

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOA VISTA DA APARECIDA**

**PLANO MUNICIPAL DE CONTINGÊNCIA
PARA ARBOVIROSES**

Coordenação:

*Departamento de Vigilância em Saúde
Divisão de Atenção Primária em Saúde
Divisão de Vigilância Epidemiológica
Divisão de Vigilância Sanitária
Divisão de Endemias*

Setembro/2022

I. RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO

Nome	Cargo Funcional	Telefone	Telefone	E-mail
Angela Pereira de Lima	Enfermeira Vig. Epidemiológica. (Coord. de Endemias - Portaria 94/2022)	(45)32871180	(45) 991279592	angelbva@hotmail.com (pessoal) vigisaubva@hotmail.com (trabalho)
Maria Ap. Borges de Araújo	Enfermeira Coord. APS (Decreto 023/2020)	(45) 32871180	(45) 991166796	marihabva@hotmail.com
Sabrina Furlanetto	Enf.ESF1 (UBS Pref. Jose Carlos Henrichs)	(45)32878309	(45)991354725	sabrina.furlanetto@hotmail.com
Eliane P de Souza	Enf.ESF2 (UBS Pref. Jose Carlos Henrichs)		(45) 991038348	elianep_souza@hotmail.com
Daniela Ferreira Dutra	Enf. ESF3 (UBS Severino Bett)	(45)32871438	(46)991285208	danifd_npi@hotmail.com
Adriana Aparecida de Araújo	ACE/Supervisora de Endemias (Supervisora de Endemias - Portaria 94/2022)	(45)32871180	(45)991142104	
Roseli Klaus	Diretora Hospital Municipal São José (Decreto 071/2021)	(45)32871552	(45) 991284746	rozeks@hotmail.com
Daniel Maccari	Fiscal de obras, posturas, tributação, meio ambiente e vigilância sanitária (Decreto 125/2016) Gestor Vig. Sanitária (Decreto 192/22)	(45)32871180	(45)991079493	maccaridaniel@outlook.com

Rildo Jose Peloso	Secretário de Saúde (Decreto 044/2021)	(45)32871180	(45)991221755	x
-------------------	---	--------------	---------------	---

II. APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Boa Vista da Aparecida está localizado no Oeste do Paraná, distante 486,55 km da Capital do Estado. Faz parte da 10.^a Regional de Saúde, sendo o município de Cascavel a sua referência para alta e média complexidade (HUOP e demais hospitais da Rede). O Município apresenta uma população aproximada de 7.524 habitantes (estimativa IBGE 2021).

Fig.1 – Município de Boa Vista da Aparecida e sua posição geográfica no Estado do Paraná.



FONTE: IPARDES NOTA: Base Cartográfica ITCG (2010)

Fig. 2 - Limites do Município de Boa Vista da Aparecida - Pr



FONTE: IPARDES NOTA: Base Cartográfica ITCG (2010)

População Residente (Estimativa IBGE,2021): 7.524 habitantes

População em Idade Ativa (IBGE,2010): 6654 pessoas

População Economicamente Ativa (IBGE,2010): 4024 pessoas

População Ocupada (IBGE,2010): 3829 pessoas

Abastecimento de água segundo as categorias (SANEPAR,2019)

Residencial:2.291 Comercial:176 Outros:84

- Não há ligações/tratamento de esgoto sanitário

Número de consumidores de energia elétrica (COPEL,2019)

Residencial: 2.803 Comercial/Industrial: 317 Rural:938 Outras classes: 85

Principais Atividades Econômicas

Lavouras Permanentes Lavouras Temporárias

Pecuária e criação de outros animais Produção florestal de florestas plantadas Comércio e serviços

III – JUSTIFICATIVA

O Plano de Contingência para as Arboviroses, é elaborado a partir do propósito de um possível enfrentamento de situações anormais referente a uma epidemia das mesmas. A proposta de validade será de 01(um) ano, revisto e atualizado a cada 6 meses, considerando a exigência legal e solicitação da Secretaria Estadual de Saúde.

É importante destacar que o Plano de Contingência para as Arboviroses é um instrumento de gestão pública, e que deve ser entendido como uma ferramenta flexível e dinâmica, podendo sofrer alterações no decorrer do seu período de validade. Estas

mudanças devem acontecer por conta de novos programas dentro da Vigilância em Saúde que conseqüentemente serão colocados em ação junto à população, que normalmente são editados pelo Ministério da Saúde através de portarias ministeriais, tornando-os de execução legal e obrigatória. A Vigilância em Saúde contempla as demais vigilâncias, contando com equipe multiprofissional, sendo que neste departamento está inserida a Coordenação de Combates a Endemias o qual conta com 05 Agente de Combates a Endemias, sendo 01 supervisor e 04 agentes.

O Plano de Contingência deverá passar pela ciência do Conselho Municipal de Saúde e do Comitê Municipal de Dengue e posteriormente encaminhado para aprovação da Regional de Saúde e conhecimento da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, tornando-se assim a principal ferramenta de gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município e publicação no Portal da Transparência do município, em termos de planejamento e ação em relação às Arboviroses.

No Plano de Contingência serão definidos aspectos como identificação e características da área envolvida, responsabilidades e o estabelecimento de organização dinâmica frente a possíveis situações emergenciais. Contém ainda, dentro da situação epidemiológica do município, as ações básicas de controle dos vetores, estrutura ambulatorial e hospitalar e a mobilização social no controle das doenças.

Todo caso suspeito de Arboviroses deve ser notificado pelas unidades de saúde à Vigilância Epidemiológica (VE) municipal, conforme rotina de notificação de doenças, e, concomitantemente ao Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) municipal para que as ações de controle vetorial sejam realizadas em tempo oportuno.

O Índice de Infestação Predial (IIP) classifica os municípios quanto ao risco de desenvolvimento de epidemia, sendo o município considerado em condições satisfatórias quando o IIP fica abaixo de 1%; em alerta, quando está entre 1 e 3,99% e em risco de desenvolver epidemia quando supera 4%.

IV- APRESENTAÇÃO

Definição de Caso

Caso Suspeito: Pessoa que viva em área onde se registram casos de Arboviroses, ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão de qualquer uma delas (ou presença de *Aedes aegypti*) e com história de 7 dias de febre ou menos, acompanhada de 2 ou mais das seguintes manifestações clínicas: cefaléia, dor retro orbitária, mialgias, artralgias, exantemas, prurido, fadiga, anorexia, icterícia, hemorragias e/ou adentramento em áreas de mata.

Caso Confirmado: É todo caso suspeito de laboratorialmente (RT-PCR em tempo real, detecção do antígeno Ns1 ou detecção de anticorpos IgM ou Teste Rápido e outros).

Caso Confirmado Autóctone: Caso confirmado por critério clínico/laboratorial, contraído na área de sua residência

Caso Confirmado Importado: Caso confirmado por critério clínico/laboratorial, contraído fora área de sua residência.

Caso Descartado: Todo caso suspeito de Arbovirose que possui um ou mais dos critérios a seguir: diagnóstico laboratorial negativo (Dengue, Zika Vírus, Chikungunya ou Febre Amarela), diagnóstico laboratorial de outra enfermidade ou seja um caso sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com outras doenças

Óbito: Todo paciente que atenda os critérios da definição de caso suspeito ou confirmado que morreu como consequência de qualquer uma das Arboviroses. Pacientes com qualquer uma das Arboviroses e comorbidades que evoluírem para óbito no curso da doença, deverão ter a causa básica citada na Declaração de Óbito.

4.1 Dengue

A dengue é das mais importantes doenças tropicais da atualidade cuja prevalência vem aumentando drasticamente no mundo nas últimas décadas, sendo considerada grave problema de saúde pública internacional. Ocorre, sobretudo em áreas tropicais e subtropicais e consiste em doença febril aguda. Os humanos são hospedeiros vertebrados do vírus da dengue. O período de incubação do vírus da dengue é de 5 a 6 dias, embora se possa prolongar até 15 dias. A dengue é causada por um vírus da família *Flaviridae* e é transmitida através do mosquito *Aedes aegypti*, também infectado pelo vírus. Os quatro sorotipos de vírus da dengue (DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4) são agentes etiológicos da dengue e da dengue com complicações.

No município não houve ocorrência de óbito por dengue ou dengue com complicações desde o registro do primeiro caso confirmado (02/2009).

4.2 Zika Vírus

O Zika Vírus – ou vírus da zica em Português – é um vírus do gênero *Flavivirus*, mas o termo também pode se referir à infecção causada pelo Zika, que é transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. Os primeiros registros de casos da doença no Brasil se deram em 2015, nos estados da Bahia e do Rio Grande do Norte.

O período de incubação, leva-se entre 3 e 12 dias para que os sintomas do vírus Zika possam vir a aparecer. O mosquito costuma picar nos horários de sol fraco, entre as primeiras horas da manhã e as últimas horas da tarde. Porém, ele fica nas sombras, mesmo durante os horários mais quentes, seja dentro ou fora das residências.

O vírus Zika já foi encontrado no líquido amniótico, assim como no cérebro de fetos. Alguns casos recentes de transmissão sexual do Zika Vírus surgiram nos Estados Unidos. Já a transmissão do vírus por meio da transfusão de sangue foi confirmada.

4.2.1 Zika Vírus e Microcefalia

A microcefalia é uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. Neste caso, os bebês nascem com perímetro cefálico (PC) menor que o normal, que habitualmente é superior a 32 cm. Essa malformação congênita pode ser efeito de uma série de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas e agentes biológicos (infecciosos), como bactérias, vírus e radiação.

Já está confirmada a relação entre o vírus Zika e o casos microcefalia em bebês nascidos de mães infectadas nos primeiros três meses iniciais de gravidez.

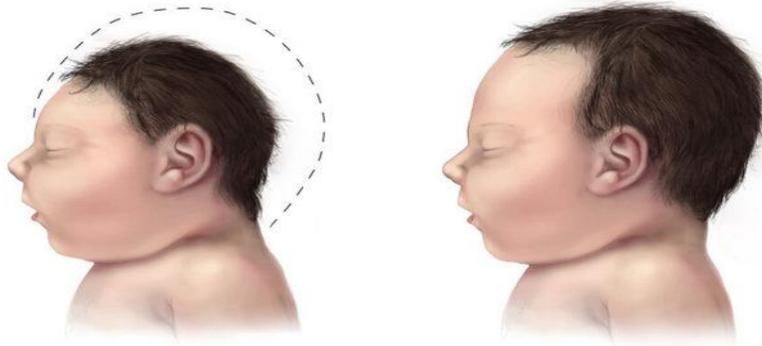
Não há tratamento específico para a microcefalia. Existem ações de suporte que podem auxiliar no desenvolvimento do

bebê e da criança, e este acompanhamento é preconizado pelo Sistema Único da Saúde (SUS). Como cada criança desenvolve complicações diferentes - entre elas respiratórias, neurológicas e motoras – o acompanhamento por diferentes especialistas vai depender de suas funções que ficarem comprometidas. Estão disponíveis serviços de atenção básica, serviços especializados de reabilitação, os serviços de exame e diagnóstico e serviços hospitalares, além de órteses e próteses aos casos em que se aplicar.

4.2.1.1 Gestantes

Para as gestantes, a orientação é para não usar medicamentos sem prescrição de profissionais de saúde e que façam um pré-natal qualificado e todos os exames previstos nesta fase, além de relatarem aos profissionais de saúde qualquer alteração que perceberem durante a gestação. Também é importante que elas reforcem as medidas de prevenção ao mosquito *Aedes aegypti*, com o uso de repelentes indicados para o período de gestação, uso de roupas de manga comprida e todas as outras medidas para evitar o contato com mosquitos, além de evitar o acúmulo de água parada em casa ou no trabalho. Independente do destino ou motivo, toda gestante deverá consultar seu médico antes de viajar.

Fig. 3 - Microcefalia



Fonte: <https://diagrad.com.br/noticias/microcefalia-e-zika-virus-o-que-e-sintomas/>

4.3 Chikungunya

A Febre Chikungunya é uma doença transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. No Brasil, a circulação do vírus foi identificada pela primeira vez em 2014. 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 documentada, na Tanzânia, localizada no leste da África, entre 1952 e 1953. Depois de infectada, a pessoa fica imune pelo resto da vida. Os sintomas iniciam entre dois e doze dias após a picada do mosquito. Cerca de 30% dos casos não apresentam sintomas.

4.3.1 -Fase aguda ou febril

A fase aguda ou febril da doença é caracterizada principalmente por febre de início súbito e surgimento de intensa poliartralgia, geralmente acompanhada de dores nas costas, rash cutâneo (presente em mais de 50% dos casos) cefaleia e fadiga, com duração média de sete dias. Ocasionalmente, pode ser associada a uma bradicardia relativa. A poliartralgia tem sido descrita em mais de 90% dos pacientes com Chikungunya na fase aguda. Há relatos de recorrência da febre. Podem estar presentes também, nesta fase, astenia, recorrência do prurido generalizado e exantema maculopapular, além do surgimento de lesões purpúricas, vesiculares e bolhosas. Alguns pacientes podem desenvolver doença vascular periférica, fadiga e sintomas depressivos. Caso os sintomas persistam por mais de três meses, após o início da doença, estará instalada a fase crônica.

4.3.2 Fase crônica

Após a fase subaguda, alguns pacientes poderão ter persistência dos sintomas, principalmente dor articular e musculoesquelética e neuropática, sendo esta última muito frequente nesta fase. A prevalência da fase crônica é muito variável. Os principais fatores de risco para a cronificação são: idade acima de 45 anos, significativamente maior no sexo feminino, desordem articular preexistente e maior intensidade das lesões articulares na fase aguda. O sintoma mais comum nesta fase crônica é o acometimento articular persistente ou redicivante nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda, caracterizado por dor com ou sem edema, limitação de movimento, deformidade e ausência de eritema.. Alguns pacientes poderão evoluir com artropatia destrutiva semelhante à artrite psoriática ou reumatoide. Outras manifestações descritas durante a fase crônica são: fadiga, cefaleia, prurido, alopecia, exantema, bursite, tenossinovite, disestesias, parestesias, dor neuropática, fenômeno de Raynaud,

alterações cerebelares, distúrbios do sono, alterações da memória, déficit de atenção, alterações do humor, turvação visual e depressão. Alguns trabalhos descrevem que esta fase pode durar até três anos, outros fazem menção a seis anos de duração.

4.4 Febre Amarela

A febre amarela é uma doença infecciosa febril aguda transmitida por vetores artrópodes e causada por um vírus do gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*. Ela é transmitida por mosquitos do gênero *Haemagogos* e *Sabethes* (*ciclo silvestre*) a pessoas não vacinadas que adentram áreas rurais, matas, rios, parques, reservas ou localidades que já tem casos confirmados da doença ou pelo *Aedes aegypti*, no ciclo urbano. Em casos graves, a pessoa infectada por febre amarela pode desenvolver algumas complicações, como: febre alta; icterícia (coloração amarelada da pele e do branco dos olhos); hemorragia (especialmente a partir do trato gastrointestinal); eventualmente, choque e insuficiência de múltiplos órgãos.

IMPORTANTE: Cerca de 20% a 50% das pessoas que desenvolvem febre amarela grave podem morrer.

A introdução da vacina contra a Febre Amarela no País em 1937, o intenso combate ao vetor e a imunização em massa na década seguinte levaram à eliminação da doença nas áreas urbanas no Brasil. O registro dos últimos casos da febre amarela urbana no País ocorreu na cidade de Sena Madureira (AC), em 1942. A partir dessa data, a febre amarela urbana (transmitida por *Aedes aegypti*) não foi mais registrada e o ciclo de transmissão silvestre passou a predominar com registros de epidemias.

O vírus é mantido na natureza por transmissão entre primatas não humanos (PNH) e mosquitos silvestres arbóreos, principalmente dos gêneros *Haemagogus e Sabethes* (no Brasil) e *Aedes (Stegomyia)* na África, situação denominada **epizootia**. Em momentos com as condições ideais para transmissão, um número maior de PNH adoece e morre chamando atenção da sociedade na forma de epizootia, que representa o evento sentinela, e define medidas de intensificação de vacinação nos moradores das regiões afetadas. Estima-se que o número de animais infectados aumenta em intervalos cíclicos dependentes do crescimento da população susceptível de macacos em determinadas regiões, além da densidade de vetores nas matas.

4.4.1 Vigilância de Epizootias em Primatas Não Humanos – PNH (Macacos)

A vigilância de epizootias em primatas não humanos (PNH) consiste em captar informações sobre o adoecimento ou morte de PNH (macacos) e investigar oportunamente, a fim de detectar precocemente a circulação do vírus amarelado e subsidiar a tomada de decisão para a adoção das medidas de prevenção e controle, de modo a reduzir a morbimortalidade da doença na população humana prioritariamente nas áreas afetadas (com transmissão ativa) e ampliadas (áreas adjacentes).

4.4.2 Vigilância de Casos Humanos

A vigilância de casos humanos é feita por meio da notificação de casos com sintomatologia compatível com FA. Todo caso suspeito deve ser prontamente comunicado por telefone, fax ou e-mail às autoridades, (até 24 horas), por se tratar de doença grave com

risco de dispersão para outras áreas do território nacional e internacional. É importante preencher a ficha de Investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

V. DIAGNÓSTICO

A susceptibilidade aos Arbovírus é universal. No entanto, fatores de risco individuais, tais como idade, etnia, presença de comorbidades e infecção secundária podem determinar a gravidade da doença.

O diagnóstico pode ser clínico, clínico-epidemiológico ou laboratorial, podendo ser confirmado ou descartado com exames laboratoriais de sorologia, de biologia molecular e de isolamento viral, ou teste rápido, de acordo com a data de início de sintomas para definição do tipo de exame a ser realizado e de acordo com o período oportuno. Todos os exames estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

A seleção do teste laboratorial adequado baseia-se no tempo de doença (data de início dos sintomas x data de coleta).

Período de Infecção: 1º ao 5º dia após o início dos sintomas

Exames de escolha: RT-PCR para Arbovírus (Isolamento Viral) e Teste Rápido

Período de Infecção: Após o 5º dia do início dos sintomas (preferencialmente do 8.º ao 10.º dia)

Exames de escolha: IgM (Elisa) e Teste Rápido

Proceder a coleta, acondicionamento, cadastro no GAL, identificação das amostras, conservação e transporte dessas amostras conforme orientações do Manual do Lacen.

VI. TRATAMENTO

A assistência em saúde é feita para aliviar os sintomas. O tratamento é feito de forma sintomática, sempre de acordo com a avaliação do profissional de saúde, conforme cada caso. Estão entre as formas de tratamento: fazer repouso; ingerir bastante líquido (água); não tomar medicamentos por conta própria (principalmente medicamentos à base de ácido acetilsalicílico :Aspirina, AAS, Doril), no caso de Dengue), a hidratação pode ser por via oral (ingestão de líquidos pela boca) ou por via intravenosa (com uso de soro, por exemplo).

Nas formas graves, o paciente deve ser atendido em unidade hospitalar e se necessário, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para reduzir as complicações e o risco de óbito.

VII. PREVENÇÃO

A melhor forma de prevenção das Arboviroses é evitar a proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*, eliminando água armazenada que podem se tornar possíveis criadouros, como em vasos de plantas, lagões de água, pneus, garrafas plásticas, piscinas sem uso e sem manutenção, e até mesmo em recipientes pequenos, como tampas de garrafas.

Roupas que minimizem a exposição da pele durante o dia - quando os mosquitos são mais ativos - proporcionam alguma proteção às picadas e podem ser uma das medidas adotadas, principalmente durante surtos. Repelentes e inseticidas também podem ser usados, seguindo as instruções do rótulo. Mosquiteiros proporcionam boa proteção para aqueles que dormem durante o dia, como bebês, pessoas acamadas e trabalhadores noturnos.

O Paraná foi o primeiro Estado das Américas a ofertar gratuitamente a vacina da Dengue à população à partir de 08/2016, iniciativa pioneira a fim de proteger a população desta doença. A incorporação da vacina representou um marco para o combate à dengue, com redução em 93% o número de casos graves, 80% o número de hospitalizações e, conseqüentemente, evitou uma série de mortes causadas pela doença. Boa Vista da Aparecida foi um dos 30 municípios selecionados no Paraná para a vacinação que juntamente com os outros 29 municípios concentraram 83% dos casos confirmados, 91% dos casos graves e 87% das mortes por dengue no Estado e enfrentaram epidemias consecutivas, registraram alta circulação viral e grande magnitude de casos e foi direcionada a pessoas entre 15 a 27 anos. A escolha deste grupo se baseou em estudos epidemiológicos da Secretaria de Estado da Saúde que apontou que 30% do total de casos de Dengue do Estado ocorreram nesta faixa etária.

Tabela 1. Vacinação contra a Dengue na faixa etária de 15 a 27 anos – Boa Vista da Aparecida/Pr 10/2016 a 03/2018

Meta	10/2016(1)		03/2017(2)		09/2017(3)		03/2018(4)	
	1. Etapa	Cobertura	2. Etapa	Cobertura	3. Etapa	Cobertura	4.Etapa	Cobertura
1427	1220	85,5%	1407	98,6%	1221	85,5%	550	38,5%

Fonte: <https://www.vacinadengue.saude.pr.gov.br/> . Acesso em 17.09.2021

Notas: (1):Aplicação de Dose 1 (2):Aplicação de Dose 1 e Dose 2 (3): Aplicação de Dose 2 e Dose 3 (4): Aplicação de Dose 3 (Remanescentes)

A vacina é a principal ferramenta de prevenção e controle da Febre Amarela. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferta vacina contra Febre Amarela para a população, a partir dos 9 meses até os 59 anos de idade, disponível durante todo o ano nas unidades de saúde e deve ser administrada pelo menos 10 dias antes do deslocamento para áreas de risco, principalmente, para os indivíduos que são vacinados pela primeira vez. O Brasil adota o esquema vacinal de D1 aos 9 meses e 1 dose de reforço aos 4 anos e para adultos até 59 anos de idade, sem registro em cartão de vacina, aplica-se dose única. Medida que está de acordo com as recomendações do Programa Nacional de Imunização (PNI) Organização Mundial de Saúde (OMS).

Fig.4 - Medidas de Prevenção das Arboviroses



VIII - SITUAÇÃO LOCAL

8.1 Histórico da infestação do município pelos vetores da dengue

O Índice de infestação predial do mosquito *Aedes aegypti* do município está descrito na Tabela 04.

8.1.2 Caracterização dos criadouros/depósitos predominantes

Todos os recipientes que contenham água deverão ser cuidadosamente inspecionados, pois qualquer um poderá servir como criadouro ou foco de mosquitos.

Os reservatórios de água para o consumo deverão ser mantidos tampados e vedados. Os depósitos vazios que possam conter água devem ser mantidos secos, tampados ou protegidos da chuva e, se inservíveis, eliminados pelos moradores com orientação do ACE. Os depósitos predominantes no município são A2 e D1.

Grupo A: Armazenamento de água

Subgrupo A2: Depósitos em obras e horticultura. Depósitos ao nível do solo para armazenamento doméstico: tonel, tambor, barril, tina, depósitos de barro (filtros, moringas, potes) cisternas, caixa d'água, captação de água (poço, cacimba)

Grupo D: Depósitos Passíveis de Remoção

Subgrupo D1: Pneus e outros materiais rodantes (câmara de ar, manchões)

Subgrupo D2: Lixo (recipientes plásticos, latas), sucatas em pátios e ferros velhos, entulhos.

Grupo E: Depósitos Naturais

Folhas de bromélias, ocos em árvores, buracos em rochas, restos de animais (carcaças, carapaças, cascas)

Depósito Inspeccionado: É todo depósito com água, examinado pelo ACE com o auxílio de algum material da bolsa de campo (bacia plástica, fonte de luz, pesca-larva, pipeta, concha etc.).

Depósito Tratado: É aquele onde foi aplicado inseticida (larvicida ou adulticida).

Depósito Eliminado: É aquele que foi destruído ou inutilizado como criadouro de mosquito

8.2 – Situação da Rede de Assistência à Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde está disposta com os seguintes departamentos: Administrativo, Assistência à Saúde, Vigilância em Saúde, Avaliação e Ouvidoria, totalizando 116 funcionários (ativos e/ou afastados), na rede municipal de saúde. O município de atualmente possui no seu quadro de servidores 5 Agentes da Dengue (sendo 01 supervisor); O município está inserido no Programa Nacional de Controle de Dengue - PNCD no Estrato III, onde se realiza o levantamento de índice amostral em 10%

do total de imóveis (LIRAA) existentes por sub-localidades, dentro do modelo estatístico do Ministério da Saúde. Os imóveis inspecionados (10%), deverão ser objeto de imediata remoção e destruição de criadouros quando diagnosticado a presença de formas imaturas do vetor e quando detectado a presença de acúmulo de água adequado à reprodução do vetor. Realiza-se o tratamento em 100% dos imóveis de todas as sub-localidades em cada ciclo.

Esse tratamento tem como objetivo a eliminação mecânica de criadouros, o repasse de orientações à população e o tratamento químico, que consiste na aplicação de larvicida, onde não houver possibilidade de outras medidas. Em nosso município há uma preocupação extra, pois além da presença do vetor, estamos numa região de cruzamentos de rodovias e com um fluxo intenso e contínuo de pessoas que se deslocam para várias regiões do Estado e do País.

8.2.1 Disposição da Capacidade Instalada

Atualmente o município conta com 05 unidades de saúde, sendo 02 Unidades Básicas de Saúde na zona urbana, a UBS Prefeito José Carlos Henrichs (ESF1 e ESF2) e UBS Severino Bett (ESF3) e 03 UBS na zona rural, UBS Linha Progresso (ESF1), UBS Linha São Sebastião (ESF2) e UBS Linha Flor da Serra (ESF3), com atendimento médico, enfermagem e odontológico; sendo que em cada UBS há 01 cadeira de hidratação. No momento, as UBS da zona rural não estão realizando atendimento.

01 Hospital Municipal São José de pequeno porte, com 09 leitos atualmente, e quando concluir a reforma, a capacidade será ampliada para 21 leitos e também possui três cadeiras de hidratação.

06 farmácias, sendo 5 comerciais e 01 pública.

02 laboratórios de análises clínicas, sendo 02 privados e 01 posto de coleta.

01 Clínica de Fisioterapia: Pública 05 Consultórios odontológicos: Privado

8.3 – Dados Epidemiológicos

Tabela 2 - Dados Epidemiológicos: Série Histórica Arboviroses: Número de Casos Confirmados 2016/2022**– Boa Vista da Aparecida – Pr**

Ano Período	Agravado	Notificados	Confirmados*			Incidência*** (100 mil/hab.)	Tipificação Vírus Circulante
				(A)	(I)		
2016 (SE**31/2015 a 30/2016)	Dengue	277	165	153	12	1.920,18	DEN-1
	Zika Vírus	16	02	01	01	25,28	x
	Chikungunya	06	00	00	00	00	x
	Febre Amarela	00	00	00	00	00	x
	Dengue	49	03	01	02	12,55	Não Realizado

2017 (SE 31/2016 a 30/2017)	Zika Vírus	01	00	00	00	x	x
	Chikungunya	01	00	00	00	x	x
	Febre Amarela	01	00	00	00	x	x
2018 (SE 31/2017 a 30/2018)	Dengue	34	3	3	0	37,65	Não Realizado
	Zika Vírus	00	00	00	00	x	x
	Chikungunya	00	00	00	00	x	x
	Febre Amarela	00	00	00	00	x	x
2019 (SE 31/2018 a 30/2019)	Dengue	49	02	02	00	25,10	Não Realizado
	Zika Vírus	00	00	00	00	x	x
	Chikungunya	00	00	00	00	x	x
	Febre Amarela	01	00	00	00	x	x
2020	Dengue	129	36	26	10	340,18	DEN-1
	Zika Vírus	00	00	00	00	x	x

(SE 31/2019 a 30/2020)	Chikungunya	00	00	00	00	x	x
	Febre Amarela	00	00	00	00	x	x
2021 (SE 31/2020 a 30/2021)	Dengue	64	16	13	03	172,78	Não Realizado
	Zika Vírus	00	00	00	00	x	x
	Chikungunya	00	00	00	00	x	x
	Febre Amarela	00	00	00	00	x	x

2022 (SE 31/2021 a 30/2022)	Dengue	123	74	53	23	704,71	Não Realizado
	Zika Vírus	00	00	00	00	x	x
	Chikungunya	00	00	00	00	x	x
	Febre Amarela	00	00	00	00	x	x
2023 (SE 31/2022 a 30/2023)	Dengue	01	01	00	00	13,29	Não Realizado
	Zika Vírus	00	00	00	00	x	X
	Chikungunya	00	00	00	00	X	X
	Febre Amarela	00	00	00	00	x	x

Fonte: Sinan/Net, Sinan Online e GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial) – Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista da Aparecida e Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Acesso em 31.08.2022

Notas: * Confirmados (A):Casos Autóctones (I) Casos Importados **SE: Semana Epidemiológica Sem ocorrência de óbitos dos referidos agravos no período.

*** Incidência: N.º de casos autóctones/100.000 hab. x N.º da população residente (Índice em >= a 300 caracteriza epidemia)

****: Até 31/08/2022

Tabela 4 - Dados Epidemiológicos: Série Histórica Índice de Infestação Predial (IPP)e /ou LIRA (Levantamento Rápido de Índice) 2016/2022*– Boa Vista da Aparecida – Pr**

Período/Ciclo		Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 4	Ciclo 5	Ciclo 6
2016		3,85	1,40	Não Concluído	0,23	0,23	0,25
2017*		4,00	0,90	0,40	1,30	x	x
2018		1,70	6,70	1,20	3,70	x	x
2019		1,70	3,20	1,20	0,30	x	x
2020**		2,20	Não Concluído	Não Concluído	1,80	x	x
2021		6,10	5,30	3,60	6,10	x	x
2022***		2,00	4,40	3,10	A realizar		

Fonte: SI-PNCD- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 2016-2022***

Notas: IPP: 6 ciclos - LIRA: A partir de 2017: 04 ciclos **Ciclos não concluídos devido à Pandemia Covid19

*** Dados Preliminares – Até 31/08/2022

8.4– Vetores

Fig. 5 - Vetor da Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela (Ciclo Urbano)

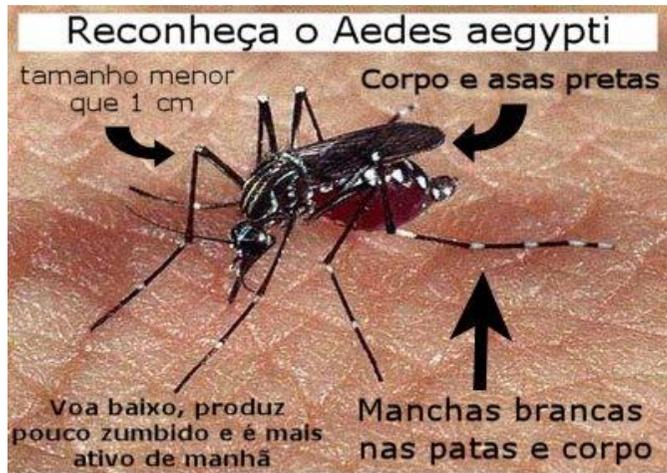
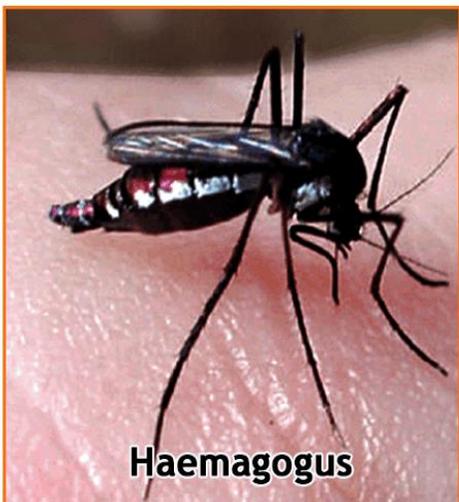
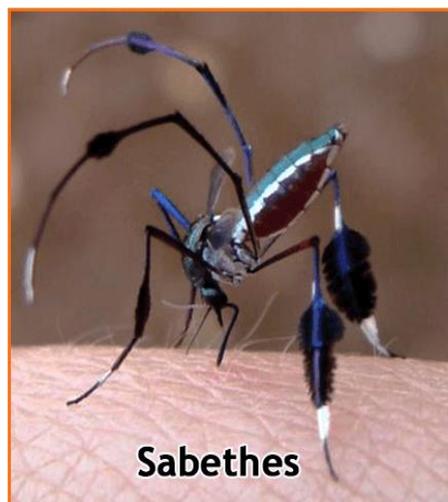


Fig. 6 Vetor da Febre Amarela (Ciclo Silvestre)

Transmissores da Febre Amarela Silvestre



Haemagogus



Sabethes

8.5 Transmissão

Fig. 7 - Transmissão da Dengue, Zika Vírus e Chikungunya

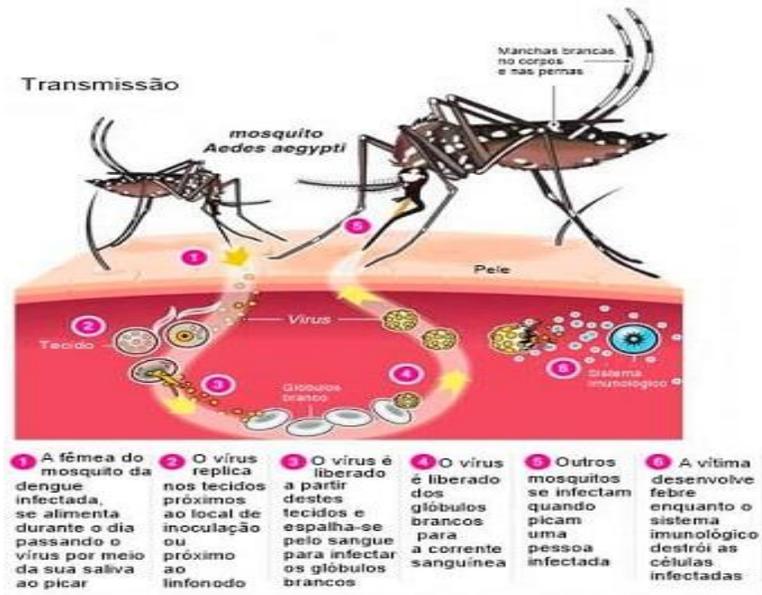
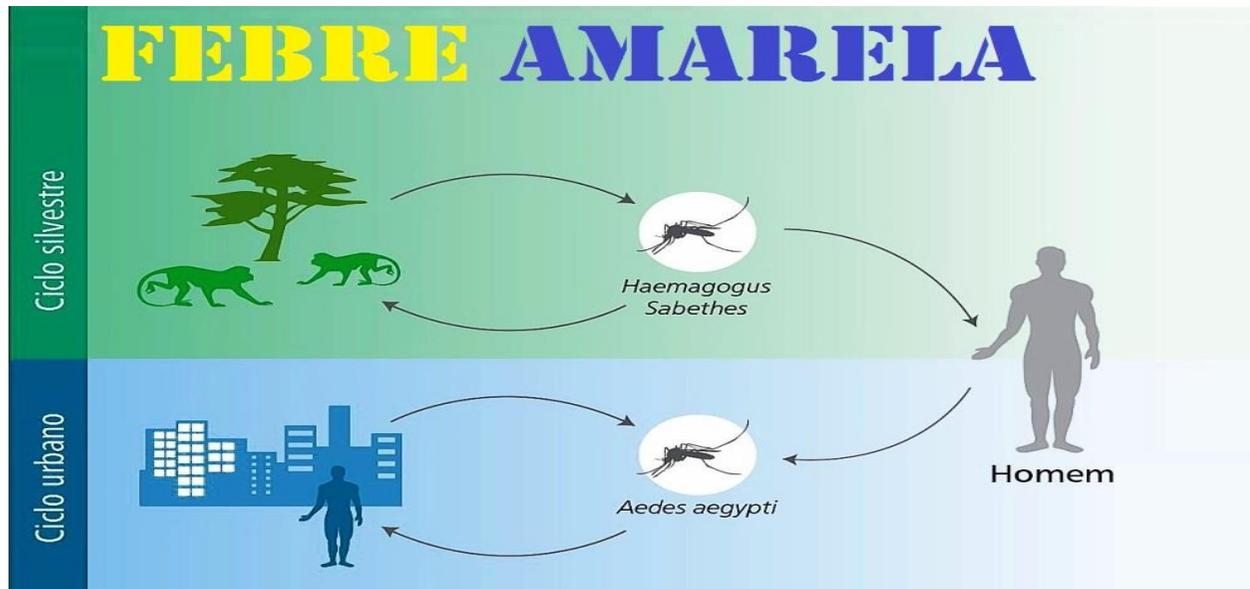


Fig.8 - Transmissão Febre Amarela (Ciclo silvestre e ciclo urbano)



A Dengue é transmitida pela picada das fêmeas do mosquito *Aedes aegypti*. Após picar uma pessoa infectada com um dos quatro sorotipos do vírus, a fêmea pode transmitir o vírus para outras pessoas.

Na febre do Zika Vírus, o principal modo de transmissão do vírus também é pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. No entanto, está descrito na literatura científica a ocorrência de transmissão ocupacional em laboratório de pesquisa, perinatal e sexual, além da possibilidade de transmissão transfusional.

Na febre da **Chikungunya** o vírus é transmitido através da picada das fêmeas dos mosquitos infectados das espécies ***Aedes aegypti*** e ***Aedes albopictus***.

Na Febre Amarela, a transmissão se dá pela picada dos mosquitos das espécies ***Haemagogus*** e ***Sabethes*** no ciclo silvestre e ***Aedes aegypti***, no ciclo urbano.

8.6 – Sintomas

Fig.9 – Principais sintomas Dengue, Zika Vírus e Chikungunya

 Entenda a diferença entre as doenças transmitidas pelo <i>Aedes aegypti</i>			
PRINCIPAIS SINTOMAS	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
FEBRE	Sempre presente; alta e de início imediato	Quase sempre presente; alta e de início imediato	Pode estar presente; baixa
ARTRALGIA (DORES NAS ARTICULAÇÕES)	Quase sempre presente; dores moderadas	Presente em 90% dos casos; dores intensas	Pode estar presente; dores leves
RUSH CUTÂNEO (MANCHAS VERMELHAS NA PELE)	Pode estar presente	Pode estar presente; se manifesta nas primeiras 48 horas	Quase sempre presente; se manifesta nas primeiras 24 horas
PRURIDO (COCEIRA)	Pode estar presente; leve	Presente em 50 a 80% dos casos; leve	Pode estar presente; de leve a intenso
VERMELHIDÃO NOS OLHOS	Não está presente	Pode estar presente	Pode estar presente

Fig.10 - Sintomas de Febre Amarela



8.7 Estadiamento e Manejo Clínico da Dengue

Fig. 11 – Estadiamento e Manejo Clínico da Dengue

DENGUE: MANEJO CLÍNICO

Grupo A - VERDE	Grupo B - AMARELO						
<p>Sinais e sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Febre durando menos de sete dias -Dois dos sintomas <ul style="list-style-type: none"> -Cefaleia -Dor retro-orbitária -Malga -Artralgia -Prostração -Eritema -Confirmação sorológica ou critério clínico/epidemiológico -Sem manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas (prova do laço) -Apresentações atípicas <p>Conduta</p> <p>Exames Complementares</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sorologia na epidemia só por amostragem -Inespecíficos (Ht, Hg, leucograma, plaquetas) só em situações especiais (gestante, criança, idoso, diabetes, hipertensão, asma, bronquite crônica, doença hematológica ou renal crônica, cardiopatia, doença cloridropéptica, auto-imune) -Se alterados, tratar como Grupo B AMARELO <p>Tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hidratação oral <ul style="list-style-type: none"> -Adultos <ul style="list-style-type: none"> -60 - 80 mL/Kg/dia (1/3 soro hidratação oral + 2/3 outros líquidos (água, sucos, chás)) -Crianças <ul style="list-style-type: none"> -Oferecer com frequência soro de hidratação oral e outros líquidos -Orientar sobre desidratação -Analgésicos e anti-térmicos (dipirona, paracetamol) -NÃO usar salicilatos -Orientar sinais de alerta -Retorno <ul style="list-style-type: none"> -1º dia sem febre -Se sinais de alerta 	<p>Sinais e sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas (prova do laço) -Sem sinais de alarme <p>Hemograma</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Situação</th> <th>Tratamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> -Ht ↑ até 10% basal ou <ul style="list-style-type: none"> -Criança > 32% e < 42% -Mulheres > 40% e < 44% -Homens > 45% e < 50% -Plaquetas entre 50 e 100 mil/mm³ -Leucopenia < 1000/mm³ </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> -Tratamento ambulatorial -Hidratação oral vigorosa <ul style="list-style-type: none"> -Adultos 80 mL/Kg/dia -Crianças 50mL/Kg, em 4 a 6h, hidratação -Supervisão enfermagem -Reavaliação médica -Analgésicos e anti-térmico -Retorno 24h - Reavaliação <ul style="list-style-type: none"> -Clínica -Laboratorial -Reestabelecimento </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> -Ht ↑ mais 10% basal ou <ul style="list-style-type: none"> -Criança > 42% -Mulheres > 44% -Homens > 50% -Plaquetas < 50 mil/mm³ </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> -Leito de observação -Hidratação oral supervisionada ou parenteral <ul style="list-style-type: none"> -Adultos 80 mL/Kg/dia, 1/3 SF0,9%, em 4 a 6h -Crianças 50mL/Kg, em 4 a 6h, hidratação -Supervisão -Reavaliação médica -Analgésicos e anti-térmico -Reavaliação após hidratação <ul style="list-style-type: none"> -Clínica -Ht -Laboratorial -Reestabelecimento </td> </tr> </tbody> </table>	Situação	Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> -Ht ↑ até 10% basal ou <ul style="list-style-type: none"> -Criança > 32% e < 42% -Mulheres > 40% e < 44% -Homens > 45% e < 50% -Plaquetas entre 50 e 100 mil/mm³ -Leucopenia < 1000/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> -Tratamento ambulatorial -Hidratação oral vigorosa <ul style="list-style-type: none"> -Adultos 80 mL/Kg/dia -Crianças 50mL/Kg, em 4 a 6h, hidratação -Supervisão enfermagem -Reavaliação médica -Analgésicos e anti-térmico -Retorno 24h - Reavaliação <ul style="list-style-type: none"> -Clínica -Laboratorial -Reestabelecimento 	<ul style="list-style-type: none"> -Ht ↑ mais 10% basal ou <ul style="list-style-type: none"> -Criança > 42% -Mulheres > 44% -Homens > 50% -Plaquetas < 50 mil/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> -Leito de observação -Hidratação oral supervisionada ou parenteral <ul style="list-style-type: none"> -Adultos 80 mL/Kg/dia, 1/3 SF0,9%, em 4 a 6h -Crianças 50mL/Kg, em 4 a 6h, hidratação -Supervisão -Reavaliação médica -Analgésicos e anti-térmico -Reavaliação após hidratação <ul style="list-style-type: none"> -Clínica -Ht -Laboratorial -Reestabelecimento
Situação	Tratamento						
<ul style="list-style-type: none"> -Ht ↑ até 10% basal ou <ul style="list-style-type: none"> -Criança > 32% e < 42% -Mulheres > 40% e < 44% -Homens > 45% e < 50% -Plaquetas entre 50 e 100 mil/mm³ -Leucopenia < 1000/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> -Tratamento ambulatorial -Hidratação oral vigorosa <ul style="list-style-type: none"> -Adultos 80 mL/Kg/dia -Crianças 50mL/Kg, em 4 a 6h, hidratação -Supervisão enfermagem -Reavaliação médica -Analgésicos e anti-térmico -Retorno 24h - Reavaliação <ul style="list-style-type: none"> -Clínica -Laboratorial -Reestabelecimento 						
<ul style="list-style-type: none"> -Ht ↑ mais 10% basal ou <ul style="list-style-type: none"> -Criança > 42% -Mulheres > 44% -Homens > 50% -Plaquetas < 50 mil/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> -Leito de observação -Hidratação oral supervisionada ou parenteral <ul style="list-style-type: none"> -Adultos 80 mL/Kg/dia, 1/3 SF0,9%, em 4 a 6h -Crianças 50mL/Kg, em 4 a 6h, hidratação -Supervisão -Reavaliação médica -Analgésicos e anti-térmico -Reavaliação após hidratação <ul style="list-style-type: none"> -Clínica -Ht -Laboratorial -Reestabelecimento 						
<p>Sinais de alerta, sem hipotensão</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dor abdominal intensa e contínua -Vômitos persistentes -Hipotensão postural -Lipotímia -Hepatomegalia dolorosa -Hemorragias importantes (hematêmese, melena) -Soreolência -Instabilidade -Diminuição da diurese -Diminuição repentina da temperatura corpórea/hipotermia -Aumento repentino HT -Queda abrupta de plaquetas -Desconforto respiratório <p>Conduta</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> -Hospitalização (observação no Pronto Socorro ou internação) -Hidratação IV imediata, vigorosa <ul style="list-style-type: none"> -Adulto SF 0,9%, 25mL/Kg, em 4h -Repetir até 3 vezes até melhora HT e hemodinâmica -Criança SF 0,9%, 20 mL/Kg/4h -Manutenção THD (necessidade basal) e perdas (nega N5ag-Seg4r) -Reavaliação <ul style="list-style-type: none"> -Em 4h - clínica e Ht -Em 12h - plaquetas </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> -Melhora clínica/laboratorial <ul style="list-style-type: none"> -Manutenção 25 mL/Kg, em 8 a 12h -Melhora clínica/laboratorial -N5a -Reavaliação 24h -Sem melhora clínica/laboratorial <ul style="list-style-type: none"> -Repetir conduta hidratação vigorosa até 3 vezes -Melhora -Sem melhora, tratar como Grupo D VERMELHO </td> </tr> </tbody> </table>	<ul style="list-style-type: none"> -Hospitalização (observação no Pronto Socorro ou internação) -Hidratação IV imediata, vigorosa <ul style="list-style-type: none"> -Adulto SF 0,9%, 25mL/Kg, em 4h -Repetir até 3 vezes até melhora HT e hemodinâmica -Criança SF 0,9%, 20 mL/Kg/4h -Manutenção THD (necessidade basal) e perdas (nega N5ag-Seg4r) -Reavaliação <ul style="list-style-type: none"> -Em 4h - clínica e Ht -Em 12h - plaquetas 	<ul style="list-style-type: none"> -Melhora clínica/laboratorial <ul style="list-style-type: none"> -Manutenção 25 mL/Kg, em 8 a 12h -Melhora clínica/laboratorial -N5a -Reavaliação 24h -Sem melhora clínica/laboratorial <ul style="list-style-type: none"> -Repetir conduta hidratação vigorosa até 3 vezes -Melhora -Sem melhora, tratar como Grupo D VERMELHO 	<p>Sinais de choque</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hipotensão arterial -Pressão arterial convergente (PA diferencial < 20 mmHg) -Extremidades frias -Cianose -Pulso rápido e fino -Enchimento capilar lento (< 2 seg) <p>Conduta</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> -Hospitalização -Com avaliação médica contínua -Mínimo 24h -Hidratação IV imediata, vigorosa (expansão) em qualquer Pronto de Atenção -Adulto e criança <ul style="list-style-type: none"> -SF 0,9%, 20 mL/Kg, em até 20 min, até 3 vezes, sob supervisão médica -Sintomáticos </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> -Reavaliação <ul style="list-style-type: none"> -Cada 15 a 30 min → clínica -Cada 2h → hematócrito -Melhora Grupo C LARANJA -Sem melhora <ul style="list-style-type: none"> -THT ou ↓ albumina → hemococoncentração -TIC + choque → hemorragia ou desidratação -Unidade Cuidados Intensivos </td> </tr> </tbody> </table>	<ul style="list-style-type: none"> -Hospitalização -Com avaliação médica contínua -Mínimo 24h -Hidratação IV imediata, vigorosa (expansão) em qualquer Pronto de Atenção -Adulto e criança <ul style="list-style-type: none"> -SF 0,9%, 20 mL/Kg, em até 20 min, até 3 vezes, sob supervisão médica -Sintomáticos 	<ul style="list-style-type: none"> -Reavaliação <ul style="list-style-type: none"> -Cada 15 a 30 min → clínica -Cada 2h → hematócrito -Melhora Grupo C LARANJA -Sem melhora <ul style="list-style-type: none"> -THT ou ↓ albumina → hemococoncentração -TIC + choque → hemorragia ou desidratação -Unidade Cuidados Intensivos 		
<ul style="list-style-type: none"> -Hospitalização (observação no Pronto Socorro ou internação) -Hidratação IV imediata, vigorosa <ul style="list-style-type: none"> -Adulto SF 0,9%, 25mL/Kg, em 4h -Repetir até 3 vezes até melhora HT e hemodinâmica -Criança SF 0,9%, 20 mL/Kg/4h -Manutenção THD (necessidade basal) e perdas (nega N5ag-Seg4r) -Reavaliação <ul style="list-style-type: none"> -Em 4h - clínica e Ht -Em 12h - plaquetas 	<ul style="list-style-type: none"> -Melhora clínica/laboratorial <ul style="list-style-type: none"> -Manutenção 25 mL/Kg, em 8 a 12h -Melhora clínica/laboratorial -N5a -Reavaliação 24h -Sem melhora clínica/laboratorial <ul style="list-style-type: none"> -Repetir conduta hidratação vigorosa até 3 vezes -Melhora -Sem melhora, tratar como Grupo D VERMELHO 						
<ul style="list-style-type: none"> -Hospitalização -Com avaliação médica contínua -Mínimo 24h -Hidratação IV imediata, vigorosa (expansão) em qualquer Pronto de Atenção -Adulto e criança <ul style="list-style-type: none"> -SF 0,9%, 20 mL/Kg, em até 20 min, até 3 vezes, sob supervisão médica -Sintomáticos 	<ul style="list-style-type: none"> -Reavaliação <ul style="list-style-type: none"> -Cada 15 a 30 min → clínica -Cada 2h → hematócrito -Melhora Grupo C LARANJA -Sem melhora <ul style="list-style-type: none"> -THT ou ↓ albumina → hemococoncentração -TIC + choque → hemorragia ou desidratação -Unidade Cuidados Intensivos 						

IX - ATENÇÃO À SAÚDE

A organização das ações para enfrentamento das arboviroses está diretamente relacionada com a integração das equipes de atenção e vigilância em saúde nos territórios. Os serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, precisam definir os fluxos de atendimento e processos de trabalho, a fim de garantir a integralidade do cuidado e a assistência em tempo oportuno, por meio da articulação dos pontos da rede de atenção.

No manejo clínico dos casos suspeitos ou confirmados, predominantemente são empregadas tecnologias de cuidado de menor complexidade e custo. Entretanto, para isso, torna-se imprescindível a correta classificação de risco e estadiamento, além da abordagem precoce da terapêutica, garantindo a hidratação oral ou endovenosa em tempo e volume adequados, atenção aos sinais de alarme e monitoramento das condições clínicas especiais.

Importante considerar que a ocorrência de óbitos pelo agravo está diretamente relacionada à qualidade da assistência e ao manejo clínico adequado. Por esse motivo, a organização de fluxos assistenciais possibilita o pleno funcionamento dos serviços de saúde e a qualidade da atenção, principalmente em períodos epidêmicos, evitando desfechos clínicos desfavoráveis.

9.1 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE CADA EIXO

Tabela 3 - Nível de Resposta I – Transmissão sustentada no município (Número de casos prováveis em ascensão e dentro do canal endêmico do Diagrama de Controle)

Eixo	Ações
Vigilância Epidemiológica	<p>Orientar as US e os profissionais na identificação de fragilidades na vigilância dos casos suspeitos e/ou confirmados e apontar correções necessárias;</p> <p>Publicar regularmente o Boletim Epidemiológico das Arboviroses;</p> <p>Monitorar a circulação viral da dengue</p> <p>Orientar as US e os profissionais a realizarem busca ativa de casos de dengue severa e óbitos;</p> <p>Notificar, coletar e encaminhar ao Lacen e/ou laboratório de referência municipal amostras biológicas em 100% dos casos graves e óbitos, os demais casos seguirão orientações atualizadas para o período vigente (DVDTV/Lacen);</p> <p>Coletar e encaminhar as amostras para RT-PCR dos casos suspeitos de Dengue, Chikungunya, Zika vírus e F. Amarela, bem como em idosos, gestantes, feto e recém-nascidos;</p> <p>Orientar os profissionais de saúde das US municipais o estadiamento clínico dos casos notificados</p>

	<p>Observar e seguir as Notas Técnicas/Orientativas e/ou Deliberações CIB, referentes aos casos suspeitos/confirmados e exames.</p>
<p>Vigilância e Controle Vetorial</p>	<p>Intensificar o apoio das ações já em andamento no município;</p> <p>Avaliar e orientar para correções necessárias no controle vetorial no município, objetivando queda do índice do vetor em menos de 1%:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as localidades que concentram a maioria dos casos; • Identificar os principais criadouros nas localidades com transmissão para realização de ações e ou estratégias de interrupção da transmissão (índice vetorial na localidade < 1%); • Aplicar o Plano de Contingência Municipal para contratação e ou remanejamento emergencial de servidores para ações de bloqueio vetorial e para disponibilização de insumos necessários para realização das atividades de bloqueio vetorial.
<p>Atenção à Saúde</p>	<p>Acompanhar e orientar a organização da rede de atenção (Atenção Primária à Saúde, Urgência e Emergência e Hospitais) para atendimento oportuno e efetivo dos casos suspeitos ou confirmados de febre Chikungunya, Dengue, Zika vírus ou F. Amarela; (UBS locais, Hosp. Mun. São José – HUOP ou</p> <p>Orientar a organização de fluxos de acolhimento e triagem levando em consideração (ainda) as medidas preventivas de contágio pela COVID-19;</p> <p>Incentivar a aplicação do Plano Municipal, com fluxos assistenciais definidos e garantia de atendimento nas 24 horas;</p> <p>Fomentar o registro detalhado do atendimento nos sistemas de informações vigentes;</p>

	<p>Estimular as estratégias de comunicação efetiva entre os pontos de atenção, garantindo o compartilhamento (referência) e a transição do cuidado (contra referência) em tempo oportuno;</p> <p>Atualizar e disponibilizar para as US os instrumentos/protocolos oficiais para o manejo clínico das arboviroses;</p> <p>Orientar que o manejo clínico seja aplicado conforme os protocolos do Ministério da Saúde;</p> <p>Fomentar a participação dos ACS na busca ativa e acompanhamento de casos suspeitos e confirmados;</p> <p>Orientar sobre os exames laboratoriais específicos conforme preconizado na Nota Técnica nº 6/2019/CVIA/LACEN/DAV e informes atualizados;</p> <p>Promover e apoiar a capacitação de profissionais de saúde, para diagnóstico oportuno e manejo clínico dos casos suspeitos;</p> <p>Instruir os serviços para realização de notificação imediata;</p> <p>Fomentar a integração das ações desenvolvidas pela vigilância e atenção à saúde;</p> <p>Fortalecer as estratégias de comunicação junto à população e o desenvolvimento de ações educativas junto às famílias;</p> <p>Incentivar a realização de visitas domiciliares, considerando cada visita um momento oportuno para orientações</p>
	<p>Intensificar a articulação da vigilância em saúde com a atenção em saúde, integrando suas atividades de maneira a potencializar o trabalho e evitar a duplicidade das ações;</p>

<p style="text-align: center;">Gestão</p>	<p>Intensificar as reuniões periódicas do Comitê Gestor Intersetorial, com representantes intersetoriais (defesa civil, limpeza urbana, infraestrutura, segurança, turismo, planejamento, saneamento, meio ambiente, educação etc.), definindo responsabilidades, metas e indicadores de acompanhamento de cada área de atuação;</p> <p>Gerenciar estoques de larvicidas e inseticidas, bem como prover condições de armazenamento e distribuição de insumos;</p> <p>Levantar a suficiência de equipamentos, e providenciar o descarte adequado dos resíduos, priorizando a logística reversa.</p>
<p style="text-align: center;">Comunicação e Mobilização</p>	<p>Divulgar a relação das áreas com transmissão de dengue e apoiar na mobilização dos munícipes nas ações de controle;</p> <p>Orientar a gestão municipal a informar aos munícipes o fluxo (porta de entrada) de atendimento para os pacientes suspeitos de dengue;</p> <p>Informar aos munícipes os principais tipos de criadouros encontrados e sensibilizar e ou motivar participação popular e da sociedade civil organizada e ou entidades.</p>

Tabela 4 - Nível de Resposta II: Epidemia no município (Número de casos prováveis acima do limite superior do canal endêmico no diagrama de controle)

Eixo	Ações
<p align="center">Vigilância Epidemiológica</p>	<p>Intensificar a identificação de fragilidades na vigilância dos casos do município e apontar correções necessárias;</p> <p>Orientar a intensificação das ações já em andamento no período de transmissão sustentada (Nível de Resposta I).</p> <p>Observar e seguir as Notas Técnicas/Orientativas e/ou Deliberações CIB, referentes aos casos suspeitos/confirmados e exames.</p>
<p align="center">Vigilância e Controle Vetorial</p>	<p>Intensificar o apoio das ações do município, já em andamento no período de transmissão sustentada (Nível de Resposta I);</p> <p>Informar à Gestão Municipal e Regional de Saúde a situação vetorial atual; Orientar a intensificação das ações já em andamento no período de transmissão sustentada (Nível de Resposta I).</p>
<p align="center">Atenção à Saúde</p>	<p>Intensificar as ações do Nível de Resposta I, acrescidas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar a oferta de serviços e a capacidade instalada para realização de hemograma; • Apoiar a implantação de Pólos de Atendimento para Dengue (salas de hidratação e observação); • Elaborar e promover a divulgação das notas orientativas da SESA e demais informações referentes à atenção à saúde; • Orientar os serviços de saúde para comunicação dos casos graves e óbitos à vigilância epidemiológica municipal, por meio de telefone, e-mail, ou outro meio de comunicação, além da ficha de notificação;

	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar pacientes com sinais de alarme e/ou graves com Estadiamento C e D para serviço de referência – HUOP; • Participar do Comitê Regional/Estadual de Investigação de Óbitos por Arboviroses (Dengue, Chikungunya, Zika vírus e F. Amarela) da SESA PR.
Gestão	<p>Avaliar a necessidade de deslocar equipe de apoio para suporte às ações de emergência a serem executadas nos eixos de ação que se fizerem necessários em âmbito local;</p> <p>Promover reuniões periódicas do Comitê Municipal da Dengue para definir estratégias e procedimentos para o enfrentamento da situação epidemiológica de emergência, segundo o nível de resposta necessária, bem como sua posterior inativação;</p> <p>Avaliar a necessidade de solicitação de recurso emergencial ao Estado nos eixos que se fizerem necessários.</p>
Comunicação e Mobilização	<p>Intensificar o apoio na mobilização dos munícipes em ações de controle vetorial.</p> <p>Apoiar o município na implantação de medidas e ou estratégias de intervenção emergencial;</p> <p>Intensificar a divulgação das estratégias adotadas pela gestão municipal quanto ao fluxo de atendimento aos pacientes suspeitos de dengue;</p> <p>Intensificar a divulgação das estratégias adotadas pela gestão municipal quanto à participação popular no controle vetorial.</p>

<p style="text-align: center;">CMSBVA</p>	<p style="text-align: center;">CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - CMS Rua 22 de Dezembro, 1030 CEP: 85780-000 - Boa Vista da Aparecida – Estado do Paraná Telefone: 45-3287-8300/1331</p>	<p style="text-align: center;">4ª Reunião Ordinária 30/05/2022</p>
--	--	--

ATA DA 4ª REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 2022

Aos trinta dias do mês de maio de dois mil e vinte e dois, às quatorze horas, reuniram-se, nas dependências da sala de reunião da UBS Severino Bett, os membros do Conselho Municipal de Saúde para a 4ª reunião ordinária de dois mil e vinte e dois tendo como pauta os seguintes assuntos: 1) Abertura; **2) Dengue – Situação Epidemiológica**; 3) Recurso para a reforma da UBS José Carlos, resolução 324/2022; 4) Recurso Fundo a Fundo para Hospital Municipal São José, resolução 323/2022; 5) Gerador de Energia; 6) Aparelho de Ultrassonografia. Dando início o secretário de Saúde Rildo José Peloso dá as boas-vindas a todos os presentes, e cumprimenta o presidente do Conselho Mario De Martini. **Com a palavra a Coordenadora das Endemias Ângela Pereira de Lima, fala sobre a situação epidemiológica da dengue em nosso município, explica sobre o desenvolvimento do mosquito, a transmissão da doença, quais os sintomas e como está sendo feito o diagnóstico. Ângela informa que a partir do dia vinte de maio, o Estado emitiu uma nota que devido à alta demanda de exames no estado do Paraná, o laboratório central não iria realizar mais os exames de sangue, e que a partir deste momento foi determinado que o diagnóstico final será fechado por critério clínico epidemiológico, baseado nos sintomas e exame físico, quando a pessoa apresentar Febre e dois ou mais sintomas. Fala também que a Taxa de Incidência está em 598,08, e 69 casos confirmados até o momento, um índice alto para nosso município, onde já entramos em epidemia de dengue, reforça que o setor de endemias já está fazendo o seu trabalho para o combate do mosquito, e pede a colaboração de toda a população para manter seus quintais sem foco para criação do mosquito.** Em seguida com a palavra o Secretário de Saúde fala sobre a Resolução 324/2022, que dispõe de um recurso de Cento e cinquenta mil reais para a reforma da UBS José Carlos, onde neste primeiro momento será feita a troca da cobertura desta unidade, pois em períodos de chuva, a água infiltra no telhado e está chovendo em algumas salas da Unidade. A Conselheira Elenir Dalla Costa questiona o porquê de ser trocada a cobertura, pois primeiramente necessita de uma avaliação para saber se este é o motivo de estar chovendo dentro da Unidade, logo o Secretário de Saúde explica que o Engenheiro realizou uma vistoria na Unidade, informando que para resolver o problema, deveria ser realizada a troca desta cobertura, pois algumas madeiras estão quebradas devido as chuvas que infiltraram pelo telhado. Em seguida com a palavra, o Senhor Cleverton Silvestro fala sobre a Resolução 323/2022 que é um recurso Fundo a Fundo de Trezentos mil reais para a complementação da reforma do Hospital Municipal São José, logo o Secretário Rildo José Peloso fala que este recurso é para realizar toda a faixada do Hospital. Em seguida

com a palavra, o Senhor Cleverson Silvestro fala sobre a instalação do gerador de energia que aconteceu na quinta-feira da semana passada, onde foi feito todos os testes com o gerador, e que no momento só está faltando a Copel terminar a instalação no padrão de luz para o gerador poder ficar ligado. Em seguida com a palavra, o Senhor Rildo José Peloso fala sobre a situação de alguns veículos da Secretária Municipal de Saúde, onde alguns carros automáticos estão dando problemas e que a ideia é de vender esses carros Spin, e com o dinheiro também do leilão de alguns carros sucateados, fazer a compra de duas minivans com dez lugares cada, para melhorar o transporte dos pacientes a Cascavel, logo explica também sobre a aquisição de duas ambulâncias que serão destinadas para o transporte dos pacientes, a consultas e realização de exames. O Secretário Rildo José Peloso, fala também que o aparelho de Ultrassonografia do Município, já está em uso, onde foi realizada a contratação de um Médico especialista, que vem nas quartas-feiras para realizar os ultrassons solicitados pelos médicos, diminuindo assim a fila de espera, porém alguns ultrassons ainda são necessários ir até a Cascavel para a realização, mas a maioria já está sendo feito no município. Ao final o Senhor Cleverson Silvestro pede a aprovação de todos os conselheiros presentes para a Resolução 324/2022; Resolução 323/2022, e sobre a aquisição dos veículos, onde fica aprovado por unanimidade. Nada mais tendo a informar, encerro á presente ata que segue assinada por mim e pelos demais presentes. Sabrina Furlanetto, Mario Danilo De Martini, Dorildes Fatima Portela Volff, Ana Lucia Brandão Finatto, Rildo José Peloso, Cleverson Silvestro Ramos, Vani de Lima Geraldo, Matilde Haracymio, Lenir Dalla Costa, Leticia Gladis Trevisan Perin, Angela Pereira de Lima, Juliana Cristina Zanotto.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ – SESA CONSELHO DE
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ- COSEMS/PR

DELIBERAÇÃO nº 222/2022 - 13/09/2022

A Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, considerando:

a vigência da NOTA TÉCNICA nº06 /2019/CVA/LACEN/DAV (atualizada em 12/01/2021) a qual estabelece o critério de encerramento dos casos de dengue embasados na situação epidemiológica de momento nos municípios / localidade;

a necessidade de confirmação / descarte laboratorial dos primeiros casos notificados suspeitos de dengue para o Período Epidemiológico 2022/2023, documentando o início da circulação viral nos municípios / localidades;

o início do novo Período Epidemiológico da dengue, em 31 de julho de 2022;

a regularização dos estoques de insumos laboratoriais para a realização dos exames para pesquisa de anticorpos IgM e antígeno NS1 Enzimaimunoensaio paradengue, tanto no Lacen/PR quanto nos demais laboratórios da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública.

APROVA ad referendum:

1. Torna sem efeito as determinações da Deliberação CIB Nº 128/2022, de 20 de maio de 2022;
2. Orienta a retomada dos critérios de realização da vigilância laboratorial da dengue estabelecidos por meio da NOTA TÉCNICA – NT 06 /2019/CVIA/LACEN/DAV (atualizada em 12/01/2021).

Dr. Cesar Augusto Neves Luiz Ivoliciano Leonarchik - Secretário de Estado da Saúde do Paraná - Presidente do COSEMS/PR