as ERR durante a formação baseada em cenários 9](#_Toc12866682)

[2. Cenário e guia passo-a-passo 10](#_Toc12866683)

[2.1 Contexto nacional 10](#_Toc12866684)

[2.2 Orientações passo-a-passo 15](#_Toc12866685)

[Bem-vindo a Salam – Introdução ao contexto do país 15](#_Toc12866686)

[C1 ERR activada 16](#_Toc12866687)

[C2 Uso deliberado de agentes biológicos para envenenar a água potável – contaminação química da água potável (1h) 22](#_Toc12866688)

[C3 No Hospital Geral de Karan: entrevista com a equipa médica 25](#_Toc12866689)

[C4 No Hospital Geral de Karan: entrevista com o doente/colheita de amostras 31](#_Toc12866690)

[C5 Comunicação e envolvimento da comunidade 34](#_Toc12866691)

[C6 Busca activa de casos e localização de contactos 39](#_Toc12866692)

[C7 Relatório da Investigação 44](#_Toc12866693)

[Conclusão 48](#_Toc12866694)

## 1. Introdução à formação baseada em cenários

## 1.1 Objectivos da formação

A formação baseada em cenários usa um sistema de cenário evolutivo e uma série de orientações específicas, para que as Equipas Interdisciplinares de Resposta Rápida (ERR) e seus membros possam praticar e demonstrar os conhecimentos e competências necessárias para detectar rapidamente e responder de forma eficaz a qualquer problema de saúde pública.

O cenário ilustra a detecção de vários potenciais perigos, nomeadamente químicos e ambientais, além de surtos de doenças transmissíveis, num país imaginário (Salam). Toda a informação utilizada é fictícia e foi criada especialmente para fins de aprendizagem.

Esta exercício baseado em cenários compõe o bloco de aprendizagem C do pacote de formação de Equipas de Resposta Rápida (ERR). O exercício deve ser realizado após os participantes/ERR terem adquirido os conhecimentos e as competências necessárias nas várias áreas que constituem a componente didáctica da formação das ERR (blocos A e B):

**Bloco de aprendizagem A – as ERR em contexto**

Este bloco de aprendizagem prepara as ERR para o seu destacamento para o terreno, proporcionando-lhes uma melhor compreensão sobre os mecanismos de coordenação das emergências nacionais e internacionais, a composição de uma ERR e as responsabilidades de cada membro e partes interessadas no terreno, bem como o papel das ERR como Equipa Mundial para as Emergências Sanitárias.

**Bloco de aprendizagem B – Módulos técnicos**

Este bloco de aprendizagem concentra-se no reforço dos conhecimentos e competências dos participantes nos seguintes módulos técnicos: epidemiologia e vigilância, incluindo busca activa de casos e respectiva monitorização, gestão de dados, investigação de surtos, avaliação rápida de riscos, prevenção e controlo de infecções, acondicionamento e transporte de amostras laboratoriais, mobilização social e envolvimento comunitário, comunicação dos riscos e primeiros socorros psicossociais.

As componentes didáctica e de prática de competências do pacote de formação das ERR permitem que estas possam adquirir e demonstrar os conhecimentos e as competências necessárias para detectar precocemente e responder de forma oportuna a possíveis perigos, mais especificamente, para:

* Trabalhar como uma equipa interdisciplinar funcional, quando solicitada pela autoridade de saúde pública relevante.
* Realizar avaliações rápidas dos riscos colocados pelos perigos naturais e humanos, para detectar eventos e tomar as medidas de controlo necessárias, bem como para identificar mudanças nas necessidades da resposta.
* Melhorar as actividades de vigilância e fazer a gestão adequada dos dados da vigilância, no contexto de emergências de saúde pública.
* Realizar investigações epidemiológicas de casos suspeitos de doenças transmissíveis, para confirmar ou desmentir a possibilidade de eclosão do surto.
* Aplicar medidas apropriadas de prevenção e controlo.
* Realizar a colheita segura de amostras apropriadas de casos suspeitos de doença não diagnosticada.
* Fazer busca activa de casos e actividades de localização de contactos, para controlar de forma eficaz um possível surto de doença transmissível.
* Envolver e comunicar com as comunidades no contexto de emergências de saúde pública.

*Nota: Realizar este exercício sobre competências com base em cenários, conforme descrito neste guia, requer tempo (2 dias e meio a 3 dias), bem como recursos substanciais - recursos humanos, equipamentos, logística e recursos financeiros. No entanto, se os recursos forem limitados, o cenário também pode ser usado para se fazer um exercício teórico.*

## 1.2 Funções-chave da facilitação

Praticar este exercício baseado num cenário requer a existência de um gestor do exercício e membros da equipa de facilitação com funções específicas (principalmente facilitadores e avaliadores da equipa), bem como outros que sejam capazes de desempenhar papéis específicos com base num guião incluído no cenário. As funções-chave e responsabilidades podem ser definidas da seguinte forma:

**O controlador do exercício** é responsável por orientar a equipa de facilitação e os participantes durante todo o exercício, incluindo:

* Apresentação de objectivos e cronograma do exercício baseado num cenário.
* Garantir que todos os aspectos logísticos sejam definidos antes do início do exercício, e reconfirmá-los antes de cada sessão (organização da sala, equipamentos, fotocópias).
* Garantir que os papéis a serem desempenhados durante o exercício de simulação tenham sido atribuídos aos membros da equipa de facilitação e que estes, por sua vez, tenham uma cópia do seu guião.
* Dar instruções claras no início de cada sessão, bem como esclarecer os resultados esperados das ERR.
* Responder a quaisquer perguntas adicionais sobre informações que eventualmente não estejam no cenário.
* Facilitar/coordenar o balanço após cada sessão.

**Um facilitador de equipa** será designado para cada ERR, o qual fará o devido acompanhamento da equipa durante todo o curso. Durante os exercícios baseados em cenários, o facilitador pode responder a perguntas e dar esclarecimentos ou orientações, seja mediante pedido dos participantes, seja com base nas observações.

O facilitador da equipa dará orientação mínima durante o debate de ideias, ou seja, garantirá que o debate decorra sem sobressaltos, mas sem interferir muito na forma de pensar dos participantes. O facilitador deve também garantir que os participantes apresentem os resultados esperados e apontem os problemas ou *feedback* relacionados com o trabalho da equipa, tais como as dificuldades técnicas, entre outros. Descrições mais específicas do papel dos facilitadores poderão ser fornecidas em cada sessão, conforme necessário.

Em cada sessão, as ERR serão chamadas a realizar várias tarefas e demonstrar competências específicas. Serádesignado um **avaliador da equipa** para cada ERR (que acompanhará a equipa durante todo o processo) para avaliar o nível de realização dessas actividades ou das competências demonstradas. As listas de verificação da avaliação serão fornecidas aos avaliadores da equipa em cada sessão do exercício de competências . A escala de avaliação varia de “0” (= sem competências demonstradas) a “2” (= competências totalmente demonstradas), e o “1” como uma classificação intermédia (= competências parcialmente demonstradas). Caso uma actividade particular ou competência específica não tenha sido observada, o avaliador deve indicar “não observado” no espaço reservado a comentários. No final de cada sessão, o avaliador deverá reservar 5 minutos para discutir com a ERR os pontos fortes e fracos do desempenho da equipa.

**Actores da dramatização** são membros da equipa de facilitação que foram chamados para desempenhar diferentes “papéis” com base num guião durante o exercício baseado num cenário. Espera-se que os actores usem as informações fornecidas nos guiões para responder às perguntas dos participantes. Não se espera deles que inventem novas informações/desenvolvimentos para o cenário. Os membros que tiverem desempenhado um papel podem ser solicitados a fazer observações durante as sessões de balanço em plenário.

## 1.3 Recursos necessários para a facilitação do exercício de competências

### Recursos para os facilitadores:

* **C1.0 Apresentação para a equipa de facilitação:** uma apresentação em *PowerPoint* a ser usada durante a fase preparatória, na qual o exercício de competências é apresentado à equipa de facilitadores.
* **C1.1 Guia do facilitador (este documento):** um guia passo-a-passo sobre a facilitação do exercício.
* **C1.2 Cronograma das actividades detalhado:** um ficheiro em Excel que faz a distribuição do tempo da facilitação de cada sessão, incluindo tarefas específicas simultâneas ou dramatizações e a rotação de equipas.
* **C1.3: Lista de verificação de avaliação:** um ficheiro em Excel incluindo 8 folhas de cálculo (1 por sessão), com uma lista de resultados e conhecimentos esperados, competências e comportamentos para cada sessão, bem como instruções sobre o modo de atribuir pontuação às equipas.
* **C1.4 Balanço:** uma apresentação em *PowerPoint* para se fazer um balanço em plenário, no final de cada sessão, o que inclui revelar as respostas apropriadas e apresentar os resultados esperados.
* **C1.5 Contexto do país:** uma apresentação animada em *PowerPoint* a ser usada para o “lançamento” do exercício em plenário, resumindo os principais aspectos do contexto do país imaginário, “Salam”.

### Recursos para os participantes:

* **C2.1 Guia do participante:** um guia que inclui informações e instruções a fornecer aos participantes, bem como documentos de referência e resultados esperados em cada sessão.
* **C2.2 Guia do participante – Anexos:** um documento que inclui todos os formulários, listas de verificação, faxes, etc. a serem impressos (uma face) e distribuídos aos participantes em cada sessão.
* **C2.3 Listagem tabelada:** um ficheiro em Excel a fornecer aos participantes antes do início da última sessão (C8) sobre relatórios da investigação.

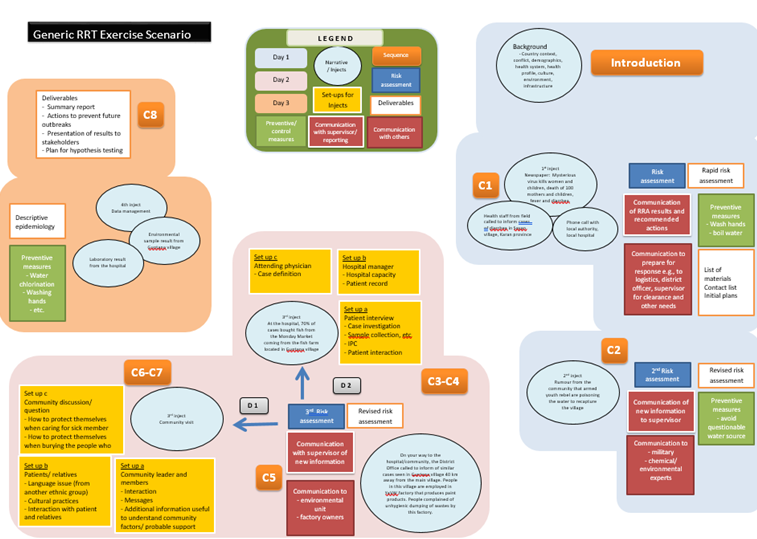
## 1.4 Cenário

A formação baseada em cenários é estruturada em 8 sessões, cobrindo as principais funções da Equipa de Resposta Rápida (ERR). Cada sessão permite que os participantes coloquem em prática o que aprenderam nas sessões da componente didáctica (blocos A e B), conforme indicado na tabela abaixo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número da sessão | Título da sessão | Resumo da sessão  (exercício de competências baseado em cenários) | Módulos relacionados (componente didáctica) |
| C1 | Activação da ERR | A informação é dada através dos meios de comunicação (jornal nacional) sobre a morte de mais de 100 pessoas por diarreia aguda, incluindo mulheres e crianças. A maior parte dos casos foi notificada em Syan, uma pequena aldeia localizada na província de Karan, no norte de Salam.  A situação é problemática, já que algumas zonas na província de Karan estão sob o controlo dos rebeldes Thulib, o que pode dificultar qualquer investigação e os esforços de resposta. A informação obtida das autoridades da saúde é contraditória. O Director do Hospital Geral de Karan negou as alegações, notificando apenas dois casos de intoxicação alimentar. O médico-chefe do centro de saúde primário de Syan, no entanto, confirmou ter notificado casos graves de diarreia.  O Dr. Zaher, Director de Incidentes (DI) do Centro de Operações de Emergência - COP (ou Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis a nível central (CDDT a nível central) decide mobilizar/destacar uma ERR nacional para iniciar uma investigação sobre essas mortes inexplicáveis e tomar medidas iniciais de controlo. | A2 Equipas de Resposta Rápida: funcionamento e coordenação  B2 Vigilância epidemiológica  A3 Destacamento e aspectos logísticos  B6 Prevenção e Controlo de Infecções |
| C2 | ARR: uso deliberado de agente biológico - contaminação química da água potável | Um alerta é recebido através de canais informais de comunicação sobre rumores que se espalham na comunidade:  1º Rumor: os Thulib estão a envenenar a água para recapturar a aldeia e ocupar a província de Karan.  2º Rumor: casos semelhantes foram testemunhados na aldeia de Guntana, a 40 km da vila sede (Syan). As pessoas nesta aldeia reclamaram da descarga de resíduos no rio Bughaw por uma fábrica de metal (o rio Bughaw é a principal fonte de água no distrito de Karan).  Espera-se que a ERR avalie o risco de um surto deliberado (ataque de bioterrorismo) e o risco de contaminação química da água potável, através da realização de uma avaliação de risco rápida. A ERR deve também considerar a implementação de medidas apropriadas de prevenção e controlo, se aplicável. | B5 Avaliação Rápida de Riscos  A4 Resultados da ERR  B9 Comunicações do risco de emergência |
| C3 | Entrevista com a equipa médica do Hospital Geral de Karan | A ERR visita o hospital, onde se reúne com o Director do mesmo e a equipa médica relevante para obter informações sobre os casos.  Ao mesmo tempo, a ERR pergunta sobre a capacidade do hospital de acomodar mais doentes, caso o surto venha a criar mais vítimas. | B2 Vigilância epidemiológica  B3 Gestão de dados  B5 Avaliação Rápida do Risco  B6 Prevenção e Controlo de Infecções |
| C4 | Entrevista com um doente e colheita de amostras no Hospital Geral de Karan | A ERR entrevista também um doente, identifica a potencial exposição, pergunta sobre os contactos e colhe amostras apropriadas para testes e análises.  Outro aspecto a considerar é como uma ERR interage com os doentes (tendo em conta a condição do doente, cultura, língua, etc.). | B6 Prevenção e Controlo de Infecções  B7 Gestão de amostras laboratoriais  B10 Primeiros socorros psicológicos para as ERR |
| C5 | Comunicação e envolvimento comunitário | Tem havido pouca informação partilhada com as comunidades afectadas, já que nem os líderes comunitários, nem os funcionários, têm informações suficientes para partilhar. Os rumores começaram a espalhar-se e a ERR deve abordar essas preocupações para ganhar a confiança da comunidade.  A ERR prepara-se para o envolvimento com a comunidade. Ela ouve os membros da comunidade, identifica informadores-chave e/ou influenciadores, bem como as preocupações da comunidade, e elabora mensagens com base em conhecimentos técnicos e nas suas informações sobre a comunidade.  A ERR deve também observar a melhor forma disponível para partilhar informações com base nas infraestruturas e nas principais características da comunidade, observando pequenas diferenças entre os membros da comunidade (por exemplo, decisores, membros da comunidade em geral, prestadores de cuidados de saúde, incluindo médicos tradicionais alternativos).  Essas mensagens devem informar indivíduos, famílias e comunidades, em termos claros e práticos, sobre as formas pelas quais podem minimizar o risco de contrair a doença e apoiar as famílias e membros da comunidade com segurança e humanidade. | Mobilização social e envolvimento da comunidade B8  Comunicação dos riscos das emergências B9 |
| C6 | Busca activa de casos e localização de contactos | A ERR iniciará a busca activa de casos e a localização dos contactos; durante esse processo, deverá enfrentar várias situações desafiadoras. | B6 Medidas de prevenção e controlo no contexto do surto  B10 Primeiros socorros psicológicos para as ERR  B11 Localização de contactos |
| C7 | Relatório de investigação | O Dr. Zaher, DI do COE, solicita que a ERR apresente um relatório resumido abrangente com as suas constatações, conclusões e recomendações.  A ERR apresentará o seu relatório de investigação ao Dr. Zaher durante uma breve reunião. | A4 Resultados da ERR  B3 Gestão de dados |

## 1.5 Principais eventos e cronograma do cenário

Um mapa dá uma visão geral do exercício (ver Figura 1 abaixo).



## 1.6 Estrutura do Guia de Facilitação para cada sessão

Além de informações detalhadas sobre o contexto do país, a equipa de facilitação encontrará neste guia as informações e orientações necessárias para praticar e analisar cada sessão de formação baseada em cenários. Cada sessão inclui as seguintes subsecções:

1. **Visão geral da sessão:** uma tabela com uma breve descrição das várias fases da sessão, com o cronograma, uma indicação das acções em curso e informações a fornecer, equipamentos, logística e recursos humanos necessários.
2. **Guia de facilitação passo-a-passo:** instruções detalhadas sobre como facilitar a sessão, incluindo o texto completo das informações e instruções a dar aos participantes, bem como os resultados esperados.
3. **Notas para o facilitador orientar a sessão:** esclarecimentos e ideias úteis para auxiliar a facilitação.
4. **Notas para o facilitador usar nos balançosem plenário:** conteúdo técnico detalhado (ou uma referência para localizar este conteúdo nos blocos de aprendizagem A e B) para responder às perguntas nesta sessão. Uma apresentação em *PowerPoint*, incluindo conteúdo técnico detalhado respondendo às questões a colocar durante cada sessão, é fornecida separadamente (PPT C1.4 Balanço).

## 1.7 Organização do Grupo de Trabalho

* Os participantes vão trabalhar em grupos de 6/8 elementos (1 grupo = 1 ERR).
* Cada grupo (ex.: grupo de ERR) pode designar um chefe do grupo, um porta-voz e um cronometrista.
* Os facilitadores darão um mínimo de orientações aos grupos.

## 1.8 Interacção com as ERR durante a formação baseada em cenários

Nesta formação sugere-se que a equipa organizadora use vários meios/tecnologias de comunicação para comunicar com as ERR, como se faz numa situação real (*e-mail*, chamadas telefónicas, SMS, Skype, Dropbox, fax, etc.).

É disponibilizado neste pacote de formação uma grelha que inclui os nomes e funções dos actores-chave do cenário, endereços de correio electrónico e/ou números de telefone. Encoraja-se os organizadores da formação a criarem contas de *e-mail* para os actores-chave do cenário, bem como para cada ERR, e preencherem esta grelha, que será partilhada com a equipa de facilitação (cada ERR deve receber apenas o seu endereço de *e-mail* e senha).

É fundamental que os membros da equipa de facilitação que desempenham os papéis de actores-chave do cenário façam a gestão das caixas de entrada dos seus *e-mails* e acusem oportunamente a recepção de mensagens/relatórios enviados pelas ERR.

## 2. Cenário e guia passo-a-passo

## 

## 2.1 Contexto nacional

|  |  |
| --- | --- |
| **Área** | **630,278 Km²** |
| **População** | **30,5 Milhões** |
| **Capital** | **Cidade de Mando** |
| **População** | **Agawid (72%), Thowar (22%), Descendentes Britânicos, grupos tribais e outros (6%)** |
| **Língua** | **Árabe, Inglês, Thowari e 102 línguas locais em cada tribo** |
| **Religião** | **Islamismo (65%), Cristianismo (20%), outras (15%)** |
| **Moeda** | **1 USD= 500 libras Salam** |
| **Clima** | **Tropical, com 2 épocas chuvosas (Maio -Junho, Agosto – Setembro)** |

**Salam** tem uma longa faixa costeira. Faz fronteira com o Monogo ao leste, Barry a oeste, Bamboka a norte e Oceano Bay a sul. O país situa-se entre a latitude: 6 graus, 30 minutos a norte e longitude: 0 grau, 20 minutos a leste. O litoral tem 539 kms de extensão, com uma área total de 238.540 km² e uma área de terra firme de 230.020 km². Salam possui vários recursos hídricos, incluindo rios. Os dois principais rios são Puti e Bughaw.

A cidade capital de Salam é Mando, que possui a maior densidade populacional do país. O aeroporto internacional está localizado na parte periurbana da cidade. A segunda maior cidade é Tomogo, localizada ao longo da faixa costeira. Salam conquistou a sua independência dos britânicos em 1948.



Figura 1: Mapa de Salam

**Clima**

Salam tem um clima tropical. A zona do litoral é quente e moderadamente seca. A zona noroeste tem um clima quente e húmido, enquanto o clima da parte leste é quente e seco. Em Salam, há duas estações chuvosas distintas: Maio a Junho e Agosto a Setembro. No norte, as estações chuvosas tendem a coincidir. Em Janeiro e Fevereiro registam-se ventos secos no nordeste. Há uma precipitação anual na região costeira com uma média de 83 centímetros.

A estação chuvosa impõe grandes desafios para a maioria da população. As chuvas fortes podem criar apagões, deixando várias zonas do país às escuras, devido a cortes de energia. As aldeias e pequenas cidades podem ficar totalmente isoladas e inacessíveis, pois a rede viária e de transportes pode ficar afectada. Nos últimos 10 anos, foram reportadas em Salam inundações danosas associadas a eventos fortes de chuvas intensas.

Além disso, os ciclones tropicais representam uma ameaça grave para as comunidades e indústrias de Salam. O litoral de Salam fica perto do equador, uma região onde, normalmente, se formam ciclones.

Em 2011, numa noite, registou-se a ocorrência de chuvas intensas nas bacias do rio Puti, no sul da Província, provocando inundações repentinas na zona ribeirinha. A subida imediata dos caudais dos rios Rio danificou infraestruturas, como foi o caso da ponte ferroviária localizada ao longo do rio Bughaw, provocando o descarrilamento de um comboio de carga de 20 vagões, enquanto atravessava a ponte. O comboio transportava 1.500 toneladas de concentrado de cobre quando descarrilou e cerca de 1.200 toneladas da substância foram derramadas no rio Bughaw.

Apesar da forte chuva, algumas regiões do país são propensas a secas recorrentes que afectam gravemente a agricultura. Além disso, a desflorestação e a erosão do solo afectam profundamente a terra, a água e a população de Salam.

**População**

Salam tem uma população estimada em 30.500.420 (Censo Populacional e Habitação de 2010) e uma densidade populacional média de 102 por km² (variando de 1.205 por km² na região central a 35 por km² nas regiões fronteiriças). A proporção de homens para mulheres é de 1,2. Estima-se que 75% de Salamis têm menos de 25 anos e apenas 3% têm mais de 65 anos, tornando-se num dos países com uma pirâmide maioritariamente constituída por jovens.

A população de Salam é composta por Agawid (72%), Thowar (22%) e descendência britânica e outros grupos tribais (6%). O povo **Agawid** é o maior e mais poderoso grupo étnico em Salam. Controla efectivamente o governo de Salam, o exército nacional, bem como o sector económico e industrial.

O povo **Thowar** chegou a Salam como migrante por volta do século XVI, uma migração motivada pela guerra tribal envolvendo as grandes tribos da região. Durante esse período, o tráfico de escravos era mais proeminente em Salam. Os **Thowar** eram contra a escravatura dos s membros da sua tribo, razão pela qual cometeram vários suicídios, para não terem de enfrentar a crueldade da escravatura. Os restantes 6% da população de Salam estão divididos em mais de cem grupos étnico-linguísticos, alguns com o seu próprio sistema judicial e político.

Nos últimos dez anos, registou-se o ressurgimento do conflito étnico, particularmente na província de Karan, no nordeste do país, povoada principalmente pela etnia Thowar. Os libertadores do povo Thowar, conhecidos como movimento armado de libertação de Thowar (Thulib), vêm ganhando apoio popular do descontente povo de Thowar. O povo Thulib tem lutado por um estado independente. A maioria dos homens jovens ingressou nesse movimento armado como forma de fugir do conflito. Do ano passado a esta parte, mais de 50.000 pessoas foram deslocadas internamente e 37.000 refugiaram-se nos países vizinhos.

**Economia**

A economia de Salam é dominada pelo sector agrícola, que inclui 55,8% da força de trabalho adulta. A economia assenta também num sector industrial e de mineração intensivo de pequena escala e num crescente sector informal (pequenos comerciantes e artesãos, técnicos e empresários). A descoberta de petróleo ao largo da costa de Salam, em 2007, levou a um interesse comercial internacional significativo em Salam. Espera-se que o petróleo venha a representar 6% da receita em 2011.

Apesar de alguns progressos, a segurança e a incerteza política continuam a ser um grande desafio. O estado de direito continua frágil e desigual. A incapacidade de prestação de serviços básicos de forma fiável, muitas vezes exacerbada pela corrupção sistemática, desgastou gravemente a confiança no governo.

**Cultura, crenças e práticas**

A população de Salam tem uma estrutura familiar extensa. É normal um agregado familiar ser composto por 30 a 40 membros. As tomadas de decisão sobre importantes questões familiares é assunto dos idosos do sexo masculino (avô, filho mais velho), enquanto o cuidado e as decisões domésticas do dia-a-dia são da responsabilidade da mãe/avó. No caso de um membro da família adoecer, uma das mulheres mais próximas será designada para cuidar dele (mãe para filhos e marido, irmã ou mãe para membros da família de sexo feminino).

No geral, a taxa de alfabetização ronda os 46% (58% para homens e 36% para mulheres). Em geral, o nível de alfabetização da população aumentou desde a independência. Em meados da década de 1950, havia menos de 150.000 crianças matriculadas no ensino primário, em comparação com os mais de 2 milhões actualmente inscritos. No entanto, a zona norte ainda tem menos escolas em comparação com o sul do país. A maioria das escolas do sul foi construída durante o período colonial e ainda estão sob tutela do governo. As raparigas, geralmente, têm menos oportunidades de acesso à educação do que os rapazes, pois as famílias muitas vezes consideram mais valioso as filhas aprenderem e adquirirem competências domésticas e trabalhar em casa.

A comida é algo importante nas interacções sociais. Durante as visitas, geralmente serve-se chá, café ou refrigerante, ou mesmo uma refeição completa. É hábito cultural comer no mesmo prato (tigela), com a mão direita, ao invés de usar talheres como colheres ou garfos. Comer em conjunto é uma norma cultural, mesmo quando alguém está doente. As pessoas sentam-se em pequenas almofadas à volta duma mesinha baixa. Antes da refeição, toalhas e uma jarra de água são passadas para lavar as mãos.

Na tradição de Salam, a morte é seguida por vários dias de luto onde amigos, familiares e vizinhos prestam solidariedade à família enlutada. O povo salami atribui uma consideração muito importante ao enterro dos mortos (“NÃO se trata de um corpo morto, mas sim o corpo de uma pessoa que morreu”). Preparar o falecido é um momento de mostrar respeito e condolências e é feito pelos familiares próximos, na presença dos membros influentes da comunidade.

**Saúde**

A esperança de vida em Salam é estimada em 66 anos para homens e 77 para mulheres. A missão do Ministério da Saúde é contribuir para o desenvolvimento socioeconómico, promovendo a saúde e a longevidade, garantindo à população o acesso aos serviços de saúde e nutrição de qualidade para todas as pessoas que vivem em Salam, fomentando em simultâneo o desenvolvimento da indústria local de saúde. A sua missão é transpor a atenção dispensada à saúde para além dos limites do atendimento clínico, alargando-a a outros determinantes socioeconómicos da saúde.

O bem-estar do povo Salami é muito afectado pelas más condições ambientais em que vive, trabalha ou estuda. Uma ameaça grave à saúde pública é a má qualidade do ar, da água e do solo causada pela eliminação inadequada dos resíduos, a emissão de gases perigosos pelas indústrias e viaturas e a fumaça provocada pela queima de resíduos e de incêndios florestais.

A infraestrutura de Salam para a gestão de resíduos sólidos não acompanhou o crescimento demográfico. Apenas um terço dos resíduos produzidos nos centros urbanos é recolhido e o restante polui o meio ambiente. O acesso à água potável é também um problema. Menos de metade da população de Salam tem acesso a água potável. O resto da população tem acesso a água de riachos e rios, que é frequentemente contaminada com substâncias orgânicas e inorgânicas. A situação é mais crítica em comunidades localizadas ao redor das áreas de mineração, nas quais substâncias como o cianeto entram no rio e poluem as águas. Portanto, devido ao estilo de vida pobre e a factores ambientais, as taxas de morbilidade e mortalidade são altas.

À semelhança de outros países em desenvolvimento, Salam vive uma transição epidemiológica caracterizada por altos índices de doenças infecciosas (transmissíveis), aumento da incidência de doenças não transmissíveis, redução lenta mas gradual da mortalidade infantil e aumento do envelhecimento da população. Embora a malária seja responsável por, aproximadamente, 30-40% das consultas externas e, aproximadamente, 20% das mortes, Salam é susceptível a doenças epidémicas e isso continua a constituir um problema para a saúde pública. Surtos frequentes de cólera, meningite cerebrospinal e febre amarela estão, todos os anos, entre as principais causas de morte e deficiência física. Outras doenças emergentes em risco de epidemia, que causam grave insegurança à saúde, incluem SARS (2003), Gripe Aviária (2005-2006), Pandemia H1N1 2009 (2009-2010), Febre do Vale do Rift (2012), bem como a recente Doença do Vírus do Ébola (2015).

Existem muitos desafios para o sistema de saúde em Salam. Existem sérios desafios de liderança e governação que incluem fraca liderança e gestão da saúde pública, legislação e fiscalização inadequadas do sector, participação limitada da comunidade na planificação, gestão e monitorização dos serviços de saúde, fraca acção intersectorial, desigualdades horizontais e verticais na saúde, ineficiência na alocação e uso de recursos e sistemas nacionais frágeis de informação e pesquisa em saúde.

Além disso, há uma extrema escassez de profissionais da saúde. Esta questão foi exacerbada pelas desigualdades na distribuição da força de trabalho e pela fuga de cérebros. Assim, a provisão de intervenções eficazes da saúde pública para pessoas necessitadas está comprometida, particularmente nas zonas rurais remotas. A capacidade de acesso a cuidados médicos de qualidade é bastante reduzida para a maioria da população em Salam. O custo é outro factor agravante que contribui para a questão do acesso à saúde. Estima-se que mais de 70% das pessoas em Salam dependem da medicina tradicional para o tratamento de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Os ervanários precisam de se registar no Conselho Nacional de Líderes e Anciãos de Salam para praticarem e abrirem um consultório, embora muitos desenvolvem as suas actividades sem que estejam registados.

**Organograma do Ministério de Saúde de Salam**



**Dept. de Activismo Comunitário**

**Dept. de Planeamento Familiar**

**Dept. de Vigilância**

**Dept. de Controlo dos Vectores**

**Equipa de Resposta Rápida**

**Centro de Doenças Transmissíveis**

**Informática da saúde**

**CUIDADOS MÉDICOS E SERV. DE ASS.MÉDICA**

**Sector Terapêutico**

**Dept Farmacêutico**

Dept de Prevenção de doenças

**Dept de Formação e Pesquisa**

Ministro da Saúde

**Dept de cuidados primários**

**Dept. Jurídico**

**Dept. de Medicina Familiar**

**Prog. Alargado de Vacinação (PAV)**

**Controlo e Prevenção. de doenças**

**Dept. de Saúde Ambiental**

**Dept. de Doenças Endémicas**

**Org. Seguro de Saúde**

## 2.2 Orientações passo-a-passo

|  |
| --- |
| Bem-vindo a Salam – Introdução ao contexto do país **(15’)** |

**A. Visão geral da sessão**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Passo** | **Duração** | **Acções/Cenários** | **Necessidades em logística** | **Necessidades em RH**  **(dramatização)** |
| **1** | **15’** | - Apresentar aos participantes o contexto do país, dar-lhes tempo para lerem (de preferência, na noite anterior ao início do seminário de formação)  Início da formação:  - Apresentar o cenário e explicar que os participantes trabalharão em grupos como se fossem uma ERR  - Mostrar a apresentação em *PowerPoint* C1.0 sobre o contexto do país | - *PowerPoint* C1.0 sobre o contexto do país  - Computador portátil, projector, ecrã, sistema de som  - Guia do participante C2.1 (apenas contexto nacional) |  |

|  |
| --- |
| C1 ERR activada **(1h30-2h)** |

**A. Visão geral da sessão**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Passo** | **Duração** | **Acções/ Cenários** | **Necessidades em logística** | **Necessidades em RH**  **(Dramatização)** |
| **1** | **15’** | Distribuir aos participantes instruções/resultados/referências da sessão C1. | - C1. Instruções/resultados e anexos correspondentes da sessão |  |
| **2** | **10’** | **Cenário 1.** Chamada telefónica do Director do Hospital para a ERR: “a notícia do jornal” está errada. | - Telemóveis  - Notas do cenário 1 | - Director do Hospital |
| **3** | **10’** | **Cenário 2.** Chamada telefónica do Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis da Província de Karan (CDDT ao nível da província): o conflito pode impedir os esforços de investigação ou torná-los mais difíceis. | - Telemóveis  - Notas do cenário 2 | CDDT da Província de Karan |
| **4** | **10’** | **Cenário 3.** Chamada telefónica do Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis da Província de Karan (CDDT ao nível da província): notícias da unidade sanitária de Syan | - Telemóveis  - Notas do cenário 3 | CDDT da Província de Karan |
| **5** | **30-60’** | Trabalho em grupo |  |  |
| **6** | **15’** | Cenário 4. Dramatização: reunião com o DI para dar esclarecimentos pré-destacamento | Apresentação do grupo | Dr. Zaher, DI do COE |

**B. Guia de facilitação passo-a-passo**

***1. Informação a fornecer aos participantes***

(A tabela contém a notícia emitida pelo jornal)

|  |
| --- |
| **Título: Vírus Misterioso Mata Crianças**  **Salam Times, quinta-feira, 22 de Julho de 2016, última edição**  As autoridades governamentais declararam a morte de mais de 100 pessoas na província de Karan, no norte de Salam. As mortes registadas foram causadas por um vírus misterioso. Diarreia aguda e vómitos são os principais sintomas dessa estranha epidemia. As autoridades de Salam afirmaram que houve cerca de 65 mortes, principalmente crianças e mulheres, reportadas numa aldeia chamada Syan. As outras mortes foram registadas nas aldeias vizinhas.  Uma fonte médica independente (que pediu anonimato) confirmou que o vírus começou a espalhar-se para outras regiões, ameaçando, principalmente, a vida de crianças e jovens. “Prevejo testemunhar, brevemente, casos semelhantes provocados por este estranho vírus na cidade de Mando, a capital de Salam”, acrescentou a fonte. |

***2. Instruções para os participantes, resultados e referências da sessão***

***Instruções***

O seu grupo constitui a ERR nacional de Salam. Como resposta aos rumores espalhados pela comunicação social, o Dr. Zaher, Director de Incidentes do Centro de Operações de Emergência - COE (ou o Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis ao nível central), activou a ERR para investigar, confirmar ou descartar os rumores e tomar as primeiras medidas de controlo e prevenção, conforme necessário. O Dr. Zaher convocou uma reunião esta tarde para um *briefing* pré-destacamento. A sua ERR deve reunir todos os dados e informações possíveis sobre a situação. A equipa deve preparar um Plano de Acção (PA) e esse PA deve ser actualizado à medida que o cenário avança, com base nas novas informações recebidas.

A equipa deve apresentar diariamente ao Dr. Zaher um relatório de situação (SITREP) contendo as últimas informações.

*O que é que o grupo deve fazer?*

Debater em equipa e decidir sobre as primeiras acções a empreender. Pode começar com a atribuição de tarefas (conforme necessário para uma ERR neste contexto específico) e definindo-as. Os resultados esperados abaixo irão orientá-lo nos seus próximos passos.

***Resultados (a apresentar pela equipa no final da sessão)***

* Composição da equipa definida, incluindo o papel/tarefas de cada membro.
* Temas a debater/informações a recolher no *briefing* pré-destacamento.
* Plano de Acção básico (PA) desenvolvido.
* Lista de verificação logística para o destacamento da ERR.
* *SITREP* para o Director de Incidentes do Centro de Operações de Emergência (COE) sobre os passos subsequentes, usando o modelo SITREP (Anexo 1 abaixo).

***Referências***

* Passos no terreno para a gestão da diarreia aguda. OMS <http://www.who.int/topics/cholera/publications/en/first_steps.pdf>
* Surto de doenças transmitidas por alimentos, Directriz para investigação e controlo. OMS <http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/outbreak_guidelines.pdf>
* Tarefas e Responsabilidades da Equipa de Investigação de Surtos. Manual de Surto de Doenças Transmissíveis. New Jersey’s Public Health Response

<http://njlmn2.rutgers.edu/sites/default/files/Appendix_F1_Outbreak_Investigation_Team.pdf>

* Orientações da OMS para uso do Anexo 2 do Regulamento Sanitário Internacional.

<http://www.who.int/ihr/publications/annex_2_guidance/en/>

**Sessão C1 – Anexo 1: Modelo do relatório de situação**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data/tempo** |  |
| **Localização/áreas afectadas** |  |
| **Resumo** |  |
| **Situação epidemiológica** |  |
| **Acções iniciadas** |  |
| **Contactos e coordenação** |  |
| **Desafios** |  |
| **Acções recomendadas** |  |
| **Recursos necessários (incluindo quadro de pessoal)** |  |

***3. Cenário 1: A notícia do jornal está “errada”.***

Chamada telefónica do Director do Hospital (DH): ele diz que a informação publicada no jornal está “errada”.

Dramatização: um dos facilitadores desempenha o papel de DH; outro facilitador chama as ERR para atenderem a chamada.

**Guião do Director do Hospital (DH):**

|  |
| --- |
| *“A situação não é tão má quanto foi descrita pelo jornal. O hospital não reportou quaisquer óbitos ou casos de qualquer infecção misteriosa por vírus. A única coisa que vale a pena reportar é o internamento de uma família que sofreu intoxicação alimentar registada no início desta semana. Quatro indivíduos da mesma família, com queixa de diarreia aguda e vómitos, foram encaminhados da unidade de saúde de Syan. A sua condição melhorou, excepto a da mãe e do menino. Alimentos e doenças transmitidas pela água são extremamente comuns na região devido à infraestrutura danificada pelo conflito actual. Alguns casos de diarreia aguda foram também reportados nos ambulatórios.”* |

***4. Cenário 2: Chamada telefónica do Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis na província de Karam:***

A ERR recebe uma chamada telefónica do Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis na província de Karan (CDDT a nível da província): ele afirma que os esforços de investigação podem ser dificultados.

Dramatização: um facilitador na sala desempenha o papel do CDDT ao nível da província; outro facilitador chama as ERR para atenderem a chamada.

**Guião do CDDT na província de Karan:**

|  |
| --- |
| *“No momento, estamos a investigar esses rumores; porém, podemos enfrentar alguns desafios, pois algumas partes da província de Karan estão sob o controlo dos rebeldes Thulib, o que pode dificultar qualquer investigação/resposta.*  *Eu não quero tirar conclusões precipitadas, mas penso que não há casos ou mortes incomuns e que se trata apenas de um rumor.”* |

***5. Cenário 3: Informações de um profissional da saúde no terreno:***

A ERR recebe uma chamada telefónica do Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis ao nível distrital (CDDT do nível distrital).

Dramatização: um dos facilitadores desempenha o papel de CDDT a nível do distrito; outro facilitador chama as ERR para que possam atender a chamada.

**Guião do CDDT a nível do distrito:**

|  |
| --- |
| *“Como resultado dos esforços da minha equipa, recebemos algumas informações interessantes. A equipa entrou em contacto com o oficial de saúde da unidade de saúde primária de Syan, que é o médico assistente do Hospital Geral de Karan e trabalha nas unidades de saúde de Syan duas vezes por semana, devido à ausência de equipa médica em Syan. Ele afirmou que vários casos de diarreia aquosa aguda foram observados na Unidade de Saúde Primária (USP), principalmente de intensidade moderada. Apenas dois casos foram encaminhados para o Hospital Geral de Karan e acrescentou ainda que o número de casos de diarreia está dentro da faixa normal esperada nesta época do ano.”* |

**C. Notas para o facilitador orientar esta sessão**

* Para mais informações sobre como orientar o debate, os participantes devem contactar o Director do Hospital e/ou Director do Departamento de Doenças Transmissíveis ao nível da província. O facilitador deve então orientar os participantes para convocar o Director do Hospital e o Director do Departamento de Doenças Transmissíveis ao nível do distrito. Se os participantes não chegarem a essa fase, o facilitador deve dar essas informações.
* Os participantes serão incentivados a pesquisar na *internet*, usar os documentos fornecidos e debater livremente através de exercícios de geração de ideias (*brainstorming)*.
* Ao transmitir os resultados esperados aos participantes: deve deixar 10 minutos entre cada acção para permitir que os participantes integrem as novas informações nos seus debates/respostas.
* O facilitador deve orientar os participantes para pedirem mais informações sobre o caso do Hospital e do Departamento de Doenças Transmissíveis locais ao nível da província.
* O facilitador deve certificar-se de que todos os participantes recebem a actividade de forma activa (os participantes pedem e fazem uma chamada telefónica) ou passivamente (quando os participantes não reconhecem a informação de que precisam, ou de quem podem obtê-la, o facilitador fará a chamada telefónica ou fornecerá a actividade no formato impresso aos participantes).
* O facilitador fornecerá orientação mínima no debate de *brainstorming*, ou seja, certificando-se de que o debate está a decorrer bem, sem interferir na forma de pensar dos participantes.
* O facilitador deve certificar-se de que os participantes apresentam os resultados esperados.
* O resultado deve ser enviado/submetido por *e-mail*. A equipa de facilitação deve ser capaz de dar *feedback* aos participantes, seja por *e-mail* ou pelo *feedback* geral no fim do exercício.

**D. Notas para o facilitador, para esclarecimentos em sessão plenária**

**Plano de acção e composição da ERR:**

O seguinte deve ser debatido e abordado pelas ERR:

* Será preciso investigar este caso? Isto é um surto?
* O que precisamos saber para verificar a existência de um surto?
* Quais são os passos de uma investigação de surto?
* Quais são os diagnósticos diferenciais da diarreia aguda?
* Podemos desenvolver uma definição preliminar de caso nesta fase?
* Que informações é preciso investigar nesta situação?
* De que experiência precisa a ERR? Quais serão os papéis de cada membro da ERR?
* Preparar um plano de acção que inclua os seguintes elementos:
  + Preparação para o trabalho de campo
  + Realização de uma investigação de campo
  + Implementação de medidas de prevenção e controlo
  + Busca activa de casos e localização de contactos
  + Avaliação dos recursos locais
  + Resposta às preocupações e receios do público.

**A ser debatido na reunião de informação pré-destacamento:**

* Contexto do surto, que inclui:
* Descrição da situação actual e dados disponíveis
* Revisão da resposta anterior à mesma situação ou intervenções
* Identificação das principais partes interessadas e populações afectadas
* Identificação de desafios
* Objectivo do destacamento e o papel específico de cada membro da equipa.
* As acções específicas do papel necessárias para satisfazer os objectivos do seu papel incluem:
* Preparação antes do destacamento
* Acções no terreno
* Uso de ferramentas padrão ou equipamentos necessários para realizar as acções
* Coordenação entre membros da equipa e parceiros relevantes
* Plano de comunicação.
* Antecipação de desafios e possíveis acções para enfrentá-los.
* Material que deve ser levado para o terreno, como usá-lo e adaptá-lo aos materiais locais. As instruções sobre o uso correcto dos suprimentos devem ser claras.
* Os indicadores que serão usados para avaliar a resposta devem ser debatidos. Os indicadores devem ser quantitativos e expressos em percentagens e proporções, ao invés de números brutos.

Os membros da equipa devem conhecer os mecanismos do relatório através dos quais a equipa transmitirá os indicadores e outras informações às autoridades centrais a nível nacional.

**A lista de verificação da logística para o destacamento inclui o seguinte:**

**Quadro de pessoal e equipa de saúde**

* Vacinações feitas de forma apropriada
* *Kit* pessoal de saúde e prescrições de rotina, profilaxia antipaludismo, desinfectante à base de álcool, *kit* de primeiros socorros, termómetro IV, plano de evacuação médica

**Materiais impressos**

* Termos de referência para a investigação e todas as informações disponíveis sobre o caso.
* Planos de contingência nacional.
* Procedimentos operacionais padrão.
* Lista de contactos para funcionários ao nível central, intermédio e distrital, coordenador geral do caso e partes interessadas.
* Formulários impressos, conforme necessário
* Material impresso para capacitação rápida.
* Orientação técnica impressa, cartazes, material de comunicação de riscos.

**Tecnologias de Informação e Comunicação**

* Computadores portáteis e Impressora
* Sinal de *internet*.
* Telemóveis e recargas extra, rádios, conforme necessário, etc.

**Médico**

* ?

**Equipamento de campo e EPP**

* ?

**Transporte**

* Acesso para viaturas ou moto-aceleras e combustível

**Finanças**

* Subsídio diário e dinheiro para despesas correntes
* Acesso e mecanismo de disponibilização de orçamento para fundos de emergência.

|  |
| --- |
| C2 Uso deliberado de agentes biológicos para envenenar a água potável – contaminação química da água potável (1h) |

**A. Visão geral da sessão**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Passo** | **Duração** | **Acções/Cenários** | **Necessidades de logística** | **Necessidades de RH**  **(Dramatização)** |
| **1** | **5’** | C2 Dar instruções/resultados/referências da sessão para os participantes | - C2 Instruções/resultados/referências da sessão. |  |
| **2** | **10’** | **Cenário 1.** Chamada telefónica do Chefe de Departamento de Doenças Transmissíveis na província de Karan. | - Telemóvel  - Notas do cenário 1 | CDDT ao nível da província |
| **3** | **10’** | **Cenário 2**. Fax do relatório do Ministério do Ambiente e Recursos Hídricos | - Fax do Ministério do Ambiente e Recursos Hídricos |  |
| **4** | **40’** | Trabalho em grupo |  |  |

**B. Guia de facilitação passo-a-passo**

***1. Informação a fornecer aos participantes***

|  |
| --- |
| O Dr. Zaher, Director de Incidentes (DI) do Centro de Operações de Emergência (COE), ou o Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis no nível central (CDDT a nível central), decidiu destacar a ERR nacional para o terreno para investigar a situação actual. A ERR está prestes a deslocar-se ao terreno. Antes de partir, a ERR recebe uma chamada do Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis na província de Karan (CDDT a nível da província): há rumores espalhando-se na comunidade. |

***2. Instruções para os participantes, resultados do exercício e referências***

***Instruções***

Espera-se que as ERR avaliem o risco de ambos, o surto deliberado (ataque de bioterrorismo) e da contaminação química da água potável através da realização de uma avaliação de risco rápida. As ERR devem também considerar a implementação de medidas adequadas de prevenção e controlo de novas infecções, se aplicável. Finalmente, devem actualizar o seu Plano de Acção (PA) e comunicar novas informações ao seu supervisor hierárquico.

***Resultados***

* Avaliação rápida de risco realizada:
  1. Pergunta sobre riscos formulada.
  2. Perigo avaliado.
  3. Probabilidade de um evento específico avaliada.
  4. Exposição avaliada.
  5. Contexto avaliado, tomando em consideração todos os factores que afectam o risco: social, técnico e científico, económico, ambiental, ético, político e de políticas.
  6. Risco categorizado.
  7. Impacto avaliado.
* Plano de acção actualizado (PA).
* SITREP para o Director de Incidentes (DI) do Centro de Operações de Emergência (COE) para as próximas etapas.

***Referências***

* Preparação para o uso deliberado de agentes biológicos - Uma abordagem racional do impensável. OMS 2002 <http://www.who.int/csr/resources/publications/deliberate/whacdscsreph200216.pdf>
* Resposta da saúde pública a armas biológicas e químicas. Guia da OMS <http://www.who.int/csr/delibepidemics/chapter4.pdf>
* Avaliação Rápida de Riscos da Saúde Pública Aguda, OMS

<http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HSE_GAR_ARO_2012.1_eng.pdf>

* Orientação operacional sobre a metodologia de avaliação rápida de riscos, ECDC

<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/1108_TED_Risk_Assessment_Methodology_Guidance.pdf>

* Estudo de caso. Kit de Ferramentas de Avaliação de Riscos da OMS para a Saúde Humana: Riscos Químicos.

<http://www.who.int/ipcs/publications/methods/harmonization/toolkit.pdf?ua=1>

***3. Cenário 1: Rumores do uso deliberado de agentes biológicos para envenenar a água potável e contaminação química da mesma.***

A ERR recebe uma chamada telefónica do CDDT na província de Karan.

Dramatização: um facilitador numa sala separada desempenha o papel de CDDT a nível da província; outro facilitador informa as ERR para atenderem a chamada.

**Guião do CDDT na província de Karan:**

|  |
| --- |
| *Primeiro rumor: “Há um rumor espalhando-se na comunidade de que os Thulibs estão a envenenar a água para recapturar a vila e ocupar a província de Karan. Esse rumor começou a circular há dois meses, quando os Thulibs ameaçaram envenenar a água, o que eu duvido, já que eles não têm capacidade técnica para o efeito. Infelizmente, esse rumor persistiu com muitas pessoas acreditando nisso, especialmente depois de testemunhar muitos casos de diarreia na comunidade.* “  *Segundo rumor*: “Casos semelhantes reportados na aldeia de Guntana, que fica a 40 km da vila sede. A maior parte da população desta aldeia trabalha numa fábrica nacional de metal. A população reclama do derramamento de resíduos da fábrica no rio Bughaw, sua fonte de água potável. O Ministério do Meio Ambiente e Recursos Hídricos está a investigar essa situação. Vou enviar-lhe o relatório por *e-mail.”* |

***4. Cenário 2: Relatório do Ministério do Ambiente e Recursos Hídricos***

|  |  |
| --- | --- |
| https://upload.wikimedia.org/wikipedia/en/9/93/Mewr(singapore)_logo.png | ***Província de Salam*** |
| ***Relatório*** | |
| A fábrica nacional de processamento de metal está localizada na Vila de Guntana, nas margens do rio Bughaw, na província de Karan, Salam. Os resíduos líquidos das operações de revestimento saem por um tubo de descarga directamente para o rio, juntamente em operações feitas 24 horas por dia, 7 dias por semana. Não estão disponíveis informações adicionais sobre as operações da fábrica, como a taxa de produção e o conteúdo dos resíduos líquidos. O rio Bughaw flui directamente para a comunidade de Guntana, que fica a uma curta distância a jusante da fábrica. A água do rio é usada pelos moradores de Guntana para beber, cozinhar e tomar banho.  Uma pesquisa preliminar do Departamento da Saúde Ambiental da Karan identificou o cádmio como um subproduto das operações de processamento do crómio. Para responder a problemas de saúde pública, o Departamento fará uma avaliação dos riscos potenciais para a saúde devido ao derramamento do cádmio no rio Bughaw. | |

**C. Notas para o facilitador orientar esta sessão**

* O facilitador deve certificar-se de que o seu grupo entende completamente a tarefa a ser realizada.
* Os participantes devem completar as várias etapas da avaliação rápida de riscos com orientação mínima do facilitador.
* Se necessário, o facilitador pode ajudar a equipa a escolher (incluindo *Internet*) o algoritmo que usarão neste exercício (um exemplo para um algoritmo da ERR é fornecido aos participantes, vide as referências abaixo).
* Se necessário, o facilitador pode ajudar o grupo a desenvolver a questão de risco.

**D. Notas para o facilitador, para esclarecimentos em plenário**

Exemplo de algoritmo de avaliação de risco: Avaliação Rápida de Risco de Saúde Pública Aguda, OMS.

<http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HSE_GAR_ARO_2012.1_eng.pdf>

|  |
| --- |
| C3 No Hospital Geral de Karan: entrevista com a equipa médica **(1h30)** |

**A. Visão geral da sessão**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Passo** | **Duração** | **Acções/Actividade** | **Necessidades em logística** | **Necessidades em RH**  **(Dramatização)** |
| **1** | **10’** | C3. Fornecer instruções/resultados/referências da sessão para os participantes. | - C3.Instruções da sessão /resultados/referências. |  |
| **2** | **10’** | Dramatização 1: Entrevista com o Director do Hospital | - Guião para a dramatização 1 | - Director do Hospital |
| **3** | **10’** | Cenário 1: Registo hospitalar | - Notas |  |
| **4** | **10’** | Dramatização 2: Entrevista com o Médico | - Guião para a dramatização 2 | - Médico |
| **5** | **50’** | Trabalho em grupo/revisão de documentos | - Anexo 1,2: registo médico do doente  - Anexo 3: registo hospital |  |

**B. Guia de facilitação passo-a-passo**

***1. Informação a fornecer aos participantes***

|  |
| --- |
| A ERR vai ao terreno para investigar a situação. A equipa decide visitar o Hospital Geral de Karan.  No Hospital Geral de Karan, a equipa deve reunir-se com o Director do Hospital para apresentar-se e explicar os objectivos da sua missão, por forma a garantir a sua cooperação. |

***2. Instruções para os participantes, resultados da sessão e referências***

***Instruções***

No Hospital Geral de Karan, vai entrevistar:

* O **Director do Hospital,** para apresentar a equipa e explicar os objectivos da missão, para garantir a sua cooperação.
* O **Médico**- **Chefe,** para obter dados sobre os casos admitidos e rever os registos médicos e o registo do hospital.

As ERR devem construir uma definição do caso e procurar casos adicionais, para determinar a verdadeira extensão geográfica do problema e as populações afectadas.

As ERR devem aperfeiçoar o sistema de vigilância e considerar a busca activa de casos para identificar mais casos.

***Resultados:***

* Desenvolver uma ferramenta de definição de casos e recolha de dados (lista linear).
* Garantir a implementação de medidas apropriadas de PCI
* Recomendar medidas preventivas e de controlo.

***Referências:***

* Lição 6: Investigação de um surto. Princípio de epidemiologia em práticas de saúde públicas.

<http://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/SS1978/Lesson6/Section2.html>

***3. 1ª Dramatização: Entrevista com o Director do Hospital***

**Guião do Director do Hospital:**

|  |
| --- |
| *“Este hospital é o principal hospital geral da província e tem capacidade de 50 camas. Existem 7 departamentos no sistema ambulatório hospitalar que fornecem uma ampla gama de serviços, tais como: pediatria, obstetrícia e ginecomastia, otorrinolaringologia, oftalmologia, odontologia, medicina interna e cirurgia. Há também um departamento de internamento, UTI e sala de emergência. Temos 4 blocos gerais: 2 para Medicina geral e 2 para Cirurgia (uma para homens e outra para mulheres). Também temos 4 quartos separados com casas de banho privativas em cada um. Temos 2 ambulâncias com 4 equipas de ambulância. Há também uma unidade de lavandaria, unidade de esterilização central, unidade de cozinha e o necrotério do hospital.*  *A nossa equipa médica é composta por 3 médicos seniores e 10 médicos estagiários, além de, aproximadamente, 50 enfermeiros e 20 paramédicos. A rotatividade entre a equipa médica é alta. A maior parte da equipa médica não tem experiência, pois as actividades de formação tornaram-se irregulares devido ao conflito ou foram interrompidas por completo.*  *Temos escassez de material médico, medicamentos, ferramentas de diagnóstico laboratorial e material de PCI. Sofremos também com frequentes cortes de electricidade e de abastecimento de água.*  *Costumávamos reportar casos seguindo as orientações do Sistema Nacional de Vigilância, mas devido às condições instáveis nas comunidades, os relatórios e as notificações foram interrompidos.*  No final da entrevista, o Director do Hospital dará à ERR o registo do hospital sobre internamentos no departamento de Medicina Geral para revisão. |

***4. 2ª Dramatização: Entrevista com o Médico, Dr. Ali.***

**Guião do Dr. Ali:**

|  |
| --- |
| * *“Desculpe-me, temos apenas 5 minutos, pois tenho de fazer exame a um doente nas urgências. Temos falta de pessoal médico e, hoje, uma das enfermeiras e dois trabalhadores não apareceram por motivos de saúde. Não tenho a certeza, mas ouvi dizer que têm gastroenterite.* * *Estou a trabalhar no Hospital Geral de Karan e também atendo na unidade de saúde primária da Syan, duas vezes por semana.* * *Estamos no verão e, como sabem, há ocorrência de muitos casos de diarreia durante os meses de verão.* * *Em Syan, outro problema é o abastecimento de água. Depois das alegações de envenenamento de água pelo Thulib, as pessoas começaram a procurar diferentes fontes de água e algumas pessoas percorrem mais de 5 km para ter acesso a água potável. O armazenamento de água é outro problema.* * *Nos últimos 20 dias, notei muitos casos de diarreia aguda com diferentes graus de gravidade: alguns com vómitos e outros com fezes com sangue. Casos graves foram mais comuns entre crianças desnutridas.* * *Não temos capacidade para fazer testes laboratoriais em Syan, nem mesmo aqui no hospital geral.* * *Na semana passada, em Syan, ocorreram mais de 10 casos de diarreia em 4 famílias diferentes, tudo num único dia. Todos foram tratados na unidade e as suas condições melhoraram, excepto uma família composta por uma mãe jovem e seus filhos. A mãe e o filho tiveram diarreia e desidratação graves e foram encaminhados para o Hospital Geral de Karan. Eles dizem ter comprado peixe no mercado na segunda-feira, proveniente de um viveiro localizado na aldeia de Guntana. Eles mencionaram também que havia outros casos semelhantes na vizinhança.* * *A mãe melhorou, mas infelizmente a criança teve desidratação grave e perdeu a vida esta manhã.* * *Infelizmente, não mantemos registos na unidade de saúde primária de Syan. No entanto, mantemos todos os registos médicos aqui no hospital. Eu posso partilhar consigo as fichas médicas dos dois casos.* |

***5. Trabalho em grupo***

* As ERR devem analisar as fichas médicas e os registos hospitalares para resumir as características clínicas e tentar construir uma definição de caso funcional e uma lista em tabela.
* Planificar a busca activa de casos na comunidade.
* Avaliar a capacidade do hospital para acomodar outros casos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data de entrada: 21 de Julho de 2016**  Nº do arquivo………  Departamento: ……..  **Laila Samy**  **32 anos**  **C/O: Febre, diarreia aquosa aguda, n/v, fadiga geral, dor muscular,**  **cãibras nas pernas**  **Histórico médico…… nenhum**  **Histórico familiar……nenhum**  **C/p: Alerta do doente consciente, sem icterícia, sem edema**   |  | | --- | | **CBC,**  **Cultura de fezes** |   **Abdómen, peito, extremidades, livre**  **D/ Intoxicação alimentar**  **R/**  Paracetamol IV  Metronidazole IV  Ringer IV  Glucose IV  Cápsulas antieméticas   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Dia** | **Turno** | **Pulso** | **Temperatura** | **B/P** | **Resp/índice** | | **21** | **Manhã** | **88** | **38,0** | **120/80** |  | |  | **Noite** | **100** | **37,3** | **100/60** |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |

**Sessão C3 - Anexo: 1º Ficha médica do doente (acima)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data de internamento: 21 de Julho de 2016**  Nº do arquivo………  Departamento: ……  **Said**  **10 anos**  **C/O: diarreia aguda aquosa, fadiga geral**  **Histórico médico..… nenhum**  **Histórico familiar……nenhum**  **C/p: O doente é letárgico, inconsciente. Ele não consegue beber**  **Fraco pulso radial**  **Ao ser beliscada, a pele volta ao estado normal muito devagar**   |  | | --- | | **CBC,**  **Cultura de fezes** |   **Abdómen, peito, extremidades, livre**    **D/ Intoxicação alimentar**  **R/**  Ringer IV  Glucose IV   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Dia** | **Turno** | **Pulso** | **Temperatura** | **B/P** | **Resp/índice** | | **21 de Julho** | **Manhã** | **55** | **37** | **90/60** |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   **O doente morreu às 2 da manhã de 23 de Julho** |

**Sessão C3 - Anexo 2: 2º Ficha médica do doente (acima)**

**Sessão C3 - Anexo 3: Registo hospitalar:**

(Consulta os Anexos dos Participantes).

**C. Notas para o facilitador para orientar esta sessão**

* O facilitador deve orientar a ERR para a realização de entrevistas, de acordo com o cronograma proposto.
* O facilitador deve assegurar que as ERR tenham todos os documentos necessários.
* O facilitador deve certificar-se de que os participantes estão no caminho certo para alcançar os resultados esperados.

**D. Notas do facilitador, para explicações em plenário**

* Vide B2, vigilância epidemiológica, incluindo busca activa de casos, B3 gestão de dados e B6 controlo e prevenção de infecções.

|  |
| --- |
| C4 No Hospital Geral de Karan: entrevista com o doente/colheita de amostras **(1h30)** |

**A. Visão geral da sessão**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Passos** | **Duração** | **Acções/Cenários** | **Necessidades em Logística** | **Necessidades em RH**  **(dramatizações)** |
| **1** | **10’** | C4.Dar instruções/resultados/ referências da sessão para os participantes | Instruções/resultados/referências da sessão C4 |  |
| **2** | **20’** | 1ª Dramatização. Entrevista com o doente | - Guião da 1ª dramatização  - Quarto de Hospital, PPE | - Caso Laila Samy  - Especialista PCI |
| **3** | **20’** | Exercício prático: colheita de amostras. | - Configurar para a colheita de amostras  - EPP apropriado | - Especialista PCI  - Especialista de laboratório |
| **4** | **40’** | Trabalho em grupo/preenchimento de formulários |  |  |

**B. Guia de facilitação passo-a-passo**

***1. Informação a fornecer aos participantes***

|  |
| --- |
| Agora você, como membro da ERR, vai entrevistar a doente (Sra. Laila Samy), para recolher mais informações sobre a sua condição e obter a amostra laboratorial apropriada. |

Prepara-se para entrevistar a doente. Debate e decide o seguinte:

* Como abordará a doente e/ou os seus familiares em relação à colheita de amostras? O que vai explicar e como?
* Qual é o EPP adequado que deve usar antes de entrar no quarto do doente?
* Quais são os diferentes tipos de amostras que podem ser colhidas durante esta investigação de campo sobre surtos de diarreia aguda causada por um agente patogénico desconhecido?
* De quem deve obter amostras? Consideraria testar (i) indivíduos que não correspondam à sua definição de caso, ou (ii) contactos saudáveis de indivíduos doentes? Se sim, porquê? De quantas pessoas deve fazer a amostragem e porquê? Quantas amostras deve tirar de cada pessoa e porquê?

***2. Instruções para os participantes, resultados da sessão e referências***

***Instruções***

Antes de entrar no quarto do doente, deve preparar todos os formulários e materiais necessários. Ao entrar no quarto do doente, deverá certificar-se de que aplica as medidas apropriadas da PCI e, o mais importante, está ciente da ansiedade do doente e da necessidade de um tratamento respeitoso e digno. Então, entrevistará o doente para obter mais dados e colher a amostra apropriada.

***Resultados:***

* Relacionamento com o doente: independentemente da cultura, situação e receios do doente.
* Registo de informações pessoais, histórico, quadro clínico, exposição e possíveis contactos do doente.
* Informações adicionais seguras do doente que podem ser relevantes (exposição, riscos ambientais, eventos recentes, etc.).
* Material apropriado para a colheita de amostras seleccionado e descartado adequadamente depois do uso.
* Selecção correcta e prática de colocação e retirada do EPP observados; gestão adequada depois do uso.
* Precauções de higiene padrão e medidas adicionais de PCI aplicadas conforme necessário.

***Referências:***

* Métodos laboratoriais para diagnóstico de epidemia de disenteria e cólera. <http://www.cdc.gov/cholera/pdf/Laboratory-Methods-for-the-Diagnosis-of-Epidemic-Dysentery-and-Cholera.pdf>
* Métodos Laboratoriais para o Diagnóstico de Centros de Controlo e Prevenção de Doenças de Vibrio Cholerae

Capítulo 4 Isolamento de Vibrio Cholerae a partir de Amostras Fecais: <http://www.cdc.gov/cholera/pdf/laboratory-methods-for-the-diagnosis-of-vibrio-cholerae-chapter-4.pdf>

Capítulo 5 Exame das amostras alimentares e ambientais:

<http://www.cdc.gov/cholera/pdf/laboratory-methods-for-the-diagnosis-of-vibrio-cholerae-chapter-5.pdf>

Capítulo 6 Identificação Laboratorial de Vibrio Cholerae:

<http://www.cdc.gov/cholera/pdf/laboratory-methods-for-the-diagnosis-of-vibrio-cholerae-chapter-6.pdf>

Capítulo 7 Detecção da Toxina da Cólera:

<http://www.cdc.gov/cholera/pdf/laboratory-methods-for-the-diagnosis-of-vibrio-cholerae-chapter-7.pdf>

* Manual para a identificação laboratorial e teste de vulnerabilidade antimicrobiana de agentes patogénicos bacterianos de importância para a saúde pública no mundo em desenvolvimento.

<http://www.who.int/drugresistance/publications/WHO_CDS_CSR_RMD_2003_6/en/>

***3. 1ª Dramatização***

**Guião da doente (Laila):**

|  |
| --- |
| A doente está angustiada com a perda do filho, mas também tem medo de morrer. Ela recusa-se a falar com a ERR no início, mas aceita quando a equipa consegue sensibilizá-la.   * *Ouvimos dizer que algumas pessoas na nossa aldeia sofreram de diarreia grave que levou à morte, mas a minha família e eu estávamos bem.* * *Os meus filhos e eu começamos a morar na casa do meu sogro depois que meu marido foi morto no conflito.* * *Na segunda-feira da semana passada comprei peixe grelhado no mercado. O pescador de quem eu comprei o peixe não é da nossa aldeia. Ele é de uma aldeia próxima e veio vender peixe no mercado naquele dia.* * *Todos comemos o peixe. A minha filha foi a primeira a sentir-se mal dias depois de comer aquele peixe. Ela teve vómito leve e diarreia, mas estava bem naquela mesma noite. O meu filhinho e eu tivemos diarreia grave, então fomos ao médico no centro de saúde no dia seguinte. O médico encaminhou-nos para o hospital.* * *Eu estava tão doente que a minha sogra cuidou do meu filho doente.* * *Em casa, a minha sogra começou a ter sintomas como os meus, mas não tão graves.* * *Os nossos vizinhos tiveram também alguém doente em casa. Lembro-me de encontrar o meu vizinho no mercado naquela mesma segunda-feira, quando eu estava à espera do peixe a cozer.* * *Fonte de água: costumávamos beber do rio, mas depois das alegações de envenenamento, passámos para outras fontes. Às vezes, compramos água potável numa aldeia próxima.* |

**C. Notas para o facilitador orientar esta sessão**

* Antes de entrar na sala, cada equipa deve preparar-se e levar os materiais e equipamento que vai usar na sala.
* Este exercício está dividido em três actividades principais, para treinar os participantes sobre:
  + Medidas de PCI para todos os grupos.
  + Obtenção das informações necessárias dos doentes para gerar uma hipótese sobre a etiologia e disseminação da doença.
  + Colheita de amostra apropriada.
* Os grupos serão avaliados com base na forma como lidam com o doente, o que inclui dar apoio psicológico, mostrando respeito pelo doente, e explicar o que farão de forma apropriada.
* Os grupos serão avaliados com base na forma como usam o questionário de identificação de contactos e a listagem para preencher a lista de contactos entre a equipa médica.
* Espera-se que os grupos identifiquem os factores de exposição e façam uma lista dos possíveis casos e contactos.
* Os grupos serão observados através de todas as 4 fases da colheita de amostras:
  + Gestão da logística: identificar o laboratório, garantir que o laboratório recebe e processa as amostras a tempo
  + Montar o equipamento para colher a amostra: assegure-se de que tem o material apropriado e o recipiente para a colheita
  + Realização da colheita de amostras, de acordo com o procedimento específico, e
  + Preparar a amostra para um transporte eficaz e seguro

**Papel adicional dos facilitadores especializados:**

* Um facilitador especializado em prevenção e controlo de infecções observará a prática da PCI neste módulo (para colocação e retirada do EPP e procedimento de colheita de amostras). Erros comuns devem ser abordados na sessão de esclarecimento.
* O facilitador especializado em laboratório observará a colheita de amostras apropriadas dos participantes para um caso de diarreia aguda devida a um agente patogénico desconhecido, e a sua forma de gerir a colheita, embalagem e transporte, se necessário.
* Um facilitador especializado em apoio psicológico, envolvimento da comunidade ou comunicação avaliará a forma como os participantes comunicam com o doente. Os comentários do facilitador devem ser debatidos na sessão de esclarecimento.

**D. Notas para o facilitador, para esclarecimentos em plenário**

Consulta B6, Prevenção e Controlo de Infecções, B7 Colheita de Amostras Laboratoriais, e B10 Primeiros Socorros Psicológicos para ERR.

|  |
| --- |
| C5 Comunicação e envolvimento da comunidade **(1h-1h30)** |

**A. Visão geral da sessão**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Passo** | **Duração** | **Acções/Cenários** | **Necessidades em logística** | **Necessidades em RH**  **(Dramatização)** |
| **1** | **5’** | C5. Dar informação/resultados/referências da sessão para os participantes. | Dar instruções/resultados/referências da sessão C5 |  |
| 2 | 15’ | 1ª Dramatização. Líder comunitário e ancião | Guião da dramatização 1 | Líder comunitário e ancião |
| **3** | **40’** | Trabalho em grupo | *Papel gigante (quadro interactivo)* e marcadores para cada equipa |  |

**B. Guia de facilitação passo-a-passo**

***1. Informação a fornecer aos participantes***

|  |
| --- |
| Tem havido pouca informação partilhada com as comunidades afectadas, já que nem os líderes comunitários, nem as autoridades da saúde locais têm informações suficientes para partilhar. Os rumores começaram a espalhar-se e a ERR deve abordar essas preocupações para ganhar a confiança da comunidade.  Como primeiro passo, a ERR vai reunir-se com o líder comunitário. A equipa identificará os informadores-chave e/ou influenciadores, ouvirá as preocupações da comunidade e desenvolverá mensagens com base no conhecimento técnico e nas informações recolhidas sobre a comunidade. Usando termos claros, práticos e compreensíveis, essas mensagens devem informar indivíduos, famílias e comunidades sobre as maneiras pelas quais podem minimizar o risco de contrair a doença e ajudar a sustentar as suas famílias e membros da comunidade com segurança e humanismo.  A ERR deve também encontrar o melhor meio disponível para compartilhar essas mensagens, com base na infraestrutura e nas principais características da comunidade, observando diferenças ligeiras entre membros da comunidade (por exemplo, decisores, membros da comunidade em geral e prestadores de cuidados de saúde, incluindo médicos tradicionais e alternativos).  A confiança deve ser construída logo no início, para que a comunidade se torne parte da solução. |

***2. Instruções para os participantes, resultados do exercício e referências***

***Instruções***

Antes de visitar a comunidade, a ERR deve rever as partes relevantes do contexto nacional de Salam, incluindo os principais elementos da dimensão social, práticas culturais, relações de parentesco, modo de comunicação e tabus, para entender melhor a dinâmica da comunidade.

Ao chegar à comunidade, a ERR reunir-se-á com o líder comunitário e, em seguida, visitará diferentes áreas da comunidade para conversar com as populações. Note-se que os membros da comunidade não falam a mesma língua que a ERR.

A ERR tentará então recolher informações sobre as estruturas comunitárias e familiares na área específica em que os primeiros casos tiveram início. A ERR deve começar por ouvir o líder comunitário e, em seguida:

* Observar (ou, neste caso, fazer perguntas) a comunidade sobre o local onde se reúne, onde tira água, a sua forma de interacção, suas estruturas familiares, fontes de rendimento, práticas de cuidados aos doentes, etc.
* Perguntar aos membros da comunidade sobre as suas preocupações e os rumores que se espalham e o que pensam que seja a provável causa da doença e o que tenha provavelmente concorrido para que mais pessoas não fossem afectadas. Perguntar se houve algum evento anterior como este. Perguntar sobre as práticas que usam para abordar questões que possam estar por detrás da disseminação ou contenção do surto.
* Certificar-se de que a comunidade também expressa o que foi feito no passado e de que forma pensa que pode ser útil. Perguntar qual a possível solução para este surto. Usar esta oportunidade para pedir informações que o ajudem a disseminar as informações, por exemplo, o canal de comunicação mais comum para alcançar pessoas em diferentes partes da comunidade; os diferentes tipos de grupos comunitários, por exemplo, decisores, prestadores locais de cuidados de saúde e diferentes grupos étnicos.

A ERR vai fazer a revisão das ferramentas para criar debates na comunidade (vide o Anexo 1 abaixo). Identifica os problemas (rumores, problemas da comunidade relacionados com surtos), práticas comunitárias que podem ou não ajudar na resolução desses problemas. Em seguida, identifica as actividades para abordar os problemas e a ferramenta apropriada a ser usada para incentivar a participação da comunidade (usando o Anexo 2 abaixo).

***Resultados***

* Medidas de higiene padrão e medidas de PCI aplicadas ao visitar a comunidade.
* Levantamento de questões relevantes (rumores, problemas comunitários relacionados com surtos).
* Identificação de práticas e actividades comunitárias que possam abordar esses problemas.
* Determinação de uma ferramenta apropriada para incentivar a participação da comunidade.

***Referências***

* Comunicação eficaz dos meios de comunicação durante Emergências de Saúde Pública

<http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO%20MEDIA%20HANDBOOK.pdf?ua=1>

* Comunicação para o impacto comportamental (COMBI). Um *kit* de ferramentas para a comunicação comportamental e social em resposta ao surto

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75170/1/WHO_HSE_GCR_2012.13_eng.pdf?ua=1>

* Nations, M.K. & Monte, C.M., 1996. “I’m not dog, no!”: cries of resistance against cholera control campaigns. Social Science & Medicine (1982), 43(6), pp.1007–1024.
* Reunir a comunidade para planificar surtos de doenças e outras emergências: um guia passo-a-passo para os líderes comunitários.

<http://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/bringing-community-together-plan-disease-outbreaks-and-other-emergencies>

***3. 1ª Dramatização: líder comunitário***

**Guião do líder comunitário/ancião (Note-se que não fala a mesma língua que a ERR):**

|  |
| --- |
| * *“Na nossa comunidade, temos uma diversidade de pessoas: temos famílias de Agawid e famílias de Thowar, além de pastores nómadas que viajam pelo país e, às vezes, atravessam fronteiras. A nossa comunidade é pacífica e opomo-nos ao envolvimento no actual conflito. A maioria dos nossos jovens fugiu desse conflito, deixando homens idosos, mulheres e crianças para trás.* * *As decisões sobre grandes questões como saúde são do domínio dos anciãos ou membros mais velhos da família. Temos fortes laços familiares e, por isso, algumas famílias têm 30 a 40 membros. Para as decisões que afectam a comunidade, são os líderes comunitários e os idosos (homens e mulheres), incluindo médicos tradicionais respeitados, que discutem e tomam uma decisão. Geralmente, reunimo-nos neste local de encontro comunitário onde os membros da comunidade também passam o tempo e socializam com os outros.* * *Quando os membros da comunidade adoecem, os vizinhos revezam-se para cuidar do doente. Aqueles que vão cuidar dos doentes “lavam-se” antes para trazer bons espíritos, “tabi”, aos enfermos, e imediatamente lavam-se depois de lavar os maus espíritos, “usog”. Mesmo que uma pessoa esteja doente, nós ainda compartilhamos comida com ela, como normalmente comemos em grupo na mesma tigela grande para simbolizar que somos uma família.* * *A situação começou há dois meses, quando os Thulibs ameaçaram envenenar a nossa água potável. Muitas pessoas começaram a sofrer de diarreia, às vezes tão grave que muitas crianças morreram. Na nossa tradição, toda a comunidade participa nas exéquias fúnebres do morto, jovem ou velho. Os familiares próximos lavam o corpo da pessoa morta. O corpo é então colocado numa área exposta para que as pessoas lhe prestem homenagem.* * *Neste momento, porque as pessoas estavam com medo, houve alegações de que os moradores esconderam membros da família doentes e enterraram os seus entes queridos à noite, mas ninguém pode confirmar isso.* * *Já tivemos casos semelhantes no passado, mas não me lembro como resolvemos. O que eu sei é que os anciãos, líderes e médicos tradicionais se reuniram e disseram à comunidade o que fazer. Também pediram ajuda do governo, mas isso veio depois.* * *Os residentes geralmente não confiam no governo. As pessoas recusaram-se a ser levados ao hospital, pois tinham medo de serem presas pelo governo ou capturadas por Thulibs. Também não temos profissionais de saúde aqui. A maioria das pessoas procura curandeiros para o tratamento de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Os ervanários devem registar-se no Conselho Nacional de Chefes e Anciãos de Salam, para poderem abrir um consultório, mas aqui na aldeia, muitos não estão registados.* * *As pessoas começaram a usar fontes alternativas de água. Algumas famílias percorrem mais de 5 km para ter acesso a água limpa.* * *Eu consegui providenciar tanques de água de Guntana, uma aldeia vizinha, uma vez por semana, mas infelizmente não é suficiente. É por isso que as pessoas ainda estão a sofrer e ainda temos casos de mortes por diarreia.* * *Pode ajudar-nos a fornecer informações ao meu pessoal sobre o modo como eles se podem proteger?* * *Pode ajudar-nos a construir um centro de tratamento comunitário aqui? Quais são os equipamentos e materiais necessários? Podemos usar as unidades básicas de saúde, mas não há pessoal médico nem medicamento suficiente.”* |

**C. Notas para o facilitador orientar esta sessão**

* Esta sessão requer uma mudança de pensamento da comunidade para deixar de ver o problema e fazer parte da solução.
* O facilitador deve incentivar a equipa a estudar o contexto nacional e observar as práticas e os recursos da comunidade que podem ser úteis para lidar com o surto. Os participantes devem fazer o exercício com o mínimo de orientação do facilitador.

**Sessão C5: Anexo 1: Instrumentos para suscitar um debate na comunidade**

|  |  |
| --- | --- |
| **Instrumentos** | **O que é?** |
| **Mapa da comunidade** | Os membros da comunidade desenham um mapa da sua comunidade, mostrando as características geográficas e as unidades de saúde a que os moradores recorrem durante um surto de doença ou outras emergências. |
| **Calendário sazonal/Cronograma do evento** | Os membros da comunidade descrevem as mudanças usando um calendário simples para identificar períodos de maior dificuldade ou vulnerabilidade. Essa actividade pode ser usada para criar um cronograma de um evento específico, tal como um surto recente ou uma crise do passado, para descobrir os pontos fortes da comunidade. |
| **Passeio na comunidade e Observações** | Caminhar pela comunidade e observar as práticas diárias e os recursos da comunidade. |
| **Observações nos domicílios e unidades de saúde** | Visitar residências para observar o saneamento, práticas de higiene e/ou prestação de cuidados. Visitar unidades específicas para observar os serviços de saúde e/ou as actividades de primeiros socorros. |
| **Grupos de debate** | Um debate facilitado entre um grupo de pessoas semelhantes da comunidade (tais como um grupo de homens, mulheres, professores, empresários, cuidadores ou profissionais de saúde) para entender melhor os conhecimentos, atitudes e percepções em relação à higiene, doenças, comportamentos de procura de saúde, preparação para desastres e *feedback* sobre acções específicas de preparação para as emergências. |
| **Entrevistas individuais** | Fazer perguntas específicas a indivíduos da comunidade, para ter uma compreensão mais profunda da preparação local para as emergências e receber feedback das possíveis acções comunitárias |
| **História** | Os membros da comunidade contam sobre um desastre ou surto que experimentaram no passado para avaliar a comunicação e as respostas. Essa actividade pode também ser usada como um debate sobre as “lições aprendidas”, para falar sobre mudanças na comunidade e o que foi aprendido ao fazer as mudanças. |
| **Causas e efeitos** | Os membros da comunidade desenham e descrevem como eles vêem as causas e os efeitos da doença para explorar as percepções das causas, consequências e acções para prevenir doenças ou mitigar o impacto de um surto. |
| **Cenário de emergência** | Ajudar as autoridades da comunidade, líderes e residentes a identificar os pontos fortes e as lacunas nos procedimentos usando um cenário hipotético. |
| **Classificação com feijões** | Feijões ou pequenas pedras são usados para classificar a respectiva importância e viabilidade de várias soluções ou acções a serem tomadas |
| **Círculos de comunicação** | Membros da comunidade criam círculos para mostrar como é que os grupos interagem, especialmente em tempos de crise. |
| **Visões para a acção** | Os participantes imaginam a sua comunidade no futuro, como esperam que ela seja, e identificam recursos e acções que podem ser realizadas. |

**Sessão C5 – Anexo 2: Modelo para o exercício**

**Exercício: Os participantes devem preparar as suas respostas electronicamente ou escrevendo no quadro *de* papel.**

1. Identificação de problemas (rumores, problemas da comunidade) através de entrevistas feitas aos líderes/membros da comunidade:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rumores** | **Problemas na comunidade relativos ao surto** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Identificação das práticas comunitárias que possam ajudar (ou não ajudar) a resolver esses problemas:

|  |  |
| --- | --- |
| **Práticas comunitárias que podem ajudar a resolver os problemas** | **Práticas comunitárias que podem não ajudar a resolver os problemas** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Identificação das actividades e instrumentos apropriados para incentivar a participação da comunidade:

(consultar o Anexo 1 acima sobre instrumentos para suscitar debates na comunidade)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Problemas** | **Actividades para resolver os problemas** | **Instrumentos para suscitar um debate na comunidade (ver acima)** |
| **1** | 1.  2.  3. | 1. (pode haver mais de um instrumento por actividade)  2.  3. |
| **2** | 1.  2.  3. | 1.  2.  3. |
| **3** | 1.  2.  3. | 1.  2.  3. |

|  |
| --- |
| C6 Busca activa de casos e localização de contactos **(1h-1h30)** |

**A. Visão geral da sessão**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Passo** | **Duração** | **Acções/Cenários** | **Necessidades em logística** | **Necessidades em RH**  **(Dramatização)** |
| **1** | **5’** | Dar instruções/resultados/referências da sessão C6 para os participantes | C6 Instruções da sessão /resultados/referências. |  |
| **2** | **15’** | 1ª Dramatização. Sogra (pessoa doente) | Guião da 1ª dramatização | Sogra |
| **3** | **15’** | 2ª Dramatização. Vizinho (barreira linguística) | Guião da 2ª dramatização | Vizinho |
| **4** | **15’** | 3ª Dramatização. Debate na comunidade | Guião da 3ª dramatização | Membros da comunidade |
| **5** | **30’** | Trabalho em grupo/preenchimento de formulários |  |  |

**B. Guia de facilitação passo-a-passo**

***1. Informação a fornecer aos participantes***

|  |
| --- |
| Depois de identificar e listar alguns casos potenciais na comunidade durante a entrevista com o doente hospitalizado, a ERR iniciará uma busca activa casos e a realização de actividades de monitorização dos contactos na comunidade. Além disso, a equipa terá de envolver a comunidade para limitar a propagação da doença. |

***2. Instruções para os participantes, resultados do exercício e referências***

***Instruções***

A ERR terá entrevistas com:

**1. Sra. Fatma (sogra da Laila)**

A equipa preparou uma visita à senhora Fatma, sogra da Laila. O seu endereço foi obtido da Laila, a doente internada no hospital, que partilhou com a equipa a informação de que a Sra. Fatma também tinha sintomas semelhantes. A ERR visita-a em casa.

* Que EPP deve usar, se aplicável? Como é que se vai proteger mas não alienar a comunidade ao mesmo tempo?
* Começar um diálogo com a Sra. Fatma. Cumprimentá-la, explicar o propósito da sua visita e examinar a sua condição. Perguntar sobre as medidas que ela está a tomar e informar sobre as medidas que podem ou não impedir a propagação da infecção.
* A outra filha da Sra. Fatma está a cuidar da sua mãe doente. Que tipo de conselho lhe deve dar?

**2. Vizinho (barreira linguística)**

Depois de visitar os vizinhos como parte das suas actividades, descobre que eles falam um dialecto para si desconhecido. O que deve fazer?

**3. Membro (s) da comunidade**

Muitos surtos podem ser controlados mais rapidamente, quando o público entende como ajudar a limitar a disseminação e quando a ERR sabe mais sobre a comunidade. A educação em saúde é crucial para garantir a participação da comunidade, mas terá o seu impacto quando a ERR conhecer essa comunidade. O líder comunitário pediu que realizasse sessões de educação em saúde para aconselhar a comunidade sobre:

* O modo de se proteger ao cuidar de um doente,
* O modo de se proteger ao enterrar uma vítima mortal de doença, e
* O que fazer quando se tem sintomas.

***Resultados***

* Actividade de busca activa de casos realizada na comunidade.
* Mensagens-chave de uma campanha de educação em saúde listadas abaixo (por exemplo, promover práticas de higiene como parte da rotina diária, ao invés de medidas extraordinárias relacionadas com surtos/doenças).
* Recomendação para práticas fúnebres listadas abaixo.
* Identificação das melhores formas de disseminar mensagens para a comunidade.

***Referências***

* Passos do campo na gestão da diarreia aguda. OMS <http://www.who.int/topics/cholera/publications/en/first_steps.pdf>
* Surto de doenças transmitidas por alimentos, Directriz para investigação e controlo. OMS <http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/outbreak_guidelines.pdf>
* Comunicação para o impacto comportamental (COMBI). Um kit de ferramentas para comunicação comportamental e social na resposta ao surto <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75170/1/WHO_HSE_GCR_2012.13_eng.pdf?ua=1>
* Nations, M.K. & Monte, C.M., 1996. “I’m not dog, no!”: cries of resistance against cholera control campaigns. Social Science & Medicine (1982), 43(6), pp.1007–1024.

***3. 1ª Dramatização: Sogra***

**Guião da sogra:**

|  |
| --- |
| * *Porque é que está aqui? Nós não temos pessoas mortas aqui.* * *E mesmo que estejamos doentes, não iremos ao hospital. Não há assistência médica e o meu neto morreu lá, porque ninguém fez nada para salvar a sua vida. Eu prefiro morrer em casa.*   Depois de sensibilizá-la, ela começará a falar:   * *Sintomas: diarreia leve, sem sinais de desidratação* * *O que devo fazer?* * *Os outros ficariam contaminados por essa doença através de mim?* * *E a minha filha que está a cuidar de mim, como é que ela se pode proteger?* |

***4. 2ª Dramatização: Vizinho***

**Guião do vizinho:**

|  |
| --- |
| O vizinho tentará explicar que não entende a língua que a ERR fala. |

***5. 3ª Dramatização: Membros (s) da comunidade na campanha de educação em saúde***

**Guião do membro (s) na comunidade:**

|  |
| --- |
| * *Pode dizer-nos o que está a acontecer na nossa aldeia?* * *Qual é a causa da doença?* * *Quais são os sintomas que a pessoa doente pode ter?* * *O que acontece com o tratamento?* * *Como podemos evitar a propagação da doença?* * *Como podemos proteger-nos ao cuidarmos de um membro da família doente?* * *Como podemos proteger-nos ao enterrar os nossos entes queridos vítimas desta doença?* |

***6. 4ª*** ***Dramatização: Membros da comunidade resistentes***

**Guião do membro da comunidade resistente:**

|  |
| --- |
| Os membros da comunidade resistentes não entendem por que motivo esta equipa está na sua aldeia. Além disso, eles não confiam nas missões que vêm do nível central, e não apoiam que alguém vindo da capital lhes diga o que eles devem fazer.  Eles estão muito zangados, porque nunca recebem apoio do governo e querem que essa equipe saia da aldeia a qualquer custo e deixe que eles lidem com seus problemas à sua maneira, como sempre fizeram. |

**C. Notas para o facilitador orientar esta sessão**

* O facilitador especializado em envolvimento da comunidade observará a forma como os participantes executam todos os passos. Os comentários devem ser discutidos na sessão de esclarecimento.
* Os facilitadores devem orientar cada ERR para os locais/salas onde realizarão as várias entrevistas simultaneamente, de acordo com o cronograma proposto. Todas as entrevistas devem ter a mesma duração, para garantir que todos as ERR possam mudar de sala ao mesmo tempo.

**D. Notas para o facilitador dar esclarecimento em plenário**

**Mensagens-chave relevantes para o surto**: (Note-se que devem existir mensagens-chave adicionais culturalmente relevantes, por exemplo, práticas tradicionais que ajudam a prevenir a propagação de doenças. A lista actual é muito biomédica em perspectiva.)

* 1. **Higiene Pessoal**
* Lavar as mãos com sabão, cinzas ou cal antes de cozinhar, comer e alimentar os seus filhos e depois de usar a latrina ou lavar os seus filhos depois de terem usado a latrina.
* Lavar todas as partes das suas mãos – palma interna e externa da mão, lateral, entre os dedos e as unhas.
* Usar a latrina para defecar e mantê-la limpa.
  1. **Alimentos**
* Cozinhar bem os alimentos crus e comer imediatamente os alimentos cozidos.
* Guardar os alimentos cozidos cuidadosamente no frigorífico.
* Aquecer bem os alimentos cozidos.
* Evitar o contacto entre alimentos crus e cozidos.
* Comer apenas frutas e verduras que você mesmo descascou.
* Manter todas as superfícies da cozinha limpas
* Lavar bem a sua tábua de preparação de alimentos com sabão e água.
* Lavar os seus utensílios domésticos incluindo talheres com água e sabão.
* COZINHAR – DESCASCAR – OU DEIXAR
  1. **Água Potável Segura**
* Mesmo que pareça limpa, a água pode não ser segura (para beber ou usar).
* Ferver ou adicionar gotas de cloro à água antes de beber.
* Manter a água potável num recipiente limpo ou coberto, ou em qualquer outro recipiente com uma pequena abertura e uma tampa. Deve ser utilizada no prazo de 24 horas após trazer da fonte.
* Deitar a água no recipiente - não mergulhar um copo no recipiente.
* Se for inevitável mergulhar o copo no recipiente de água, usar um copo ou outro utensílio com pega.
  1. **Poços de água**
* Não defecar ou urinar dentro ou perto de uma fonte de água potável.
* Não lavar a roupa ou panelas e outros utensílios na fonte de água potável (riacho, rio ou poço de água).
* Os poços abertos devem estar cobertos, quando não estiverem em uso, para evitar contaminação.
* Os baldes usados para tirar água devem ser tapados quando não estiverem em uso - não podem ser guardados num lugar sujo.
* A área ao redor de um poço ou bomba manual deve estar o mais limpa possível.
* Livrar-se do lixo e da água estagnada à volta de um fontenário.
  1. **Para Pessoas com Diarreia**
* Não entrar em pânico, mas agir rapidamente.
* Beber uma solução de sais de reidratação oral feitos com água segura (fervida ou com cloro).
* Ir imediatamente ao centro de saúde. Continuar a beber ao longo do caminho.
  1. **Cuidar dos Doentes**
* Lavar as mãos após cuidar dos doentes ou tocar nas suas fezes, vómito ou roupa.
* Evitar contaminar a fonte de água lavando a roupa do doente.
* As fezes e o vómito de um doente podem ser misturados com desinfectante (por exemplo, crisol).
* Desinfectar a roupa e a roupa de cama do doente com uma solução de cloro (0,05%), mergulhando-a em água fervida ou secando-a completamente ao sol, antes e depois da lavagem normal.

**Principais recomendações para práticas funerárias:**

* Os funerais de pessoas mortas de cólera - ou de qualquer outra causa, numa comunidade afectada pela cólera – podem contribuir para a propagação de uma epidemia. Se as cerimónias fúnebres não puderem ser canceladas, é essencial lavar as mãos com sabão e água limpa antes de manusear e preparar as refeições
* Um profissional de saúde designado para estar presente na cerimónia fúnebre pode ser útil na supervisão e garantia do uso de práticas de higiene.
* É importante garantir a desinfecção dos cadáveres com uma solução de cloro a 0,5%.
* Ao transportar cadáveres vítimas de cólera é preciso usar luvas e os cadáveres devem ser cuidadosamente embrulhados.
* Se possível, o contacto físico entre a família e o cadáver deve ser evitado. Se isso não for possível, a família deve estar ciente da necessidade de:
  + Lavar as mãos com sabão depois de tocar no cadáver;
  + Evitar colocar as mãos na boca depois de tocar no cadáver;
  + Desinfectar a roupa da pessoa morta, mergulhando-a na água fervida por 5 minutos ou secando-a completamente ao sol, antes e depois da lavagem normal.
* As pessoas que lavam e preparam o cadáver devem:
  + Usar luvas, avental e máscara;
  + Limpar o corpo com solução de cloro (0,5%);
  + Encher a boca e o ânus do cadáver com algodão embebido em solução de cloro;
  + Colocar uma ligadura na cabeça para manter a boca fechada;
  + Não esvaziar os intestinos.

|  |
| --- |
| C7 Relatório da Investigação **(2h a 2h30)** |

**A. Visão geral da sessão**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Passo** | **Duração** | **Acções/Cenários** | **Necessidades de logística** | **Necessidades de RH**  **(Dramatização)** |
| **1** | **5’** | Resultados do laboratório (positivo para cólera) | Nota do relatório do laboratório |  |
| **2** | **5’** | Dar instruções/resultados/referências da sessão C7 para os participantes | Instruções/resultados/referências da sessão C7 |  |
| **3** | **5’** | Resultados da amostra ambiental | Nota de Fax |  |
| **4** | **1h15’** | Elaboração de relatórios do grupo | Modelo do relatório de investigação IDSR |  |
| **5** | **60’** | Apresentação do grupo/reunião com o Dr. Zaher, DI do COE/*balanço* | Configuração da dramatização | Dr. Zaher DI do COE |

**B. Guia passo-a-passo**

***1. Informação a fornecer aos participantes***

|  |
| --- |
| A ERR é notificada pelo DI do COE de que o resultado laboratorial das amostras colhidas da Sra. Laila Samy e outros tiveram resultado positivo para a cólera. Novos casos foram identificados através de actividades de vigilância e busca activa de casos. Para determinar a verdadeira extensão geográfica do problema e as populações afectadas, deve realizar uma análise epidemiológica descritiva com base nos dados recolhidos.  Além disso, a ERR recebeu um fax de um funcionário do Ministério do Meio Ambiente a reportar que a amostra da água do rio Bughaw mostrava uma quantidade de cádmio abaixo do nível de envenenamento e que as manifestações gastrointestinais dos moradores de Guntana não estavam relacionadas com o cádmio.  Com base nessas actualizações, faz um relatório de investigação e implementa as medidas de controlo necessárias para interromper esse surto.  A equipa será solicitada a apresentar o seu relatório de investigação ao DI do COE durante uma reunião de 8-10 minutos. |

***2. Instruções para os participantes, resultados do exercício e referências***

***Instruções***

Cada ERR deve fazer um relatório de investigação que inclui todas as constatações, conclusões, tabelas de dados e gráficos (formato *PowerPoint*, no máximo, 8 diapositivos).

Cada ERR apresentará o relatório resumido em plenário (apresentação de 8 a 10 minutos).

***Resultados***

* Um relatório de investigação abrangente que integre os resultados e conclusões das várias fases da investigação de forma sistemática, incluindo todos os campos de informação necessários e abordando os seguintes pontos:
* Medidas de controlo da cólera, incluindo intervenções técnicas e comunitárias.
* A necessidade de estabelecer um centro de tratamento da cólera, sua estrutura e cálculos para suprimentos médicos necessários, bem como postos de reidratação oral.
* Considerações sobre o modo como os membros da comunidade podem prestar apoio.
* Os dados devem ser apresentados em tabelas e gráficos, conforme apropriado.
* Destacar as medidas do RSI relativas à restrição do comércio internacional e movimentos populacionais devido ao surto de cólera.
* Plano para testes de hipóteses.
* Apresentação de 8 a 10 minutos do relatório de investigação em *PowerPoint*.

1. ***Cenário 1: Resultado laboratorial da amostra de fezes da Sra. Laila Samy***

**Sessão C8 – Anexo 1:** **Resultado laboratorial da amostra de fezes da Sra. Laila Samy**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nome: Laila Samy*** | ***Sexo: Feminino*** |
| ***Transferida de: Hospital Geral de Karan*** | ***Idade: 32*** |
| ***Diagnóstico: Intoxicação alimentar*** | ***BI: 205460*** |
| ***Data de solicitação*** | ***Data de relatório*** |
| Data e hora da recolha: 5 de Março de 2018; 9 horas  Data e hora da recepção: 5 de Março de 2018; 16 horas  Natureza da amostra: fezes  Tratamento com antibiótico: NÃO  ***Relatório do teste microbiológico***  ***Cultura de fezes: positivo Cólera O139.***  ***Teste de sensibilidade a antibióticos: pendente***  ***Dr. John Sam***  ***John Sam*** | |

1. ***Cenário 2: Relatório do Ministério do Ambiente e Recursos Hídricos, província de Karam, enviado por Fax***

**Sessão C8 – Anexo 2: Relatório do Ministério do Ambiente e Recursos Hídricos, província de Karam, enviado por Fax**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ministério do Ambiente e Recursos Hídricos, Província de Karam**  **40 Green Street, Karan,**  **Salam** | **FAX** |
| **PARA** | **De** |
| **Fax** | **Páginas** |
| **Tel** | **Data** |
| **RE: Relatório** | |
| |  |  | | --- | --- | | Data da amostra | 20 de Julho | | Tipo de amostra | Amostra de água | | Fonte da amostra | Rio Bughaw na vila de Guantana | | Teste de | Perfil químico da água potável do rio Blue | | Resultado | Cádmio menos de 1 ug/lit | | Data do relatório | 22 de Agosto |   Conclusão: A amostra de água ambiental do rio apresenta vestígios de cádmio abaixo do nível de envenenamento. Não há riscos para o homem, gado ou a agricultura.  Director dos Assuntos Ambientais  Ministério do Ambiente e Recursos Hídricos  Samy Saad | |

**C. Notas para o facilitador para orientar esta sessão**

Se necessário, fornece aos participantes um modelo de relatório de investigação da VRID disponível no bloco de aprendizagem A.

**D. Notas para o facilitador para a sessão de esclarecimento**

**Mensagens-chave na sessão de *esclarecimento*:**

**Para prevenção:**

* A provisão de água potável, saneamento adequado e segurança alimentar são essenciais para prevenir a ocorrência de cólera.
* A educação em saúde tem o objectivo de que as comunidades adoptem comportamentos preventivos para evitar a contaminação.

**Para controlo:**

* Gestão adequada e oportuna de casos nos centros de tratamento da cólera;
* Formação específica para a gestão adequada de casos, incluindo a prevenção de infecções hospitalares;
* Materiais médicos pré-posicionados suficientes para a gestão de casos (por exemplo, *kits* de doenças diarreicas);
* Acesso melhorado à água, saneamento eficaz, gestão adequada de resíduos e controlo de vectores;
* Higiene melhorada e práticas de segurança alimentar;
* Melhor comunicação e informação pública.

**Viagens e transacções comerciais:**

* A imposição de restrições às viagens e comércio mostrou-se ineficiente e arrisca-se a desviar recursos úteis.
* A OMS não tem informações sobre alimentos importados de países afectados, que possam estar relacionados com os surtos de cólera nos países importadores.
* Os países têm o direito de confiscar qualquer alimento perecível e não processado que seja transportado por viajantes que cruzam fronteiras.

**Recomendações da OMS para os países vizinhos não afectados:**

Os países vizinhos de uma zona afectada pela cólera devem implementar as seguintes medidas:

* Melhorar a prontidão, para responder rapidamente a um surto, em caso de propagação da cólera através das fronteiras, o que poderá contribuir para minimizar as suas consequências;
* Melhorar a vigilância, para obter melhores dados na avaliação dos riscos e na detecção precoce de surtos, incluindo a criação de um sistema de vigilância activo.

|  |
| --- |
| Conclusão |

A cólera continua a ser uma ameaça mundial em vários países em desenvolvimento. O acesso a água potável segura e saneamento adequado é uma das medidas mais eficazes para prevenir surtos de cólera.

Em Salam, o Ministério da Saúde intensificou os seus esforços de resposta para tratar e prevenir a propagação da doença. Os doentes estão a ser tratados com sais de reidratação oral, infusões e antibióticos, conforme apropriado.

As intervenções para controlar o surto incluem o aumento da vigilância ao nível da comunidade para a busca de casos, fornecimento de água potável segura, melhoria do saneamento através da desinfecção de fossas sépticas e melhor eliminação de resíduos. Como parte do esforço de contenção, o Ministério apoiou campanhas de sensibilização generalizadas para encorajar as famílias a purificar a água, a preparar cuidadosamente os alimentos e a lavar as mãos.

Este sucesso não poderia ter sido alcançado sem o esforço conjunto de uma ERR.

***Obrigado por ser membro da Equipa de Resposta Rápida de Salam!***

|  |
| --- |
| **Plataforma de Aprendizagem de Segurança em Saúde da OMS - Materiais de Formação**  Estes Materiais de Formação são da OMS©- Organização Mundial da Saúde (OMS) 2018. Todos os direitos reservados.  O uso destes materiais está sujeito à observância dos “ Termos e Condições do Uso de Material de Formação da Plataforma de Aprendizagem em Segurança da Saúde”, com os quais concorda ao fazer o *download* dos mesmos, disponíveis na Plataforma de Aprendizagem de Segurança em Saúde disponíveis em: <https://extranet.who.int/hslp> .    Em caso de adaptação, modificação, tradução ou revisão do conteúdo desses materiais a OMS de forma alguma se subscreverá a essas modificações e, é expressamente proibido o uso do nome ou logótipo da OMS nesses materiais modificados.  Ademais, deve informar publicamente à OMS sobre quaisquer modificações feitas a esses materiais para propósitos de registo e desenvolvimento contínuo dos mesmos, através do *e-mail* [ihrhrt@who.int](mailto:ihrhrt@who.int). |