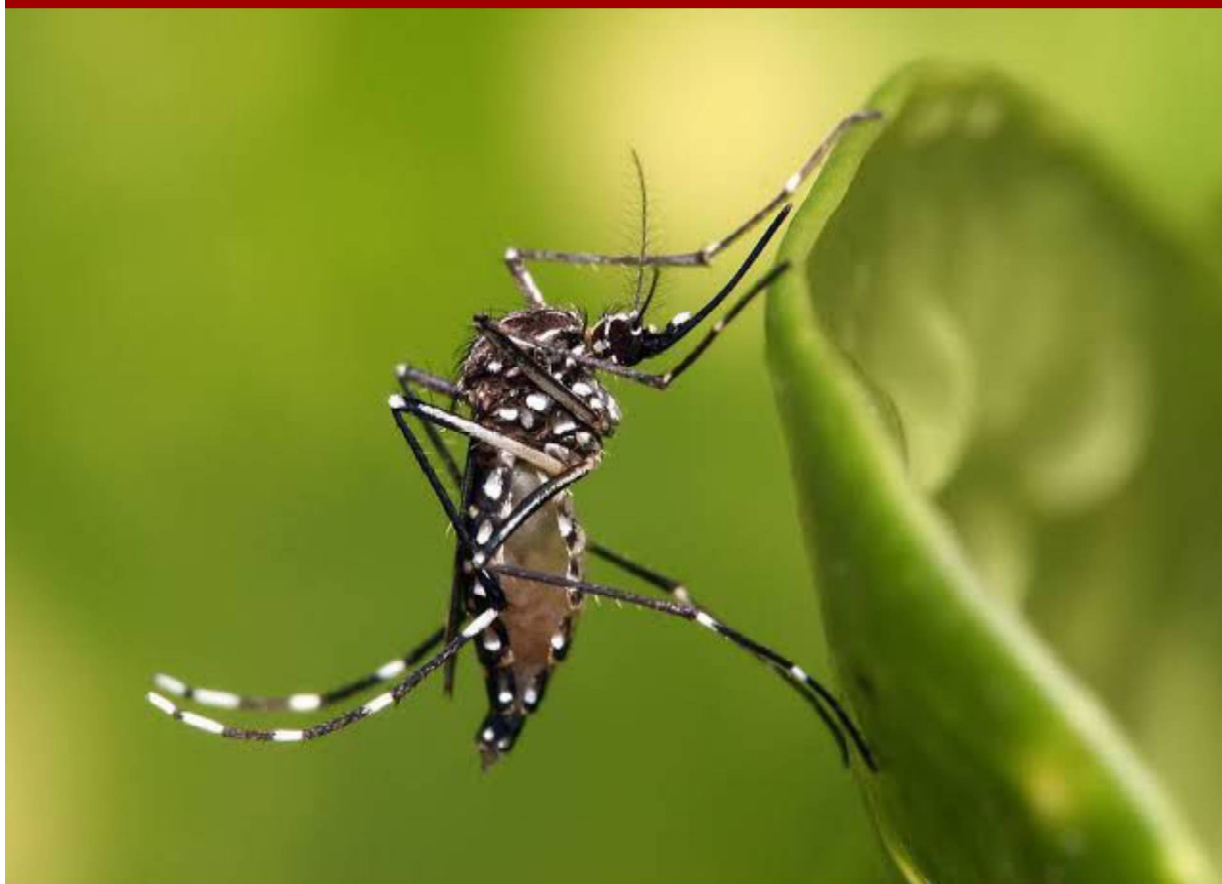


**PLANO MUNICIPAL DE
CONTINGÊNCIA DAS ARBOVIROSES:
DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA
2024-2025**



MAUÁ
PARATODOS
GOVERNO MUNICIPAL

Prefeito do Município de Mauá – SP
Francisco Marcelo de Oliveira

Secretária de Saúde do Município
Célia Cristina Pereira Bortoletto

Secretários Adjuntos de Saúde de Mauá
Darcy Mantovani Júnior
Kátia Vital Navarro Watanabe

Coordenadora de Proteção da Saúde e Vigilâncias
Carmem Lúcia Biason

Gerente de Vigilância Epidemiológica
Fabiana Marinho de Macedo Vieira

Gerente de Zoonoses
Alessandra Cristina dos Santos

Equipe Técnica de Elaboração
Michelle Gama de Abreu
Robervânio Romeiro Damasceno
Sônia Alves Feitosa

Colaboradores
Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental
Valentim Caetano Filho

Gerência de Zoonoses
Alexandre Perez Climaco de Freitas
Ana Lúcia Ferrari

Coordenadoria de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência
Eliene de Paula Pinto
Elisabete Aparecida Ribeiro José

Coordenadoria Atenção Especializada
Adriana Tábata dos Santos Moreira

Coordenadoria de Atenção Básica
Lívia Machado Cerveira
Cícera Roberta Nascimento

Coordenadoria de Comunicação Social
Equipe de Criação

Sumário

1. INTRODUÇÃO	4
2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MAUÁ	5
2.1. Localização geográfica	5
2.2. Rede de assistência	5
2.3. Controle de vetores	5
2.4. Transmissão de dengue no município	6
2.5. Sala de Situação. Municipal	7
3. CARACTERIZAÇÃO DAS DIFERENTES ARBOVIROSES	7
3.1. Dengue	7
3.2. Febre chikungunya	8
3.3. Zika vírus	8
4. PLANO ESTRATEGICO MUNICIPAL 2024-2025	9
4.1. Controle de vetores	9
4.2. Educação, comunicação e mobilização social	10
4.3. Assistência ao paciente	11
4.3.1. Vigilância epidemiológica	11
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)	12
4.3.3. Rede de assistência	13
4.3.3.1. Unidades Básicas de Saúde (UBS)	14
4.3.3.2. Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	14
4.3.3.3. Hospital Municipal Radamés Nardini	15
4.3.3.4. Rede de Assistência Privada	15
5. AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA, SEGUNDO CENÁRIOS DE TRANSMISSÃO	15
5.1 Cenário 1 – Silencioso	15
5.2 Cenário 2 – Risco Inicial	16
5.3 Cenário 3 - Risco Moderado	17
5.4 Cenário 4 - Alto Risco	17
RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES	17
ANEXOS	19
Anexo 1: Fluxograma de Exames de Diagnóstico de Dengue, Estado de São Paulo	19
Anexo 2: Fluxo de dengue	20
Anexo 3: Fluxo de Chikungunya	21
Anexo 4: Comparação para Diagnóstico Diferencial	22
Anexo 5: Estimativa para Organização e Estruturação das Ações Assistenciais em Situações de Epidemia de Dengue	23
Referências	25

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 ocorrem 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 esta denominação. 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:

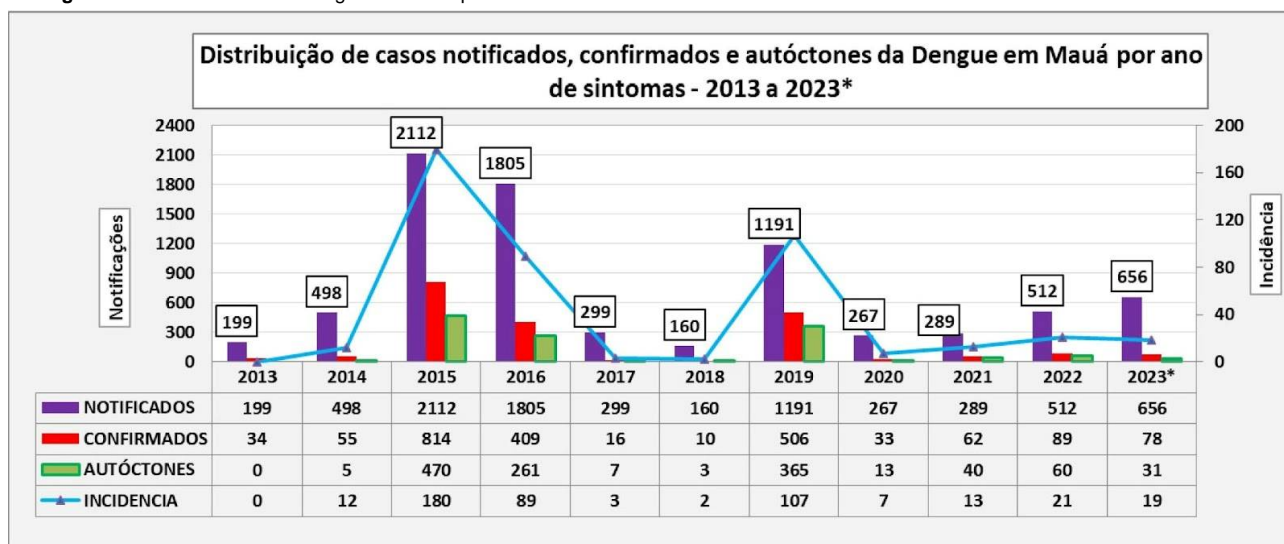
- Organizar as ações a serem desenvolvidas pelas áreas técnicas envolvidas, de maneira articulada e de acordo com o cenário de risco e de transmissão apresentado;
- Organizar e qualificar as ações da assistência, garantindo acesso ao diagnóstico e ao manejo clínico adequado;
- Evitar/controlar a transmissão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

internos na Gerência de Zoonoses (GZ) e 01 em afastamento pelo INSS e 01 supervisor, além dos 264 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, até 2013 todos os casos confirmados de dengue foram importados e, somente em 2014 foi registrado autoctonia de dengue pela primeira vez, com cinco casos registrados. Em 2015 houve o maior número de casos confirmados na história, 814 casos, 470 autóctones, (Figura 2). Em 2016 e 2019 também foram anos que tivemos bastante casos de dengue. Atualmente, novembro de 2023, os casos estão controlados com apenas 78 casos confirmados registrados. Com relação a Chikungunya, em 2016, foi o ano que tivemos pela primeira vez registro no município (13 casos), desses, dois autóctones e um caso importado. No ano atual, até 27/11/2023, registramos dois casos importados. Já sobre dados de vírus zika tivemos apenas um caso (importado) na história de Mauá.

Figura 2: Série Histórica de Dengue no Município de Mauá-SP



Fonte: SINAN Net e SINAN Web - *Dados atualizados em 27/11/2023

A fim de favorecer a organização das ações de vigilâncias epidemiológica e laboratorial, de controle de vetores e assistencial, bem como, a rápida tomada de decisões e instalação oportuna das medidas de contenção, o município de Mauá utilizará, para a implementação das ações, cenários de risco definidos pelo Estado de São Paulo de acordo com o nível de transmissão. Os municípios serão classificados de acordo com os cenários de risco: silencioso, inicial, moderado e alto risco (Quadro 1).

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. 100/100.000 habitantes

2.5. Sala de Situação Municipal

A Sala de Situação Municipal deverá desencadear as discussões para a elaboração e aplicação do Plano de Contingência Municipal. Esse espaço é destinado a reuniões periódicas pré-agendadas ou em caráter emergencial, de acordo com a situação epidemiológica, entre todos os setores e secretarias do município para que 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 (Anexo 5).

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 onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Aedes 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 7 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, não explicado por outras condições; pessoa que 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 à 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 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 2024-2025.

O Ministério da Saúde, baseando-se no Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública por Dengue, Chikungunya e Zika, 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. Controle de Vetores

Para os próximos anos, 2024 - 2025, 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 de maior incidência:

Nesse período, compreendido entre a Semana Epidemiológica – 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) recebe as notificações de suspeitos, avalia todas as informações, principalmente, o critério de casos suspeitos e área a abrangência, e, em seguida, envia cópia da ficha ao GZ para a realização de ações de controle.

Período de menor incidência:

Período compreendido entre a as SE 27 e 52/53, são desenvolvidas as atividades que visem ao 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. 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 aptas ao cuidado qualificado e ampliado;
- Exposição de maquetes simulando imóvel com e sem criadouros;
- Faixas que estimulem o controle do vetor;
- Capacitações para todos os profissionais envolvidos;
- Retomar grupo técnico de arboviroses com reuniões, inicialmente, bimestrais, podendo 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. Assistência ao Paciente

Objetiva garantir uma assistência adequada aos pacientes, de acordo com a classificação de risco, e, conseqüentemente, evitar casos graves e óbitos por arboviroses. 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 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;
- Capacitar 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 e serem sinalizados pelo GVE-VII.

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 60 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> .

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

Todos os casos suspeitos de **Dengue, Chikungunya e Zika Vírus**, atendidos pelos serviços de saúde público e privado, deverão enviar as notificações por e-mail em até 24h ou notificá-los, na “plataforma online” através do link: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSea272Hii0WNISSai5qix-Yu2Z4EBhu2Gef8lyUcujAkxn67g/viewform> e enviar a notificação por malote no mesmo prazo. Os casos que ocorrerem à noite, feriados e aos finais de semana, poderão ser notificados no próximo dia útil. **A notificação precoce e imediata pode evitar agravamento dos casos e óbitos.**

O atendimento será priorizado por meio do acolhimento e classificação de risco por 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)

- Notificar à VE em até 24h todos suspeitos de dengue, chikungunya e zika, conforme item 4.3.3;
- 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; caso seja negativo, repetir a avaliação a cada dois dias, e na prova do laço positiva, encaminhar o paciente para a UPA conforme a “Classificação de Risco e Manejo do Paciente” (Grupo B - sem sinais de alarme).
- Prestar assistência a todos os suspeitos de dengue do grupo A e B;
- Pacientes dos grupos C e D deverão ser regulados para o serviço de atenção hospitalar;
- 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 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;
- 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 à UBS ao primeiro dia de desaparecimento da febre ou no 5º dia de febre;
- Orientar retorno à UPA em caso de aparecimento de algum sinal de alerta;

4.3.3.3. Hospital Municipal Radamés Nardini

- Notificar à VE em até 24h todos suspeitos de dengue, chikungunya e zika, conforme item 4.3.3;
- Todos 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 à 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, conforme item 4.3.3;
- 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 e 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: sala 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 e a CCD (Coordenadoria de Controle de Doenças), sobre a 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 outras 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).
- Instalar uma tenda por território para atendimento exclusivo aos suspeitos de arboviroses.

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.

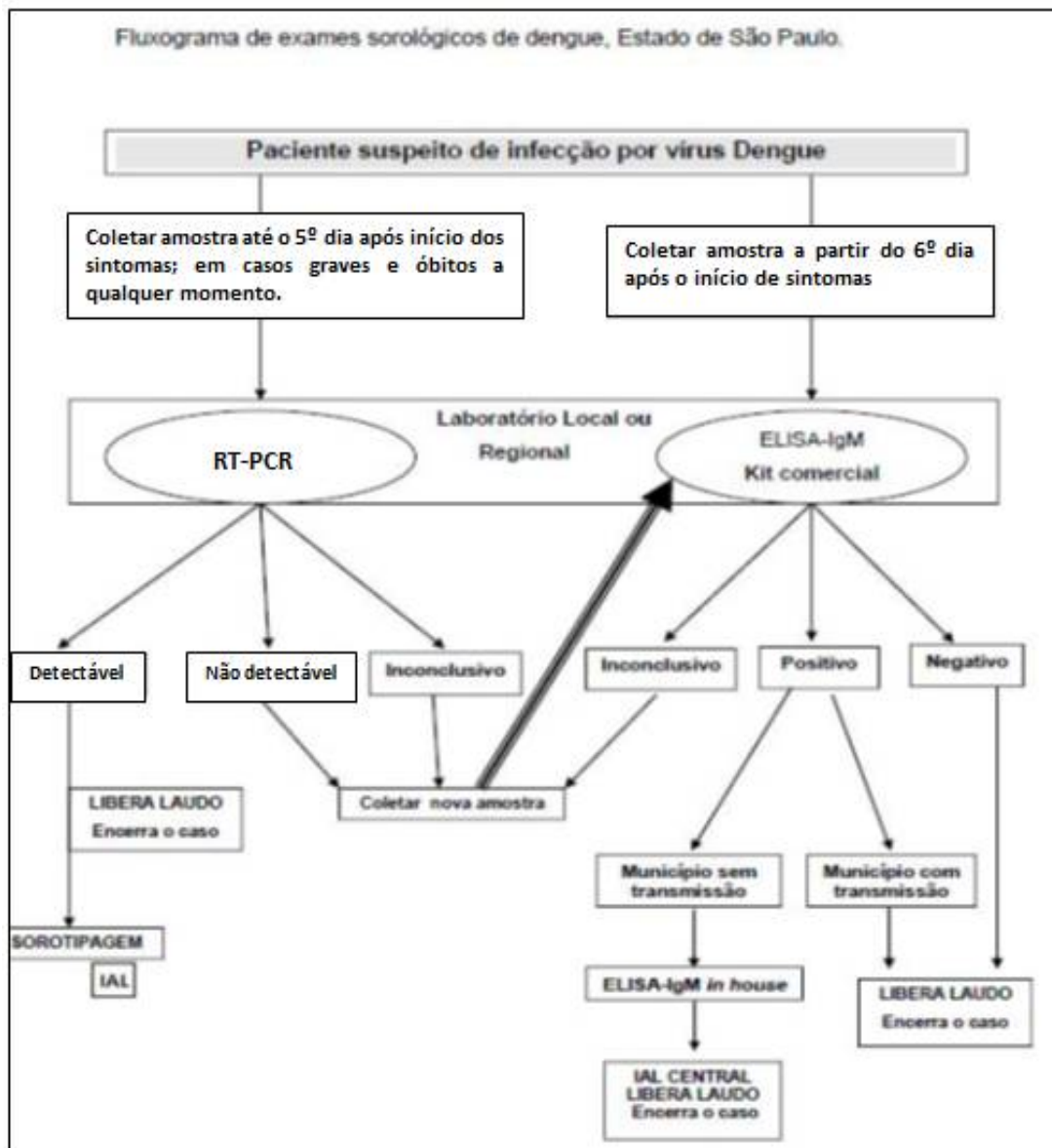
Técnica da Prova do Laço

Obrigatório em todos os suspeitos de dengue sem petéquias presentes de forma espontânea:

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

ANEXOS

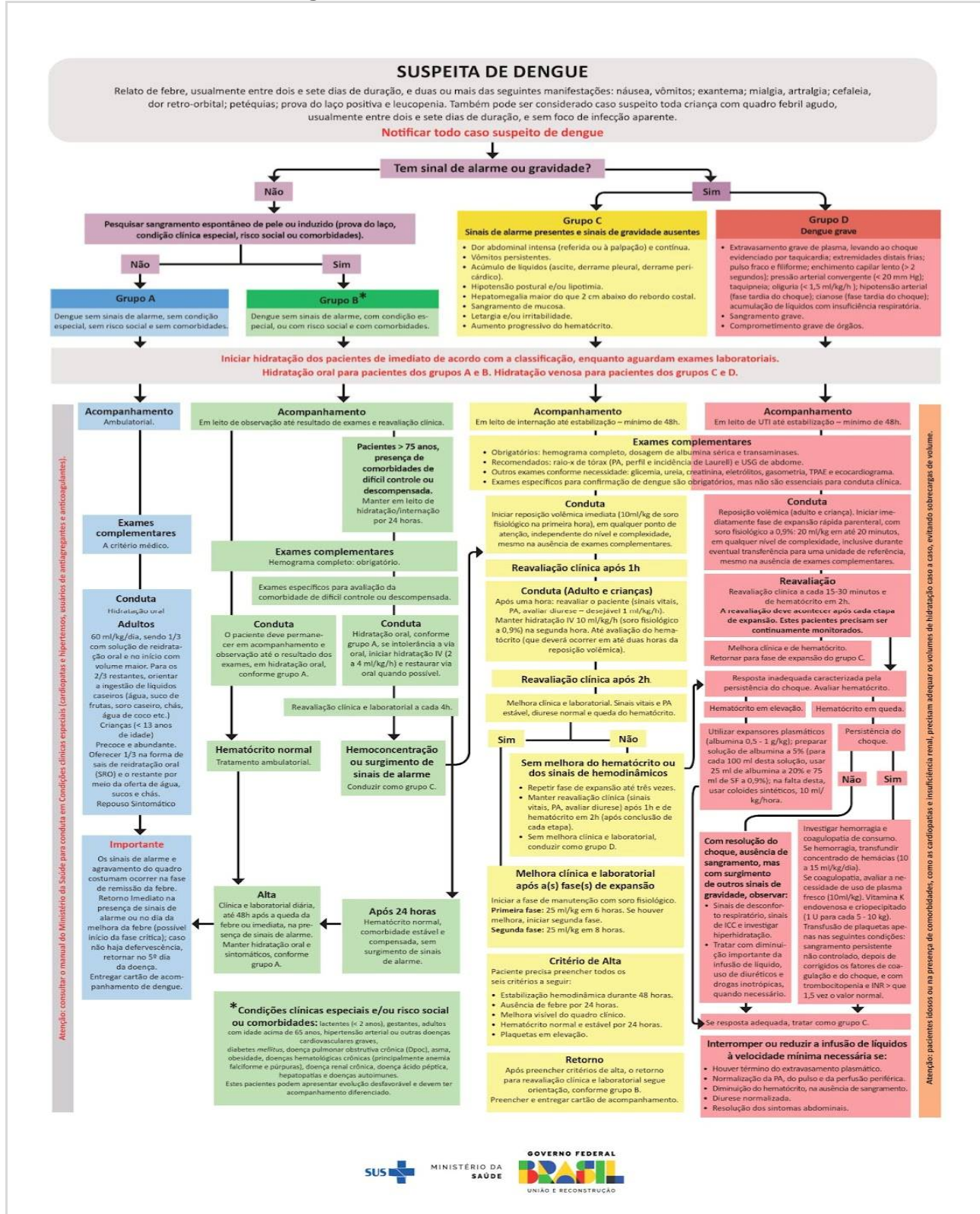
Anexo 1: Fluxograma de Exames de Diagnóstico de Dengue, Estado de São Paulo



Adaptado de imagem do Instituto Adolfo Lutz (IAL)

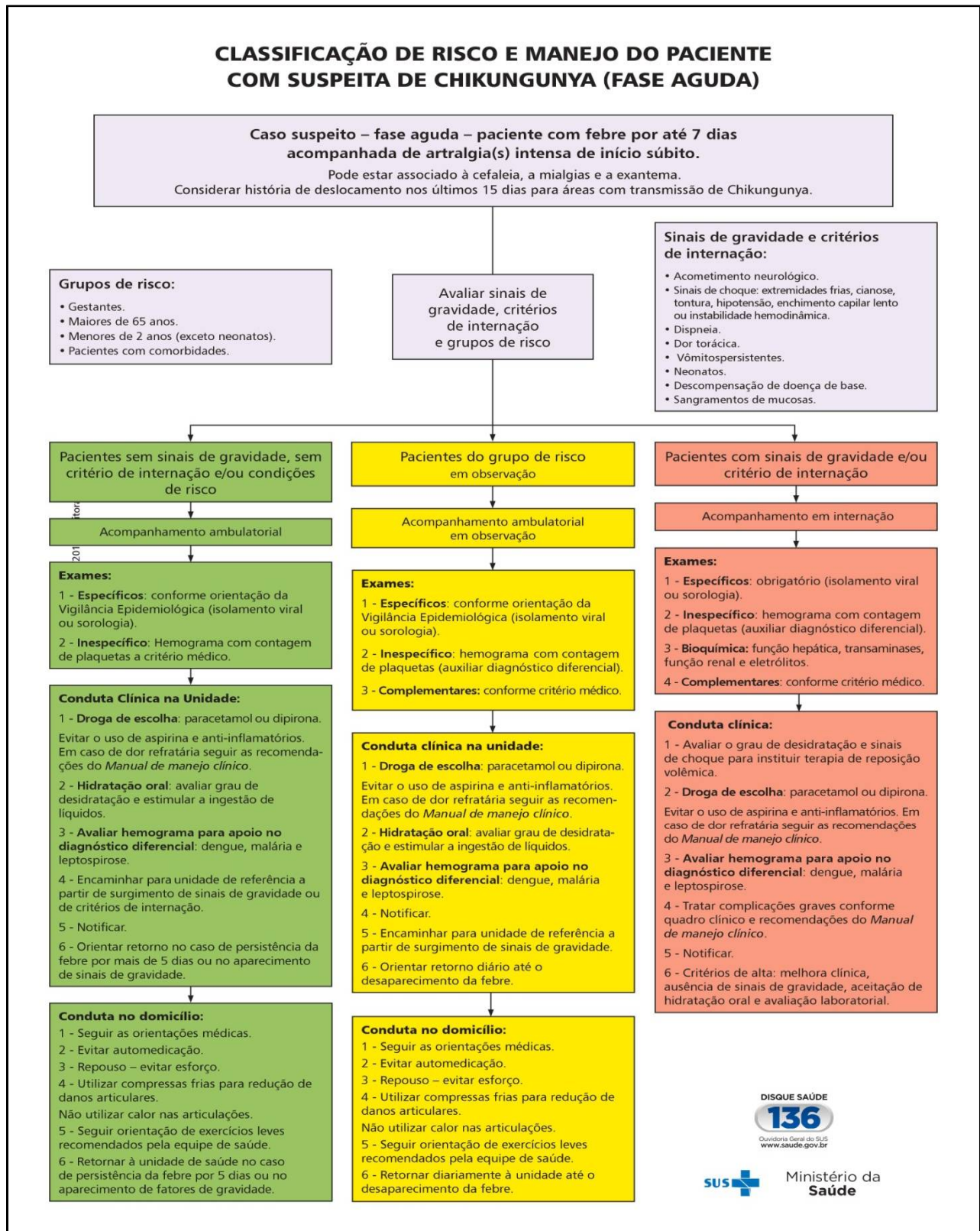
OBS: Todas as amostras das unidades de serviço público deverão ser enviadas ao laboratório de referência local que será encaminhado ao IAL pelo município.

Anexo 2: Fluxo de Dengue



Obs: Tratamento sintomático com paracetamol ou dipirona. Não utilizar derivados de Ácido acetilsalicílico (AAS), devido o risco hemorrágico.

Anexo 3: Fluxo de Chikungunya



Anexo 4: Comparação para diagnóstico diferencial

 Quadro comparativo de diagnóstico ASPECTOS CLÍNICOS					
Secretaria de Saúde 					
SINTOMAS	DENGUE	CHICUNGUNYA	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 panturrilhas e cefaleia	Mialgia, artralgia, cefaleia
MANCHA VERMELHAS 	Sim, às vezes com coceira	Sim, com coceira intensa	Sim, com coceira intensa	Apenas em 10 a 20% dos casos	Geralmente entre o 3º e 5º dia após o 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 Aumento de hematórcitos, 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	<ul style="list-style-type: none"> Dispneia, tosse e taquipneia Alterações urinárias Hipotensão Vômitos frequentes Arritmias Icterícia Fenômenos hemorrágicos 	<ul style="list-style-type: none"> Petéquias Taquicardia Hipotensão Fenômenos hemorrágicos 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 de 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	<ul style="list-style-type: none"> Alterações neurológicas Comprometimento renal Comprometimento pulmonar

Anexo 5: 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 concentrados nos seis primeiros meses do ano: **Risco 1:** 1% da população; **Risco 2:** 2% da população; e **Risco 3:** 4% da população.

Assim, nos Quadros 2, 3 e 4, são apresentadas 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	544	586	837	837	837	544	4.183
Hemograma	1087	1171	1673	1673	1673	1087	8365
Pacientes com necessidade de hidratação venosa. 15% dos casos	82	88	125	125	125	82	627
Necessidade de internação em enfermaria. 7% dos casos	38	41	59	59	59	38	293
Número de poltronas para hidratação venosa.	4	4	6	6	6	4	14
Número de leitos de internação em enfermaria. 7% dos casos ÷ 7 dias	5	6	8	8	8	5	18
Pacientes com necessidade de internação em terapia intensiva. 0,7%	4	4	6	6	6	4	29
Número de leitos em UTI	1	1	2	2	2	1	2
Sais de reidratação oral	3262	3513	5019	5019	5019	3262	25096
SF 0,9% de 500ml. 08 frascos para cada suspeito c/ necessidade de hidratação venosa	652	703	1004	1004	1004	652	5019
Dipirona / Paracetamol. 9 gramas p/ cada suspeito	4894	5270	7529	7529	7529	4894	37643

Quadro 3: Risco 2

Estimativa para as ações assistenciais e materiais de consumo	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total
Casos suspeitos de dengue	1087	1171	1673	1673	1673	1087	8.365
Hemograma	2175	2342	3346	3346	3346	2175	16730
Pacientes com necessidade de hidratação venosa. 15% dos casos	163	176	251	251	251	163	1255
Necessidade de internação em enfermaria. 7% dos casos	76	82	117	117	117	76	586
Número de poltronas para hidratação venosa.	8	9	13	13	13	8	14
Número de leitos de internação em enfermaria. 7% dos casos ÷ 7 dias	11	12	17	17	17	11	18
Pacientes com necessidade de internação em terapia intensiva. 0,7%	8	8	12	12	12	8	59
Número de leitos em UTI	2	2	3	3	3	2	3
Sais de reidratação oral	6525	7027	10038	10038	10038	6525	50191
SF 0,9% de 500ml. 08 frascos para cada suspeito c/ necessidade de hidratação venosa	1305	1405	2008	2008	2008	1305	10038
Dipirona / Paracetamol. 9 gramas p/ cada suspeito	9787	10540	15057	15057	15057	9787	75287

Quadro 4: Risco 3

Estimativa para as ações assistenciais e materiais de consumo	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total
Casos suspeitos de dengue	2175	2342	3346	3346	3346	2175	16.730
Hemograma	8700	9369	13384	13384	13384	8700	66922
Pacientes com necessidade de hidratação venosa. 15% dos casos	326	351	502	502	502	326	2510
Necessidade de internação em enfermaria. 7% dos casos	152	164	234	234	234	152	1171
Número de poltronas para hidratação venosa.	16	18	25	25	25	16	14
Número de leitos de internação em enfermaria. 7% dos casos ÷ 7 dias	22	23	33	33	33	22	18
Pacientes com necessidade de internação em terapia intensiva. 0,7%	15	16	23	23	23	15	117
Número de leitos em UTI	3	3	5	5	5	3	5
Sais de reidratação oral	13050	14054	20077	20077	20077	13050	100383
SF 0,9% de 500ml. 08 frascos para cada suspeito c/ necessidade de hidratação venosa	2610	2811	4015	4015	4015	2610	20077
Dipirona / Paracetamol. 9 gramas p/ cada suspeito	19575	21080	30115	30115	30115	19575	150574

População IBGE 2022: 418.261

Obs.: A rede de assistência estará sujeita a remanejamento de profissionais conforme demanda 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://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/plano-de-contingencia-para-resposta-as-emergencias-em-saude-publica-por-dengue-chikungunya-e-zikahttps://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
- https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_adulto.pdf
- https://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/arboviroses/plano_contingencia_23_2.11

Célia Cristina Pereira Bortoletto
Secretária de Saúde