



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 160/2026/SVSA/SAES/MS

1. ASSUNTO

Trata-se de Nota Técnica contendo definição de caso, orientações para o manejo de casos suspeitos e contactantes identificados nos pontos de entrada ou serviços de saúde, bem como orientações para investigação epidemiológica e laboratorial de casos suspeitos de doença pelo vírus Bundibugyo (DVB), no contexto da Emergência de Saúde Pública Internacional relacionada à DVB na República Democrática do Congo e Uganda.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Em maio de 2026, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre um surto de doença desconhecida com elevada letalidade na zona de saúde de Mongbwalu, província de Ituri, na República Democrática do Congo (RDC), incluindo ocorrência de óbitos entre profissionais de saúde. Em 15 de maio de 2026, o Instituto Nacional de Pesquisa Biomédica de Kinshasa confirmou a circulação do vírus Bundibugyo em amostras analisadas, sendo declarado oficialmente o 17º surto de doença pelo vírus Ebola no país.

Até 31 de maio de 2026, foram confirmados 282 casos de DVB e 42 óbitos entre os casos confirmados na República Democrática do Congo, distribuídos em três províncias: Ituri, Kivu do Norte e Kivu do Sul. Em 15 de maio de 2026, Uganda confirmou o primeiro caso importado proveniente da RDC em um homem que evoluiu para óbito em Kampala. Até 31 de maio de 2026, foram identificados nove casos confirmados no país, todos importados ou relacionados à importação. Até o momento, não há evidências de transmissão comunitária na Uganda.

Em 17 de maio de 2026, a OMS declarou que o evento constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), conforme o Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005). A avaliação da OMS considera que o risco desse evento é muito alto a nível nacional na República Democrática do Congo, alto na região africana e baixo a nível global.

Nesse contexto, o Brasil ativou o [Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais](#), passando da fase de normalidade para a fase de mobilização.

3. HISTÓRICO

O vírus Bundibugyo é uma espécie do vírus Ebola identificada pela primeira vez em 2007, em Uganda. Embora seja menos frequente que as espécies Zaire e Sudan, também é capaz de causar surtos graves com elevadas taxas de letalidade.

Esse é o 3º surto registrado pela espécie. O primeiro surto ocorreu em 2007, no distrito de Bundibugyo, em Uganda, com 149 casos confirmados e 37 óbitos. O segundo foi registrado em 2012, na Província Oriental (atual Ituri), na República Democrática do Congo, totalizando 38 casos e 13 óbitos.

4. INFORMAÇÕES SOBRE O VÍRUS BUNDIBUGYO

A espécie Bundibugyo (*Orthoebolavirus bundibugyoense*) do vírus Ebola (gênero *Orthoebolavirus*) causa uma doença grave com letalidade observada de 30% a 50% em surtos anteriores. A transmissão ocorre por contato direto com sangue, secreções ou fluidos corporais de pessoas ou animais infectados, bem como por superfícies contaminadas (fômites). O período de incubação varia entre 2 e 21 dias, sendo que, em geral, a transmissibilidade ocorre após o surgimento dos sintomas. Os sintomas iniciais são inespecíficos e incluem febre, fadiga, dores musculares, dor de cabeça e dor de garganta. Com a progressão da doença, podem surgir manifestações gastrointestinais, disfunção orgânica e, em alguns casos, manifestações hemorrágicas. Até o momento, não existem vacinas autorizadas ou tratamento específico para o vírus Bundibugyo.

5. DEFINIÇÃO DE CASO

Consideram-se as seguintes definições de caso:

- **Caso suspeito:** indivíduo que, nos últimos 21 dias antes do início dos sintomas, tenha permanecido, residido ou viajado para local com transmissão ativa da doença causada pelo vírus Bundibugyo, reconhecido pela OMS, ou tenha histórico de viagem proveniente de país com circulação do vírus, quando não for possível determinar com segurança os locais visitados durante a estadia, e que apresente febre e/ou calafrios, podendo estar acompanhados de diarreia, vômitos ou manifestações hemorrágicas, como diarreia sanguinolenta, gengivorragia, enterorragia, sinais purpúricos ou hematúria.
- **Caso confirmado:** caso suspeito com resultado laboratorial positivo para vírus Bundibugyo, por Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) ou sequenciamento genético viral realizado em laboratórios de referência definidos pelo Ministério da Saúde.
- **Caso descartado:** caso suspeito com resultado laboratorial negativo para vírus Bundibugyo realizado em Laboratório de Referência definido pelo Ministério da Saúde. Quando a coleta da primeira amostra ocorrer antes de 72 horas do início dos sintomas, deverá ser realizada uma segunda coleta após esse período, sendo necessário resultado negativo em ambas as amostras para o descarte do caso.
- **Contactante ou Comunicante:** indivíduos assintomáticos que tiveram contato direto ou indireto com caso suspeito ou confirmado de DVB durante o período sintomático da doença, inclusive após óbito. **Contato direto** refere-se ao contato com fluidos ou secreções corporais do caso. **Contato indireto** refere-se à permanência no mesmo ambiente e/ou ao contato com objetos ou superfícies compartilhados com o caso, sem comprovação de exposição aos seus fluidos corporais, incluindo profissionais de saúde que realizaram assistência ao paciente sem relato de exposição direta.

Em caso de exposição durante o voo, consideram-se contactantes os passageiros sentados na mesma fileira do caso suspeito, bem como aqueles alocados na fileira imediatamente à frente e na fileira imediatamente atrás.

6. NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS

O Ebola é uma doença de notificação compulsória imediata nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal). A notificação de todo caso suspeito ou confirmado deve ser realizada pelo profissional de saúde ou pelo serviço que prestar o primeiro atendimento ao paciente, pelo meio mais rápido disponível, de forma imediata (em até 24 horas após a suspeita inicial) às autoridades de saúde das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e aos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) estaduais e nacional.

Os meios de notificação imediata para o Ministério da Saúde são:

- Ficha de Notificação Imediata de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=LEP79JHW97>. A notificação deverá ser realizada da seguinte maneira:
 - Campo 'Descrição do evento': Doença, agravo ou evento de notificação imediata nacional
 - Campo 'Doença, agravo ou evento a ser notificado': Ebola
- E-mail: notifica@saude.gov.br
- Telefone: (61) 99662-9080 ou 0800 644 6645
- [Ficha de notificação individual](#) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizando o Código Internacional de Doenças (CID) A98.4.

A notificação oportuna acionará as autoridades sanitárias responsáveis pela vigilância e investigação epidemiológica e laboratorial dos casos humanos e implementação das medidas adequadas de prevenção e controle.

7. MANEJO DE CASO SUSPEITO EM PORTOS, AEROPORTOS, FRONTEIRAS

O manejo de caso suspeito de DVB em pontos de entrada (portos, aeroportos e fronteiras) deve seguir os protocolos e procedimentos definidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em acordo com as orientações dos organismos internacionais, conforme descrito na [Nota Técnica nº 26/2026/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA](#).

8. MANEJO INICIAL DE CASO SUSPEITO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde, públicos ou privados, que atuam como porta de entrada assistencial, tais como Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), prontos-socorros, policlínicas ou similares, poderão ser procurados por pessoas que atendam os critérios de definição de caso suspeito ou confirmado de DVB. As principais ações a serem adotadas incluem:

- Reconhecer oportunamente sinais e sintomas compatíveis com DVB, como febre alta, fraqueza intensa, vômitos, diarreia e manifestações hemorrágicas em pessoas com histórico de viagem recente para áreas com circulação do vírus Bundibugyo ou contato com casos suspeitos ou confirmados da doença;
- Realizar imediatamente o isolamento do paciente, preferencialmente em quarto privativo com controle de acesso e circulação restrita;
- Definir a equipe que atenderá o paciente, restrita a um número mínimo de profissionais;
- Paramentar a equipe de assistência de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado;
- Realizar entrevista com caso suspeito (Anexos 1 ou 2 ou 3);
- Realizar notificação imediata do caso suspeito às autoridades de vigilância epidemiológica;
- Identificar e registrar nome completo, tipo de exposição e telefone de todos os indivíduos que atendam à definição de contactante ou comunicante, incluindo familiares, equipe de transporte, profissionais da recepção, dentre outros, e encaminhar a listagem ao CIEVS para monitoramento por 21 dias;
- Comunicar equipe do SAMU ou do Corpo de Bombeiros, de acordo com plano local de contingência, para realizar o transporte do paciente até a unidade de referência estadual ou nacional, de acordo com avaliação das condições clínicas do paciente atendendo rigorosamente as normas de biossegurança;
- A limpeza terminal do ambiente deverá ser feita imediatamente após a saída do caso suspeito; os trabalhadores responsáveis por esta deverão usar os mesmos EPIs da equipe de atendimento e deverá ser realizada desinfecção rigorosa de superfícies e materiais;
- A equipe de assistência deverá garantir que o caso suspeito utilize banheiro privativo;
- Deve-se evitar qualquer contato, procedimento ou manipulação que não seja absolutamente essencial nesse momento, especialmente coleta de amostras biológicas, bem como limitar o número de profissionais em contato com o paciente;
- A realização dos exames laboratoriais ocorrerá nos hospitais de referência;
- Todos os resíduos gerados pelo atendimento, incluindo EPIs, devem ser descartados em sacos de lixo infectante.

9. MANEJO DE CASO SUSPEITO EM HOSPITAIS NACIONAIS DE REFERÊNCIA

Conforme o [Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais](#), todos os casos suspeitos de DVB serão encaminhados para os Hospitais de Referência Nacional (Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fiocruz, Rio de Janeiro e Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo-SP) tão logo seja possível seu transporte.

As equipes dos Hospitais de Referência, incluindo as respectivas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, deverão definir condições, fluxos, procedimentos e os responsáveis pelo atendimento dos casos suspeitos de DVB.

Deve-se garantir o treinamento contínuo das equipes envolvidas na assistência, vigilância e resposta, incluindo realização periódica de simulações de atendimento, capacitações em biossegurança e uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPIs), além da atualização permanente dos protocolos clínicos e fluxos operacionais relacionados às febres hemorrágicas virais.

Deve ser elaborada listagem contendo nome completo, tipo de exposição e telefone de todos os contactantes ou comunicantes identificados, incluindo familiares, equipe de transporte, profissionais da recepção, assistência e demais pessoas potencialmente expostas. A relação deverá ser encaminhada ao CIEVS e à vigilância epidemiológica hospitalar para realização do monitoramento por 21 dias após a última exposição

Caberá aos hospitais de referência:

- Restringir a circulação de pessoas;
- Limitar o número de profissionais em contato com o paciente;
- Realizar desinfecção rigorosa de superfícies e materiais;

- Realizar o gerenciamento adequado dos resíduos biológicos;
- Resíduos contaminados ou com suspeita de contaminação pelo vírus Bundibugyo são classificados como Grupo A1 e associados a agentes biológicos de Classe de Risco 4, devendo seguir protocolos rigorosos de acondicionamento, transporte e destinação final;
- Os resíduos devem ser descartados em sacos vermelhos resistentes e impermeáveis, substituídos quando atingirem 2/3 da capacidade ou em até 24 horas;
- Materiais perfurocortantes devem ser descartados em recipientes rígidos específicos;
- O tratamento final recomendado é a incineração.

10. MEDIDAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Aos profissionais envolvidos na assistência direta ou indireta a pacientes com suspeita ou confirmação de DVB, incluindo aqueles envolvidos na remoção e transporte, orienta-se cumprimento rigoroso de todas as medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar conforme normativas vigentes da ANVISA.

Deve-se garantir o treinamento contínuo das equipes envolvidas na assistência, vigilância e resposta, incluindo realização periódica de simulações de atendimento, capacitações em biossegurança e uso adequado de EPIs, além da atualização permanente dos protocolos clínicos e fluxos operacionais relacionados às febres hemorrágicas virais.

Deve-se manter o registro de todos os profissionais que prestarem assistência direta ou acessarem quartos e áreas assistenciais de pacientes com suspeita ou diagnóstico de febre hemorrágica viral.

Os profissionais de saúde envolvidos na assistência e profissionais da limpeza da área onde o caso suspeito estiver isolado/atendido deverão utilizar os seguintes EPIs: (1) proteção para calçados; (2) capote cirúrgico de mangas longas ou macacão impermeável; (3) máscara respiratória de alta eficiência (N95 ou PFF2); (4) gorro cirúrgico; (5) óculos de proteção ou protetor facial completo; e (6) luvas duplas.

O processo de paramentação e desparamentação deverá ser realizado de forma supervisionada, tendo o observador o objetivo de verificar se não há áreas de pele ou mucosas descobertas durante a paramentação e se não houve contato entre a parte externa dos EPIs e pele ou muco as durante a desparamentação.

11. TRANSPORTE TERRESTRE DE PACIENTE PARA HOSPITAL DE REFERÊNCIA NACIONAL

Os vírus Ebola é classificado como Agente Biológico Classe de Risco 4 (CR-4) exigindo rigorosas medidas de contenção e biossegurança. Os gestores do SAMU 192 devem definir previamente a(s) unidade(s) móvel(is) de referência para realização dessas transferências sem prejuízo da manutenção da cobertura assistencial regular da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

O acionamento para o transporte de urgência deverá ocorrer por meio da Central de Regulação das Urgências (CRU) SAMU 192. A transferência deverá observar os fluxos assistenciais previamente pactuados entre os componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para os casos de FHV.

As equipes avançadas de transporte terrestre do SAMU 192, ou bombeiros, designadas para essas operações deverão possuir treinamento específico e atualizado em biossegurança aplicada a agentes biológicos de alta consequência, prevenção e controle de infecções, utilização correta dos EPII, técnicas de paramentação e desparamentação, limpeza e descontaminação de veículos e equipamentos, gerenciamento de resíduos, manejo clínico inicial de pacientes com Febres Hemorrágicas Virais e reconhecimento de exposições ocupacionais.

Considerando as recomendações de biossegurança aplicáveis ao transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de Febres Hemorrágicas Virais, recomenda-se a adoção de segregação operacional de áreas para organização da resposta assistencial, dentro e fora da unidade móvel, compreendendo:

- **Área limpa:** corresponde, preferencialmente, à cabine do condutor e aos locais destinados ao armazenamento de materiais não contaminados, devendo permanecer restrita a profissionais que não estejam envolvidos diretamente na assistência ao paciente;
- **Área de transição:** corresponde ao espaço de apoio operacional localizado, preferencialmente, fora da unidade móvel, destinado à paramentação, desparamentação, supervisão dos procedimentos de biossegurança, gerenciamento de resíduos e organização dos fluxos de entrada e saída de profissionais e materiais;
- **Área potencialmente contaminada:** corresponde ao compartimento assistencial da unidade móvel, onde permanece o paciente e atuam os profissionais diretamente envolvidos na assistência durante o transporte, bem como os equipamentos e materiais utilizados na operação.

Sempre que operacionalmente possível, deverá ser mantida separação física entre o compartimento assistencial e a cabine do condutor, reduzindo o risco de contaminação cruzada e exposição ocupacional.

Antes da remoção, a unidade móvel deverá ser preparada para minimizar o risco de contaminação ambiental, devendo ser removidos ou protegidos todos os equipamentos, materiais e insumos não essenciais à assistência durante o transporte. Os materiais indispensáveis à assistência devem ser previamente organizados de forma a reduzir a manipulação desnecessária de compartimentos e equipamentos durante o deslocamento.

Os equipamentos de comunicação incluindo rádios HT, dispositivos *Push-To-Talk* (PTT), microfones, headsets, tablets, computadores embarcados e telefones móveis, deverão integrar os protocolos institucionais de limpeza, desinfecção e descontaminação, recomendando-se, sempre que possível, a utilização de barreiras protetoras descartáveis.

Os profissionais envolvidos na assistência direta deverão utilizar EPI compatíveis com exposição a agentes biológicos Classe de Risco 4 (CR-4). O conjunto mínimo de proteção deverá contemplar: (1) respirador particulado PFF2/N95 ou superior; (2) óculos de proteção com vedação lateral ou proteção ocular equivalente contra respingos de sangue e fluidos corporais; (3) protetor facial integral (*face shield*); (4) gorro de proteção; (5) macacão impermeável de proteção biológica de corpo inteiro, preferencialmente com capuz integrado, fechamento protegido, costuras seladas e barreira comprovada contra penetração de líquidos e fluidos corporais; (6) avental impermeável complementar, quando indicado pela avaliação de risco; (7) dupla proteção das mãos por meio de luvas compatíveis com o risco biológico; (8) botas impermeáveis de cano alto, resistentes à penetração de líquidos, passíveis de limpeza, desinfecção e descontaminação; (9) cobertura impermeável complementar para calçados ou botas, quando prevista nos protocolos institucionais ou indicada pela avaliação de risco.

A paramentação e a desparamentação deverão ocorrer em áreas previamente definidas, seguindo protocolo institucional padronizado e, preferencialmente, sob supervisão de observador treinado. A retirada dos Equipamentos de Proteção Individual deverá ocorrer de forma sequencial, controlada e segura, considerando que a desparamentação inadequada constitui uma das principais causas de exposição ocupacional.

O paciente deverá permanecer em isolamento durante todas as etapas da assistência e transporte, devendo ser adotadas sistemas de isolamento individual para transporte de pacientes de alto risco biológico - macas de isolamento biológico (maca bolha). A utilização desses dispositivos não substitui o uso adequado dos EPI nem as demais medidas de biossegurança recomendadas.

Qualquer exposição ocupacional envolvendo sangue, secreções, fluidos corporais, materiais potencialmente contaminados ou falhas nos Equipamentos de Proteção Individual deverá ser imediatamente comunicada ao responsável técnico da operação, ao serviço de saúde ocupacional e ao CIEVS competente, para avaliação de risco, adoção das medidas cabíveis e monitoramento por 21 dias após a última exposição.

A transição do cuidado deverá ocorrer mediante passagem estruturada das informações clínicas, assistenciais e epidemiológicas relevantes, contemplando histórico do caso, medidas realizadas, intercorrências observadas, riscos identificados e demais informações necessárias à continuidade da assistência.

Após a conclusão da transferência, a unidade móvel deverá ser retirada temporariamente de operação até a conclusão dos procedimentos de limpeza, desinfecção e descontaminação do veículo, dos equipamentos assistenciais, dos equipamentos de comunicação, das superfícies de contato frequente e dos compartimentos utilizados durante a operação, observando os protocolos e as recomendações aplicáveis ao manejo de agentes biológicos de alta consequência.

Os resíduos gerados durante a assistência e transporte, bem como os Equipamentos de Proteção Individual descartáveis utilizados na operação, deverão ser gerenciados de acordo com os Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, observando a RDC Anvisa nº 222/2018, a RDC Anvisa nº 661/2022.

A Central de Regulação das Urgências deverá manter comunicação permanente com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) estadual e nacional durante todas as etapas da remoção, permitindo atualização contínua das informações epidemiológicas, apoio à tomada de decisão e adequada articulação entre assistência e vigilância em saúde.

Em situações de elevada complexidade operacional, ocorrência de múltiplos casos suspeitos ou confirmados, necessidade de evacuação sanitária especializada ou apoio complementar aos estados e municípios, poderá ser acionada a Força Nacional do SUS, observadas as normativas vigentes do Ministério da Saúde e os fluxos estabelecidos para resposta às Emergências em Saúde Pública.

12. TRANSPORTE AÉREO DE PACIENTE PARA HOSPITAL DE REFERÊNCIA NACIONAL

O transporte aeromédico de casos suspeitos ou confirmados de doença causada pelo vírus Bundibugyo para Hospital de Referência Nacional será realizado pela Força Aérea Brasileira (FAB), após avaliação clínica conjunta da equipe assistencial responsável pelo paciente e da equipe médica da FAB, considerando as condições clínicas e a estabilidade do paciente para remoção.

O transporte deverá ocorrer sob rigorosas medidas de biossegurança, utilizando sistema de isolamento para transporte aeromédico de pacientes com alto risco biológico, do tipo cápsula de isolamento com pressão negativa (*Air Transport Isolator* – ATI ou equipamento equivalente), garantindo a proteção da equipe, da aeronave e do ambiente. Toda a operação deverá seguir os protocolos vigentes do Ministério da Saúde, da ANVISA e da FAB para transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de febres hemorrágicas virais. Após a notificação da suspeita ao CIEVS Nacional, este ativará o fluxo de transporte aéreo.

13. MANEJO DE CADÁVERES

Os corpos de pessoas falecidas com suspeita ou confirmação de Doença pelo Vírus Bundibugyo (DVB) devem ser considerados potencialmente infectantes e manejados de acordo com rigorosas medidas de biossegurança. O preparo do corpo para o sepultamento deve ser realizado no hospital de referência responsável pelo atendimento do caso e, excepcionalmente, em outro serviço de saúde previamente orientado quanto às medidas de biossegurança. Todos os procedimentos devem ocorrer no próprio quarto de isolamento, evitando-se a transferência para necrotérios ou morgues.

A manipulação do corpo deve ser restrita ao mínimo necessário e realizada exclusivamente por profissionais treinados e devidamente paramentados com os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) recomendados. Não devem ser realizados procedimentos que aumentem o risco de exposição a fluidos corporais, incluindo lavagem do corpo, embalsamamento, tanatopraxia, maquiagem, vestimenta para exibição ou qualquer outra técnica de preparação estética.

Após os procedimentos necessários, o corpo deve ser acondicionado em dois sacos impermeáveis para transporte de cadáveres, resistentes a vazamentos e com fechamento por zíper. A superfície externa de cada saco deve ser desinfetada com solução de hipoclorito de sódio conforme protocolo vigente. Em seguida, o corpo deve ser colocado em caixão fechado, cuja superfície externa deverá ser igualmente desinfetada. Antes da remoção do local de preparo, deve-se garantir que a parte externa do caixão esteja livre de contaminação. Após essa etapa, o transporte e o manejo externo do caixão poderão ser realizados por equipe sem utilização de EPI específico para risco biológico.

Após a remoção do corpo, os ambientes, as superfícies e os equipamentos utilizados devem ser submetidos à limpeza e desinfecção adequadas, e os resíduos gerados devem ser tratados como resíduos infectantes.

O transporte do corpo deve ocorrer em veículo apropriado, observando-se os protocolos de biossegurança estabelecidos. O caixão não deverá ser aberto em nenhuma hipótese após seu fechamento.

Poderão ser realizados funeral e rituais de despedida, desde que não haja contato direto com o corpo, com os sacos de acondicionamento ou com o interior do caixão. Os familiares devem ser orientados quanto aos riscos envolvidos e às medidas de prevenção adotadas. O sepultamento poderá ocorrer em cova comum, não sendo necessária a adoção de medidas especiais em relação ao local de sepultamento.

14. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS SUSPEITOS E CONTACTANTES OU COMUNICANTES

A investigação epidemiológica deve ser iniciada imediatamente após a identificação de um caso suspeito, incluindo histórico de viagem, possíveis exposições e identificação de contactantes ou comunicantes.

A detecção precoce de casos suspeitos e contactantes é fundamental para o desencadeamento oportuno das ações de vigilância, assistência e resposta, visando interromper a cadeia de transmissão na eventual introdução da doença causada pelo vírus Bundibugyo no país. Nesse contexto, os profissionais da assistência, vigilância em saúde e os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), no âmbito da RENAVEH, possuem papel estratégico na identificação, notificação imediata e monitoramento dos casos suspeitos, devendo atuar de forma articulada com as equipes assistenciais, Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), serviços laboratoriais e gestão hospitalar.

O monitoramento deverá ser realizado por meio da plataforma Go.Data, contemplando o registro, rastreamento e acompanhamento diário dos contatos, sob coordenação do CIEVS.

Os contactantes devem ser orientados quanto aos sinais e sintomas da doença e, enquanto assintomáticos, não necessitam permanecer em quarentena, podendo manter suas atividades habituais. Todos os contactantes/comunicantes de casos suspeitos, prováveis ou confirmados devem ser identificados e monitorados por 21 dias após a última exposição.

Os NHE e CCIH devem manter comunicação ativa com a vigilância epidemiológica local e a Rede CIEVS diante da identificação de casos suspeitos, exposições ocupacionais, eventos inusitados ou óbitos suspeitos relacionados às febres hemorrágicas virais e podem colaborar no monitoramento de contatos entre profissionais de saúde de sua instituição.

As orientações específicas para profissionais dos Pontos de Entrada sob responsabilidade da ANVISA serão emitidas pela Agência em documento próprio, com base nesta Nota Técnica e demais documentos técnicos vigentes do Ministério da Saúde.

15. VIGILÂNCIA LABORATORIAL

15.1. Coleta de amostras para diagnóstico do vírus Bundibugyo.

A coleta de amostras deve ser realizada de forma segura e asséptica, somente após a disponibilização da caixa de transporte na área adjacente ao quarto de isolamento do paciente, com rigoroso cumprimento das normas de biossegurança aplicáveis à vigilância laboratorial de febres hemorrágicas virais.

É obrigatório o uso adequado, contínuo e supervisionado dos EPIs recomendados, incluindo monitoramento dos processos de paramentação e desparamentação, visando reduzir o risco de exposição e infecção ocupacional dos profissionais envolvidos.

As amostras serão coletadas nos Hospitais de Referência, seguindo os protocolos previstos no Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais, o mais breve possível após a admissão do paciente na unidade de referência. Nesta fase de mobilização, as amostras destinadas ao diagnóstico do vírus Bundibugyo serão coletadas apenas nos hospitais de referência nacionais.

Deverão ser coletadas duas amostras de sangue (5 mL e 10 mL) destinadas à investigação diagnóstica da doença causada pelo vírus Bundibugyo e à realização de diagnósticos diferenciais. A coleta deverá ser realizada utilizando sistema a vácuo, utilizando tubos plásticos, estéreis e devidamente vedados.

No caso de óbito em que não tenha sido possível realizar a coleta em vida, deverá ser avaliada a viabilidade e o risco da coleta de fragmento de pele, preferencialmente da região cervical, que deverá ser acondicionado em tubo estéril de plástico com tampa de rosca. Também deverá ser coletado swab de orofaringe (swab de rayon), acondicionando em tubo seco e encaminhado ao laboratório de referência.

15.2. Transporte da Amostra

O material biológico (sangue ou tecidos) deverá ser transportado com gelo seco (aproximadamente 5 kg) ou gelo reutilizável, em sistema de embalagem tripla destinado ao transporte de substâncias infecciosas da categoria A (UN/2814), e encaminhado ao laboratório de referência em até 24 horas. As substâncias infecciosas da categoria A somente podem ser transportadas em embalagens que atendam às especificações da classe 6.2 da Organização das Nações Unidas e estejam em conformidade com a Instrução de Embalagem P620 (Figura 1).

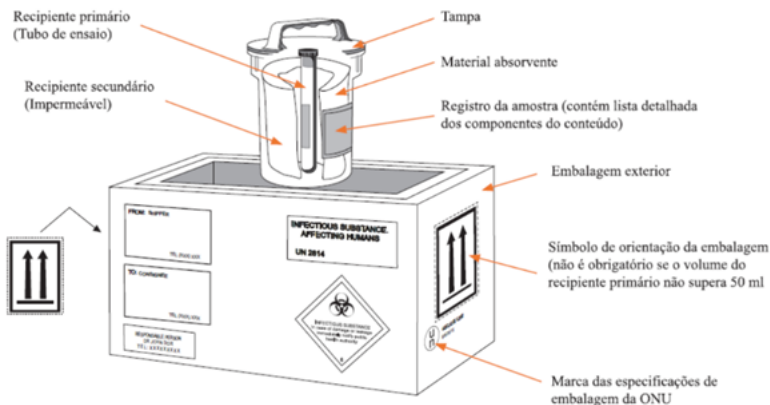


Figura 1 – Exemplo de sistema de embalagem tripla para embalagem e etiquetagem de substâncias infecciosas Categoria A
Fonte: World Health Organization, 2012.

Todo o material utilizado no transporte (incluindo o gelo reutilizável) deverá seguir o protocolo de descarte de resíduos contaminados ou com suspeita de contaminação por agentes biológicos de Classe de Risco 4.

O procedimento de embalagem do material biológico será realizado no hospital pela equipe responsável pela coleta, com o acompanhamento de um técnico devidamente capacitado e certificado para o transporte de amostra biológica, designado pelo Lacen ou pela SVSA/MS. O técnico indicado deverá se deslocar até o hospital de referência para orientar a equipe quanto aos procedimentos adequados de embalagem, bem como acompanhar sua execução.

O transporte das amostras deverá observar as normas sanitárias e de biossegurança vigentes aplicáveis ao transporte terrestre e aéreo de material biológico humano, incluindo as diretrizes da Anvisa, da ANTT e da ANAC/IATA, a identificação adequada da carga e manutenção das condições de conservação e rastreabilidade durante todo o percurso.

As amostras deverão ser encaminhadas acompanhadas da ficha de solicitação do exame contendo os dados do paciente e da documentação pertinente ao tipo de transporte utilizado. Para o transporte terrestre de substâncias infecciosas Categoria A (UN 2814), deverão acompanhar a carga a ficha de emergência e a declaração do expedidor para produtos perigosos, conforme regulamentação da ANTT. Nos casos de transporte aéreo, deverão acompanhar a carga a Declaração de Mercadorias Perigosas, preenchida e assinada por expedidor certificado conforme os requisitos da IATA/ICAO, e o Conhecimento de Embarque Aéreo (*Air Waybill* – AWB), disponibilizado pela empresa transportadora.

15.3. Análise da amostra nos laboratórios de referência

Na fase de mobilização, os laboratórios de referência descritos no Quadro 1, serão os responsáveis pela realização das análises para a detecção do vírus Bundibugyo no Brasil. Considerando que as amostras serão coletadas apenas nos hospitais de referência, o transporte será realizado por via terrestre, em veículo adequado para o transporte de material biológico. Não há necessidade de utilização de EPI pelos profissionais responsáveis pelo transporte, uma vez que a amostra estará adequadamente acondicionada e a caixa tem as superfícies externas não contaminadas.

Caso haja mudança na fase do plano de contingência será definida nova área de abrangência dos laboratórios.

Quadro 1. Laboratórios de Referência conforme área de abrangência.

Laboratório	Área de abrangência
Fiocruz/RJ	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz/RJ)
IAL/SP	Instituto de Infectologia Emílio Ribas, SP
IEC/PA	Casos não previstos, a serem analisados pela CGLAB

Fonte: IAL/SP – Instituto Adolfo Lutz; IEC/PA – Instituto Evandro Chagas; Fiocruz/RJ - Laboratório de Referência Regional para Arbovírus e Vírus Hemorrágicos do Instituto Oswaldo Cruz.

O diagnóstico será realizado a partir de técnicas de biologia molecular (PCR e/ou sequenciamento). O isolamento viral não deverá ser realizado no país, considerando que, até o momento, não há laboratórios públicos com nível de biossegurança adequado para a execução segura dessa técnica em amostras de pacientes com suspeita de infecção causada pelo vírus Bundibugyo.

A manipulação de amostras destinadas à realização de análises laboratoriais deverá ser conduzida em condições adequadas de biossegurança, utilizando cabine de segurança biológica em Laboratórios de Alta Contenção Biológica, em conformidade com a classe de risco do agente biológico.

Os protocolos institucionais deverão estar validados e formalmente descritos nos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), contemplando as medidas de biossegurança, os procedimentos de descontaminação e a utilização adequada dos EPI. A seguir, são apresentadas as orientações sobre os EPI recomendados para cada etapa do processo.

- **Recebimento de amostra:** (1) touca sanfonada descartável; (2) máscara respiratória classe PFF2 ou N95, preferencialmente modelo de 3 painéis; (3) avental impermeável ou avental em TNT com elástico nos punhos; (4) luva descartável; (5) óculos de segurança com vedação lateral ou protetor facial.
- **Manipulação:** (1) touca sanfonada; (2) Protetor facial; (3) Macacão de proteção química e biológica em polietileno de alta densidade; (5) Botas impermeáveis e cobrir botas impermeáveis de proteção; (6) Dupla luva nitrílica; (7) Respirador purificador de ar motorizado (PAPR) completo, constituído por capuz semifacial ou capuz tipo Versaflo, tubo de respiração, unidade motorizada, bateria e filtro particulado de alta eficiência (HEPA).

Para a descontaminação de superfícies e equipamentos, recomenda-se a utilização de desinfetantes oxidantes de amplo espectro, incluindo formulações à base de peróxido de hidrogênio acelerado. Para a descontaminação ambiental, recomenda-se a utilização de sistemas automatizados por via aérea à base de peróxido de hidrogênio.

16. RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO PARA VIAJANTES

Considerando as recomendações vigentes da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), não há indicação de restrições a viagens, fechamento de fronteiras ou medidas relacionadas ao comércio internacional em decorrência da circulação do vírus Bundibugyo.

Recomenda-se, entretanto, o fortalecimento das medidas de vigilância, prevenção e orientação aos viajantes provenientes ou com destino às áreas afetadas.

Para viajantes com histórico recente de permanência ou trânsito em áreas com transmissão da doença causada pelo vírus Bundibugyo, recomenda-se atenção à ocorrência de sinais e sintomas compatíveis com febres hemorrágicas virais por até 21 dias após a saída da área afetada. Em caso de febre de início súbito, cefaleia, mialgia, fraqueza, diarreia, vômitos, dor abdominal, manifestações hemorrágicas ou outros sintomas sugestivos, o viajante deverá procurar imediatamente um serviço de saúde e informar o histórico de viagem e possíveis exposições.

Para viajantes com destino às áreas afetadas, recomenda-se:

- Buscar e seguir as orientações das autoridades sanitárias locais;
- Higienizar frequentemente as mãos com água e sabão ou preparação alcoólica;
- Evitar contato com pessoas doentes, especialmente com sangue, secreções e outros fluidos corporais;
- Evitar contato com cadáveres e participação em funerais;
- Evitar contato com animais silvestres, especialmente morcegos e primatas não humanos, bem como com sangue, fluidos corporais ou carne crua desses animais;
- Evitar compartilhar informações não verificadas que possam gerar desinformação, estigmatização ou discriminação de populações e viajantes.

Os viajantes devem permanecer atentos ao aparecimento de sintomas enquanto estiverem em áreas afetadas e durante os 21 dias após deixarem essas localidades. Caso apresentem sintomas compatíveis com febres hemorrágicas virais, devem realizar isolamento imediato, evitar contato com outras pessoas, procurar atendimento médico imediatamente e informar o histórico de viagem às equipes de saúde.

17. CONCLUSÃO

Diante da declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional relacionada à circulação do vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo e em Uganda, esta Nota Técnica estabelece as orientações para vigilância, notificação, investigação epidemiológica, diagnóstico laboratorial, assistência e manejo de casos suspeitos, confirmados e seus contactantes no território nacional.

Considerando o elevado potencial de gravidade da doença e a possibilidade de importação de casos, recomenda-se que os serviços de saúde, laboratórios, pontos de entrada, gestores e demais componentes do Sistema Único de Saúde mantenham estado de prontidão para identificação precoce, notificação imediata e adoção das medidas de prevenção e controle previstas neste documento e no Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, permanecerá monitorando continuamente o cenário epidemiológico internacional e poderá atualizar estas orientações sempre que necessário, conforme a evolução do evento e novas evidências científicas disponíveis.

18. REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional relacionada à doença causada pelo vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo e em Uganda: implicações para as Américas. 17 de maio de 2026.
2. Instituto Nacional de Saúde Pública da República Democrática do Congo. Relatório de Situação MVE N°013/2026. Disponível em: <https://insp.cd/sitrep-mve-n-013-2026/>. Acesso em: 29 maio 2026.
3. Ministry of Health Uganda. Press Release Ebola – 29th May 2026. Disponível em: <https://health.go.ug/download/press-release-ebola-29th-may-2026/>. Acesso em: 29 maio 2026.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Plano de contingência nacional para febres hemorrágicas virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [Ministério da Saúde](#). Acesso em: 18 maio 2026.
5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Ebola Bundibugyo Virus Disease in the Democratic Republic of the Congo – Level 2: Practice Enhanced Precautions. Atlanta, 2026. Disponível em: [CDC Travelers' Health](#). Acesso em: 18 maio 2026.
6. World Health Organization. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602>
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Risk communication and community engagement readiness and response toolkit: Ebola disease. Geneva: World Health Organization, 2025.
8. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Risk Communication and Community Engagement for Ebola Virus Disease Preparedness and Response: lessons learnt and recommendations from Burundi, Rwanda, South Sudan, Tanzania and Uganda. Nairobi: UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office, 2020. Report of a UNICEF review meeting, Nairobi, Kenya, 2020.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica nº 26/2026/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA**. Brasília, DF: ANVISA, 2026.

Anexo 1. Questionário para investigação de casos – autoaplicável

INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS RELACIONADOS À DOENÇA PELO VÍRUS BUNDIBUGYO

Entrevistador(a): _____ **Data da Entrevista:** / / **DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A)**

Nome: _____
 Grau de Parentesco/Vínculo: _____ Telefone: _____

1. Nome: _____
2. Endereço: _____
3. Município de residência ou permanência: _____
4. Data de nascimento: / / 5. Sexo: _____
6. Ocupação: _____ 7. Se profissional de saúde, local de trabalho: _____
8. Quando começou a doença? Início de sintomas: / /
9. Local de procedência (local com transmissão de Bundibugyo): _____
10. País: _____ Estado: _____ Município: _____ Região: _____
11. Data de partida desse local: / /
12. Atividade realizada no local: _____
13. Foi exposto(a) a algumas destas situações nos últimos 21 dias? **(Marcar o que for relatado)**
 - Contato direto com sangue, tecidos ou fluidos corporais de suspeitos de vírus Bundibugyo? () Sim () Não - Data de exposição: //
 - Contato com superfícies ou objetos contaminados por casos suspeitos? () Sim () Não - Data de exposição: //
 - Participou de funerais ou rituais fúnebres de suspeitos? () Sim () Não - Data de exposição: //
14. Teve contato com animais doentes ou mortos? () Sim () Não - Data de exposição: //
15. Que animais? Tipo de exposição: _____
16. Visitou hospital? () Sim () Não - Data: //Local: _____
17. Foi hospitalizado(a)? () Sim () Não - Data: //Local: _____
18. Houve contato com outras pessoas após iniciar os sintomas? () Sim () Não. **(Descrever o que for relatado)**

LISTA DE CONTACTANTES COM CASO SUSPEITO						
	NOME	TELEFONE	ENDEREÇO	RELAÇÃO COM O SUSPEITO	DATA DO CONTATO	TIPO* DE CONTATO
1						
2						
3						
4						
5						

*Físico, mesmo ambiente, dormiu no mesmo quarto, dormiu na mesma cama, manipulou amostra do suspeito, fluidos e secreções, objetos contaminados, etc.

**Anexo 2. VERSÃO INGLÊS: Case Investigation Questionnaire – Self-Administered
 INVESTIGATION OF EVENTS RELATED TO BUNDIBUGYO VIRUS DISEASE**

Data of the interviewee:

Name: _____ Relationship /Link: _____ Telephone: _____

CASE IDENTIFICATION DATA

1. Name: _____
2. Address: _____
3. Municipality: _____
4. Date of Birth: / /
5. Gender: () Male () Female. If female, were you pregnant? () Yes () No
6. Occupation: _____
7. If health professional, place of work: _____

EPIDEMIOLOGICAL BACKGROUND

8. When did the disease begin? Beginning of symptoms: / /
9. Place of origin (place with BUNDIBUGYO VIRUS DISEASE transmission):
 Country: _____ State: _____ Municipality: _____ Region: _____
10. Activity performed at the location: _____
11. Have you been exposed to any of these situations in the last 21 days? **(Mark what have been reported)**
12. Direct contact with blood, bodily tissues or fluids of suspected case?
 () Yes () No – Date of exposure: / /
13. Contact with contaminated surfaces or objects from the of suspected cases?
 () Yes () No – Date of exposure: / /
14. Participated in funerals or rituals of suspected cases?
 () Yes () No – Date of exposure: / /
15. Did you have contact with sick or dead animals?
 () Yes () No – Date of exposure: / /
16. Which animals? _____ Form of exposure: _____
17. Visited hospital?
 () Yes () No – Date of exposure: / / Place: _____
18. Were you hospitalized?
 () Yes () No – If so, Date: / / Place: _____ C

CONTACTS

19. Was there contact with other persons after the beginning of the symptoms? () Yes () No.

(Describe what was reported)

LIST OF CONTACTEES WITH SUSPECTED CASE						
	NAME	TELEPHONE	ADDRESS	RELATIONSHIP TO THE SUSPECT	DATE OF CONTACT	TYPE* OF CONTACT
1						
2						
3						
4						
5						

* Physical, same environment, slept in the same room, slept in the same bed, handled sample of the suspected case, fluids and secretions, contaminated objects etc.

Anexo 3. VERSÃO FRANCÊS: Questionnaire pour l'enquête sur les cas – à remplir soi-même
ENQUÊTE SUR LES ÉVÉNEMENTS LIÉS À LA MALADIE VIRALE DE BUNDIBUGYO

Intervieweur _____ Date de l'entrevue: ___/___/___

Données du répondant

Nom: _____

Degré de parenté / Lien: _____ Téléphone: _____

DONNÉES D'IDENTIFICATION DE CAS

1. Nom: _____

2. Adresse: _____

3. Municipalité de résidence: _____

4. Date de naissance: ___/___/___

5. Sexe: () Masculin () Féminin. Si Féminin, enceinte? () Oui () non

6. Occupation: _____

7. Si professionnel de santé, place de travail: _____

CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

8. Quelle est la date du début de la maladie? L'apparition des symptômes: ___/___/___

9. Lieu d'origine (lieu avec transmission de MALADIE VIRALE DE BUNDIBUGYO):

Pays: _____ État: _____ Municipalité: _____ Région: _____

10. Activité exercée sur le site: _____

11. Avez-vous été exposé à certaines de ces situations dans les 21 derniers jours? (Marquer ce qui est rapporté)

12. Contact direct avec sang, fluides corporels ou tissus soupçonnés?

() Oui () Non - Date d'exposition: ___/___/___

13. Contact avec des surfaces ou des objets soupçonnés de contamination?

() Oui () Non - Date d'exposition: ___/___/___

14. Participation des rites funéraires ou de sépulture soupçonnés?

() Oui () Non - Date d'exposition: ___/___/___

15. Avez-vous eu des contacts avec des animaux malades ou morts?

() Oui () Non - Date d'exposition: ___/___/___

16. Quels sont les animaux? _____ Type d'exposition: _____

17. Avez-vous visité un hôpital? () Oui () Non - Date: ___/___/___ Lieu: _____

18. Avez-vous été hospitalisé? () Oui () Non - Date: ___/___/___ Lieu: _____

TRANSMETTEURS

19. Avez-vous eu un contact avec d'autres personnes après le début des symptômes? () Oui () Non

(Décrire ce qui est rapporté)

LISTE D'INDIVIDUS AYANT EU UN CONTACT AVEC LE CAS SOUPÇONNÉ						
	NOM	TÉLÉPHONE	ADRESSE	RELATIONS AVEC L'INDIVIDU SOUPÇONNÉ	DATE DU CONTACT	TYPE* DE CONTACT
1						
2						
3						
4						
5						

* Physique, même environnement, dormi dans la même chambre, dormi dans le même lit, manipulé l'échantillon des suspects, des sécrétions et des fluides, des objets contaminés, etc..



Documento assinado eletronicamente por **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 01/06/2026, às 13:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mozart Julio Tabosa Sales, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 01/06/2026, às 13:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0055756374** e o código CRC **32A8AAFF**.

