

ANEXO AO DECRETO Nº 9.001, DE 10 DE MARÇO DE 2022

**PLANO MUNICIPAL DE
CONTINGÊNCIA DAS ARBOVIROSES:
DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA
2022 - 2023**



MAUÁ
PARATODOS
GOVERNO MUNICIPAL

Prefeito do Município de Mauá – SP

Marcelo Oliveira

Secretária de Saúde do Município

Célia Cristina Pereira Bortoletto

Secretárias Adjuntas de Saúde de Mauá

Íris Renata Vinha

Kátia Vital Navarro Watanabe

Coordenadora de Proteção à Saúde e Vigilâncias

Carmem Lúcia Biason

Gerente de Saúde de Vigilância Epidemiológica

Fabiana Marinho de Macedo Vieira

Gerente de Saúde de Zoonoses

Alessandra Cristina dos Santos

Equipe Técnica de Elaboração

Michelle Gama de Abreu

Robervânio Romeiro Damasceno

Sônia Alves Feitosa

Colaboradores

Gerência de Saúde de Vigilância Sanitária

Aldo Cursino dos Santos

Gerência de Saúde de Zoonoses

Alexandre Perez Climaco de Freitas

Ana Lúcia Ferrari

Jean Vinícius de Souza Batista

Gerência de Saúde de Vigilância Ambiental

Valentim Caetano Filho

Coordenadoria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência

Cleiton Oliveira Gomes Junia

Madalena da Cruz Bernardo

Coordenadoriade Atenção Especializada

Maria Elisabete Alves DominguesMaria Aparecida dos Santos

Coordenadoria de Atenção Básica

Karina Ferreira da Silva Valéria

Cristina N. Nunes

Coordenadoria de Comunicação Social

Equipe de Criação

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MAUÁ	6
2.1. Localização geográfica.....	6
2.2. Rede de assistência.....	6
2.3. Controle de vetores.....	6
2.4. Transmissão de dengue no município.....	7
2.5. Sala de Situação.....	8
3. CARACTERIZAÇÃO DAS DIFERENTES ARBOVIROSES	8
3.1. Dengue.....	8
3.2. Febre chikungunya.....	9
3.3. Zika vírus.....	9
4. PLANO ESTRATEGICO MUNICIPAL PARA O PERÍODO DENGUE 2022	10
4.1. Eixo controle de vetores.....	10
4.2. Eixo educação, comunicação e mobilização social.....	11
4.3. Eixo assistência ao paciente.....	11
4.3.1. Vigilância epidemiológica.....	12
4.3.2. Apoio diagnóstico.....	12
4.3.2.1. Laboratório de referência do Município.....	12
4.3.2.2. Laboratório do Instituto Adolfo Lutz (IAL).....	13
4.3.3. Rede de assistência.....	14
4.3.2.3. Unidades Básicas de Saúde (UBS).....	14
4.3.2.4. Unidades de Pronto Atendimento (UPA).....	15
4.3.2.5. Hospital Municipal Radamés Nardini.....	15
4.3.2.6. Rede de Assistência Privada e/ou Filantrópica.....	16
5. AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA, SEGUNDO CENÁRIOS DE TRANSMISSÃO	16
5.1 Cenário 1 – Silencioso.....	16
5.2 Cenário 2 – Risco Inicial.....	17
5.3 Cenário 3 - Risco Moderado.....	17
5.4 Cenário 4 - Alto Risco.....	18
RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES	18
ANEXOS	19
Anexo 1: Fluxograma de Exames de Diagnóstico, Estado de São Paulo.....	19
Anexo 2: Técnica da Prova do Laço.....	20
Anexo 3: Hierarquização da Assistência ao Paciente com Suspeita de Dengue....	20
Anexo 4: Fluxo de dengue.....	21

Anexo 5: Fluxo de Chikungunya.....	22
Anexo 6: Comparação para Diagnóstico Diferencial.....	23
Anexo 7: Estimativa para Organização e Estruturação das Ações Assistenciais em Situações de Epidemia de Dengue.....	23
Referências	26

1. INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença viral que se espalha rapidamente, especialmente nos países tropicais e subtropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Estima-se que 50 milhões de infecções por dengue ocorram anualmente no mundo. No Brasil, a doença foi reintroduzida em 1981 e a partir de 1986 ocorreram epidemias em várias regiões da federação, cujos picos de incidência coincidiram com a introdução de um novo sorotipo. No estado de São Paulo as transmissões ocorreram a partir de 1987 (Guararapes e Araçatuba), e desde 1990 são registrados casos de dengue em todos os anos.

A Febre Chikungunya, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), havia sido identificada em 19 países da África e Ásia desde 2004. A partir do final de 2013, porém, foi registrada transmissão em vários países do Caribe, e em 2014 foram confirmados casos autóctones no Brasil e em vários países do continente americano. O termo Chikungunya significa “aqueles que se dobram” em swahili, um dos idiomas da Tanzânia. Refere-se à aparência curvada dos pacientes que foram atendidos na primeira epidemia daquele país documentada entre 1952 e 1953.

O vírus Zika foi isolado pela primeira vez em primatas não humanos em Uganda, na floresta Zika em 1947, por esse motivo está denominada. Entre 1951 a 2013, evidências sorológicas em humanos foram notificadas em países da África, Ásia e Oceania. Nas Américas, o Zika Vírus somente foi identificado na Ilha de Páscoa, território do Chile no oceano Pacífico no início de 2014.

Este plano de contingência da Dengue, Chikungunya e Zika Vírus foi elaborado baseado no Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, Plano de Contingência Estadual contra Arboviroses Urbanas e no Plano de Contingência Nacional para a Febre Chikungunya, e tem como objetivos:

- Organizar as ações a serem desenvolvidas pelas áreas técnicas envolvidas, de maneira articulada e de acordo com o cenário de risco e de transmissão apresentado;
- Organizar e qualificar as ações da assistência, garantindo acesso ao diagnóstico e ao manejo clínico adequado;
- Evitar/controlar a transmissão das arboviroses através de ações de controle de vetores;
- Articular parcerias intersetoriais;
- Evitar óbitos.

2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MAUÁ

2.1. Localização Geográfica

Mauá é um dos sete municípios que compõem a região do Grande ABC, na região metropolitana de São Paulo (Figura 1). Possui uma área aproximada de 62 km², tendo aproximadamente 13 km² em área de proteção de mananciais. Segundo estimativa de 2020 do IBGE, Mauá possui 477.552 habitantes, sendo uma das 15 cidades com maior população do Estado, e a 3^a mais populosa da região do grande ABC.

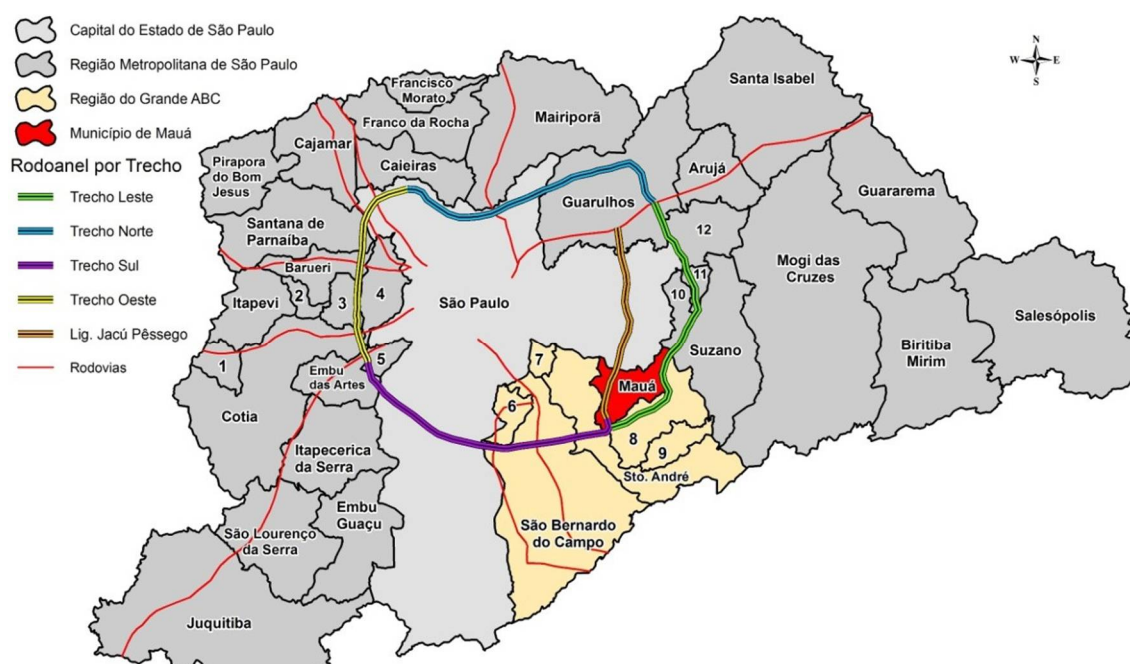


Figura 1: Região Metropolitana de SP

2.2. Rede de Assistência

A rede pública de assistência do município relacionada à atenção aos casos suspeitos de dengue é composta por 23 Unidades Básicas de Saúde, quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h, um Hospital Municipal com 177 leitos de internação, 20 leitos de UTI adulto e 10 de UTI neonatal que é referência para a microrregião que compreende os municípios de Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.

Na rede privada de assistência existem três unidades hospitalares: Santa Casa de Mauá, Hospital América e Hospital Sagrada Família.

2.3. Controle de Vetores

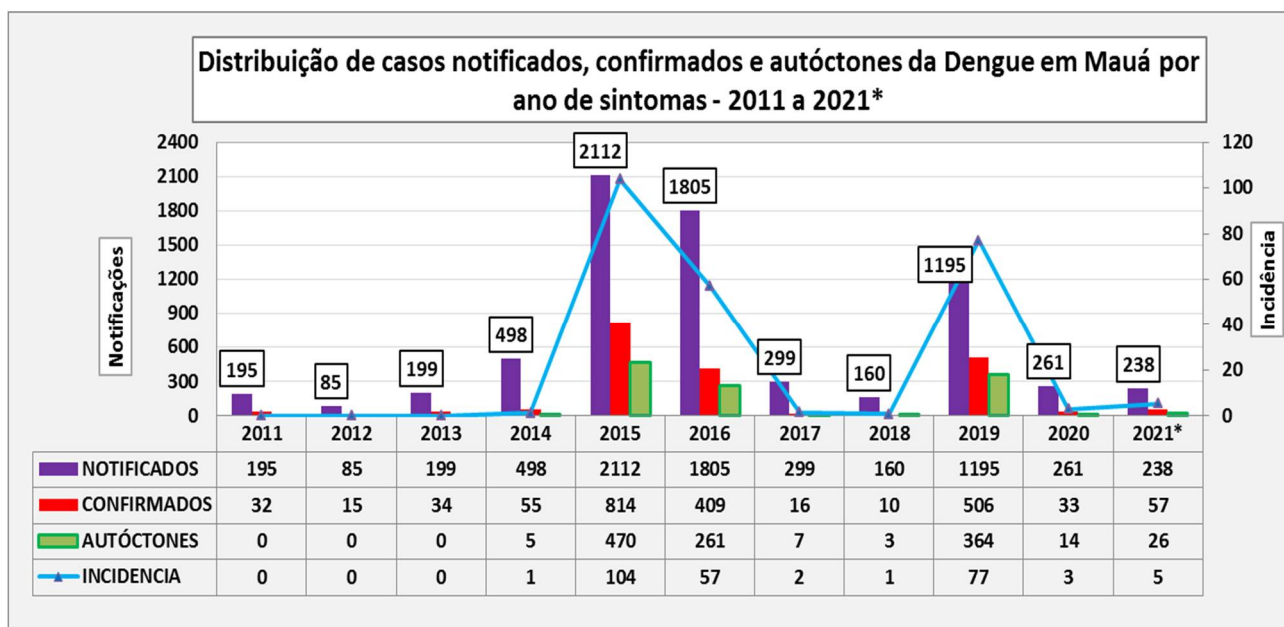
No que tange ao Controle do Vetor, o Programa Municipal de Combate ao Aedes aegypti conta, atualmente, com uma equipe de 50 Agentes de Controle às

Endemias (ACE), sendo 32 ACEs no trabalho de campo, 12 em restrições, 05 internos na Gerência de Saúde Zoonoses (GZ) e 01 em afastamento pelo INSS e 02 supervisor, além dos 283 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo 267 no campo de trabalho e 16 afastados, que realizam ações casa-a-casa conforme a diretriz do SUS, com o objetivo de ampliar as ações de prevenção e promoção à saúde, garantir a orientação para o maior número de pessoas.

2.4. Transmissão de Dengue no Município

Em Mauá, foi registrado autoctonia de dengue pela primeira vez somente em 2014, com cinco casos registrados, e em 2015 houve o maior número de casos confirmados na história, 814 casos, 470 autóctones, (Gráfico 1). Em 2016, tivemos pela primeira vez registro de Chikungunya (25 casos), desses dois autóctones e um caso importado de Zika vírus. No ano atual, até 20/09/2021, não tivemos casos autóctones de Chikungunya, apenas um caso importado. Em relação ao vírus zika não tivemos nenhum caso confirmado até o momento.

Gráfico 1: Série Histórica de Dengue no Município de Mauá-SP



Fonte: **SINAN Net e SINAN Web** - *Dados até 20/09/2021

De acordo com a incidência estabelecida para cada faixa populacional, Mauá 100 casos/100.000 habitantes, os municípios serão classificados de acordo com os cenários de risco: Silencioso, inicial, moderado e alto risco (Quadro 1). Até o ano dengue 2012/2013 o município sempre foi classificado em fase silenciosa, já no período 2013/2014 passou para fase de alerta e no período seguinte, 2014/2015, chegou à fase de emergência e retornou à fase de alerta no período 2015/2016. A partir de 2017 o ano dengue passou a ser considerado o período entre a Semana Epidemiológica (SE) 01 e 52/53.

Quadro 1: Parâmetros para classificação dos cenários de risco:

CENÁRIO	FAIXA DE INCIDÊNCIA
SILENCIOSO	Município sem notificação de suspeitos ou com incidência* abaixo do limite inferior esperado pelo diagrama de controle
RISCO INICIAL	Município com incidência* acumulada das quatro últimas semanas epidemiológicas inferior a 20% do limite estabelecido para seu porte populacional (Histograma), ou com incidência* entre o limite inferior e a mediana esperados pelo diagrama de controle.
RISCO MODERADO	Município com incidência* acumulada das quatro últimas semanas epidemiológicas maior ou igual a 20% do limite estabelecido para seu porte populacional (Histograma), ou com incidência* entre a mediana e limite superior esperados pelo diagrama de controle.
ALTO RISCO	Município que atingiu o limite de incidência* acumulada das quatro últimas semanas epidemiológicas estabelecido para seu porte populacional (Histograma), ou com incidência* acima do limite superior, esperados pelo diagrama de controle.

Fonte: Divisão de dengue, chikungunya e zika vírus/CVE

*Incidência calculada com base em casos prováveis.

2.5. Sala de Situação Municipal

A Sala de Situação Municipal deverá desencadear as discussões para a elaboração e aplicação dos Planos de Contingência Municipais no segundo semestre de cada ano. Os municípios deverão ser estimulados e orientados na elaboração de seus planos de contingência, tendo como referência o plano estadual. Esse espaço é destinado a reuniões periódicas pré-determinadas ou em caráter emergencial, de acordo com a situação epidemiológica, entre todos os setores e secretarias do município pactuem ações preventivas para o enfrentamento da transmissão de dengue, chikungunya e zika, o município deverá elaborar seu planejamento estratégico para medicamentos, insumos, equipamentos, serviços, leitos, entre outros, tendo como base a população local.

3. CARACTERIZAÇÃO DAS DIFERENTES ARBOVIROSES

3.1. Dengue

A Dengue é uma doença infecciosa febril, causada por um arbovírus do gênero Flavivírus (de quatro sorotipos: 1, 2, 3 e 4) e transmitida pelo *Aedes aegypti*. Apresenta as seguintes formas clínicas: Infecção inaparente, Dengue com sinais clássicos, Dengue com sinais de alarme e Dengue grave (sinais de choque).

Definição de caso suspeito de Dengue:

Pessoa que resida ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área com transmissão de dengue ou tenha presença de *A. aegypti* que apresente febre usualmente entre 2 e 7 dias e pelo menos dois dos seguintes sintomas:

- Cefaleia;
- Dor retroorbital;
- Exantema;

- Prostração;
- Mialgia e/ou artralgia;
- Náuseas e/ou vômitos;
- Leucopenia;
- Petéquias ou prova do laço positiva.

3.2. Febre Chikungunya

A infecção pelo vírus Chikungunya também provoca febre alta, dor de cabeça, dores articulares e dores musculares. Não existe tratamento específico nem vacina disponível para prevenir a infecção por esse vírus. A doença pode manifestar-se clinicamente de três formas: aguda, subaguda e crônica. Os sintomas costumam persistir por 07 a 10 dias, mas a dor nas articulações pode durar meses ou anos e, em certos casos, converter-se em uma dor crônica incapacitante para algumas pessoas.

Definição de caso suspeito de Chikungunya:

Febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, nãoexplicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

3.3. Zika Vírus

A Febre Zika é uma doença viral aguda autolimitada, com duração máxima de 7 dias, também transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, caracterizada por exantema maculopapular pruriginoso, febre intermitente, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia e dor de cabeça. A evolução é benigna e não há registro de óbitos.

A organização dos Serviços de Saúde é necessária para reduzir a transmissão e evitar óbitos, uma vez que as epidemias são complexas e de difícil controle.

A proximidade geográfica entre os municípios da região metropolitana de São Paulo e a intensa movimentação dessa população, possibilita uma rápida circulação do vírus. Portanto, as ações integradas de Vigilância em Saúde e Rede de Atenção visam a identificação precoce de casos suspeitos. A retaguarda hospitalar articulada com o serviço de transporte e apoio diagnóstico possibilita maior assertiva nos casos graves.

Definição de caso suspeito de Zika Vírus:

Paciente com de exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sintomas:

- Febre
- Mialgia;
- Cefaleia;
- Hiperemia Conjuntival sem secreção;
- Poliartralgia;
- Edema periarticular.

4. PLANO ESTRATÉGICO MUNICIPAL PARA O PERÍODO DENGUE 2022/2023.

O Ministério da Saúde, baseando-se nos princípios do SUS e no Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), propõe um conjunto de ações para serem executadas pelos municípios, estruturadas em três grandes eixos: Controle do Vetor, Educação, Comunicação e Mobilização Social e Assistência ao Paciente.

4.1. Eixo Controle de Vetores

As ações de controle de vetores levarão em conta, também, os índices de infestação do *Aedes albopictus* pelo risco de transmissão da Febre Chikungunya. Estrategicamente as ações de controle de vetores são orientadas conforme a sazonalidade da doença.

PERÍODO SAZONAL:

No período sazonal, compreendido entre a SE 01 e 26, as ações de controle de vetores objetivam evitar o início de transmissões a partir de casos importados, ou interromper a transmissão em áreas com ocorrências de casos autóctones. As atividades prioritárias nesta fase são:

- Bloqueio de casos suspeitos com utilização de larvicida;
- Bloqueio por nebulização em áreas de transmissão;
- Ações compartilhadas com Departamento de Fiscalização de Posturas (SSU);
- Ações compartilhadas com a Defesa Civil;
- Controle de criadouros em imóveis sob responsabilidade do CRECI;
- Ações de identificação de criadouros e orientações realizadas pelas Vigilâncias Ambiental e Sanitária e Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST) durante as inspeções de rotina;
- Ações conjuntas com a Secretaria de Educação;

A Vigilância Epidemiológica (VE) realiza o critério de casos suspeitos acionando a GZ para a realização de possíveis ações de controle a partir do recebimento de notificações.

PERÍODO NÃO SAZONAL:

Neste período, compreendido entre a as SE 27 e 52, são desenvolvidas as atividades que visem o controle de criadouros nos imóveis, residenciais ou não, de maneira que as infestações de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* no município se mantenham com Índice de Breteau abaixo de 1. Algumas das atividades desenvolvidas são:

- Avaliação de Densidade Larvária (ADL) nos meses de janeiro, abril, julho e outubro;
- Ações estratégicas de intensificação programadas para serem realizadas ao final de cada ADL, orientadas pelos índices obtidos e/ou tipos de criadouros observados nos territórios.
- Visitas Casa a Casa pelos ACE e ACS;
- Visitas periódicas em imóveis cadastrados (Imóveis Especiais e Pontos Estratégicos);

- Atendimento a denúncias;
- Identificação entomológica de amostras de larvas e mosquitos.

4.2. Eixo Educação, Comunicação e Mobilização Social

O objetivo deste eixo é conscientizar a população quanto à importância de sua participação no controle de vetor, considerando que cerca de 80% dos focos encontram-se em imóveis residenciais, segundo o Ministério da Saúde (2014). Seguem ações:

- Propor e concretizar ações de educação em saúde para sensibilização da população com base territorial (Igrejas, associações, conselheiros de saúde e outros que houver no território);
- Produzir material educativo e de comunicação em massa (vídeos em serviços de atendimento ao público);
- Sensibilizar e mobilizar as equipes de saúde para que estejam aptos ao cuidado qualificado e ampliado;
- Exposição de maquetes simulando imóvel com e sem criadouros;
- Faixas que estimulem o controle do vetor;
- Capacitações para todos profissionais envolvidos;
- Retomar grupo técnico de arboviroses com reuniões, inicialmente, bimestral que pode mudar a periodicidade conforme cenário;
- Avaliação e divulgação das áreas de divisa do município com maiores riscos vetoriais para implementações de ações intermunicipais.

4.3. Eixo Assistência ao Paciente

Objetiva garantir uma assistência adequada aos pacientes e, conseqüentemente, evitar o agravamento e a letalidade de possíveis formas graves dessas doenças. Compreende as ações de organização do serviço, a melhoria na qualidade da assistência para fazer frente ao risco da ocorrência de epidemia no município de Mauá.

4.3.1. Vigilância Epidemiológica

A notificação do caso suspeito de **Dengue, Chikungunya e Zika Vírus**, realizada pelos serviços de saúde, deverá ser informada imediatamente em até 24h à Gerência de Saúde de Vigilância Epidemiológica (VE) **via telefone, whatsapp ou e-mail**, que encaminhará os dados à GZ para a realização das ações de controle de vetores. Os casos que ocorrerem à noite, feriados e aos finais de semana, deverão ser notificados no próximo dia útil. As suspeitas de Chikungunya e Zika também serão enviados ao Grupo de Vigilância Epidemiológica - GVE VII – Santo André e à SUCEN (Superintendência de Controle de Endemias) para possíveis ações conjuntas com a GZ do município, conforme necessidade. **A notificação precoce e imediata pode evitar agravamento dos casos e óbitos.**

Cabe também à VE:

- Monitorar os principais indicadores de chikungunya, dengue e Zika;

- Divulgar dados, situação epidemiológica no município para a secretaria de saúde,
- Orientar as ações da gestão por meio das avaliações de indicadores;
- Divulgar informes epidemiológicos através meios de comunicação, conforme lei 5.742 de 22/09/2021;
- Acompanhar as internações de casos graves por chikungunya, dengue e Zika e Investigar os óbitos;
- Capacitar profissionais para a definição de caso suspeito e Identificação precoce dos casos suspeitos, da importância da realização da prova do laço em suspeitos de Dengue e o preenchimento da ficha de notificação;
- Capacitação de profissionais na coleta adequada de sangue conforme data de primeiros sintomas e na inserção dos dados dos suspeitos no Gerenciamento de Amostras Laboratoriais (GAL) para envio das amostras;
- Auxiliar a assistência no manejo adequado aos pacientes suspeitos das arboviroses;
- Fomentar a discussão sobre a Classificação de risco, Manejo clínico e Fluxograma de atendimento ao suspeito nos serviços de saúde que realizam atendimento;
- Distribuição de material técnico e informativo conforme o envio do Ministério da saúde;

4.3.2. Apoio Diagnóstico

4.3.2.1. Laboratório de referência do Município

Conforme protocolo do Ministério da Saúde, em todos os casos suspeitos de dengue dos grupos B, C e D, os resultados de hemograma completo devem estar disponíveis em até 4h, 2h e 2h, respectivamente, e grupo “A” a critério médico.

Conforme a classificação de risco, diante de um caso suspeito de Chikungunya, o hemograma deve ser solicitado a critério médico para as formas brandas da doença e obrigatoriamente com bioquímica para os pacientes do grupo de risco, com sinais de gravidade e pacientes com critérios de internação.

4.3.2.2. Laboratório do Instituto Adolfo Lutz (IAL)

Os métodos indicados para o diagnóstico laboratorial são:

Dengue:

- **RT-PCR** – Detecta RNA viral, se negativo, agendar sorologia para a partir do 6º dia do início dos sintomas;
- **ELISA-IgM (Sorologia)**–Detecção de anticorpos IgM da dengue.

Após atingir a incidência estabelecida para suspensão de coleta de amostras de sorologia, o critério de confirmação de casos, passa a ser clínico-epidemiológico, suspendendo o diagnóstico laboratorial.

Para casos suspeitos de dengue grave internados devem ser coletadas amostras de sangue e soro, independente do número de dias do início de sintomas ou da suspensão de coleta de sorologia no município.

As amostras sempre deverão ser encaminhadas ao laboratório de referência municipal, identificadas acompanhadas da ficha de solicitação de exames do SINAN corretamente preenchidas, carimbadas e assinadas, juntamente, com o comprovante de cadastramento da amostra no GAL, que será encaminhado ao IAL através do município.

Quadro 2: Exames de diagnóstico para Dengue conforme dias de sintomas.

Dia da doença	Exame	Considerações
Até o 5º dia	RT-PCR	Biologia molecular
A partir do 6º dia até 90 dias	Sorologia	Do 6º dia até o 15º dia, os níveis de <u>IgM</u> se elevam, atingindo 100% de detecção no <u>ELISA-IgM</u> . Após esse período, os níveis de <u>IgM</u> iniciam o declínio, até não serem mais detectados ao final de 90 dias.

Chikungunya:

- **RT-PCR – Colher até 05 dias após início de sintomas;**
- **Elisa-IgM (Sorologia) – Colher a partir do 6º dia de sintomas até 45 dias.**

Quadro 3: Exames de eleição para Chikungunya conforme dias de sintomas.

Dia da doença	Exame
Até o 5º dia	RT-PCR de Chikungunya
A partir do 6º dia	Sorologia para Chikungunya

Zika vírus:

- Para o diagnóstico de Zika deverá coletar sangue para RT-PCR até 5º dia de sintomas de paciente com suspeita de autoctonia;
- Toda gestante em qualquer idade gestacional com exantema deverá coletar o sangue até o 5º dia e urina até o 8º dia;
- Deverá coletar sangue também de todo paciente com manifestações neurológicas com história precoce de infecção aguda por alguma arbovirose ou caso suspeito grave/óbito;

A partir de notificações de suspeitos, a unidade de saúde de referência deverá monitorar surgimento de novos casos e comunicar à VE.

4.3.3. Rede de Assistência

O atendimento será priorizado por meio do acolhimento e classificação de riscopor todos os serviços de assistência com os seguintes objetivos:

- Garantir o acesso do usuário aos serviços, através da escuta qualificada pela equipe;
- Garantir o atendimento em tempo oportuno, segundo a classificação de risco e fluxograma;
- Reproduzir os fluxogramas e as diretrizes clínicas;
- O transporte do paciente, quando necessário, será realizado mediante contato com a equipe de regulação através do 192.

4.3.3.1. Unidades Básicas de Saúde (UBS)

- Acolher e classificar todos os suspeitos de dengue;
- Realizar a prova do laço na triagem, obrigatoriamente, em todo paciente com suspeita de dengue e que não apresente sangramento espontâneo, em caso da prova do laço negativa repetir a avaliação a cada dois dias, na prova do laço positiva solicita hemograma e avaliação de plaquetas urgente e encaminhar o paciente conforme a “Classificação de Risco e Manejo do Paciente”;
- Prestar assistência a todos os suspeitos de dengue do grupo A e B;
- Pacientes do Grupo B deverão ser reavaliados após 4h de hidratação oral e resultado de hemograma;
- Na impossibilidade de reavaliar pacientes do grupo B deverão ser encaminhados para UPA mais próxima, após atendimento;
- Pacientes dos grupos C e D deverão ser regulados para o serviço de pronto atendimento adequado;
- Todos os suspeitos de dengue deverão ser liberados com o cartão de acompanhamento;
- Orientar tratamento em domicílio e necessidade de repouso, conforme fluxo 1;
- Orientar retorno ao primeiro dia de desaparecimento da febre ou em caso de aparecimento de algum sinal de alerta;
- Reforçar as atividades de educação em saúde;
- Para todos os casos suspeitos, realizar busca ativa de sintomáticos;
- Acompanhar, diariamente, na planilha online municipal os suspeitos de dengue de sua área de abrangência atendidos nas UPA’s e Hospitais.

4.3.3.2. Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

- Acolher e classificar o risco das demandas espontâneas dos casos sintomáticos de dengue, chikungunya e zika;
- Atender pacientes encaminhados das UBS’s;
- Pacientes do grupo C deverão ser observados por no mínimo 48h, sendo reavaliados a cada 2h, incluindo o resultado de hemograma;
- Após melhora clínica e laboratorial, o paciente deverá ser encaminhado à UBS de referência para seguir conduta do grupo A e comunicar à VE;
- Grupo C sem sinais de melhora após 48h, comunicar à VE e inserir no sistema

de regulação para referenciar à internação hospitalar;

- Todos os suspeitos de dengue deverão ser liberados com o cartão de acompanhamento;
- Orientar retorno ao primeiro dia de desaparecimento da febre ou em caso de aparecimento de algum sinal de alerta;
- Inserir dados dos suspeitos de dengue na “Planilha online para monitoramento” em até 24h.

4.3.3.3. Hospital Municipal Radamés Nardini

- Notificar à VE em até 24h todos suspeitos de dengue, chikungunya e zika;
- Todos os pacientes suspeitos de dengue passarão por acolhimento e classificação de risco, devendo ser referenciado de acordo com o fluxo 1 abaixo;
- Todos os suspeitos de dengue deverão ser liberados com o cartão de acompanhamento;
- Atender os pacientes de dengue do grupo D, e C encaminhados da UPA, após observação de 48h sem melhora clínica e laboratorial;
- Garantir leitos de UTI para pacientes do grupo D;
- Após alta médica, o paciente deverá ser referenciado à UBS de sua área de abrangência e comunicado a VE.

Obs.: A porta de entrada do paciente poderá ser qualquer Serviço de Saúde, e a partir da classificação de risco, poderá ser encaminhado ao serviço adequado.

4.3.3.4. Rede de Assistência Privada

- Notificar à VE em até 24h todos suspeitos de dengue, chikungunya e zika para ser tomadas ações de controle do vetor;
- Todos pacientes suspeitos de dengue passarão por acolhimento e classificação de risco para o manejo clínico adequado.

5. AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA, SEGUNDO CENÁRIOS DE TRANSMISSÃO:

As ações descritas a seguir deverão ser desenvolvidas de maneira integrada entre todos os eixos de vigilância epidemiológica, sanitária e laboratorial, o controle do vetor, a rede de assistência à saúde e a educação/comunicação social, considerando o cenário de risco e transmissão em que se encontram os municípios.

5.1. Cenário 1 – Silencioso

Nesta fase as ações serão estruturadas conforme preconizado para a manutenção da rotina dos trabalhos de prevenção e controle, mediante estratégias das Diretrizes para a Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas no Estado de São Paulo. Podemos destacar a importância

de se manter as reuniões periódicas das salas de situação municipal, de forma integrada entre os diversos órgãos da administração municipal e outras instituições de interesse, com acompanhamento da situação epidemiológica e entomológica do município, identificando situação de vulnerabilidade local.

Ação permanente – salas de situação municipal.

Ações de destaque: organização, avaliação e planejamento das ações rotineiras de controle de vetores, vigilância epidemiológica, sanitária, entomológica e laboratorial de assistência à saúde. As ações de controle vetorial nesse cenário visam à redução da infestação como forma de minimizar o risco de ocorrência das doenças por eles transmitidas.

Ações do município:

- Realizar análise dos indicadores entomológicos: Índice Predial, Breteau, infestação nos imóveis de risco (especiais e pontos estratégicos), indicadores operacionais: cobertura das visitas domiciliares, rendimento das equipes;
- Formação de brigadistas em imóveis especiais e prédios públicos;
- Mobilização contra o *Aedes aegypti*;
- Realizar e/ou apoiar a capacitação dos profissionais da rede de assistência.

5.2. Cenário 2 – Risco Inicial

Neste cenário, as ações deverão ser estabelecidas com o objetivo de evitar que a transmissão persista e ultrapasse os limites esperados de incidência para o município, além de reduzir a ocorrência de casos graves e óbitos.

Ações permanentes: salas de situação municipal controle vetorial, busca ativa de sintomáticos e organização da assistência.

Ações de destaque: vigilância epidemiológica, laboratorial, sanitária, controle de vetores, busca ativa de sintomáticos e organização da assistência.

- Acompanhar a evolução dos indicadores epidemiológicos para o monitoramento dos cenários de risco e transmissão, conforme quadro 1;
- A vigilância em saúde comunicará a secretaria de saúde, GVE VII – Santo André a SUCEN, mudança no cenário de transmissão;
- Gerenciar a logística de distribuição de inseticidas e equipamentos;
- As reuniões da sala de situação passarão a ser mensal ao atingir 75% (72 casos de dengue) da incidência acumulada das quatro últimas semanas no município ou concentração localizada de 50% dos casos prováveis em uma mesma região ou qualquer caso autóctone de chikungunya ou de zika;
- Avaliar a efetividade do bloqueio de transmissão;
- Acompanhamento dos indicadores locais e regionais, identificar o cenário local, com divulgação nas salas de situação;
- Intensificar a divulgação de sinais e sintomas da dengue, chikungunya e zika para a população em geral, nas diversas mídias;

5.3. Cenário 3 – Risco Moderado:

Neste cenário, as ações de rotina deverão ser revistas e incrementar por ações de contingência que proporcionem atendimento adequado aos pacientes, principalmente os que apresentem risco de gravidade, minimizando a ocorrência de óbitos.

Ação permanente: salas de situação municipal.

Ações de destaque: adequação da assistência e comunicação social.

- Reorganização dos serviços de saúde diante de um aumento no número de casos;
- Realizar análises em conjunto com a secretaria de saúde e outros coordenadorias sobre as estratégias de controle de vetores propostas para o cenário vivido;
- Reunião de sala de situação passa a ser a cada 15 dias;
- Monitorar a ocorrência de casos em áreas sem transmissão;
- Implantação de um Centro de Atendimento às Arboviroses (unidade de hidratação).

5.4. Cenário 4 – Alto Risco:

Neste cenário as ações deverão ser estabelecidas, considerando a substituição de parte das ações de rotina por ações emergenciais e de contenção, com o objetivo de evitar que a, já epidemia, tenha como consequência alta morbimortalidade.

Ação permanente – salas de situação municipal.

Ações de destaque: intensificação das ações do cenário 3, priorizando a organização da assistência aos pacientes.

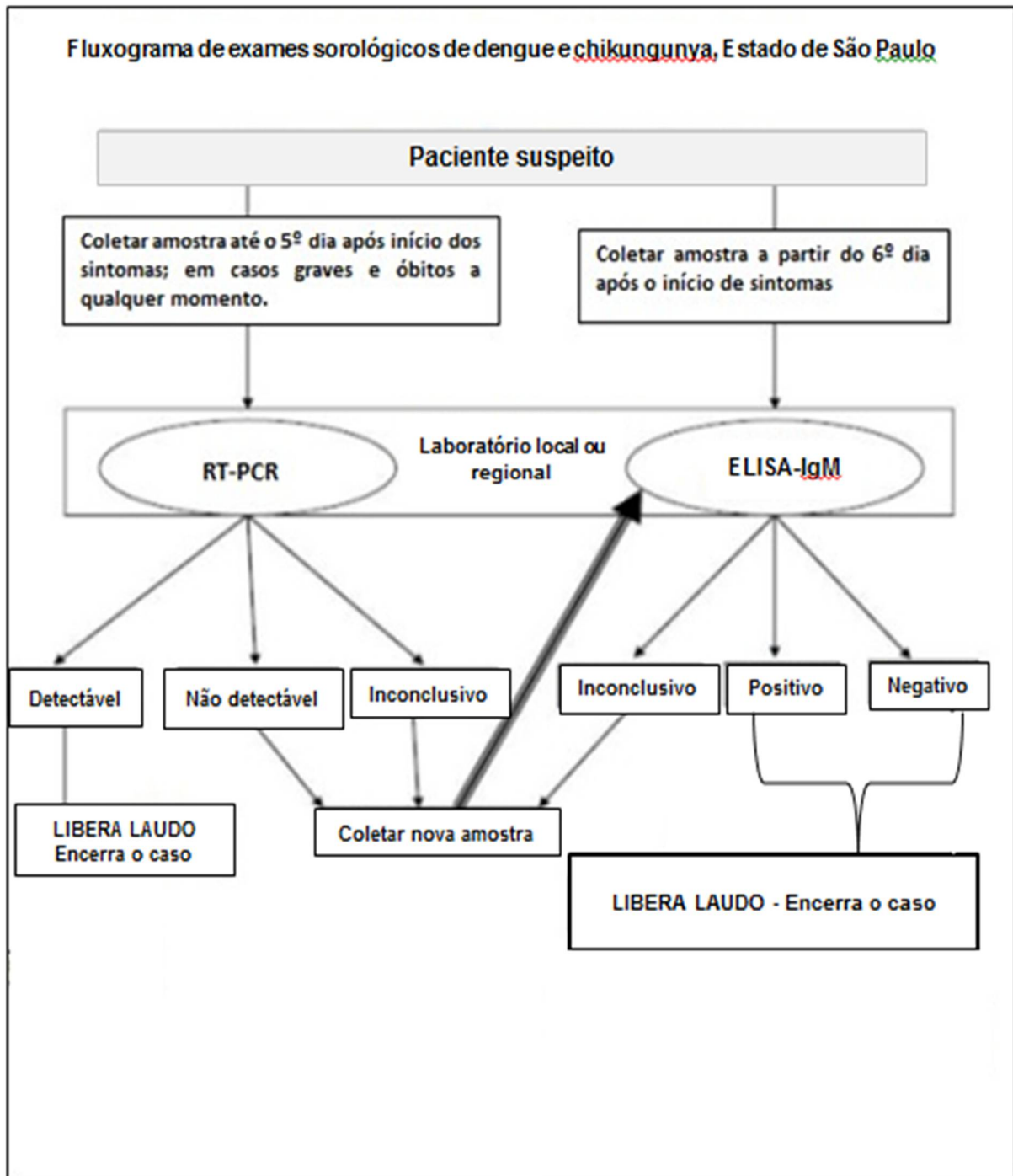
- Avaliar ampliação do Centro de Atendimento às Arboviroses;
- Avaliar a necessidade de reestruturação da rede assistência;
- Evitar casos graves e óbitos.

Recomendações Importantes.

- Acompanhar o paciente até 48h após cessar a febre (fase de defervescência);
- Suspeitos de dengue sendo crianças (menores de 02 anos), gestantes, idosos acima de 65 anos ou pacientes com alguma comorbidade devem retornar ao serviço 48 horas após a primeira consulta para nova avaliação.

ANEXOS

Anexo 1: Fluxograma de Exames de Diagnóstico, Estado de São Paulo



Adaptado de imagem do Instituto Adolfo Lutz (IAL)

OBS: Todas as amostras das unidades de serviço público deverão ser enviadas ao laboratório de referência local que será encaminhado ao IAL pelo município.

Anexo 2: Técnica da Prova do Laço

Técnica da Prova do Laço, obrigatório em todos os suspeitos de dengue do grupo A:

1. Aferir a pressão arterial (posição deitado ou sentado) e calcular a média entre os valores das pressões sistólica e diastólica $(PAS+PAD/2)$;
2. Insuflar novamente o manguito até o valor médio calculado e manter por 5 minutos em adulto e 3 minutos em crianças;
3. Desenhar um quadrado de 2,5 cm no antebraço;
4. Ao final do tempo, contar o número de petéquias na região delimitada; e
5. A prova será considerada positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

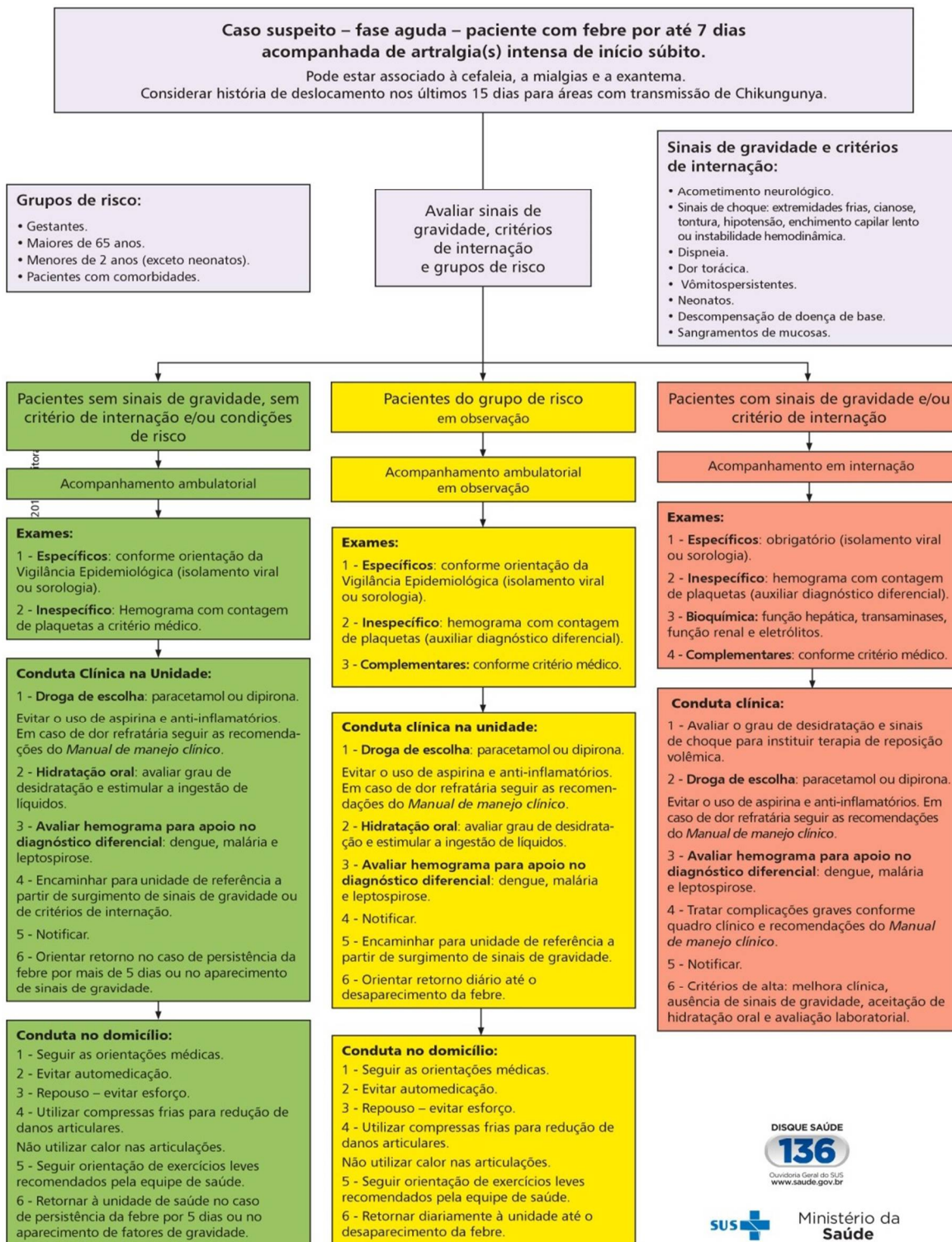
Anexo 3: Hierarquização da Assistência ao Paciente com Suspeita de Dengue

Classificação de risco:


- a) Grupo A** – Suspeito de dengue com prova do laço negativa, ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas e ausência de sinais de alerta;
- b) Grupo B** – Suspeito de dengue com manifestações hemorrágicas induzidas (prova do laço +) ou espontâneas, sem repercussão hemodinâmica e ausência de sinal de alerta ou pacientes do grupo A com comorbidades;
- c) Grupo C** – Suspeito de dengue com presença de algum sinal de alerta, com ou sem manifestações hemorrágicas;
- d) Grupo D** – Suspeito de dengue com algum sinal de choque, com ou sem manifestações hemorrágicas.

Anexo 5: Fluxo de Chikungunya

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE CHIKUNGUNYA (FASE AGUDA)



Anexo 6: Comparação para Diagnóstico Diferencial

SINTOMAS	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA	LEPTOSPIROSE	FEBRE MACULOSA
 FEBRE	Alta (39°C a 40°C), que começa subitamente.	Alta (39°C a 40°C), que começa subitamente.	Leve ou até mesmo ausente.	Febre de início súbito	Febre de início súbito
 DORES	Nos músculos, nas articulações, na cabeça e atrás dos olhos.	Inchaço nas articulações e dores intensas, que dificultam atividades rotineiras (como cozinhar, tomar banho, escovar os dentes etc.).	Dores menos intensas nas articulações, em geral nas extremidades, às vezes acompanhadas de inchaço. Olhos vermelhos e aversão à luz.	Mialgia, artralgia, dor em panturrinhas e cefaleia	Mialgia, artralgia, cefaleia
 MANCHAS VERMELHAS	Sim, às vezes com coceira.	Sim, com coceira intensa.	Sim, com coceira intensa.	Apenas em 10 à 20% dos casos	Geralmente entre o 3º e 5º dia após início dos sintomas
 ATENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas, vômitos e diarreia. Dor abdominal intensa. Vômitos persistentes. Acúmulo de líquidos. Tonturas. Aumento do fígado. Sangramento de mucosa. Letargia e/ou irritação. Aumento de hematócritos, o que pode estar associado à redução das plaquetas. 	<ul style="list-style-type: none"> Idade acima de 45 anos. Lesões prévias nas articulações. Doenças crônicas (ex.: hipertensão, diabetes) ou autoimunes (ex.: lúpus). 	Dormência nas extremidades, dificuldade para caminhar, alterações neurológicas, paralisia facial.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dispneia, tosse e taquipneia; 2. Alterações urinárias; 3. Hipotensão; 4. Vômitos frequentes 5. Arritmias 6. Ictericia 7. Fenômenos hemorrágicos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petéquias 2. Taquicardia; 3. Hipotensão; 4. Fenômenos hemorrágicos; 5. Dor abdominal.
 COMPLICAÇÕES	Pode haver comprometimento de órgãos como: pulmões, coração, fígado, rins e do sistema nervoso central.	Persistência da dor por meses ou até anos, em alguns casos, com queda da produtividade em população economicamente ativa (20-60 anos de idade).	Comprometimento neurológico, que provoca debilidade muscular. Possibilidade de reação autoimune (Síndrome de Guillain-Barré), que pode levar à paralisia cerebral.	Insuficiência renal e hemorragias, mais comumente pulmonares e alterações do nível de consciência	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alterações neurológicas; 2. Comprometimento renal; 3. Comprometimento pulmonar;

Anexo7: Estimativa para Organização e Estruturação das Ações Assistenciais em Situações de Epidemia de Dengue

A estimativa do quantitativo de pessoas que demandarão atendimento nos serviços de saúde do município foi calculada com base em parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde no documento “**Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento dos casos ou epidemia de dengue**”, o qual indica três cenários de riscos conforme a quantidade de casos notificados de dengue: **Risco 1:** 1% da população; **Risco 2:** 2% da população; e **Risco 3:** 4% da população.

Assim, nos Quadros 2, 3 e 4, apresentamos as estimativas de materiais de consumo e aportes de internação para atendimento de pacientes nos diferentes cenários de risco.

Quadro 2: Risco 1

Estimativa para as ações assistenciais e materiais de consumo	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total
Casos suspeitos de dengue	621	669	955	955	955	621	4.776
Hemograma	1242	1337	1910	1910	1910	1242	9551
Necessidade de hidratação venosa. 15% dos casos	93	100	143	143	143	93	716
Necessidade de internação em enfermaria. 7% dos casos	43	47	67	67	67	43	334
Número de poltronas para hidratação venosa.	5	5	7	7	7	5	14
Leitos de internação em enfermaria. 7% dos casos ÷ 7 dias	6	7	10	10	10	6	18
Necessidade de internação em terapia intensiva. 0,7%	4	5	7	7	7	4	33
Número de leitos em UTI	1	1	2	2	2	1	2
Sais de reidratação oral	3725	4011	5731	5731	5731	3725	28653
SF 0,9% de 500ml. 08 frascos para cada suspeito c/ necessidade de hidratação venosa	745	802	1146	1146	1146	745	5731
Dipirona / Paracetamol. 9 gramas p/ cada suspeito	5587	6017	8596	8596	8596	5587	42980

Quadro 3: Risco 2

Estimativa para as ações assistenciais e materiais de consumo	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total
Casos suspeitos de dengue	1242	1337	1910	1910	1910	1242	9.551
Hemograma	2483	2674	3820	3820	3820	2483	19102
Necessidade de hidratação venosa. 15% dos casos	186	201	287	287	287	186	1433
Necessidade de internação em enfermaria. 7% dos casos	87	94	134	134	134	87	669
Número de poltronas para hidratação venosa.	9	10	14	14	14	9	14
Leitos de internação em enfermaria. 7% dos casos ÷ 7 dias	12	13	19	19	19	12	18
Necessidade de internação em terapia intensiva. 0,7%	9	9	13	13	13	9	67
Número de leitos em UTI	2	2	3	3	3	2	3
Sais de reidratação oral	7450	8023	11461	11461	11461	7450	57306
SF 0,9% de 500ml. 08 frascos para cada suspeito c/ necessidade de hidratação venosa	1490	1605	2292	2292	2292	1490	11461
Dipirona / Paracetamol. 9 gramas p/ cada suspeito	11175	12034	17192	17192	17192	11175	85959

Quadro 4: Risco 3

Estimativa para as ações assistenciais e materiais de consumo	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total
Casos suspeitos de dengue	2483	2674	3820	3820	3820	2483	19.102
Hemograma	9933	10697	15282	15282	15282	9933	76408
Necessidade de hidratação venosa. 15% dos casos	372	401	573	573	573	372	2865
Necessidade de internação em enfermaria. 7% dos casos	174	187	267	267	267	174	1337
Número de poltronas para hidratação venosa.	19	20	29	29	29	19	14
Leitos de internação em enfermaria. 7% dos casos ÷ 7 dias	25	27	38	38	38	25	18
Necessidade de internação em terapia intensiva. 0,7%	17	19	27	27	27	17	134
Número de leitos em UTI	3	3	5	5	5	3	5
Sais de reidratação oral	14900	16046	22922	22922	22922	14900	114612
SF 0,9% de 500ml. 08 frascos para cada suspeito c/ necessidade de hidratação venosa	2980	3209	4584	4584	4584	2980	22922
Dipirona / Paracetamol. 9 gramas p/ cada suspeito	22349	24069	34384	34384	34384	22349	171919

População IBGE 2020: 477.552

Obs.: A rede de assistência estará sujeita a remanejamento de profissionais conformedemanda de cada serviço.

Com o intuito de assistir adequadamente e evitar óbitos o município deverá:

- Adequar e reorganizar a rede de assistência;
- Implantar unidade de atendimento específica para arboviroses, se possível por território, servindo de referência para os demais serviços de saúde;
- Comunicação social através de rádios, sites institucionais, conselho gestor, associações e igrejas;

REFERÊNCIAS:

- https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/arboviroses/revisao2020_diretrizes_arboviroses290620.pdf;
- https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_contr_ole_dengue.pdf;
- https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/diretrizes_para_a_organizacao_dos_servicos_de_atencao_a_saude_em_situacao_de_aumento_de_casos_ou_de_epidemia_de_dengue_1389634901.pdf
- https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/arboviroses/deliberacao_cib02_republicacao01.pdf;
- <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/30/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>
- https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1116798/arboviroses18_plano_contingencia_out18.pdf