



ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
Av. da Paz, 978, - Bairro Jaraguá, Maceió/AL, CEP 57022-050
Telefone: (82) 3315-1102 - <http://www.saude.al.gov.br>

NOTA TÉCNICA Nº 1/2026 - SESAUI CIEVS

ASSUNTO: Orientações para vigilância epidemiológica, definição de caso, notificação, investigação, monitoramento de contatos e resposta à Doença pelo Vírus Ebola (DVE), (cepa Bundibugyo) no Estado de Alagoas, no contexto da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.

1. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

Em maio de 2026, autoridades sanitárias da República Democrática do Congo (RDC) notificaram à Organização Mundial da Saúde (OMS) a ocorrência de um evento de saúde pública caracterizado por casos de síndrome febril grave e elevada letalidade na zona de saúde de Mongbwalu, localizada na província de Ituri. Entre os casos identificados, foram registrados óbitos de profissionais de saúde envolvidos na assistência aos pacientes.

Em 15 de maio de 2026, o Instituto Nacional de Pesquisa Biomédica (INRB) da República Democrática do Congo confirmou laboratorialmente a circulação do Bundibugyo ebolavirus (BDBV), caracterizando o 17º surto de Doença pelo Vírus Ebola (DVE) registrado no país.

Até 31 de maio de 2026, foram registrados contabilizados 282 casos confirmados e 42 óbitos associados à doença, com ocorrência de casos nas províncias de Ituri, Kivu do Norte e Kivu do Sul. No mesmo período, Uganda notificou a confirmação de casos relacionados ao surto da RDC. O primeiro caso importado foi identificado em 15 de maio de 2026, em Kampala, envolvendo um viajante procedente da RDC que foi a óbito. Até o final de maio, o país havia registrado nove casos confirmados vinculados à importação, sem evidências de transmissão comunitária sustentada.

Em razão da expansão geográfica do evento e do potencial de disseminação internacional, a Organização Mundial da Saúde declarou, em 17 de maio de 2026, que o surto configurava uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005). Na avaliação da OMS, o risco associado ao evento foi classificado como muito elevado para a RDC, elevado para a Região Africana e baixo em nível global.

2. CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA

O Bundibugyo pertencente ao gênero *Orthoebolavirus*, é uma das espécies do vírus Ebola capaz de causar doença grave em seres humanos. Identificado pela primeira vez em 2007, no distrito de Bundibugyo, em Uganda, esse agente viral tem sido associado a surtos com elevadas taxas de letalidade, variando entre 30% e 50%, embora seja menos frequentemente identificado quando comparado às espécies Zaire e Sudan.

Até o momento, foram registrados três surtos atribuídos ao vírus Bundibugyo. O primeiro ocorreu em Uganda, em 2007, com 149 casos confirmados e 37 óbitos. O segundo foi identificado em 2012, na então Província Oriental da República Democrática do Congo (atual província de Ituri), resultando em 38 casos e 13 óbitos. O surto atualmente em curso representa o terceiro evento associado a essa espécie viral.

A transmissão ocorre principalmente por meio do contato direto com sangue, secreções, fluidos corporais ou tecidos de pessoas infectadas, bem como por superfícies e objetos contaminados. Também pode ocorrer transmissão a partir do contato com animais infectados. O período de incubação varia de 2 a 21 dias, sendo mais frequente entre 4 e 10 dias, e a transmissão geralmente se inicia após o aparecimento dos sintomas.

As manifestações clínicas iniciais costumam ser inespecíficas, incluindo febre, cefaleia, fadiga, mialgia e dor de garganta. Com a evolução da doença, podem surgir náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, comprometimento de múltiplos órgãos e, em situações mais graves, manifestações hemorrágicas.

Até o presente momento, não há vacinas ou terapias específicas licenciadas com eficácia comprovada para prevenção ou tratamento da infecção causada pelo vírus Bundibugyo.

3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A apresentação clínica da DVE pode variar de sintomas inespecíficos iniciais até manifestações graves.

- Febre de início súbito;
- Cefaleia intensa e dores musculares;
- Fraqueza acentuada e fadiga;
- Náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal;

- Manifestações hemorrágicas em casos graves;
- Choque, insuficiência orgânica múltipla e agravamento sistêmico.

4. AVALIAÇÃO DE RISCO

Embora o risco de introdução da DVE no Estado de Alagoas seja considerado muito baixo, recomenda-se o fortalecimento da vigilância baseada em eventos, da vigilância de viajantes e da sensibilização dos serviços de saúde para identificação precoce de casos suspeitos, especialmente em indivíduos com histórico de deslocamento internacional proveniente de áreas afetadas.

Aspectos considerados na avaliação de risco:

- Ausência de transmissão autóctone nas Américas;
- Baixa probabilidade de importação direta de casos;
- Necessidade de contato próximo com fluidos corporais de pessoa sintomática para transmissão;
- Capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS).

5. DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO

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 DVE 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. CONDUTAS IMEDIATAS DIANTE DE CASO SUSPEITO

- Realizar isolamento imediato do paciente;
- Aplicar medidas rigorosas de precaução padrão, contato e gotículas;
- Garantir uso apropriado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- Acionar imediatamente a Vigilância Epidemiológica Municipal e o CIEVS Estadual de Alagoas;
- Restrição de acesso ao ambiente do paciente;
- Registro nominal dos profissionais expostos;
- Comunicação imediata ao CIEVS Nacional por intermédio do CIEVS Estadual;
- Avaliação da necessidade de transporte sanitário especializado.

7. NOTIFICAÇÃO IMEDIATA

Todos os casos suspeitos deverão ser **notificados imediatamente** por se tratar de evento de potencial relevância para a saúde pública. A comunicação deverá ocorrer de forma imediata ao município de residência e ao CIEVS Estadual de Alagoas, **por meio de contato telefônico: 82988829752 ou e-mail: cievsalagoas@saude.gov.br**, permitindo rápida avaliação do risco e adoção das medidas de contenção necessárias.

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

O manejo de caso suspeito de DVE 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 26/2026/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA.

9. 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.

O CIEVS Estadual atuará na coordenação das ações de monitoramento, avaliação de risco, comunicação de eventos e articulação com o Ministério da Saúde, garantindo resposta oportuna diante da identificação de casos suspeitos.

10. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial da Doença pelo Vírus Ebola deverá seguir os fluxos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública do Brasil, conforme orientação da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB. A coleta, acondicionamento, transporte e processamento das amostras deverão observar rigorosamente as normas de biossegurança vigentes.

O fluxo de Vigilância Laboratorial estabelecido para o Estado de Alagoas da Doença provocada pelo Vírus Bundibugyo (DVE) segue alinhamento entre o Hospital de Referência Estadual (Hospital Escola Dr. Helvio Auto - HEHA), Laboratório Central de Saúde Pública de Alagoas – Lacen/AL e o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS/AL, orientado pela NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 160/2026/SVSA/SAES/MS.

Como premissa já consolidada pelo ente federal, será priorizada a transferência do paciente com suspeita do agravo para os Hospitais de referência Nacional, contudo, na impossibilidade de tal transporte, a amostra biológica será encaminhada diretamente do Hospital de Referência Estadual (HRE) para o Laboratório de Referência Nacional (Fiocruz/RJ).

Todos os insumos necessários à coleta, acondicionamento e transporte (a exemplo da embalagem tripla para substâncias infecciosas Categoria A e EPIs exigidos para o procedimento) serão diretamente encaminhado ao HRE pelo Ministério da Saúde.

Em caso de necessidade de realizar a coleta de amostra no território alagoano, torna-se necessário avaliar e realizar a PREPARAÇÃO PRÉ-COLETA, considerando os itens a seguir:

1. Ao ser identificado um caso suspeito de DVB internado no HEHA, a equipe assistente deve notificar imediatamente o CIEVS estadual e nacional, conforme orientações da Nota Técnica Conjunta (item 6).
2. O CIEVS/AL aciona o técnico treinado e certificado para transporte de amostras biológicas Categoria A (designado pelo Lacen/AL ou SVSA/MS), para que preste orientação à equipe do HRE.
3. O HRE já deve dispor do kit de EPIs e da caixa de transporte (embalagem tripla certificada UN/2814, conforme Instrução de Embalagem P620) como parte dos insumos de contingência.

A coleta somente ocorrerá no HRE em caso de impossibilidade de transferência do paciente, conforme o fluxo estabelecido na fase de mobilização – item 15.1 da Nota Conjunta nº 160/2026/SVSA/SAES/MS).

Recomendação da SB3 (Nota Técnica SB3 07/2026, item 5): Antes de qualquer procedimento, realizar avaliação formal de risco, considerando o agente (Orthobolavirus bundibugyoense – Classe de Risco 4), o tipo de amostra, os procedimentos e a experiência da equipe.

A supervisão técnica do acondicionamento para o transporte da amostra, caso necessário, será realizada por um técnico treinado, designado pelo Lacen/AL ou pela SVSA/MS, que orientará a equipe a fim de garantir o correto acondicionamento.

Conforme a Nota Técnica Conjunta (item 15.2): “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.”

Amostras a serem coletadas são as seguintes:

- a. Duas amostras de sangue total: 5 mL e 10 mL (destinadas à investigação diagnóstica da doença causada pelo vírus Bundibugyo e à realização de diagnósticos diferenciais)
- b. Deve-se utilizar para coleta tubos plásticos estéreis com EDTA (tampa roxa), **sistema à vácuo**, devidamente vedados e identificados (após a coleta não abrir o tubo, não abrir o tubo para introduzir o sangue coletado com seringa).
- c. Em caso de óbito sem coleta prévia: fragmento de pele (região cervical) em tubo estéril com tampa de rosca + swab de orofaringe (com ponta de rayon) em tubo seco.

IMPORTANTE:

- 1. A confirmação da infecção por Ebola será realizada utilizando a técnica de **RT-qPCR**, que detecta o material genético do vírus. Por esse motivo, o uso do anticoagulante correto é vital para a integridade da amostra e a precisão do resultado.
- 2. Deve-se usar tubo de plástico a vácuo com EDTA para garantir a segurança do profissional de saúde e a estabilidade do ácido nucleico viral, respectivamente.
- 3. O uso de heparina como anticoagulante é definitivamente contraindicado por inibir a RT-qPCR, gerando resultados falsos-negativos.

Recomendações de procedimento seguro:

- a. A coleta deve ser realizada dentro do quarto de isolamento, com a caixa de transporte adequada posicionada na área limpa adjacente ao recinto.
- b. Deve-se evitar procedimentos que gerem aerossóis (Utilizar tubo e agulha de coleta à vácuo).
- c. Utilizar cabine de segurança biológica se disponível; caso contrário, adotar contenção máxima com barreiras físicas.

O armazenamento para o transporte deve garantir:

- a. Gelo seco (aprox. 5 kg) ou gelo reutilizável
- b. Temperatura estável da amostra entre 2°C e 8°C
- c. Se congelada (-70°C para RT-qPCR)

Documentação obrigatória a ser anexada à caixa de transporte:

- a. **Ficha de solicitação de exame** com dados do paciente e histórico epidemiológico.
- b. **Declaração do expedidor para produtos perigosos** (transporte terrestre - conforme ANTT).
- c. **Ficha de emergência** (para transporte terrestre).
- d. **Declaração de Mercadorias Perigosas** (se transporte aéreo - IATA/ICAO) e **Conhecimento de Embarque Aéreo** (AWB).

Resultados e encerramento do caso:

- a. **Positivo** → confirmado para DVB.
- b. **Negativo** → se a primeira coleta ocorreu <72h do início dos sintomas, será solicitada uma segunda coleta (após 72h) para descarte definitivo.

Considerações Gerais:

Quadro 1 - Atribuições resumidas de cada ente participante do processo.

PARTICIPANTE	ATRIBUIÇÃO
HRE	Isolamento do paciente, coleta se necessário, paramentação/desparamentação dos EPIs, notificação imediata aos entes participantes do fluxo e MS, informar sobre a possível necessidade de coleta de forma antecipadamente ao procedimento.
Técnico treinado (Lacen-AL) /	Supervisionar a embalagem da amostra, orientar a equipe, viabilizar modelos da documentação necessária ao transporte, solicitar o transporte à CGLAB para o Laboratório de Referência Nacional.

SVSA)	
CIEVS/AL	Coordenar a ativação dos técnicos envolvidos, comunicar o CIEVS Nacional, auxiliar e monitorar todo o processo.
Fiocruz/RJ	Realizar diagnóstico molecular, emitir laudo, comunicar resultado ao CIEVS/AL, Lacen/AL e HRE.

11. MANEJO DE CADÁVERES

Os corpos de pessoas com suspeita ou confirmação de Doença pelo Vírus Bundibugyo devem ser tratados como potencialmente infectantes e manejados com rigorosas medidas de biossegurança. O preparo do corpo deve ocorrer preferencialmente no hospital de referência, dentro do próprio quarto de isolamento, por profissionais treinados e utilizando EPIs adequados. Procedimentos que aumentem o risco de exposição a fluidos corporais, como lavagem, embalsamamento, tanatopraxia, maquiagem ou preparação estética, não devem ser realizados.

O corpo deve ser acondicionado em dois sacos impermeáveis para cadáveres, desinfetados externamente, e colocado em caixão fechado também desinfetado. Após o fechamento, o caixão não poderá ser aberto em nenhuma hipótese. A limpeza e desinfecção dos ambientes, equipamentos e resíduos utilizados são obrigatórias.

O transporte deve seguir os protocolos de biossegurança. Funeral e rituais de despedida podem ocorrer, desde que não haja contato direto com o corpo, os sacos de acondicionamento ou o interior do caixão. Os familiares devem ser orientados sobre os riscos e medidas preventivas. O sepultamento pode ser realizado em cova comum, sem necessidade de medidas especiais no local.

12. 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.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As orientações apresentadas nesta Nota Técnica têm o intuito de estabelecer as diretrizes para as ações de vigilância epidemiológica, notificação imediata, investigação de casos suspeitos, monitoramento de contatos e adoção de medidas de prevenção e controle da Doença pelo Vírus Ebola (cepa Bundibugyo) no território estadual, diante da declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

A preparação para o enfrentamento de febres hemorrágicas virais é uma medida crucial de segurança sanitária. Considerando o potencial de gravidade da doença e sua elevada letalidade, recomenda-se que os serviços de Vigilância em Saúde nas esferas estadual e municipal mantenham estado permanente de alerta para a identificação precoce de casos, utilizando a prontidão técnica e o fluxo de comunicação ágil com o CIEVS Estadual como instrumentos fundamentais para mitigar os riscos de introdução do agravo.

Para o efetivo sucesso de uma resposta a emergências dessa magnitude, é fundamental a implementação de uma política baseada na intersetorialidade, envolvendo a articulação estreita entre as equipes de vigilância, a rede hospitalar de referência (HEHA), os serviços laboratoriais (Lacen/AL), a ANVISA e a gestão de saúde. Tal entendimento reforça o fundamento de que a segurança biológica e a resposta oportuna são ações de responsabilidade coletiva.

A Secretaria Estadual da Saúde de Alagoas (SESAU), por meio da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

(SEVISA), permanecerá monitorando continuamente o cenário epidemiológico nacional e internacional, reiterando a importância dos esforços conjuntos de todas as instâncias do SUS para fortalecer a rede de resposta, podendo atualizar estas orientações sempre que novas evidências científicas estiverem disponíveis.

14. LEITURA RECOMENDADA

Com o objetivo de subsidiar as ações de vigilância epidemiológica, preparação, resposta, assistência, biossegurança e manejo de eventos relacionados à Doença pelo Vírus Ebola e outras Febres Hemorrágicas Virais, recomenda-se a consulta aos seguintes documentos técnicos e normativos:

1. Nota Técnica Conjunta nº 160/2026-DEMSP/SVSA/MS e DAHU/SAES/MS.

<https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/NOTA%20T%C3%89CNICA%20CONJUNTA%20N%20%20160%202026-DEMSP%20SVSA%20MS%20E%20DAHU%20SAES%20MS%20assinada.pdf>

2. Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005)

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulamento_sanitario_internacional.pdf

3. Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/emergencia-em-saude-publica/plano-de-contingencia-nacional-para-febres-hemorragicas-virais.pdf>

4. Nota Técnica nº 26/2026/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/vigilancia-epidemiologica/alertas-epidemiologicos/vigentes/nota-tecnica-no-26-2026-febres-hemorragicas-virais>

15. REFERÊNCIAS

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA); Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). Nota Técnica Conjunta nº 160/2026/SVSA/SAES/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

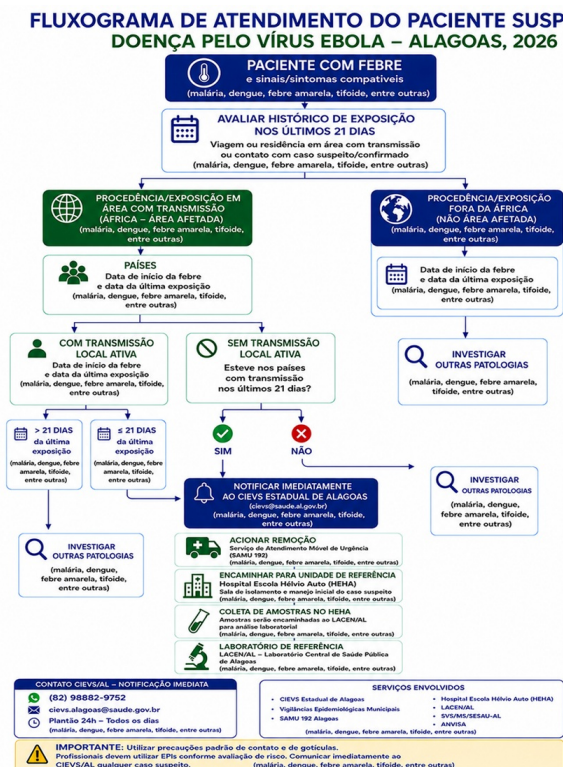
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Regulamento Sanitário Internacional (2005)*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Alerta Epidemiológico: Doença pelo Vírus Ebola (DVE) causada por Bundibugyo ebolavirus*. Washington, D.C.: OPAS, 2026. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 2 jun. 2026.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica; Instituto Adolfo Lutz; Coordenadoria de Controle de Doenças. Nota Informativa Conjunta nº 01/2026-CVE/IAL/CCD/SES-SP: Doença pelo Vírus Ebola. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2026. 5 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Disease Outbreak News: Ebola disease caused by Bundibugyo ebolavirus – Democratic Republic of the Congo*. Geneva: WHO, 2026. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>. Acesso em: 2 jun. 2026.

Figura 1. Fluxograma de atendimento ao paciente suspeito de DVE, Alagoas, 2026.



THALYNE JOANE ARAÚJO SILVA
Secretária Executiva de Vigilância em Saúde

ANA PAULA SANTOS FREITAS
Coordenadora do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS/AL



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Santos Freitas**, **Coordenadora** em 02/07/2026, às 16:44, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por **Thalyne Joane Araujo Silva**, **Secretária Executiva** em 03/07/2026, às 08:23, conforme horário oficial de Brasília.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.al.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **40583895** e o código CRC **0344C070**.