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

**C2.1 Guia do Participante**

Pacote da OMS para a Formação de Equipas de Resposta Rápida– V003-Abril 2018

# 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 às uma melhor compreensão sobre os mecanismos de coordenação das emergências nacionais e internacionais, a composição de uma ERR e as responsabilidades de cada membro, 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 alterações às 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.
* Proceder à 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 prático 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 Organização do Grupo de Trabalho

* Os participantes trabalharão em grupos de 6/8 participantes (1 grupo = 1 ERR).
* Cada grupo (i.e.: grupo ERR) pode escolher um chefe, um porta-voz e um controlador do tempo (cronometrista).

Será escolhido **um facilitador da equipa** para cada ERR, que irá acompanhar a equipa durante o curso. O facilitador de equipa garantirá que os participantes entendam as tarefas e tenham todos os materiais/documentos necessários para as cumprir dentro do prazo.

O facilitador pode responder às perguntas, mas em geral, deve dar uma orientação mínima durante a geração de ideias e debates.

Para cada sessão, espera-se que as ERR desenvolvam várias tarefas e demonstrem competências específicas. Para cada ERR será indicado um **avaliador da equipa** (que a acompanhará durante todo o processo de formação), para avaliar em que medida essas tarefas foram cumpridas ou foram demonstradas as competências.

# 2. Cenário e Instruções

## 

## 2.1 Contexto do país

|  |  |
| --- | --- |
| **Área** | **630,278 sq. Km** |
| **População** | **30,5 milhões** |
| **Capital** | **Cidade de Mando** |
| **Povo** | **Agawid (72%), Thowar (22%), descendentes britânicos, grupos tribais e outros (6%)** |
| **Lingua** | **Árabe, Inglês, Thowari e 102 línguas locais para cada tribo** |
| **Religião** | **Islamismo (65%), Cristianismo (20%), outras (15%)** |
| **Moeda** | **1 USD= 500 libras de Salam** |
| **Clima** | **Tropical com 2 épocas chuvosas (Maio -Junho, Agosto – Setembro)** |

**Salam** possui uma longa faixa costeira. Faz fronteira com Monogo a Leste, com Barry a Oeste, com Bamboka a Norte e com Bay Ocean a Sul. O país situa-se entre a latitude de 6 graus e 30 minutos a Norte e longitude de 0 graus e 20 minutos a Leste. A linha costeira é de 539 km, com uma área total de 238,540 km2 e uma superfície de 230,020 km2. Salam é dotado de várias bacias hidrográficas, incluindo rios. Os dois 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 nos subúrbios da cidade. A segunda maior cidade é Tomogo, que se localiza ao longo da faixa costeira.

Salam conquistou a sua independência dos britânicos em 1948.



Figura 1: Mapa de Salam

**Clima**

O clima de Salam é tropical. A região costeira é quente e moderadamente seca. O noroeste tem um clima quente e húmido, enquanto no este, o clima é quente e seco. Em Salam, existem duas estações chuvosas distintas: de Maio a Junho e de Agosto a Setembro. No norte, as estações das chuvas tendem a fundir-se. Em Janeiro e Fevereiro sopram ventos secos do nordeste. Na região costeira, a precipitação anual ronda nos 83 centímetros.

A estação das chuvas pode ser considerada um desafio para muitas pessoas. A intensa pluviosidade pode deixar muitas partes do país na escuridão devido aos constantes cortes de energia. As vilas e pequenas cidades podem ficar totalmente isoladas e inacessíveis, uma vez que o sistema de transportes também é afectado. Nos últimos 10 anos, têm sido relatadas inundações destruidoras associadas a eventos de intensa pluviosidade em Salam. Além disso, também os ciclones tropicais representam uma séria ameaça para as comunidades e a indústria de Salam. A faixa costeira de Salam situa-se perto do equador, uma região de formação de ciclones

Em 2011, numa só noite, registou-se a ocorrência de chuvas intensas na bacia do rio Puti, no sul da província, provocando inundações repentinas na zona ribeirinha. A rápida subida dos caudais dos rios danificou a ponte ferroviária do rio Bughaw, provocando o descarrilamento de um comboio de carga de 20 vagões, no momento em que atravessava a ponte. O comboio transportava 1500 toneladas de concentrado de cobre quando descarrilou, tendo cerca de 1200 toneladas da substância sido derramadas no rio Bughaw.

Apesar de chuvas intensas, algumas partes do país são vulneráveis a secas recorrentes que afectam severamente a agricultura. Além disso, a desflorestação e a erosão do solo também afectam severamente o solo, a água, e o povo de Salam.

**População**

Salam tem uma população estimada em 30 500 420 (Censo da População e Habitação de 2010) e uma densidade populacional de cerca de 102 por km2 (oscilando entre 1205 por km2 na região central e 35 por km2 nas regiões fronteiriças). A proporção homem para mulher é 1:2. Cerca de 75% do povo Salami tem idades abaixo dos 25 anos, com apenas 3 % com idade superior a 65 anos, fazendo com que seja o país com mais população jovem no mundo.

A população Salami é composta por Agawid (72%), Thowar (22%) e descendentes britânicos, grupos tribais e outros (6%). Os **Agawid** são o grupo étnico mais numeroso e poderoso em Salam, controlando efectivamente o governo, o exército e o sector económico/industrial de Salam.

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 seus membros da 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 pelo etnia Thowar. Os libertadores do povo Thowar, conhecidos como movimento armado de libertação de Thowar (Thulib), vêm ganhando o apoio do descontente povo de Thowar. O povo Thulib tem lutado por um estado independente. A maioria dos homens jovens ingressou nesse movimento armado ou fugiram 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 consiste 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 constituir um enorme 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 alargada. É normal um agregado familiar ser composto por 30 a 40 membros. A tomada de decisões sobre as grandes questões familiares cabe aos 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 deste (mãe para filhos e marido, irmã ou mãe para membros da família do 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, menos de 150 000 crianças estavam matriculadas no ensino primário, em comparação com 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 estabelecida 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 trabalharem em casa.

A comida é algo importante nas interacções sociais. Durante as visitas, geralmente serve-se chá, café ou refrigerantes ou mesmo uma refeição completa. É hábito cultural comer no mesmo prato, com a mão direita em vez 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 para mostrar respeito e condolências, e é feito pelos familiares mais próximos, na presença dos membros influentes da comunidade.

**Saúde**

A esperança de vida em Salam está estimada em 66 anos para os homens e 77 para as mulheres. A missão do Ministério da Saúde é contribuir para o desenvolvimento socioeconómico e prosperidade, promovendo a saúde e a longevidade, garantindo o acesso de todas as pessoas que vivem em Salam a serviços de saúde, população e nutrição de qualidade e promovendo o desenvolvimento da indústria local de saúde. A sua missão projecta o foco na saúde para além dos limites dos cuidados clínicos a outros determinantes socioeconómicos da saúde.

O bem-estar do povo Salami é fortemente influenciado pelas más condições ambientais em que vive, trabalha e estuda. A maior ameaça à saúde pública é a má qualidade do ar, da água e do solo, causada pela dispersão de lixo, emissão de gases nocivos pelas indústrias e veículos, e o fumo proveniente de queimadas de lixo e de incêndios florestais.

A infra-estrutura de Salam para a gestão de resíduos sólidos não acompanhou o crescimento da população. 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 da metade da população em 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 nas comunidades localizadas ao redor das áreas de mineração, nas quais substâncias como o cianeto entram no rio e poluem as águas. Portanto, devido a um 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 o paludismo seja responsável por, aproximadamente, 30-40% das consultas externas e aproximadamente 20% dos óbitos, Salam é vulnerável a doenças epidémicas e isso continua a ser um problema de saúde pública. Surtos frequentes de cólera, meningite cerebroespinal e febre amarela estão entre as principais causas de morte e deficiência física a cada ano. Outras doenças emergentes com risco de epidemia, que causam grave insegurança à saúde, incluem a SRAG (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 em zonas rurais remotas. A possibilidade de acesso a cuidados médicos de qualidade é bastante difícil para a maioria da população de Salam. O custo é outro factor agravante, que contribui para a questão da acessibilidade 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 deveriam registar-se no Conselho Nacional de Líderes e Anciãos de Salam para praticarem e abrirem um consultório, mas muitos desenvolvem as suas actividades sem que estejam registados

**Organograma do Ministério da Saúde de Salam**



**Dep. de Formação e Investigação**

**Programa Alargado de Vacinação (PAV)**

**Equipa de Resposta Rápida**

**Org. Seguro de Saúde**

**Sector Terapêutico**

Dep. de Prevenção de doenças

**Dep. Farmacêutico**

**Dep. de cuidados primários**

**Dep. de Doenças Endémicas**

**Dep. de Saúde Ambiental**

**Dep. de Controlo de Vectores**

**Centro de Doenças Transmissíveis**

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

**Informática da saúde**

**Dep. Jurídico**

**Controlo e Prevenção. das Infecções**

**Dep. de Vigilância**

**Dep. de Planeamento Familiar**

**Dept. Medicina Familiar**

**Dept. Activismo Comunitário**

Ministro da Saúde

## 2.2 Instruções

|  |
| --- |
| C1 Activação da ERR **(1h30)** |

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

|  |
| --- |
| **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, notificadas 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, brevemente, testemunhar casos semelhantes provocados por este estranho vírus na cidade de Mando, a capital de Salam”, acrescentou a fonte. |

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

***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 Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis ao nível central), activou a ERR para investigar, confirmar ou descartar os rumores, e tomar medidas iniciais 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); esse PA deve ser actualizado, à medida que o cenário avança, com base nas novas informações recebidas.

A equipa deve fornecer informações actualizadas ao Dr. Zaher através de um relatório diário da situação (SITREP).

*O que deve o grupo fazer?*

Debater em equipa e decidir sobre as primeiras acções a serem tomadas. Pode começar com a atribuição de tarefas (conforme necessário para uma ERR neste contexto específico) e definindo-as. Os resultados esperados abaixo enumerados 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) elaborado.
* 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 fornecido.

***Referências***

* Passos para a gestão de diarreia aguda. OMS <http://www.who.int/topics/cholera/publications/en/first_steps.pdf>
* Surto de doenças de origem alimentar, Guião para a 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 sobre Surtos de Doenças Transmissíveis. Resposta da Saúde Pública da Nova Jérsia

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

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

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

|  |
| --- |
| **C2 ARR do uso deliberado de agente biológico no envenenamento da água potável – contaminação química da água potável (1h)** |

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

|  |
| --- |
| O Dr. Zaher, Gestor de Incidentes (GI) do Centro de Operações de Emergência (COE) ou Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis a nível central (HCDD 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 recebe uma chamada do Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis da província de Karan (província HCDD): há rumores que se espalham na comunidade. |

***2. Instruções para os participantes, resultados dos exercícios e referências***

***Instruções***

Espera-se que as ERRs avaliem o risco, tanto do surto deliberado (ataque de bioterrorismo) como 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.

***Resultados***

* Avaliação rápida de riscos efectuada:
  1. Pergunta sobre riscos formulada.
  2. Perigo avaliado.
  3. Probabilidade de 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 Gestor de Incidentes (GI) do Centro de Operações de Emergência (COE) para os próximos passos.

***Referências***

* Prontidão para o uso deliberado de agentes biológicos – uma abordagem racional para o impensável. OMS 2002 <http://www.who.int/csr/resources/publications/deliberate/whacdscsreph200216.pdf>
* Resposta da saúde pública à arma biológica e química. Guião da OMS <http://www.who.int/csr/delibepidemics/chapter4.pdf>
* Avaliação Rápida de Riscos de Saúde Pública Aguda, OMS

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

* Orientações operacionais sobre a metodologia de avaliação rápida dos 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 da OMS de Avaliação dos Riscos para a Saúde Humana: Perigos Químicos.

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

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

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

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

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

***Instruções***

No Hospital Geral de Karan, irá entrevistar:

* O **Director do Hospital,** para apresentar a equipa e explicar os objectivos da missão, a fim de garantir a sua cooperação.
* O **Médico,** para obter dados sobre os casos internados e também analisar as fichas médicas e os registos do hospital.

As ERR devem elaborar uma definição de caso para o seu trabalho e procurar outros casos, para determinar a verdadeira dimensão geográfica do problema e a população por ele afectada.

As ERR devem intensificar o sistema de vigilância e proceder a uma busca activa, de modo a detectar mais casos.

***Resultados:***

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

***Referências:***

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

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

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

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

|  |
| --- |
| Agora, a ERR vai entrevistar a doente (Sr.ª Laila Samy) para recolher mais informação sobre a sua situação e também para fazer a colheita da amostra laboratorial apropriada. |

Preparar a entrevista à doente. Conversar e decidir sobre os seguintes aspectos:

* Como é que a ERR vai abordar a doente e/ou seus familiares sobre a colheita da amostra? O que é que vai explicar e como?
* Qual é o EPP apropriado que deve colocar, antes de entrar na sala da doente?
* Quais são os diferentes tipos de amostras que podem ser colhidas durante esta investigação no terreno sobre o surto de diarreia aguda causada por um agente patogénico desconhecido?
* De quem devem ser colhidas amostras? Deverão ser feitos testes (i) a indivíduos que não correspondam à definição de caso ou (ii) a contactos saudáveis de indivíduos doentes? Se a resposta for sim, porquê? Quantos indivíduos devem testar e porquê? Quantas amostras devem ser colhidas de cada indivíduo e porquê?

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

***Instruções***

Antes de entrar na sala do doente, é preciso preparar todos os formulários e materiais necessários. Ao entrar na sala da doente, certifique-se de que aplica as medidas de PCI apropriadas e, mais importante ainda, está atento à ansiedade da doente e à necessidade de um tratamento respeitoso e digno. Em seguida, poderá entrevistar a doente para obter mais dados e para colher a amostra apropriada.

***Resultados***

* Relacionamento com a doente: respeitar a cultura, situação e receios da doente
* Registo da informação pessoal, história, situação clínica, exposição e possíveis contactos.
* Assegurar informação adicional da doente que possa ser relevante (exposição, perigos ambientais, eventos recentes, etc.).
* Material apropriado selecionado para a colheita de amostras e devidamente descartado depois da sua utilização.
* Selecção e práticas correctas de colocação e remoção do EPP observadas; tratamento apropriado depois da utilização.
* Precauções de higiene básica e medidas adicionais de PCI aplicadas, como necessário.
* Resultados comunicados ao Gestor de Incidentes/Médico responsável do Centro de Operações de Emergência (COE) para os passos subsequentes (SITREP).

***Referências***

* Métodos laboratoriais para o diagnóstico da 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 Vibrio Cholerae. Centros de Controlo e Prevenção de Doenças:

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

Capítulo 5 Exame de Comida e Amostras 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 de Cólera:

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| Tem havido pouca partilha de informação com as comunidades afectadas, uma vez que tanto os líderes comunitários, como os oficiais têm pouca informação para partilhar. Os rumores começaram a espalhar-se e a ERR deve abordar essas preocupações, de modo a conquistar a confiança da comunidade.  Como primeiro passo, a ERR deve encontrar-se com o líder comunitário. A equipa irá de seguida identificar os principais informadores/ou influenciadores, escutar as preocupações da comunidade e elaborar mensagens baseadas em conhecimentos técnicos e informação recolhida sobre a comunidade. Usando termos claros, práticos e compreensíveis, estas mensagens devem informar indivíduos, famílias e comunidades sobre as formas através das quais podem minimizar o risco de contrair a doença e ajudar a cuidar das suas famílias e membros da comunidade de uma forma segura e humana.  A ERR deve também encontrar o melhor órgão de comunicação social disponível para partilhar estas mensagens, baseando-se nas infraestruturas e características principais da comunidade, notando diferenças subtis entre os membros da comunidade (e.g., decisores, membros da comunidade, prestadores de cuidados de saúde, incluindo médicos tradicionais alternativos).  A confiança deve ser rapidamente conquistada, para que a comunidade se torne parte da solução. |

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

***Instruções***

Antes de visitar a comunidade, a ERR deve rever algumas partes relevantes do contexto de Salam, incluindo elementos-chave da dimensão social, práticas sociais, relações de parentesco, modo de comunicação e tabus do povo Salami, para melhor entender as dinâmicas comunitárias.

Depois de chegar à comunidade, a ERR irá reunir-se com o líder comunitário como uma visita de cortesia e pedir para efectuar visitas em diferentes áreas da comunidade para interagir com as pessoas. É importante notar que os membros da comunidade não falam a mesma língua que a ERR.

A ERR irá em seguida tentar recolher informação acerca das estruturas comunitárias e familiares na área particular, onde foram registados os casos. A ERR deve começar por escutar o líder da comunidade. Em seguida, a ERR irá:

* Observar (ou, neste caso, fazer perguntas) a comunidade sobre onde a comunidade de reúne, onde vai buscar água, como as pessoas interagem, suas estruturas familiares, fontes de rendimento, práticas de cuidados às pessoas doentes, etc.
* Interrogar os membros da comunidade sobre as suas preocupações e os rumores que se espalham e as suas opiniões sobre as causas da doença e o que teria evitado que outros contraíssem a doença. Perguntar se já houve um evento anterior como este. Perguntar sobre que práticas poderiam ajudar a alastrar ou a conter o surto.
* Garantir que a comunidade fale também do que foi feito no passado e como isso pode ser útil. Perguntar sobre as possíveis soluções para este surto. Usar esta oportunidade para pedir informação que poderá ajudar na divulgação de informação e.g., o canal de comunicação mais comum para fazer chegar a informação às pessoas em diferentes partes da comunidade; os diferentes tipos de grupos comunitários e.g., decisores, prestadores locais de saúde e diferentes grupos étnicos.

A ERR fará uma revisão de ferramentas para a criação de diálogo comunitário (vide Anexo 1 abaixo). Identificar os problemas (rumores, problemas da comunidade relacionados com o surto), práticas comunitárias que possam ou não ajudar a resolver estes problemas. Em seguida, identificar actividades para resolver os problemas e a ferramenta apropriada a usar para encorajar a participação da comunidade (usando o Anexo 2 abaixo).

***Resultados***

* Uma lista das precauções de higiene básica e medidas de PCI a aplicar na visita a uma comunidade.
* Registo de questões relevantes (rumores, problemas da comunidade relacionados com o surto).
* Identificação de práticas comunitárias e actividades que possam ajudar a resolver estes problemas.
* Determinação da ferramenta apropriada a usar para encorajar a participação da comunidade.

***Referências***

* Comunicação eficaz através dos média 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 na resposta aos surtos

<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!”: gritos de resistência contra as campanhas de controlo de cólera. Ciências Sociais & Medicina (1982), 43(6), pp.1007–1024.
* Unindo a comunidade para planificar contra os 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>

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

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

|  |
| --- |
| Depois de identificar e listar alguns potenciais casos na comunidade durante a entrevista com os doentes hospitalizados, a ERR irá activamente começar a identificar casos e a empreender actividades de monitorização dos contactos na comunidade. Além disso, a equipa tem que envolver a comunidade de modo a limitar a propagação da doença. |

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

***Instruções***

A ERR fará entrevistas com:

**1. Sr.ª Fatma (sogra da Laila)**

A equipa agendou uma visita à Sr.ª Fatma, a sogra da Laila. O seu endereço foi fornecido pela Laila, a doente internada no hospital que informou que a Sr.ª Fatma também sofria de sintomas semelhantes. A ERR chegou à casa da Sr.ª Fatma.

* Que equipamento de protecção (EPP) deve a equipa usar, se necessário? Como é que irão proteger-se sem, ao mesmo tempo, alienar a comunidade?
* Ao iniciar o diálogo com a Sra. Fatma, começar por cumprimentá-la, explicar o objectivo da visita e examinar a sua situação. Perguntar sobre as medidas que ela tem tomado e dar conselhos acerca das medidas que podem ou não prevenir a propagação da infecção.
* A filha da Sr.ª Fatma é que está a prestar cuidados à mãe. Que tipo de conselhos lhe devem ser dados?

**2. Vizinhos (barreira de língua)**

Depois de agendar visitas aos vizinhos como parte das vossas actividades de busca activa de casos, descobrem que eles falam um dialecto que a equipa não conhece. O que deverão fazer?

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

Muitos surtos de doenças podem ser rapidamente controlados, se o público souber como limitar a sua propagação e se a ERR compreender mais sobre a comunidade. A educação sobre saúde é crucial para garantir a participação da comunidade, mas só terá o seu impacto se a ERR compreender melhor a comunidade. O líder comunitário pediu à equipa que conduzisse algumas sessões de educação sanitária para aconselhar as pessoas sobre:

* O modo de se protegerem ao cuidarem de um doente,
* O modo de se protegerem durante o enterro de um doente falecido, e
* O que fazer quando têm sintomas.

***Resultados***

* Busca activa de casos levada a cabo na comunidade.
* Listagem de mensagens-chave de uma campanha de educação para a saúde (e.g., promover práticas e higiene sanitária como parte da rotina diária e não como medidas extraordinárias durante um surto de doenças).
* Lista de recomendações para os procedimentos fúnebres
* Identificação das melhores formas de divulgação de mensagens junto da comunidade.

***Referências***

* Passos na gestão da diarreia aguda no terreno. OMS <http://www.who.int/topics/cholera/publications/en/first_steps.pdf>
* Surto de doenças de origem alimentar, Orientações para a 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 a comunicação comportamental e social na resposta aos surtos

<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!”: gritos de resistência contra as campanhas de controlo de cólera. Ciências Sociais & Medicina (1982), 43(6), pp.1007–1024.

|  |
| --- |
| C7 Relatório de Investigação **(2h00)** |

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

|  |
| --- |
| A ERR é informada pelo GI do COE de que os resultados laboratoriais das amostras da Sr.ª Laila Samy e outros acusaram positivo para a cólera. Novos casos foram identificados através das actividades de vigilância e busca activa de casos. De modo a determinar a verdadeira extensão geográfica e a população afectada, a equipa deve conduzir uma análise epidemiológica descritiva baseada nos dados recolhidos.  Além disso, a ERR recebeu um fax de um oficial do Ministério do Ambiente informando que a amostra de água do rio Bughaw apresentava uma quantidade de cádmio abaixo do nível de envenenamento e que as manifestações gastrointestinais dos moradores da aldeia de Guntana não estavam relacionadas com o cádmio.  Com base nestas novas informações, deverá ser redigido um relatório de investigação e implementadas as medidas de controlo necessárias para travar esta epidemia.  A equipa apresentará o seu relatório de investigação ao GI do COE em 8-10 minutos durante uma reunião. |

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

***Instruções***

Cada ERR deve redigir um relatório de investigação contendo todas as constatações, conclusões, tabelas de dados e gráficos (formato PPT, 8 diapositivos no máximo).

Cada ERR irá apresentar o relatório-síntese em sessão plenária (apresentação em 8 a 10 minutos).

***Resultados***

* Um relatório de investigação completo que integre os resultados e conclusões das várias fases da investigação de forma sistemática, incluindo toda a informação necessária e que aborde os seguintes pontos:
* Medidas de controlo da cólera, incluindo intervenções técnicas e orientadas para a comunidade.
* A necessidade de estabelecer um centro de tratamento de cólera, sua estrutura e cálculos dos produtos médicos necessários, bem como a criação de 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 de forma apropriada.
* Realçar as medidas do RSI em relação às restrições ao comércio internacional e movimentos populacionais devidos ao surto de cólera.
* Plano para testar hipóteses.
* Uma apresentação em PowerPoint do relatório da investigação, com uma duração de 8 a 10 minutos.

|  |
| --- |
| Conclusão |

A cólera continua uma ameaça global em muitos países em desenvolvimento. O acesso à água potável e saneamento adequado é uma das medidas mais eficazes de prevenir surtos de cólera.

Em Salam, o Ministério da Saúde intensificou o seus esforços de resposta para tratar e evitar que a propagação da doença continuasse. Os doentes estão sendo tratados adequadamente com sais de reidratação oral, infusões e antibióticos.

As intervenções para controlar a epidemia incluem o reforço da vigilância na comunidade para a detecção de casos, fornecimento de água potável segura, melhoria do saneamento, desinfectando as fossas sépticas e fazendo o tratamento adequado de lixo. Como parte dos esforços de contenção, o ministério apoiou campanhas alargadas de comunicação para encorajar as famílias a purificarem a água, prepararem os alimentos cuidadosamente e lavarem as mãos.

O sucesso não poderia ter sido alcançado sem os vossos esforços, enquanto ERR.

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

|  |
| --- |
| **Exoneração de responsabilidade**  **Plataforma da OMS para a Aprendizagem sobre Segurança Sanitária – Materiais de Formação**  Estes Materiais de Formação da OMS são propriedade da © Organização Mundial da Saúde (WHO) 2018. Todos os direitos reservados.  A sua utilização destes materiais está sujeita aos “Termos de Utilização dos Materiais  de Formação da Plataforma da OMS para a Aprendizagem sobre Segurança Sanitária”, que aceitou ao descarregá-los e que estão disponíveis na Plataforma da OMS para a Aprendizagem sobre Segurança Sanitária em: <https://extranet.who.int/hslp>  Caso adapte, modifique, traduza ou de alguma forma altere o conteúdo destes materiais, não poderá sugerir que a OMS de algum modo aprova essas modificações, como não poderá usar o nome ou o símbolo da OMS nos materiais modificados.  Solicita-se ainda que informe a OMS de quaisquer alterações que tenha efectuado para utilização pública destes materiais, para fins de manutenção de registos e desenvolvimento contínuo, através do endereço electrónico [ihrhrt@who.int](mailto:ihrhrt@who.int) |