

Plano de Contingência Municipal da **Dengue**

Município de São Paulo - 2015/2016



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

ÍNDICE

I.JUSTIFICATIVA.....	1
II. OBJETIVO.....	3
III COMPONENTES.....	4
1. COMPONENTE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	4
1.1 Epidemiologia da Dengue no Município de São Paulo.....	4
1.2 Regionalização do Município e Estratificação dos Níveis de Transmissão de Dengue.....	21
1.3 Definições de Caso Suspeito de Dengue.....	25
1.4 Coleta de Dados Clínicos e Epidemiológicos.....	26
1.5 Orientação de Protocolos para Unidades da Rede de Saúde.....	27
1.6 Diagnóstico Laboratorial Específico de Dengue.....	28
1.7 Busca Ativa.....	32
1.8 Classificação Final	33
1.9 Sistema para Digitação das Fichas de Notificação.....	33
1.10 Ações a serem Realizadas de Acordo com os Níveis de Transmissão de Dengue para o Componente Vigilância Epidemiológica.....	34
1.11 Parâmetros de Referência das Necessidades de Leitos e Insumos para Assistência ao Paciente com Dengue.....	40
2. COMPONENTE - CONTROLE VETORIAL.....	49
2.1 Regionalização do MSP e Estratificação dos Níveis de Transmissão.....	49
2.2 Atividades de Controle Vetorial.....	50
2.3 Capacidade Instalada para o Controle do Vetor.....	57
2.4 Ações a serem Realizadas de Acordo com os Níveis de Transmissão de Dengue para o Componente Controle Vetorial	59
3. COMPONENTE – ASSISTÊNCIA.....	61
3.1 Coordenação da Atenção Básica.....	61
3.1.1 Introdução.....	61
3.1.2 Caracterização do Município de São Paulo.....	62
3.1.3 Integração com Atenção Básica (AB).....	63
3.1.4 Objetivos.....	64
3.1.4.1 Objetivos Específicos.....	64
3.1.5 Estratégias de Atuação da Atenção Básica.....	65
3.1.6 Assistência.....	66
3.1.6.1 Protocolo de Atendimento.....	66
3.1.6.2 Estratégias do MSP para Prover Hidratação Oral ou Endovenosa dos Pacientes.....	66
3.1.6.3 Definição de Caso Suspeito de Dengue.....	66
3.1.6.4 Classificação de Risco.....	67
3.1.7 Fluxo de Atendimento nos Equipamentos da Atenção Básica.....	68
3.1.7.1 Fluxo de Atendimento nas UBS.....	68
3.1.7.2 Fluxo de Atendimento na Assistência Médica Ambulatorial (AMA).....	69
3.1.7.3 AMA de 24 horas.....	69

3.1.7.4 Fluxo de Atendimento Hospitalar.....	70
3.2 Autarquia Hospitalar Municipal.....	70
IV ANEXOS.....	82

I JUSTIFICATIVA

O Município de São Paulo (MSP) possui uma população de 11.581.798 habitantes, área de 1509,0 Km², taxa de urbanização de 92,81%, densidade demográfica de 74,5 (pop/ha) (CENSO 2010). Possui 3,5 milhões de domicílios permanentes, 1.440.900 habitantes em favelas (HABISP, SEADE 2009), 14.478 habitantes em situação de rua (SMADS e SMDU, 2011), 99,5% de domicílios com cobertura de abastecimento de água e 93,6% com cobertura de esgoto (IBGE, 2010). Mais de 800 mil pessoas entram ou saem diariamente da capital (Projeções da Fundação - SEADE, São Paulo – 2007 - Outrora e Agora, disponível em <http://www.seade.sp.gov.br>).

O MSP apresenta alta vulnerabilidade para transmissão da dengue em virtude dos seguintes aspectos:

- heterogeneidade e dimensão geográfica e populacional;
- grande circulação de pessoas oriundas dos mais diversos municípios, estados e países;
- grande número de pessoas suscetíveis à infecção: embora o município tenha enfrentado epidemias de maiores proporções em 2014 e 2015, ocasionadas pelo sorotipo 1 ainda há grande número de suscetíveis a este sorotipo e praticamente toda população é suscetível aos sorotipos 2, 3 e 4.
- infestação pelo *Aedes aegypti* em todos os DA.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS), gestora do Sistema Único de Saúde no MSP, é responsável pela formulação e criação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população. Desta forma, há necessidade de organizar os serviços públicos e privados, fluxos de referência e contra referência, laboratórios e outros, além de promover a mobilização da população para enfrentamento de uma epidemia de dengue. Para tanto, desde 2009, o Plano de Contingência Municipal da Dengue vem sendo elaborado e atualizado anualmente. Desde então, também são elaborados planos de contingência regionais pelas 6 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e o plano da Autarquia Hospitalar Municipal.

O Plano de Contingência Municipal da Dengue deve abranger os seguintes componentes (Quadro 1).

Quadro 1. Componentes do Plano de Contingência Municipal da Dengue e área responsável pela sua elaboração.

Componentes	Área responsável pela elaboração
Vigilância epidemiológica	Gerência Centro de Controle de Doenças (GCCD) e Grupo de Coordenação Geral das Ações de Controle do <i>Aedes</i> (GCA) da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA)
Controle vetorial	Gerência Centro de Controle de Zoonoses (GCCZ) e GCA da COVISA
Assistência	Autarquia Hospitalar Municipal, Atenção Básica, Assistência Laboratorial e Assistência farmacêutica, Regulação

Em face da mudança do perfil epidemiológico de transmissão da doença no MSP, com epidemias sucessivas em 2014 e 2015 que causaram importante impacto nos Serviços de Saúde, principalmente em 2015, se faz necessária à elaboração adicional de **Planos Operativos**, em consonância com as diretrizes do Plano de Contingência Municipal da Dengue 2015/2016 e dos Planos Regionais de Contingência da Dengue 2015/2016, por todos os níveis de atuação da vigilância epidemiológica, controle vetorial e assistência. Portanto, devem elaborar planos operativos:

- Supervisões Técnicas de Saúde (STS);
- Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS);
- Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Hospitais;
- Assistência Médica Ambulatorial (AMA);
- Pronto Socorros (PS);
- Pronto Atendimentos (PA);
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA);
- Unidades de Saúde da Rede Privada e Suplementar.

Todos os serviços públicos, privados ou de saúde suplementar devem estar organizados e ter os planos de operativos elaborados para diferentes níveis de transmissão. Os planos operativos devem ser validados pelo nível hierárquico superior.

II OBJETIVO

O presente plano tem como objetivo estruturar as ações do MSP para enfrentamento de possível epidemia de dengue, considerando os componentes da Vigilância Epidemiológica, Controle Vetorial e Assistência. Este plano define diretrizes para a elaboração dos Planos de Contingência das CRS e dos planos operativos das Supervisões Técnicas de Saúde (STS); Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS); Unidades Básicas de Saúde (UBS); Hospitais; Assistência Médica Ambulatorial (AMA); Pronto Socorros (PS); Pronto Atendimentos (PA); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Rede privada e suplementar.

III COMPONENTES

1. COMPONENTE - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O município é dividido político administrativamente em 31 subprefeituras e 96 distritos administrativos (DA). No que tange a área da saúde, o MSP está dividido em 6 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro, Oeste, Leste, Norte, Leste e Sul e em 26 Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS). Dentro da estrutura da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), há o Grupo de Coordenação Geral das Ações de Controle do *Aedes* (GCA) e a Gerência do Centro de Controle de Doenças (GCCD), que definem as diretrizes e realizam a coordenação central das ações de vigilância epidemiológica da Dengue no MSP. No nível regional, em cada CRS, a Coordenação Regional das Ações de Controle do *Aedes* (GCRA) realiza o planejamento, acompanhamento e supervisão das ações vigilância epidemiológica. A execução das ações de vigilância epidemiológica da dengue está descentralizada nas 26 SUVIS.

1.1 Epidemiologia da Dengue no Município de São Paulo

Em 1993, foi detectada infestação pelo *Aedes aegypti* no MSP, na região noroeste, em 15 DA infestados dos 96 existentes. Os primeiros casos autóctones de dengue no MSP ocorreram em 1999 no DA Jaguaré. Desde 2001 a transmissão tem sido registrada todos os anos. Desde 2007, todos os 96 DA estão infestados. De acordo com a classificação de transmissão de dengue do Ministério da Saúde¹, até 2013, os coeficientes de incidência de dengue no MSP foram classificados como baixa transmissão. Em 2014, a transmissão passou a ser classificada como média (257,7 casos por 100.000 habitantes) e, em 2015, como alta transmissão (835,5 casos por 100.000 habitantes). Em 2015 (período avaliado de 01/01/2015 a 31/07/15), houve transmissão de dengue em todos os 96 DA (Tabela 1 e Gráfico 1).

¹ **Classificação de transmissão de dengue segundo Ministério da Saúde**

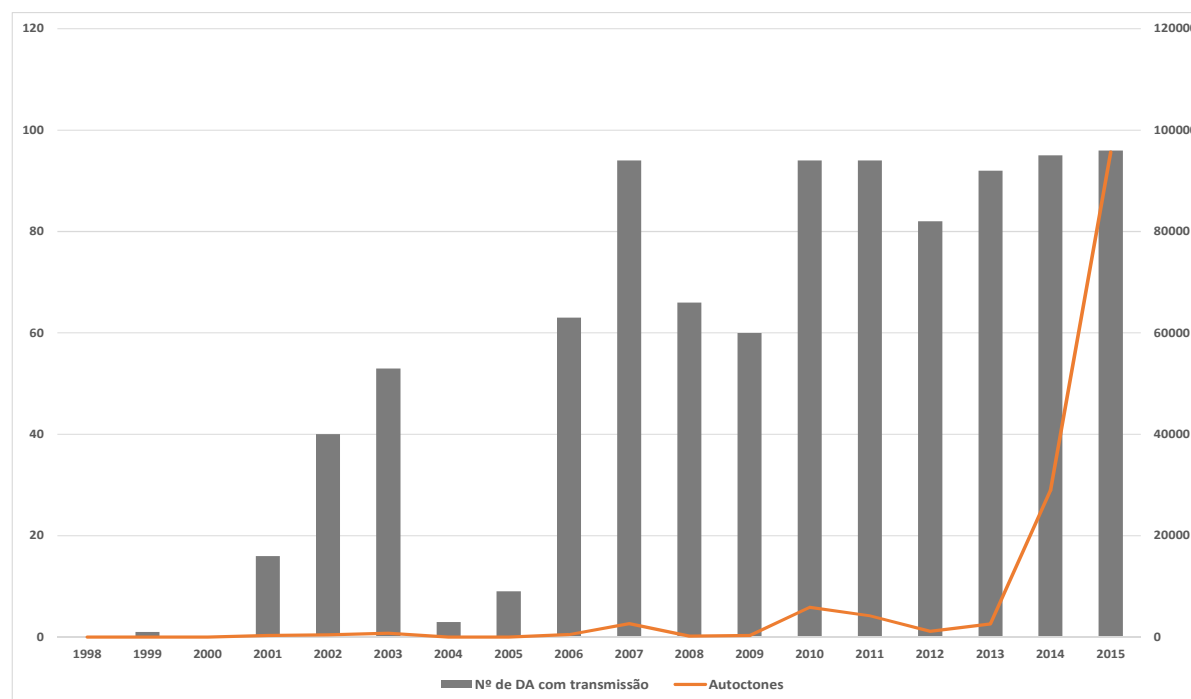
- Baixa transmissão - menor que 100 casos por 100.000 habitantes;
- Média transmissão - entre 100 a 300 casos por 100.000 habitantes;
- Alta transmissão - maior que 300 casos por 100.000 habitantes.

Tabela 1. Casos Suspeitos, Confirmados e Autóctones de Dengue, Coeficiente de Incidência (por 100.000 habitantes), Número de DA Infestados e com Transmissão. MSP, 1998 a 2015.

Ano	Suspeitos	Confirmados*	Autóctones	Incidência	DA infestado	DA com transmissão
1998	809	145	0	0	27	0
1999	412	84	2	0.02	33	1
2000	412	122	0	0	33	0
2001	2.646	631	308	2.9	40	16
2002	14.586	2.135	429	4.0	52	40
2003	6.590	1.503	760	7.2	70	53
2004	1.720	98	10	0.09	75	3
2005	1.420	274	37	0.32	81	9
2006	4.440	1.598	456	3.65	83	63
2007	14.238	4.107	2.609	24.1	96	94
2008	8.835	592	207	1.9	96	66
2009	4.462	595	322	2.9	96	60
2010	21.387	6.514	5.866	53.0	96	94
2011	16.181	5.462	4.191	37.9	96	94
2012	8.512	1.869	1.150	10.2	96	84
2013	17.958	4.684	2.617	23.3	96	92
2014	65.136	32.090	29.003	257.7	96	95
2015	142.977	98.397	95.642	835.5	96	96

Fonte: COVISA, SINANNET, Dengue ONLINE e SISDENCHIK - Dados atualizados em 06.08.2015; * Casos autóctones, importados e confirmados residentes em outros municípios.

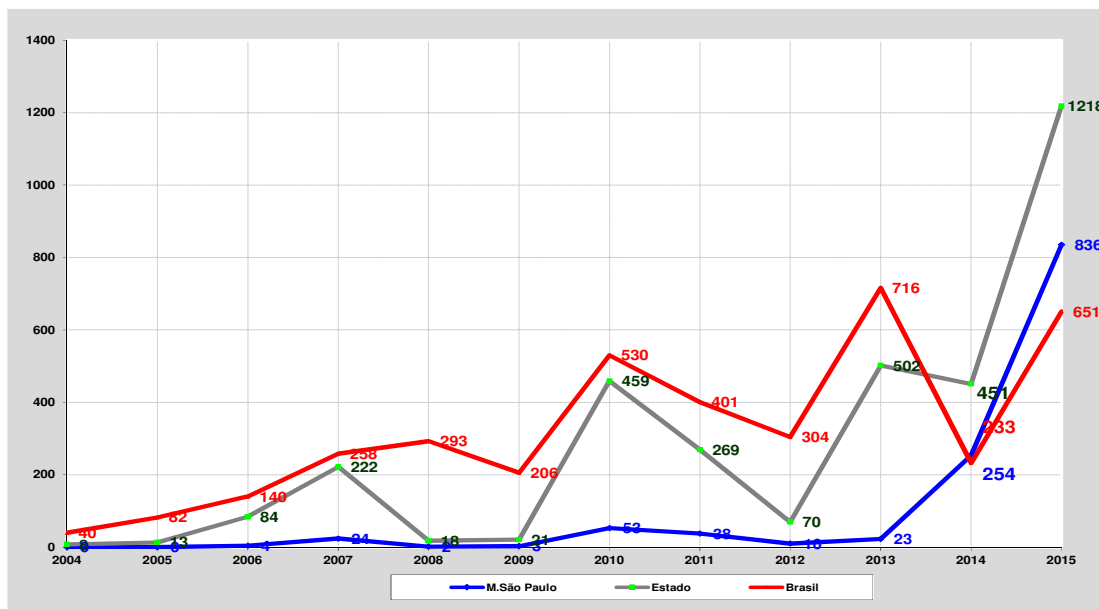
Gráfico 1. Número de DA com Transmissão e Número de Casos Autóctones de Dengue por Ano. MSP, 1998 a 2015.



Fonte: COVISA, SINANNET, Dengue ONLINE e SISDENCHIK - Dados atualizados em 06.08.2015

Até o ano de 2013, a curva de incidência do MSP acompanhava a do Estado de São Paulo (ESP) e a do Brasil. Em 2014, a curva da incidência continuou a acompanhar o ESP e o Brasil, mas suplantou a incidência média brasileira. Em 2015, o ESP e o MSP ultrapassaram o Coeficiente de Incidência (CI) do Brasil (Gráfico 2).

Gráfico 2. Coeficiente de Incidência de Dengue no Brasil, ESP e MSP, 2004 a 2015.



Fonte: São Paulo - SINAN/SINANNET/GVISAM/COVISA - dados provisórios até 06.08.2015; Estado: CVE/SES - dados provisórios até 07.08.2015; BRASIL - MS - dados provisórios até SE 28

Até julho de 2015, foram notificados 143.841 casos suspeitos de dengue, sendo que 95.683 foram classificados como confirmados autóctones, 1.168 importados, 25.183 descartados, 1.546 confirmados em pacientes residentes em outros municípios e 18.959 estão em investigação (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos Casos de Dengue Atendidos e Notificados pelas Unidades de Saúde do MSP segundo Classificação Atual, 2015.

CASOS DE DENGUE	2015	
	Nº	%
CASOS NOTIFICADOS	143.841	100,0
AUTÓCTONES	95.683	66,5
IMPORTADOS	1.168	0,8
DESCARTADOS	25.183	17,5
CONFIRMADOS RESIDENTES EM OUTROS MUNICÍPIOS	1.546	1,1
CONFIRMADOS NÃO CLASSIFICADOS	1.302	0,9
CASOS EM INVESTIGAÇÃO	18.959	13,2

Fonte: até SE 11 e a partir de SE 26 - SINAN ON LINE; SE 12 a 25 SISDENCHIK/ TABNET – dados até 04.08.2015

Nos anos de 1998 a 2006 e em 2008, ocorreu predomínio de casos importados, mas desde 2009, a transmissão autóctone preponderou. Em 2014 e 2015, os casos importados representaram 3,2% e 1,2% do total de casos de dengue do MSP, não apresentando importância epidemiológica (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição (Número e Porcentagem) dos Casos Autóctones e Importados. MSP, 1998 a 2015.

Ano	Autóctones	% Autóctones	Importados	% Importados	Total
1998	0	0,0	145	100,0	145
1999	2	2,4	82	97,6	84
2000	0	0,0	122	100,0	122
2001	308	48,8	323	51,2	631
2002	429	19,9	1726	80,1	2155
2003	760	50,6	743	49,4	1503
2004	10	10,2	88	89,8	98
2005	37	14,9	212	85,1	249
2006	456	35,3	835	64,7	1291
2007	2609	71,8	1023	28,2	3632
2008	207	36,9	354	63,1	561
2009	322	54,1	273	45,9	595
2010	5866	78,1	1648	21,9	7514
2011	4191	76,7	1271	23,3	5462
2012	1150	65,5	606	34,5	1756
2013	2617	60,3	1726	39,7	4343
2014	28972	96,8	947	3,2	29919
2015	95642	98,8	1168	1,2	96810

Fonte: 1998 a 2008 - CCZ, SINAN e IAL; 2009 a 2010 - CCZ e IAL; 2011, 2012 e 2013 - SINANNET; 2014 - DENGUE ONLINE; 2015 até SE 11 e a partir de SE 26 - SINAN ON LINE; 2015, SE 12 a 25 SISDENCHIK/ TABNET (dados até 04.08.2015).

A dengue apresenta nítida variação sazonal, prevalecendo no 1º semestre. No 2º semestre de 2014, apesar da acentuada diminuição da transmissão, manteve ocorrência maior que em outros anos e nas primeiras semanas epidemiológicas (SE) de 2015, a transmissão era maior do que em anos anteriores (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Casos Autóctones de Dengue no 2º Semestre (SE 26 a 52). MSP, 2010 a 2014.

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	2010 Nº	2011 Nº	2012 Nº	2013 Nº	2014 Nº
26	14	16	6	12	238
27	14	5	4	8	145
28	8	5	6	10	100
29	5	7	6	10	67
30	7	4	3	5	59
31	1	5	4	8	37
32	4	4	2	8	16
33	4	3	2	3	18
34	1	2	3	5	11
35	2	3	0	0	14
36	1	3	1	2	17
37	2	8	2	2	16
38	4	3	3	2	15
39	1	7	1	4	15
40	2	2	3	5	13
41	1	6	5	3	7
42	2	2	6	2	15
43	0	2	2	5	8
44	0	1	3	3	19
45	3	4	5	5	15
46	1	4	5	1	10
47	4	4	1	5	10
48	5	2	2	4	10
49	2	5	6	8	6
50	2	6	7	8	7
51	2	0	5	6	5
52	3	9	1	4	17
53	0	0	0	0	17
TOTAL do ANO	5866	4191	1150	2617	29011

Fonte: 2010 CCZ e IAL; 2011, 2012 e 2013 SINANNET; 2014 DENGUE ONLINE

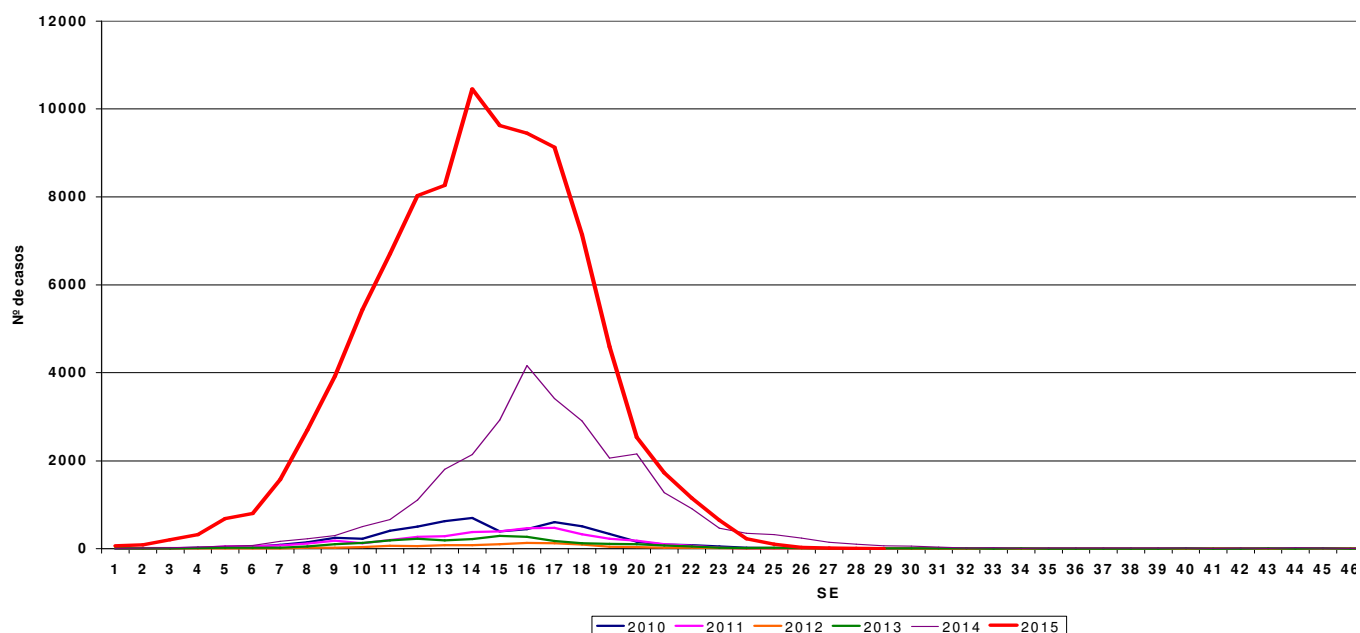
Tabela 4. Casos Autóctones de Dengue no 1º Semestre (SE 01 a 25) – MSP, 2010 a 2015.

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	2010 Nº	2011 Nº	2012 Nº	2013 Nº	2014 Nº	2015 Nº
1	14	16	6	12	238	67
2	14	5	4	8	145	87
3	8	5	6	10	100	207
4	5	7	6	10	67	321
5	7	4	3	5	59	681
6	1	5	4	8	37	805
7	4	4	2	8	16	1582
8	4	3	2	3	18	2715
9	1	2	3	5	11	3946
10	2	3	0	0	14	5446
11	1	3	1	2	17	6706
12	2	8	2	2	16	8032
13	4	3	3	2	15	8261
14	1	7	1	4	15	10453
15	2	2	3	5	13	9621
16	1	6	5	3	7	9445
17	2	2	6	2	15	9128
18	0	2	2	5	8	7140
19	0	1	3	3	19	4592
20	3	4	5	5	15	2538
21	1	4	5	1	10	1725
22	4	4	1	5	10	1154
23	5	2	2	4	10	648
24	2	5	6	8	6	228
25	2	6	7	8	7	107
TOTAL do ANO	5866	4191	1150	2617	29011	95683

Fonte: 2010 - CCZ e IAL; 2011, 2012 e 2013 - SINANNET; 2014 - DENGUE ONLINE ; 2015 , até SE 11 - CCZ E SINAN ON LINE; 2015, a partir SE 12 SISDENCHIK/ TABNET (dados até 04.08.2015).

No Gráfico 3, pode-se observar a antecipação da transmissão e a sazonalidade. O período com maior número de casos ocorreu nos meses de março, abril e maio, que correspondem às SE 13 a 22.

Gráfico 3. Casos Confirmados Autóctones de Dengue segundo SE de Início de Sintomas. MSP, 2010 a 2015.



Fonte: 2010 - CCZ e IAL; 2011, 2012 e 2013 - SINANNET; 2014 - DENGUE ONLINE; 2015, até SE 11 - CCZ E SINAN ON LINE; 2015, a partir SE 12 - SISDENCHIK/ TABNET (dados até 06.08.2015).

O período com maior número de casos ocorreu nos meses de março (27.345 casos – 28,6%), abril (41.119 casos – 43%) e maio (18.732 casos - 19,6%), distribuição semelhante à dos anos anteriores (Tabela 5).

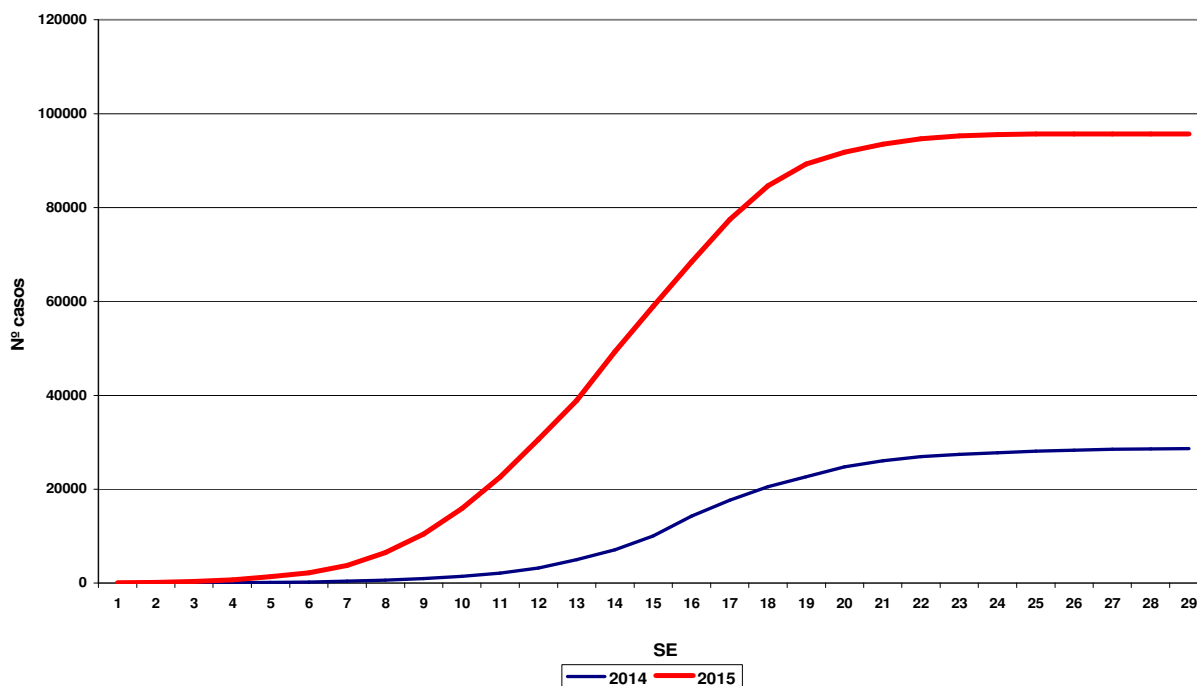
Tabela 5. Distribuição dos Casos Autóctones de Dengue por Mês de Início de Sintomas. MSP, 2010 a 2015.

MÊS	AUT 2010		AUT 2011		AUT 2012		AUT 2013		AUT 2014		AUT 2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
JANEIRO	39	0,7	53	1,3	44	3,8	57	2,2	137	0,5	682	0,7
FEVEREIRO	325	5,5	337	8,0	64	5,6	163	6,2	696	2,4	5783	6,0
MARÇO	1708	29,1	891	21,3	250	21,7	815	31,1	4633	16,0	27345	28,6
ABRIL	2305	39,3	1836	43,8	471	41,0	987	37,7	13989	48,2	41119	43,0
MAIO	1249	21,3	871	20,8	190	16,5	393	15,0	7489	25,8	18732	19,6
JUNHO	155	2,6	96	2,3	43	3,7	73	2,8	1425	4,9	1984	2,1
JULHO	39	0,7	25	0,6	21	1,8	37	1,4	350	1,2	38	0,0
AGOSTO	9	0,2	13	0,3	9	0,8	19	0,7	72	0,2	0	0,0
SETEMBRO	10	0,2	23	0,5	7	0,6	10	0,4	72	0,2	0	0,0
OUTUBRO	4	0,1	13	0,3	19	1,7	18	0,7	47	0,2	0	0,0
NOVEMBRO	9	0,2	14	0,3	12	1,0	15	0,6	50	0,2	0	0,0
DEZEMBRO	14	0,2	19	0,5	20	1,7	30	1,1	51	0,2	0	0,0
TOTAL	5866	100,0	4191	100,0	1150	100,0	2617	100,0	29011	100,0	95683	100,0

Fonte: 2010 - CCZ e IAL; 2011, 2012 e 2013 - SINANNET; 2014 - DENGUE ONLINE; 2015, até SE 11 - CCZ E SINAN ON LINE; 2015, a partir SE 12 - SISDENCHIK/TABNET (dados até 06.08.2015).

No Gráfico 4, considerando os casos acumulados por SE, observa-se velocidade de transmissão maior a partir da SE 4 de 2015.

Gráfico 4. Casos Acumulados de Dengue por SE de Início de Sintomas. MSP, 2014 e 2015.



Fonte: 2014 - DENGUE ONLINE; 2015, até SE 11 - CCZ E SINAN ON LINE; 2015, a partir SE 12 - SISDENCHIK/ TABNET (dados até 06.08.2015).

O DA com maior Coeficiente de Incidência (CI), em 2015, foi Brasilândia, com CI de 3256,5 casos por 100.000 habitantes, seguido por Raposo Tavares (2760,2), Pari (2067,6), Rio Pequeno (1965,6) e Vila Maria (1925,7) (Tabela 6). Os DA com maior número absoluto de casos foram Brasilândia (8793), Jardim Ângela (4319), Cidade Ademar (4303), Itaquera (2999) e Raposo Tavares (2827). O DA Brasilândia apresentou aproximadamente o dobro de casos em relação ao DA Jardim Ângela.

Tabela 6. Número de Casos Autóctones e CI (por 100.000 habitantes), por DA de local provável de infecção (LPI*). MSP, 2015.

DA DO LPI	2015		DA DO LPI	2015		DA DO LPI	2015	
	Nº	INC		Nº	INC		Nº	INC
BRASILANDIA	8793	3256,5	LAPA	568	855,2	SACOMA	998	394,5
RAPOSO TAVARES	2827	2760,2	JARDIM HELENA	1118	830,3	VILA JACUI	516	360,2
PARI	378	2114,7	LAJEADO	1383	826,6	ITAIM BIBI	334	354,1
RIO PEQUENO	2362	1965,6	VILA MATILDE	859	816,3	TUCURUVI	343	350,2
VILA MARIA	2186	1925,7	BUTANTA	423	780,8	PERDIZES	379	336,6
VILA MEDEIROS	2390	1872,5	VILA FORMOSA	737	778,3	PINHEIROS	208	316,9
FREGUESIA DO O	2317	1635,0	BRAS	235	770,1	LIBERDADE	223	316,8
CIDADE ADEMAR	4303	1577,2	VILA PRUDENTE	778	744,9	ITAIM PAULISTA	712	313,5
CACHOEIRINHA	2122	1471,5	SANTANA	838	716,8	JOSÉ BONIFÁCIO	396	308,8
ITAQUERA	2995	1448,4	CAMPO LIMPO	1538	709,2	SÉ	76	308,3
PIRITUBA	2419	1431,3	BOM RETIRO	252	708,5	CURSINO	321	290,0
SÃO MIGUEL PAULISTA	1289	1417,7	CIDADE LIDER	910	703,8	VILA ANDRADE	400	288,4
JARAGUA	2716	1402,2	TATUAPÉ	652	699,4	SÃO MATEUS	443	285,8
JARDIM ANGELA	4319	1400,3	BARRA FUNDA	98	659,3	SAUDE	348	263,4
JAÇANÁ	1321	1389,0	CIDADE TIRADENTES	1426	652,9	SANTO AMARO	188	258,3
PENHA	1728	1345,8	GUAIANASES	685	649,3	CAMPO GRANDE	263	255,8
CASA VERDE	1113	1296,4	CAPÃO REDONDO	1789	645,6	VILA MARIANA	318	242,4
ARICANDUVA	1136	1286,0	VILA SONIA	713	632,0	MORUMBI	118	241,0
LIMÃO	1005	1260,1	ARTUR ALVIM	649	626,0	SANTA CECILIA	203	237,4
CANGAÍBA	1667	1217,1	AGUA RASA	528	625,8	SÃO LUCAS	338	236,8
PARQUE DO CARMO	829	1195,5	MANDAQUI	668	617,1	ALTO DE PINHEIROS	88	207,0
JABAQUARA	2541	1126,9	VILA CURUÇA	910	606,2	CIDADE DUTRA	406	205,1
PERUS	911	1099,2	TREMEMBÉ	1229	598,2	IGUATEMI	269	200,4
ERMELINO MATARAZZO	1267	1098,8	VILA GUILHERME	330	597,1	BELA VISTA	140	197,8
MOOCA	814	1051,2	ANHANGUERA	425	591,6	JARDIM PAULISTA	158	176,5
PEDREIRA	1511	1011,8	VILA LEOPOLDINA	221	533,3	SAPOPEMBA	496	173,3
JAGUARA	244	991,8	CAMPO BELO	340	521,4	MOEMA	128	149,5
CARRÃO	821	977,8	SOCORRO	187	502,4	PARELHEIROS	187	135,7
JAGUARE	471	913,7	JARDIM SÃO LUIZ	1277	462,9	SÃO RAFAEL	194	130,4
BELÉM	421	906,4	IPIRANGA	499	459,4	CONSOLAÇÃO	65	113,2
CAMBUCI	341	892,2	GRAJAÚ	1562	422,8	REPUBLICA	57	97,0
PONTE RASA	816	881,7	SÃO DOMINGOS	339	397,3	MARSILAC	1	12,1

Fonte: 2015, até SE 11 e a partir de SE 26 - SINAN ON LINE; 2015, SE 12 a 25 - SISDENCHIK/TABNET (dados até 04.08.2015). *LPI – Local Provável de Infecção

Setenta e quatro DA (77,08%) apresentaram CI > 300, considerado como alta transmissão pelo MS, 20 DA de 100 a 300 (20,9%) e 2 (2,1%) < 100 (Tabela 7).

Tabela 7. Faixas de CI (por 100.000 habitantes). MSP, 2015.

CI	Nº de DAs	%	Classificação de transmissão (MS)
< 100	2	2,1	Baixa
100 a 299	20	20,9	Média
> 300	74	77,1	Alta
Total	96	100	

Fonte: 2015, até SE 11 e a partir de SE 26 - SINAN ON LINE; 2015, SE 12 a 25 - SISDENCHIK/TABNET (dados até 04.08.2015).

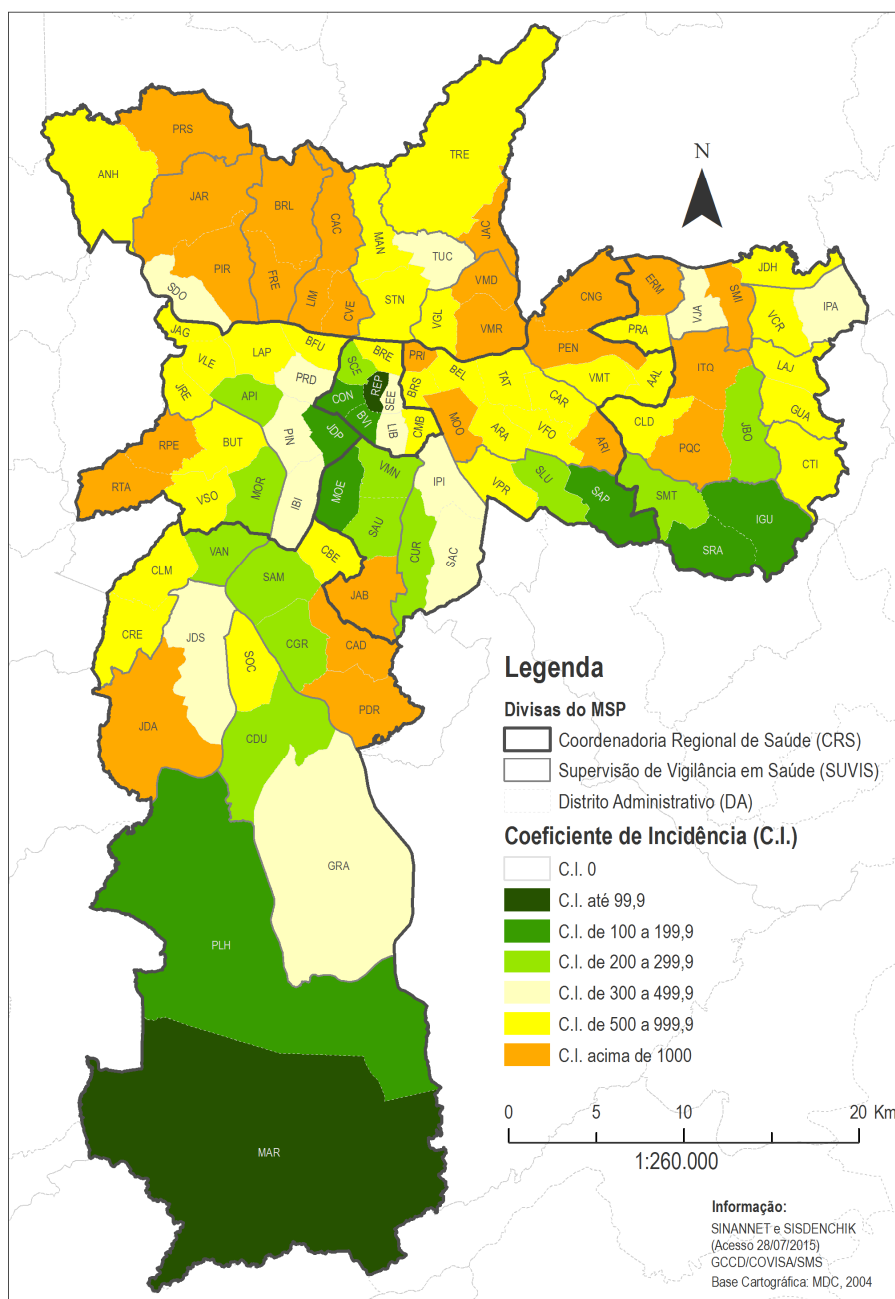
Considerando os DA com alta transmissão, isto é, com CI > 300 casos por 100.000 habitantes, 14 DA (18,9%) tem CI de 300 a 499, 34 (45,9%) de 500 a 999, 25 (33,8%) de 1000 a 2999 e 1 DA (1,4%) acima de 3000 (Tabela 8). A distribuição de faixas de CI por DA para os casos autóctones confirmados de Dengue pode ser visualizada na Figura 1.

Tabela 8. Faixas de CI (por 100.000 habitantes). MSP, 2015.

CI	Nº Das	%
300 a 499	14	18,9
500 a 999	34	45,9
1000 a 2999	25	33,8
> 3000	1	1,4

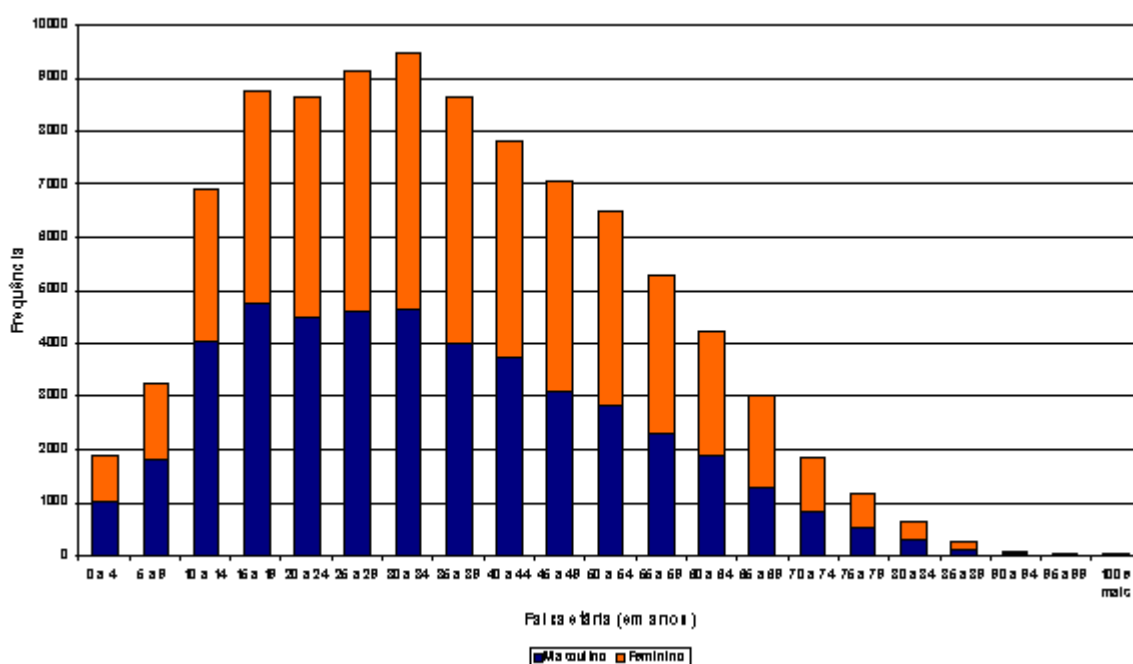
Fonte: 2015, até SE 11 e a partir de SE 26 - SINAN ON LINE; 2015, SE 12 a 25 SISDENCHIK/TABNET (dados até 04.08.2015).

Figura 1. CI por DA para os Casos Autóctones Confirmados de Dengue. MSP, 2015.



A maioria dos casos de dengue, em número absoluto, no MSP, ocorreu entre as faixas de 15 a 59 anos (75,5%), não ocorrendo deslocamento para faixas etárias abaixo dos 14 anos. Esta faixa etária é a mais produtiva, implicando em perda de dias de trabalho. A distribuição entre os sexos foi semelhante (sexo feminino, 51,2% e masculino, 48,8% dos casos) (Gráfico 5). A distribuição de casos confirmados autóctones de dengue em número e porcentagem, segundo faixa etária consta na Tabela 9.

Gráfico 5. Número de Casos Confirmados Autóctones de Dengue, segundo Faixa Etária e Sexo. MSP, 2015.



Fonte: 2015, até SE 11 e a partir de SE 26 - SINAN ON LINE; 2015, SE 12 a 25 - SISDENCHIK/TABNET (dados até 04.08.2015).

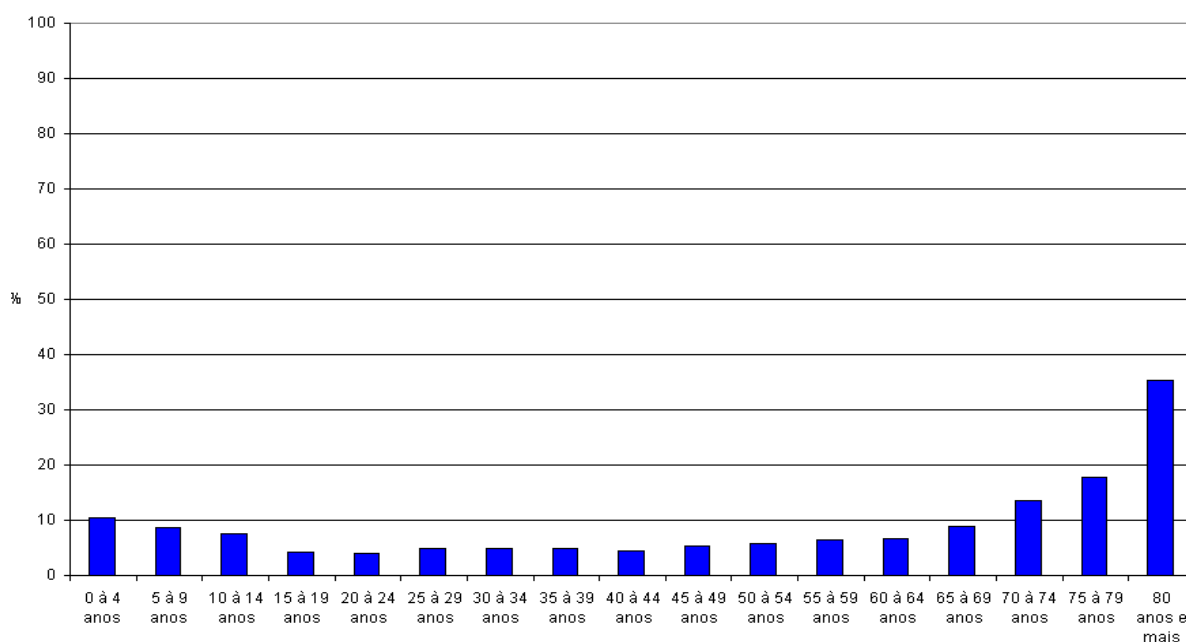
Tabela 9. Distribuição de Casos Confirmados Autóctones de Dengue em Número e Porcentagem, segundo Faixa Etária (em anos). MSP, 2015.

Faixa etária	Nº de casos	%
< 14	12047	12,7
15 a 29	26569	28
30 a 49	33008	34,9
50 a 64	15984	16,9
> 65	6970	7,3

Fonte: 2015, até SE 11 e a partir de SE 26 - SINAN ON LINE; 2015, SE 12 a 25 - SISDENCHIK/ TABNET (dados até 04.08.2015).

O gráfico 6 mostra a porcentagem de casos confirmados de dengue que foram hospitalizados, de acordo com a faixa etária, e verifica-se que dos 981 casos com idade acima de 80 anos, 35% (341) foram hospitalizados.

Gráfico 6. Porcentagem de Casos Confirmados Autóctones de Dengue Hospitalizados, segundo Faixa Etária. MSP, 2015.



Fonte: 2015 até SE 11 e a partir de SE 26 - SINAN ON LINE; 2015, SE 12 a 25 - SISDENCHIK/TABNET (dados até 04.08.2015).

Os 143.841 casos foram notificados por 928 serviços de saúde. Na tabela 10 estão listadas as 20 unidades que realizaram o maior número de notificações de casos suspeitos (25% do total de notificações).

Tabela 10. Distribuição de Casos Suspeitos de Dengue Notificados pelos 20 Serviços que mais Notificaram. MSP, 2015.

Unidade Atendimento/Notificação	Nº	% do Total
HOSP MUN VER JOSE STOROPOLLI	5197	3,6
HOSP NIPO BRASILEIRO	4675	3,3
HOSP MUN M BOI MIRIM	2531	1,8
HOSP DO SERV PUB ESTFCO MORATO DE OLIVEIRA	2506	1,7
HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO	2132	1,5
TENDA JARDIM VISTA ALEGRE	1900	1,3
AMA DR JOSE SOARES HUNGRIA	1827	1,3
AMA SOROCABANA	1431	1,0
AMA HOSPITALAR DR CARMINO CARICCHIO	1423	1,0
UPA CAMPO LIMPO	1410	1,0
HOSPITAL SAO LUIZ GONZAGA	1336	0,9
AMA J BRASIL	1267	0,9
CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI	1232	0,9
TENDA VILA NOVA MANCHESTER - ARLINDO GENNARI	1221	0,8
AMA SANTA MARCELINA	1202	0,8
HOSPITAL KATIA DE SOUZA RODRIGUES TAIPAS SP	1183	0,8
AMA HOSPITAL IGNACIO PROENCA DE GOUVEIA	1161	0,8
AMA PAULO VI	1149	0,8
AMA JD SÃO JORGE	1147	0,8
HOSP EDMUNDO VASCONCELOS	1144	0,8
SUBTOTAL	37074	25,8
TOTAL MSP	143841	100,0

Fonte: 2015, até SE 11 e a partir de SE 26 - SINAN ON LINE; 2015, SE 12 a 25 - SISDENCHIK/ TABNET (dados até 04.08.2015).

A partir de abril, foram montadas tendas para ampliar o atendimento de pacientes suspeitos de dengue. Em 06 de abril de 2015, foi inaugurada a primeira tenda na zona norte. Na Tabela 11, observa-se que foram notificados 5.756 casos por meio das oito tendas implantadas, sendo que a tenda Jardim Vista Alegre (DA Brasilândia – CRS Norte) realizou o maior número de notificações (1900).

Tabela 11. Distribuição de Casos Notificados Suspeitos de Dengue pelas Tendas. MSP, 2015.

TENDAS	Nº de notificações	%
TENDA JARDIM VISTA ALEGRE	1900	33,0
TENDA VILA NOVA MANCHESTER - ARLINDO GENNARI	1221	21,2
TENDA ELÍSIO TEIXEIRA LEITE	804	14,0
TENDA HOSPITAL WALDOMIRO DE PAULA	785	13,6
TENDA HOSPITAL MARIO DEGNI	698	12,1
TENDA SOROCABANA	326	5,7
TENDA CIDADE ADEMAR	12	0,2
TENDA VILA PALMEIRAS	10	0,2
TOTAL	5756	100,0

Fonte: 2015, até SE 11 e a partir de SE 26 - SINAN ON LINE; 2015, SE 12 a 25 - SISDENCHIK/ TABNET (dados até 04.08.2015)

Com relação à classificação final do total de casos de dengue, 99,54% foram classificados como Dengue, 0,42% Dengue com sinais de alarme e 0,04% como Dengue grave (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição de Casos Confirmados de Dengue em Número e Porcentagem, segundo Classificação Final. MSP, 2015.

Classificação final	Nº casos	%
Dengue	91775	99,54
Dengue com sinais de alarme	388	0,42
Dengue grave	38	0,04
Total	92201*	100,00

Fonte: 2015, até SE 11 e a partir de SE 26 - SINAN ON LINE; 2015, SE 12 a 25 - SISDENCHIK/ TABNET (dados até 04.08.2015); *Excluídos casos sem classificação final na classificação automática do SISDENCHIK.

Entre os casos classificados como Dengue, foram hospitalizados 2,64% dos pacientes enquanto com Dengue com sinais de alarme e Dengue grave 21,13% e 65,79%, respectivamente (Tabela 13). Chama a atenção que apenas 21,13% dos casos com sinais de alarme e 65,79% dos casos graves foram hospitalizados, uma vez que a orientação do protocolo do Ministério da Saúde é que os pacientes do Grupo C (com sinais de alarme) sejam internados por pelo menos 48 horas e os graves em UTI. Pode ter ocorrido viés de preenchimento, não considerando internação em PS como internação hospitalar.

Tabela 13. Distribuição de Casos Confirmados de Dengue em Número e Porcentagem, Segundo Classificação Final e Hospitalização. MSP, 2015

Classificação final	Nº casos	Casos	
		Hospitalizados	% de hospitalizados
Dengue	91775	2419	2,64
Dengue com sinais de alarme	388	82	21,13
Dengue grave	38	25	65,79
Total	92201*	2526	2,74

Fonte: 2015 até SE 11 e a partir de SE 26 SINAN ON LINE; SE 12 a 25 SISDENCHIK/TABNET – dados até 04.08.2015; * Excluídos casos sem classificação final na classificação automática do SISDENCHIK.

De acordo com o Plano Municipal de Contingência da Dengue de 2014/2015, para o componente Vigilância Epidemiológica foram consideradas como unidades geográficas os DA. Para definir a incidência (casos/100.000 habitantes) em que o DA atinge o nível de emergência foi utilizada a estratificação do “Plano de Ações para o Controle da Dengue no Estado de São Paulo, 2013 –2014” (Tabela 14).

Tabela 14. Estratificação para Emergência de acordo com Faixa de População e Incidência de Dengue para o Estado de São Paulo.

População do DA	Incidência (casos/100.000 hab.)
< 10.000	600
10.000 – 99.999	300
100.000 – 249.999	150
250.000 - .500.000	100
> 500.000	80

Fonte: Plano de Ações para o Controle da Dengue no Estado de São Paulo, 2013 –2014.

No nível de emergência, as unidades de saúde preenchem apenas a ficha de notificação dos casos suspeitos, sem necessidade de preencher a ficha de investigação. Não há mais indicação de diagnóstico laboratorial específico, com encerramento dos casos por critério clínico epidemiológico, exceto para os casos graves e óbitos.

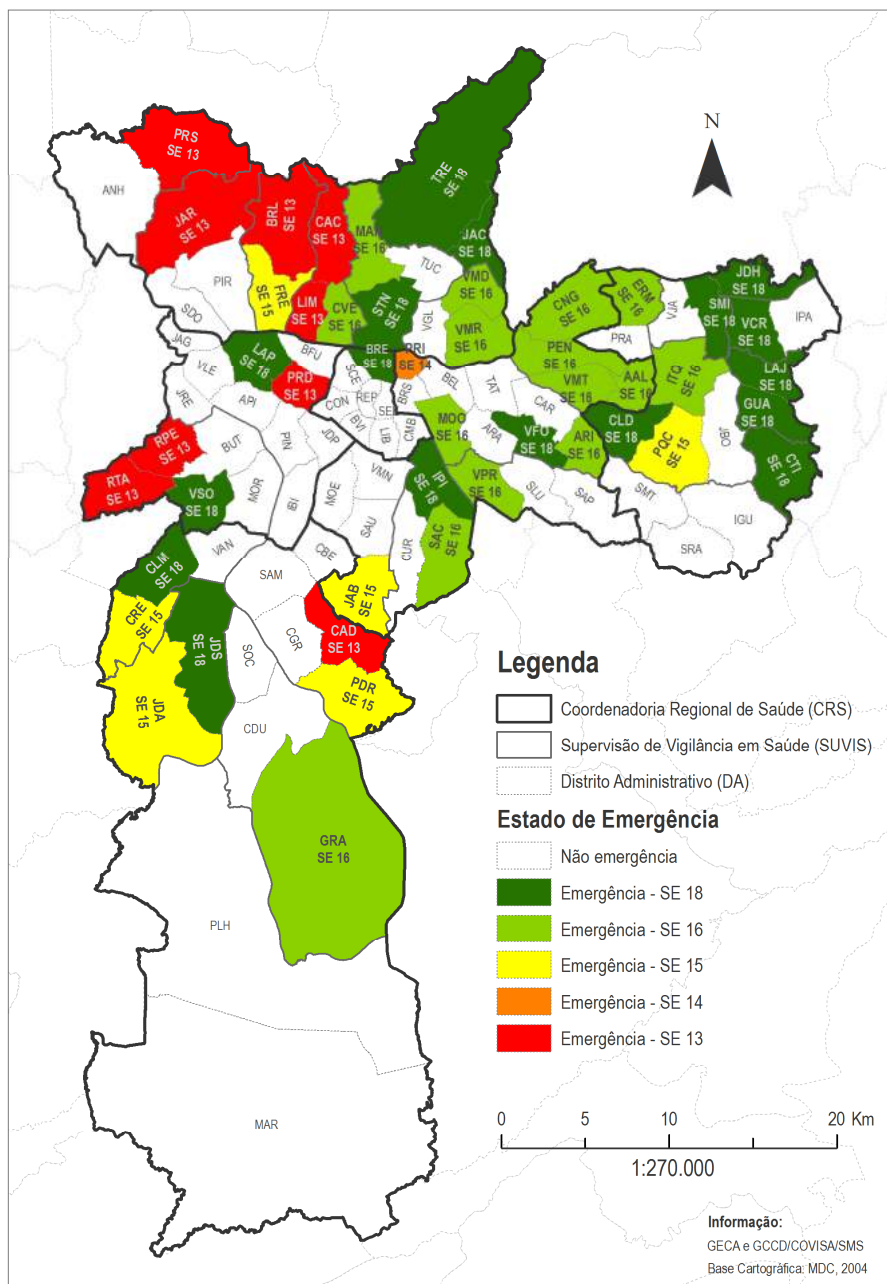
Na SE 13, 9 DA entraram em emergência, na SE 14, 1; na 15, 6; na 16, 16 e na 18, 17. Metade dos 96 DA entraram em emergência (Tabela 15 e Figura 2). Foi suspensa a emergência na SE 24 em todos os DA.

Tabela 15. Distribuição de DA por SE em que Entraram em Emergência. MSP, 2015

SE	Nº de DAS	% dos 96 DAs
13	9	9,4
14	1	1,0
15	6	6,3
16	15	15,6
17	0	0,0
18	17	17,7
Total	48	50,0

Fonte: GECA/COVISA

Figura 2. Mapa com DA em emergência por SE. MSP, 2015



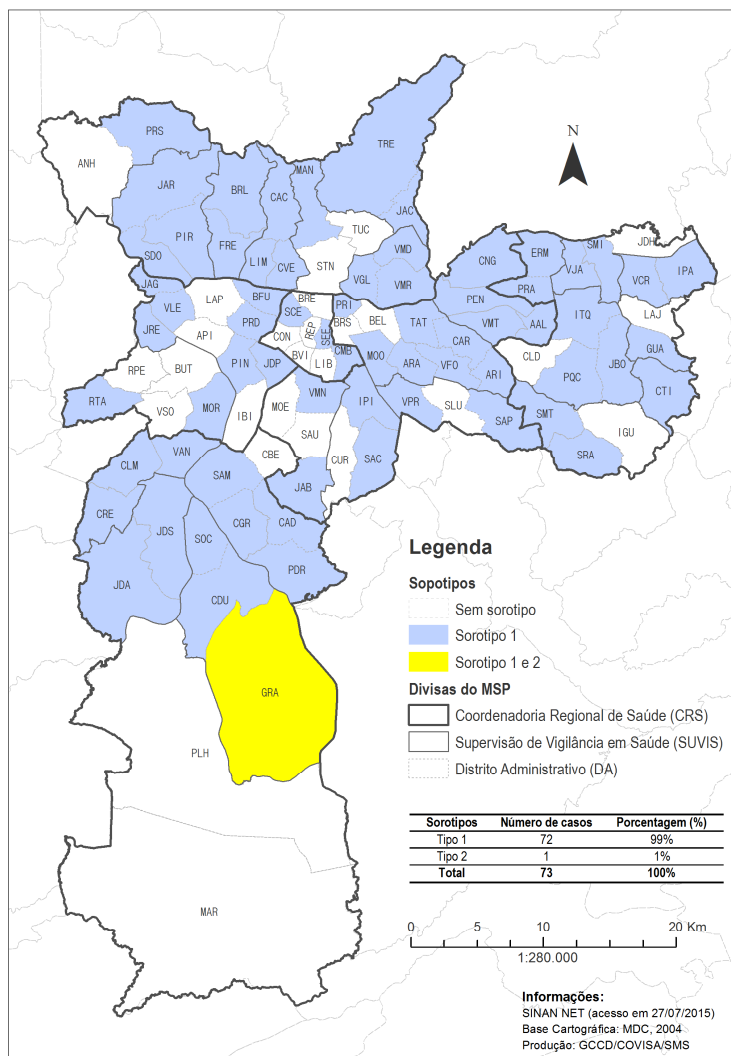
Ao longo da série histórica do município, os quatro sorotipos (DEN1, DEN2, DEN3 e DEN4) já foram detectados em casos autóctones. No entanto, em 93% das amostras, o sorotipo isolado foi o DEN1 (Tabela 16). Em 2013, ocorreu a circulação em casos autóctones dos sorotipos DEN1 (76%) e DEN4 (22%). Em 2014 e 2015, ocorreu transmissão predominantemente pelo sorotipo 1 (97% e 99% dos casos, respectivamente). Na Figura 3, observa-se a distribuição dos sorotipos por DA no MSP em 2015.

Tabela 16. Sorotipos dos Vírus da Dengue em Casos Autóctones. MSP, 2010 a 2015

Sorotipo	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dengue 1	33	77	92	99	37	95	62	76	218	97	72	99	514	93
Dengue 2	5	12	1	1	0	0	2	2	0	0	1	1	9	2
Dengue 3	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Dengue 4	0	0	0	0	2	5	18	22	7	3	0	0	27	5
Total	43	100	93	100	39	100	82	100	225	100	73	100	555	100

Fonte: CCD/COVISA/SMS (dados de 27.07.2015).

Figura 3. Sorotipos do Vírus Dengue em Casos Autóctones por DA. MSP, 2015.



Com relação a 2014, o número absoluto de casos de dengue apresentou aumento de cerca de 230%, enquanto que o número de óbitos aumentou 57,1% mantendo a taxa de letalidade baixa. Na Tabela 17, são apresentados os números de casos autóctones e de óbitos por dengue e a taxa de letalidade (%), nos anos de 2006 a julho de 2015.

Tabela 17. Série Histórica de Casos Confirmados Autóctones de Dengue, Óbitos e Letalidade. MSP, 2006 a 2015.

Ano	Autóctone	Óbitos	Letalidade
2006	416	0	0,00
2007	2609	3	0,11
2008	216	0	0,00
2009	322	0	0,00
2010	5866	0	0,00
2011	4191	1	0,02
2012	1150	2	0,17
2013	2617	2	0,08
2014	29011	14	0,05
2015	95683	22	0,02
Total	142081	44	0,03

Fonte: SINAN/COVISA – dados até 21.07.2015

1.2 Regionalização do Município e Estratificação dos Níveis de Transmissão de Dengue

O Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE) orienta que os municípios com população maior que 500.000 habitantes dividam sua área geográfica, de forma que cada região seja considerada um município. Esta estratégia facilita o monitoramento, o acompanhamento da incidência, as avaliações operacionais e a declaração de emergência. Desta forma, dada a dimensão geográfico-populacional e heterogeneidade do MSP é fundamental regionalizá-lo para avaliar a situação epidemiológica e definir as ações que serão desencadeadas de acordo com os níveis de transmissão.

Para o componente vigilância epidemiológica foram consideradas como **unidades geográficas os DA**. No que tange a estratificação em níveis de transmissão (início, alerta e emergência), pela avaliação da epidemia de 2015, verifica-se claramente que os níveis de emergência foram disparados tardiamente causando impacto no LABZOO, assistência e SUVIS. Desta forma, em busca de maior sensibilidade na detecção da entrada dos DA em níveis de emergência no ano de 2016, será utilizado o seguinte critério:

CI de emergência para casos notificados/100.000 habitantes equivalente ao CI de emergência para casos confirmados/100.000 habitantes.

Para tanto, foram utilizados os seguintes parâmetros:

- DA com < de 50.000 habitantes: considera-se que o DA entraria em emergência quando atingisse **CI de 300 casos confirmados** de residentes no MSP/100.000 habitantes (Quadro 2).
- DA com \geq 50.000 habitantes: considera-se que o DA entraria em emergência quando atingisse **CI de 150 casos confirmados** de residentes no MSP/100.000 (Quadro 2).
- Cálculo da equivalência: **multiplicação da incidência de emergência para casos confirmados por 1.6** (positividade média do banco de notificação do Sinan Online da SE 01/15 a SE 11/2015, quando não havia DA em emergência, foi de 60%) (Quadro 2).

Quadro 2. CI de Emergência para Casos Confirmados e CI de Emergência Equivalente para Casos Notificados, segundo Porte Populacional do DA.

População do DA	CI de emergência para casos CONFIRMADOS (casos /100.000 habitantes)	CI de emergência equivalente para casos NOTIFICADOS (casos /100.000 habitantes)
< 50.000 hab.	300	480
> 50.000 hab.	150	240

Desta forma, para o componente **Vigilância Epidemiológica** o DA estará em:

- INÍCIO de transmissão**: quando o **CI de emergência equivalente para casos notificados** for inferior a 20% do estabelecido como emergência para o seu porte populacional.
- ALERTA de transmissão**: quando o **CI de emergência equivalente para casos notificados** estiver entre 20% a 99% do estabelecido como emergência para o seu porte populacional.
- EMERGÊNCIA de transmissão**: quando o **CI de emergência equivalente para casos notificados** for igual ou maior a 100% do estabelecido para o seu porte populacional.

Segundo estes critérios, para facilitar a consulta, foi elaborada tabela com o número de casos notificados de residentes no MSP necessários para que o DA atinja o **CI equivalente para casos notificados** definidos para cada nível de transmissão (Tabela 18).

Tabela 18. Níveis de transmissão de Dengue, para o Componente Vigilância Epidemiológica, segundo o Número de Casos Notificados de Residentes no MSP, por DA. MSP, 2015/2016.

DA	População*	Nº de casos - Início	Nº de casos - Alerta	Nº de casos - Emergência
Água Rasa	83960	38	39 ≤ 201	202
Alto de Pinheiros	42113	38	39 ≤ 201	202
Anhanguera	76340	35	36 ≤ 182	183
Aricanduva	87440	40	41 ≤ 209	210
Artur Alvim	102575	47	48 ≤ 245	246
Barra Funda	15200	14	15 ≤ 72	73
Bela Vista	71680	33	34 ≤ 171	172
Belém	47416	43	44 ≤ 227	228
Bom Retiro	36771	34	35 ≤ 176	177
Brás	31398	29	30 ≤ 150	151
Brasilândia	273511	125	126 ≤ 655	656
Butantã	54162	25	26 ≤ 129	130
Cachoeirinha	144618	66	67 ≤ 346	347
Cambuci	39134	36	37 ≤ 187	188
Campo Belo	64827	30	31 ≤ 155	156
Campo Grande	104246	48	49 ≤ 249	250
Campo Limpo	220669	101	102 ≤ 529	530
Cangaíba	137156	63	64 ≤ 328	329
Capão Redondo	282923	129	130 ≤ 678	679
Carrão	84435	39	40 ≤ 202	203
Casa Verde	86001	39	40 ≤ 205	206
Cidade Ademar	277070	126	127 ≤ 664	665
Cidade Dutra	198943	91	92 ≤ 476	477
Cidade Líder	131155	60	61 ≤ 314	315
Cidade Tiradentes	223236	102	103 ≤ 535	536
Consolação	57471	26	27 ≤ 137	138
Cursino	111803	51	52 ≤ 267	268
Ermelino Matarazzo	116471	53	54 ≤ 279	280
Freguesia do Ó	141255	64	65 ≤ 338	339
Grajaú	375467	171	172 ≤ 900	901
Guaianases	106533	49	50 ≤ 255	256
Iguatemi	138902	63	64 ≤ 332	333
Ipiranga	109823	50	51 ≤ 263	264
Itaim Bibi	95550	44	45 ≤ 228	229
Itaim Paulista	229180	105	106 ≤ 549	550
Itaquera	208042	95	96 ≤ 498	499
Jabaquara	226648	103	104 ≤ 543	544
Jaçanã	95433	44	45 ≤ 228	229
Jaguara	24400	22	23 ≤ 116	117

Jaguaré	52745	24	25 ≤ 126	127
Jaraguá	200070	91	92 ≤ 479	480
Jardim Ângela	317659	145	146 ≤ 761	762
Jardim Helena	134339	61	62 ≤ 321	322
Jardim Paulista	90046	41	42 ≤ 215	216
Jardim São Luís	281480	128	129 ≤ 675	676
José Bonifácio	131122	60	61 ≤ 314	315
Lajeado	169214	77	78 ≤ 405	406
Lapa	66891	31	32 ≤ 160	161
Liberdade	71318	33	34 ≤ 170	171
Limão	79417	36	37 ≤ 190	191
Mandaqui	108714	50	51 ≤ 260	261
Marsilac	8288	8	9 ≤ 39	40
Moema	87213	40	41 ≤ 208	209
Mooca	78658	36	37 ≤ 188	189
Morumbi	50430	23	24 ≤ 120	121
Parelheiros	142593	65	66 ≤ 341	342
Pari	18282	17	18 ≤ 87	88
Parque do Carmo	70091	32	33 ≤ 167	168
Pedreira	152850	70	71 ≤ 366	367
Penha	128776	59	60 ≤ 308	309
Perdizes	113585	52	53 ≤ 272	273
Perus	84772	39	40 ≤ 202	203
Pinheiros	65829	30	31 ≤ 157	158
Pirituba	169733	77	78 ≤ 406	407
Ponte Rasa	91616	42	43 ≤ 219	220
Raposo Tavares	103987	47	48 ≤ 249	250
República	60063	27	28 ≤ 143	144
Rio Pequeno	121336	55	56 ≤ 290	291
Sacomã	256494	117	118 ≤ 615	616
Santa Cecília	86767	40	41 ≤ 207	208
Santana	115623	53	54 ≤ 276	277
Santo Amaro	73664	34	35 ≤ 176	177
São Domingos	85660	39	40 ≤ 205	206
São Lucas	142937	65	66 ≤ 342	343
São Mateus	154860	71	72 ≤ 371	372
São Miguel	90106	41	42 ≤ 215	216
São Rafael	152093	69	70 ≤ 364	365
Sapopemba	287314	131	132 ≤ 689	690
Saúde	133097	61	62 ≤ 318	319
Sé	25361	23	24 ≤ 121	122
Socorro	36838	34	35 ≤ 176	177

Tatuapé	94334	43	44 ≤ 225	226
Tremembé	211271	96	97 ≤ 506	507
Tucuruvi	97590	45	46 ≤ 233	234
Vila Andrade	147464	67	68 ≤ 353	354
Vila Curuçá	150816	69	70 ≤ 361	362
Vila Formosa	94600	43	44 ≤ 226	227
Vila Guilherme	55907	25	26 ≤ 133	134
Vila Jacuí	143839	66	67 ≤ 344	345
Vila Leopoldina	42881	39	40 ≤ 205	206
Vila Maria	113528	52	53 ≤ 271	272
Vila Mariana	131677	60	61 ≤ 315	316
Vila Matilde	105421	48	49 ≤ 252	253
Vila Medeiros	126061	57	58 ≤ 302	303
Vila Prudente	104570	48	49 ≤ 250	251
Vila Sônia	115951	53	54 ≤ 277	278

Fonte: COVISA

* População: TABNET - Estimativa da população 2015 pela Fundação SEADE.

SAÍDA DO NÍVEL DE ALERTA E EMERGÊNCIA DE TRANSMISSÃO
O DA retornará ao nível de início de transmissão quando apresentar queda consecutiva do número de casos por SE, por quatro SE consecutivas.

1.3 Definições de Caso Suspeito de Dengue

As definições de casos suspeitos preconizados pelo Ministério da Saúde são:

- **Caso Suspeito de Dengue:** pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Aedes aegypti*, que apresenta febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresenta duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito, toda criança proveniente ou residente em áreas com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 e 7 dias, e sem foco de infecção aparente.

- **Definição de Caso Suspeito de Dengue com Sinais de Alarme:** é todo caso que, no período de defervescência da febre, apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme:

- dor abdominal intensa e contínua, ou dor à palpação do abdômen;
- vômitos persistentes;
- acumulo de líquidos (ascites, derrame pleural, pericárdio);

- sangramento de mucosas;
- letargia ou irritabilidade;
- hipotensão postural (lipotímia);
- hepatomegalia > 2cm
- aumento progressivo do hematócrito

- Definição de Caso Suspeito de Dengue Grave: é todo caso que apresenta um ou mais dos seguintes resultados:

- choque devido extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou > a 3 seg, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente \leq 20 mmHg; hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória
- sangramento grave
- comprometimento grave de órgãos (dano hepático importante – AST ou ALT > 1000, sistema nervoso central, coração (miocardite) e outros.

De acordo com a Portaria Municipal N° 2286/2014-SMS.G, os casos suspeitos de dengue são de notificação compulsória imediata (**ANEXO 1**). Os casos suspeitos devem ser notificados à SUVIS da área de abrangência da Unidade de Saúde, **pelo meio disponível mais rápido**, sendo imprescindíveis as seguintes informações: identificação do paciente, data dos primeiros sintomas, data da coleta de sorologia/teste rápido, endereço residencial, local provável de infecção com endereço completo, referências de localização e telefone de contato. **A SUVIS deve estabelecer o fluxo de notificação com as unidades públicas e privadas do seu território.** Todo **caso suspeito** deve ser imediatamente encaminhado a SUVIS de residência, lazer, trabalho, estudo, etc, ou para a Gerência Centro de Controle de Doenças (GCCD) da COVISA caso o paciente resida em outro município. Isto permite a pronta intervenção da equipe de combate ao vetor para interrupção da transmissão local.

1.4 Coleta de Dados Clínicos e Epidemiológicos

Casos Suspeitos de Dengue: na situação de transmissão em fase de início e de alerta, preencher todos os campos dos itens da ficha de investigação epidemiológica do SINAN, relativos aos dados gerais, notificação individual e dados de residência, exames laboratoriais e conclusão do caso. No nível de transmissão de emergência **deve-se preencher apenas a ficha de notificação, não sendo necessário o preenchimento da ficha de investigação.**

Casos Suspeitos de Dengue Grave ou Óbitos: independentemente do nível de transmissão, sempre deve-se preencher a ficha de investigação, com especial atenção para os campos referentes aos exames laboratoriais e conclusão do caso. Consultar o prontuário dos casos e o médico assistente para completar as informações sobre exames laboratoriais inespecíficos realizados (principalmente plaquetas e hematócrito). Verificar e anotar se foi realizada prova do laço e qual foi o resultado. Todos os casos suspeitos de dengue grave e óbitos devem ser **notificados em até 24 horas** para a equipe técnica da GCCD que conjuntamente com os técnicos da SUVIS realizará a investigação clínica, laboratorial e epidemiológica. Além da Ficha de Investigação, deve ser preenchida a “**Ficha de Investigação de Casos Graves e Óbitos**” (**ANEXO 2**) que tem como objetivo a investigação das Síndromes febris hemorrágicas e ictéricas. Esses casos são notificados para a Divisão de Dengue do Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac da Secretaria Estadual de Saúde (CVE/SES) conforme orientação do Plano Estadual de Vigilância e Controle de Dengue, e após avaliação conjunta são classificados e encerrados.

1.5 Orientação de Protocolos para Unidades da Rede de Saúde

As atividades que serão desenvolvidas por tipo de unidade da rede de saúde foram definidas baseadas na classificação de risco preconizada pelo Ministério da Saúde (**ANEXO 3**). Para o atendimento adequado e rápido é necessário estabelecer e divulgar previamente protocolos clínicos, capacitações de todos os profissionais, sistemas de referência e contra referência.

Os protocolos de atendimento clínico do MSP foram elaborados de acordo com as **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue e Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança - 4ª edição/2013:**

- Fluxo de referência de acordo com o estadiamento clínico de dengue (**ANEXO 3**)
- Dengue – Classificação de Risco e Manejo do Paciente (**ANEXO 4**)
- Tabela de Hidratação para Pacientes com Dengue - Soro de Hidratação Oral – Tratamento no Domicílio (**ANEXO 5**)
- Orientações Gerais para o Diagnóstico Laboratorial da Dengue (**ANEXO 6**)
- Orientações Gerais para o Encerramento Laboratorial da Dengue (**ANEXO 7**)

Há a necessidade da capacitação contínua dos profissionais para o uso dos **Protocolos de Manejo Clínico, da Classificação de Risco** e impressos como **Cartão de Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com Dengue (ANEXO 8 e 9)**.

Todos os pacientes suspeitos de dengue devem receber **hidratação via oral** assim que chegarem à unidade de saúde. Os pacientes com suspeita de dengue devem ser

adequadamente atendidos e acompanhados, de acordo com a classificação de risco de dengue; ter retornos ou encaminhamentos garantidos, de acordo com data de primeiros sintomas e avaliação clínica, conforme segue:

- ✓ avaliar o paciente clinicamente e utilizar classificação de risco de dengue;
- ✓ realizar hidratação oral ou endovenosa, em todo o paciente suspeito, de acordo com seu estadiamento;
- ✓ preencher o cartão de acompanhamento;
- ✓ orientar sobre sinais de alerta;
- ✓ coletar sangue para hemograma;
- ✓ realizar a prova do laço em pacientes sem evidência de sangramento ;
- ✓ agendar retorno de acordo com classificação de risco.
- ✓ notificar todo caso suspeito de dengue e enviar para SUVIS em até 24 horas, conforme Portaria Municipal N° 2286/2014-SMS.G (**ANEXO 1**)

Devem ser garantidos **insumos suficientes** para coleta, realização de exames, hidratação e demais tratamentos necessários. Também deve ser garantido o transporte dos exames para os laboratórios de referência e o retorno ágil dos resultados para as unidades de atendimento. As Unidades de Saúde devem possuir bebedouros, sais de reidratação oral, copos em quantidade suficiente para oferecer hidratação oral para todos os casos suspeitos de dengue, esfigmanômetros de criança e adulto, termômetros, estetoscópios e cadeiras de hidratação.

As equipes das UBS, principalmente da ESF, devem estar capacitadas e orientadas para identificar casos suspeitos, busca de casos secundários, acompanhamento de casos leves e de pacientes pós-alta hospitalar, assim como orientar sobre sintomas e formas de prevenção da dengue.

1.6 Diagnóstico Laboratorial Específico de Dengue

O diagnóstico laboratorial específico é indicado para todos pacientes com suspeita de dengue, nos DA que não atingiram o nível de emergência para o componente da vigilância epidemiológica. É importante sempre avaliar se o exame foi coletado em data oportuna.

Deve-se **coletar amostra de todos casos suspeitos de dengue grave**, independentemente da data de início de sintomas. Os casos suspeitos de dengue grave e os óbitos devem ser investigados de maneira detalhada e notificados imediatamente a GCCD/Subgerência de Doenças Transmitidas por Vetores e outras Zoonoses. Nesses casos também deve ser preenchida e encaminhada a **“Ficha de Investigação de Casos Graves e**

Óbitos” (ANEXO 3). Deve-se enviar **amostra de todos os casos de óbitos suspeitos de dengue** para o Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores (LABZOO). O LABZOO encaminhará as amostras de **óbitos suspeitos de dengue para o laboratório do Instituto Adolfo Lutz (IAL).**

O LABZOO compõe o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, sendo uma Subgerência da Gerência do Centro de Controle de Zoonoses, da COVISA. Tem a finalidade de promover o suporte laboratorial ao Programa Municipal de Vigilância e Controle da Dengue, realizando os exames laboratoriais específicos necessários para o diagnóstico sorológico de todos os casos suspeitos de dengue, a fim de subsidiar as ações de prevenção e controle de riscos à saúde da população. O LABZOO vem realizando o diagnóstico da dengue desde 2002 quando recebeu o credenciamento pelo IAL passando a fazer parte da Rede Estadual de Diagnóstico de Dengue. De 2002 a 2013 o LABZOO realizou 60.446 exames liberando os resultados no prazo de 1 dia útil, sendo o ano de 2010 o que apresentou maior nº de amostras encaminhadas para o diagnóstico (15.183 amostras). Em 2014, foram processadas 47.446 amostras. Do total das referidas amostras, 147 delas foram testadas para mais de uma técnica de ELISA (IgM, NS1 e IgG), totalizando 47.593 resultados.

Devido ao aumento expressivo do número de amostras recebidas em 2015, assim como ocorrido em 2014, nos meses de pico de transmissão, o prazo para a liberação dos resultados foi mais demorado (Tabela 19).

Tabela 19. Tempo de Liberação dos Resultados de Dengue Realizados pelo LABZOO, no ano de 2015.

Tempo de liberação (dias)	IgM		NS1	
	Nº	(%)	Nº	(%)
0	8	0,0	1	0,0
1	4453	8,0	840	4,0
2-3	6915	13,0	1673	9,0
4-5	5212	10,0	1707	9,0
6-10	11316	21,0	3584	19,0
11-15	23514	43,0	4862	26,0
>15	2805	5,0	6122	33,0
Total	54223	100,00	18789	100,00

Fonte: LABZOO – CCZ. Dados até a SE 42 (29/10/15)

O banco de resultados do LABZOO é transmitido diariamente ao NIVS/COVISA, que o disponibiliza via intranet para as SUVIS.

Os exames preconizados e a interpretação de resultados, orientados pelo Ministério da Saúde são:

1 - Isolamento viral positivo – amostras coletadas até o 5º dia. Não é utilizado rotineiramente.

2 - Detecção do genoma viral pelo método da transcrição reversa seguida da reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) – amostras coletadas até o 5º dia. Não é utilizado rotineiramente. É realizado pelo Instituto Adolfo Lutz (IAL) para algumas amostras selecionadas pela equipe da Subgerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Outras Zoonoses/GCCD para identificação dos sorotipos circulantes.

3 - Detecção da proteína NS1 do vírus (antígeno) – amostras coletadas de 0 a 3º dia do início dos sintomas - NS1 teste rápido (imunocromatográfico) e NS1 ELISA - resultados positivos confirmam o caso enquanto que **resultados NEGATIVOS não descartam, devendo ser coletada nova amostra a partir do 6º dia.**

4 - Pesquisa de anticorpos (sorologia) – técnica de captura de IgM por ELISA (MAC ELISA) – amostras a partir do 6º dia do início dos sintomas.

5 - Pesquisa de anticorpos IgG (ELISA) e o teste de inibição de hemaglutinação (IH), que exigem amostras do soro pareadas (fase aguda e convalescente recente) de casos suspeitos – não é utilizado rotineiramente.

6 - Diagnóstico histopatológico seguido de pesquisa de antígenos virais por imunohistoquímica – utilizado em investigação de óbitos.

No presente Plano, será utilizado para diagnóstico específico:

a) Teste Rápido

O **Teste Rápido para detecção conjunta de antígeno NS1 e anticorpos tipos IgG e IgM** para os quatro sorotipos da dengue, por metodologia de imunocromatografia será utilizado pela Rede Pública Municipal de Saúde (hospitais municipais, AMA, UBS, PS, PA, UPA), da **SE 01 a 10 de 2016**. Esta estratégia tem como objetivo identificar rapidamente, na fase inicial da transmissão da dengue, os casos positivos de Dengue e desta forma a realizar os bloqueios de transmissão de forma mais oportuna e em áreas com comprovada transmissão. O resultado positivo pelo Teste Rápido confirmará o caso e o negativo não o descartará, sendo necessário coletar sangue para envio ao LABZZO, a partir do 6º dia de início dos sintomas, para realização de ELISA IGM. Após a SE 10, o Teste Rápido não será mais realizado e o diagnóstico específico será feito apenas pelo ELISA IGM.

O Teste Rápido NÃO DEVE SER UTILIZADO PARA O MANEJO CLÍNICO dos pacientes suspeitos de dengue. Para todo paciente suspeito de dengue o manejo clínico deve ser realizado de acordo com a sua classificação de risco.

b) ELISA IGM

O exame **ELISA IgM** deverá ser realizado pelo LABZOO, em amostras coletadas a partir do 6º dia de início de sintomas, nas seguintes situações:

- em pacientes que tiveram o resultado do teste rápido negativo entre a SE 01 a 10 de 2016, caso o DA não tenha entrado em emergência neste período;
- em todos os pacientes a partir da SE 11/2016, caso o DA não tenha entrado em emergência;
- em todos os pacientes que não realizaram teste rápido entre a SE 01 a SE 10 de 2016, caso o DA não tenha entrado em emergência neste período;
- em todos os casos graves e óbitos com amostras coletadas a partir do 6º dia do início dos sintomas, independentemente da situação epidemiológica do DA.

c) ELISA NS1

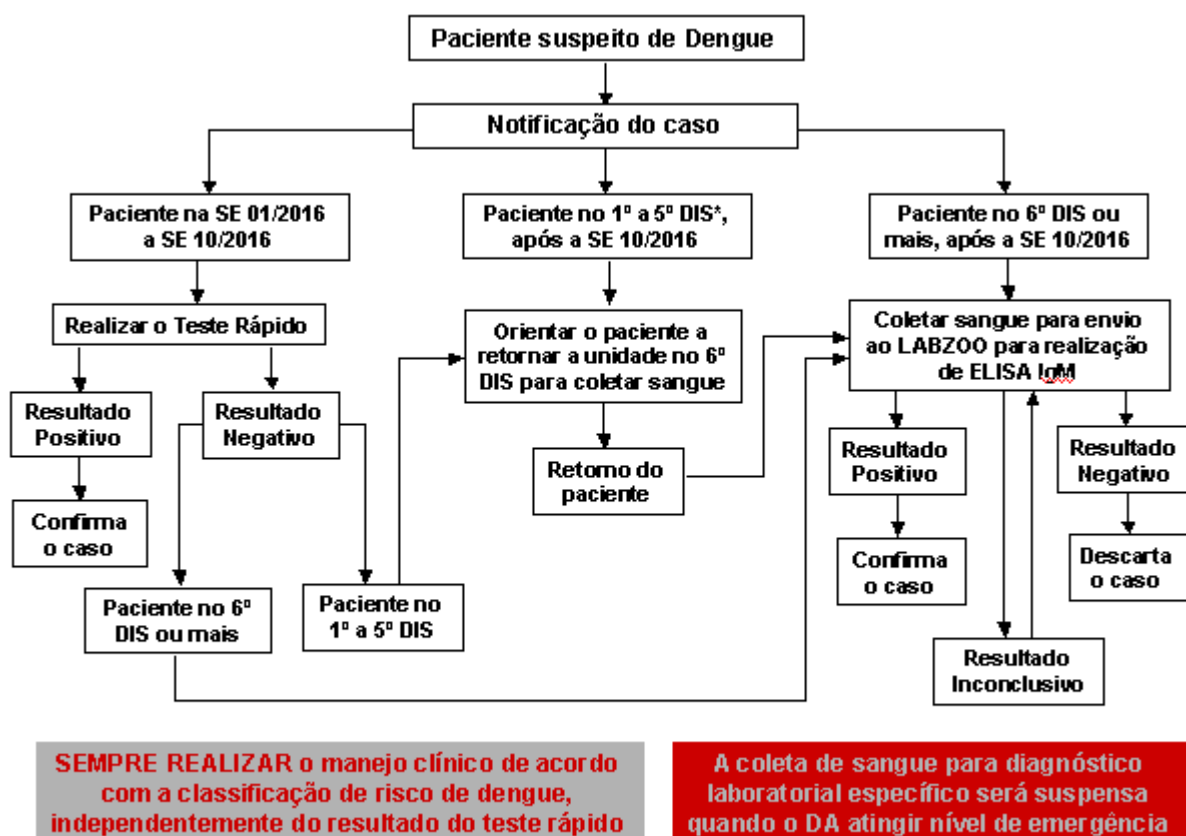
O exame **ELISA NS1** será realizado pelo LABZOO, em amostras coletadas do dia 0 até o 3º dia de início de sintomas, nas seguintes situações:

- **em unidades sentinelas** da SE 01 de 2016 a SE 52 de 2016: esta estratégia tem como objetivo identificar casos positivos pelo ELISA NS1 e encaminhá-los ao laboratório do IAL para identificação do(s) sorotipo(s) circulantes, por meio de isolamento viral. As unidades sentinelas terão cota de **10 amostras por semana (total de 40 por mês)**. A lista com as unidades encontra-se no **ANEXO 10**.
- para diagnóstico **de casos graves e óbitos**
- para todas as **gestantes com possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação**, isto é, toda grávida, em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas conhecidas. As **amostras** deverão ser **identificados** como de “**Gestante com suspeita de Zika**”.

Observação importante: nas unidades sentinelas, da SE 01 a 10/16, o **teste rápido deve ser realizado** mesmo nos pacientes que coletaram sangue para ELISA NS1.

O fluxograma para diagnóstico específico da Dengue no MSP para o ano de 2016 consta na Figura 4.

Figura 4. Fluxograma para Diagnóstico Laboratorial de Dengue, com Uso de Teste Rápido pela Rede Pública Municipal de Saúde até a SE 10/16, para uso da Vigilância Epidemiológica e Controle do Vetor, MSP, 2016



*DIS: Dia de início dos sintomas

Caso o teste rápido tenha apresentado resultado inconclusivo, deve-se proceder um novo teste rápido, seguindo a risca todos os procedimentos da bula.

1.7 Busca Ativa

A busca ativa de casos secundários, na área de transmissão, deve ser realizada imediatamente pelos Agentes de Saúde Ambiental/Combate a Endemias, através da **Ficha de Notificação Secundária** (NS). A NS deve ser entregue ao técnico da SUVIS responsável pela investigação. A SUVIS notificará a UBS de residência para proceder à visita domiciliar e preencher a ficha de investigação epidemiológica. A Unidade de Saúde mais próxima à residência do paciente deve realizar **visita domiciliar**, verificar o seu estado de saúde e possíveis sinais de alerta, orientar sobre a doença e prevenção. Todo paciente que apresentar

sinais de alerta ou alteração do estado geral deverá ser encaminhado imediatamente ao AMA de referência. Em regiões com cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF), a busca ativa será realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde.

1.8 Classificação Final

O perfil epidemiológico da dengue no MSP vem mudando ao longo dos anos. No início a transmissão era desencadeada pela entrada de casos importados. No entanto, com o passar dos anos a transmissão da doença passou a ocorrer independentemente da ocorrência de casos importados, havendo circulação contínua de vírus. Além disso, nos últimos 2 anos o percentual de casos importados passou a ser irrisório (3,2 % em 2014 e 1,2% em 2015), mesmo com a alta transmissão no ESP. Desde 2007, foi identificada a presença do *Aedes aegypti* nos 96 DA e em 2015, ocorreu transmissão autóctone em todos os DA. Considerando esta situação epidemiológica, **todos os casos confirmados de residentes no município serão classificados como autóctones do DA de residência**, independentemente dos deslocamentos realizados. A LPI deve ser preenchida igual ao DA de residência. **Devem ser investigados todos os locais que o paciente permaneceu durante o período de viremia para as ações pertinentes de controle de vetor.**

1.9 Sistema para Digitação das Fichas de Notificação

Dengue é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional. O Ministério da Saúde (MS) preconiza que deve ser notificada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Até 2013 a versão em uso era o SINANNET. A partir de 2014 a Dengue passou a ser notificada na versão web, chamada SINAN online (no jargão, “Dengue online”). A experiência com a instabilidade desse novo sistema trouxe grande transtorno quando houve aumento do número de notificações em 2014 no MSP.

O MS implementou melhorias no sistema, mas ainda assim, no final de 2014 e início de 2015 houve dificuldade substancial de digitação e acompanhamento da situação epidemiológica de transmissão de Dengue em tempo real no MSP e para o desencadeamento dos bloqueios de transmissão em tempo oportuno. Além disso, no nível central da COVISA, houve dificuldades na extração de dados para análise, chegando-se a ficar mais de uma semana sem conseguir exportar dados para realização da análise epidemiológica.

Em função da dificuldade de digitação oportuna no SINAN online, em um primeiro momento, foram criadas e implantadas a partir de 26/12/2014 planilhas numéricas contendo informações de casos notificados e confirmados, por distrito administrativos (DA) e CRS, para acompanhamento da situação epidemiológica. No entanto, este método apresentou uma série

de dificuldades geradas pela contagem manual de grande número de fichas de notificação, pela necessidade de cruzamento com banco de laboratório e encerramento de casos.

Desta forma, no intuito de garantir as ações de vigilância e controle em tempo oportuno foi desenvolvido, em caráter urgente na COVISA, um sistema de informação para notificação de casos de Dengue: o SISDEN. Para tanto, utilizou-se o pacote Epi Info 7, do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) que contava com o armazenamento dos dados em base única (SQL), online e hospedada em um servidor da Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do MSP (PRODAM) e que permitia a sua utilização simultânea por vários usuários registrados na rede PRODAM, características estas que já de início representavam grandes vantagens no uso sistema.

Definiu-se que seriam digitados no SISDEN, os dados de notificação e investigação de casos suspeitos de Dengue de residentes no MSP, com início de sintomas entre as semanas epidemiológicas (SE) 12 e 25. Os casos atendidos no MSP e residentes em outros municípios deveriam ser digitados no SINAN Online. Considera-se que **a decisão de implantar o SISDEN foi primordial** como alternativa ao Sistema SINAN Online. No entanto, em virtude do tempo despendido para desenvolvimento e instalação do Sistema e capacitação dos profissionais, **sua implantação na SE 12 foi tardia**, o que contribuiu para o retardo da entrada dos DA em emergência. No formato em que atualmente o SISDEN se apresenta, não é possível a migração dos dados dos casos notificados para o SINAN online.

No presente plano de 2015/2016, de forma a agilizar a digitação dos dados e para uma análise epidemiológica mais oportuna, o **Sistema SISDEN será utilizado** para notificação de casos e como fonte oficial de informação da **SE 01 de 2016 até a SE 26 de 2016**. Após a SE 26/2016 os casos passarão a ser digitados no SINAN online.

Todos os casos de pacientes residentes no MSP deverão ser digitados no SISDEN independentemente do local de atendimento. Os casos de residentes no MSP, mas atendidos em outros municípios devem ser digitados no SISDEN pela SUVIS de residência. Os casos de residentes de outros municípios atendidos no MSP devem ser digitados no Dengue Online e fluxo de retorno deve ser habilitado para que o município de residência tome ciência do caso. Neste caso, as SUVIS devem encaminhar as fichas escaneadas pelo e-mail: vatvz@prefeitura.sp.gov.br. Os casos graves e óbitos suspeitos também deverão ser digitados no Dengue Online e informados à GCCD pelo e-mail: vatvz@prefeitura.sp.gov.br. A SUVIS de residência é responsável pela limpeza de duplicidades.

1.10 Ações a serem Realizadas de acordo com os Níveis de Transmissão de Dengue para o Componente Vigilância Epidemiológica

As ações que devem ser realizadas de acordo com os níveis de transmissão de Dengue nos DA constam no Quadro 3.

Quadro 3. Ações que devem ser Realizadas para o Componente – **Vigilância Epidemiológica** de acordo com os Níveis de Transmissão de Dengue Atingidos nos DA e competência de atuação.

Ações que devem ser realizadas	Níveis de Transmissão			Competência
	Inicial	Alerta	Emergência	
Capacitar técnicos das SUVIS em vigilância epidemiológica, classificação de risco e manejo clínico.	X	X		COVISA (GCCD) e CRS
Capacitar profissionais da Assistência em vigilância epidemiológica e classificação de risco e manejo clínico.	X	X		CRS, STS e SUVIS
Capacitar profissionais da Assistência para realização do Teste Rápido	X	X		CRS, STS e SUVIS
Definir materiais necessários para ações de vigilância epidemiológica e elaborar as grades de distribuição dos mesmos	X	X	X	COVISA (GCCD e GCA)
Estabelecer fluxos de notificação com as unidades públicas e privadas da sua área de abrangência.	X	X	X	STS ,SUVIS
Garantir a completude e consistência das fichas de notificação	X	X		Serviços de saúde e SUVIS
Garantir fluxos adequados e rotas para envio das amostras e retorno dos resultados	X	X		CRS, STS e SUVIS
Garantir a realização do Teste Rápido, durante o período compreendido entre SE 01 a SE 10 de 2016 para todos os casos suspeitos de Dengue.	X	X		Serviços de saúde da Rede Pública, SUVIS, STS, CRS e COVISA
Garantir a coleta de sangue para NS1 até o 3º dia de início dos sintomas para as unidades sentinela, com um máximo de 10 amostras por unidade sentinela por SE.	x	x	x	Unidades sentinela, SUVIS, STS, CRS e COVISA (GCCD)
Garantir a coleta de sangue para NS1 até o 3º dia de início dos sintomas para todas as gestantes com possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação.	x	x	x	SUVIS, STS, CRS e COVISA (GCCD)
Identificar amostras NS1 positivo de regiões prioritárias para identificação de sorotipo	X	X		COVISA (GCCD)
Encaminhar mensalmente ao IAL, amostragem de soros positivos para NS1.	X	X		COVISA (GCCZ/ LABZOO)
Garantir a coleta de sangue para Elisa IgM a partir do 6º dia em pacientes que tiveram o resultado do Teste Rápido negativo entre a SE 01 a SE 10 de 2016 e o encaminhamento ao LABZOO.	X	X		Serviços de Saúde da Rede Pública, SUVIS, STS, CRS

Garantir a coleta de sangue para Elisa IgM a partir do 6º dia em todos os pacientes que não realizaram teste rápido entre a SE 01 a SE 10 de 2016, caso o DA não tenha entrado em emergência neste período e o encaminhamento ao LABZOO	X	X		Serviços de saúde da Rede Pública, SUVIS, STS, CRS
Garantir a coleta de sangue para Elisa IgM a partir do 6º dia em todos os pacientes a partir da SE 11, caso o DA não tenha entrado em emergência e o encaminhamento ao LABZOO	X	X		Serviços de saúde da Rede Pública, SUVIS, STS, CRS
Garantir a coleta de amostra de todos casos suspeitos de dengue grave e óbito, independentemente da data de início de sintomas e do DA estar em emergência, e o encaminhamento ao LABZOO.	X	X	X	Serviços de saúde e SUVIS, STS, CRS
Garantir que todos casos confirmados sejam encerrados como autóctones do DA residência	X	X	X	SUVIS e CRS
Realizar as técnicas diagnósticas de Dengue (Elisa IgM ou Elisa NS1) nas amostras enviadas ao LABZOO	X	X		COVISA (LABZOO GCCZ/)
Digitar em no máximo 7 dias todos os casos residentes no MSP no sistema de notificação vigente	X	X	X	SUVIS de Notificação
Digitar em no máximo 24 horas todos os casos residentes no MSP, mas não na SUVIS de notificação, no sistema de notificação vigente. Se não for possível, comunicar a SUVIS de residência, no mesmo prazo, por outra via.	X	X	X	SUVIS de Notificação
Digitar em no máximo 24 horas todos os casos residentes em outro município no SINAN online. Caso haja problemas no Sistema, as SUVIS deverão encaminhar as fichas escaneadas pelo e-mail: vatz@prefeitura.sp.gov.br .	X	X	X	SUVIS de Notificação
Da SE 01/16 a SE 26/16, os casos suspeitos de residentes no MSP devem ser digitados no SISDEN. Da SE 27/16 a SE 52/16, os casos devem ser digitados no SINAN Online.	X	X	X	SUVIS de Notificação
Da SE 01/16 a SE 26/16, os casos graves e óbitos suspeitos devem ser digitados no SINAN online e no SISDEN e informados à GCCD pelo e-mail: vatz@prefeitura.sp.gov.br . Da SE 27/16 a SE 52/16, os casos graves e óbitos devem ser digitados apenas no SINAN Online e informados à GCCD pelo e-mail: vatz@prefeitura.sp.gov.br .	X	X	X	SUVIS de Notificação
Receber e digitar as fichas de notificação de dengue das unidades de saúde e encaminhar os números do SINAN para a SUVIS de residência, de forma a facilitar a consulta.	X	X	X	SUVIS de Notificação
Receber e digitar as fichas de notificação de dengue nos plantões de finais de semana e feriados.	X	X	X	CIEVS
Acompanhar o banco do SINAN online e do SISDEN diariamente para verificar a entrada de notificações da sua área de abrangência.	X	X	X	SUVIS de residência
Repassar as notificações para UBS da sua área de abrangência para que estas realizem a visita domiciliar.	X	X		SUVIS de residência
Completar a ficha de notificação com as informações da investigação.	X	X		SUVIS de Residência

Notificar imediatamente os casos suspeitos para a equipe de controle do vetor.	X	X	X	SUVIS de LPI
Realizar busca ativa a partir da notificação de casos suspeitos.	X	X		SUVIS de LPI e UBS
Da SE 01/16 a SE 10/16, acompanhar diariamente os resultados do Teste Rápido nas fichas de notificação recebidas.	X	X		SUVIS de notificação
Acompanhar diariamente os resultados laboratoriais específicos no Banco dos Laboratórios do LABZOO e IAL .	X	X		SUVIS de residência
Encerrar os casos por critério clínico laboratorial e com LPI igual ao DA de residência	X	X		SUVIS de residência
Encerrar oportunamente a investigação dos casos notificados (até 60 dias após a data de notificação).	X	X	X	SUVIS de residência
Comparar semanalmente o banco de notificação vigente com o banco de sorologia do LABZOO/CCZ para verificar se há casos que não foram notificados.	X	X		SUVIS de residência
Linkar mensalmente o banco de notificação vigente com o banco de sorologia do LABZOO/CCZ para verificar se há casos que não foram notificados.	X	X		NIVS
Monitorar continuamente a completude e consistência das fichas de notificação e o encerramento por critério laboratorial. (Pode-se utilizar a Ferramenta – VPI Dengue)	X	X		SUVIS de Residência
Avaliar a classificação final dos casos por meio da análise contínua da consistência dos dados clínicos laboratoriais	X	X	X	COVISA (GCCD) e SUVIS
Garantir a investigação epidemiológica, clínica e laboratorial dos casos graves e óbitos por dengue.	X	X	X	COVISA (GCCD), SUVIS e UBS
Estabelecer fluxo de uso e envio da Ficha de Investigação de casos graves e óbitos e demais informações pertinentes para GCCD	X	X	X	SUVIS de Notificação
Garantir envio de amostras (sangue e outros) dos casos suspeitos de dengue que evoluíram a óbito, ao IAL	X	X	X	COVISA (GCCD) e LABZOO
Monitorar a positividade do banco de sorologia do LABZOO.	X	X		COVISA (GCCD e GCA), CRS e SUVIS
Disponibilizar semanalmente relatórios de positividade dos exames específicos para dengue.	X	X		COVISA (LABZOO)
Declarar estado de emergência			X	COVISA (GCA e GCCD) e CRS (GCRA)
Dar o alerta para que as unidades de Saúde do DA em emergência preencham apenas a ficha de notificação de casos suspeitos. Não será necessário preencher a ficha de investigação.			X	COVISA (GCA E GCCD) CRS e SUVIS
Declarar a suspensão da realização de exames de Teste Rápido, NS1 Elisa e Elisa IgM, com exceção dos casos graves e óbitos e <u>gestantes com possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação</u> para as unidades de Saúde localizadas no DA em emergência			X	COVISA (GCCD e GCA), CRS E SUVIS
Encerrar os casos por critério clínico epidemiológico.			X	SUVIS de residência

Organizar Força Tarefa para digitação e encerramento dos casos no Sistema SISDEN, quando ultrapassada a capacidade operacional da SUVIS.		X	X	CRS e SUVIS de notificação
Analisar os dados para acompanhar a tendência dos casos no tempo e espaço segundo SE e DA.	Semanal	Semanal	Diário	COVISA (GCCD), CRS e SUVIS
Produzir e divulgar relatórios semanais de situação epidemiológica da dengue para Gabinete COVISA, GCA, GCCZ, CIEVS, CRS e GCRA.	X	X	X	COVISA (GCCD)
Monitorar notificações dos serviços de saúde e identificar unidades silenciosas	X	X	X	SUVIS/STS/CRS
Estimar as necessidades da assistência para enfrentamento de epidemias de dengue	x			Atenção Básica, Autarquia e Regulação, COVISA (GCCD e GCA)
Estimar e providenciar a produção dos anexos pertinentes ao manual de manejo clínico da dengue	X	X	X	COVISA (GCA)
Estimar e providenciar a produção de cartões de acompanhamento de dengue para 100% dos casos notificados	X	X	X	COVISA (GCA) e (GCCD)
Capacitar as unidades de saúde para utilização da Classificação de Risco da dengue, do cartão de acompanhamento e do Teste Rápido	X	X		CRS, STS e SUVIS
Notificar todos os casos suspeitos em 24 horas na Ficha de notificação e de investigação do SINAN de Dengue	X	X		Toda rede de atendimento
Anotar o resultado do Teste rápido na Ficha de notificação				Serviços de Saúde da Rede Pública
Garantir a completude e consistência das fichas de notificação e investigação	X	X		Toda rede de atendimento e SUVIS
Notificar todos os casos de dengue apenas pela Ficha de Notificação. Não preencher a ficha de investigação			X	Toda rede de Atendimento do DA em emergência
Utilizar a Classificação de Risco de Dengue e fornecer e preencher o cartão de acompanhamento da Dengue de 100% dos pacientes	X	X	X	Toda rede de atendimento
Pactuar unidades de referência para encaminhamento de casos graves em cada CRS, conforme a classificação de risco da Dengue	X	X	X	Atenção Básica, Autarquia e Regulação e CRS
Seguir o Fluxograma para Diagnóstico Específico de Dengue, com uso de Teste rápido até a SE 10/16 para Vigilância Epidemiológica e Controle do Vektor, na Rede Pública Municipal de Saúde. MSP, 2016, apresentado no Componente Vigilância Epidemiológica, Figura 4, página 32	X	X	X	Serviços de Saúde da Rede Pública
Suspender a realização de coleta de exames para diagnóstico específico de Dengue (Teste Rápido, NS1 Elisa e Elisa IgM), com exceção dos casos graves e óbitos e <u>gestantes com possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação</u> quando o DA atingir o nível de emergência			X	Toda rede de atendimento do DA em emergência
Coletar sangue para NS1 até o 3º dia de início dos sintomas, com um máximo com um máximo de 10 amostras por unidade sentinela por SE e enviar ao LABZOO	x	x	x	Unidades Sentinela

Coletar amostra de todos casos suspeitos de dengue grave e óbitos, independentemente da data de início de sintomas e do DA estar em emergência e o encaminhamento ao LABZOO.	X	X	X	Toda rede de atendimento de saúde
Coletar sangue para NS1, até o 3º dia de início de sintomas, para todas as gestantes com possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação , isto é, toda grávida, em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas conhecidas. As amostras deverão ser identificados como de “ Gestante com suspeita de Zika ”.	X	X	X	Toda rede de atendimento de saúde
Garantir a hidratação oral de todos os pacientes suspeitos de dengue	X	X	X	SMS/CRS
Realizar Prova do Laço de todos os casos suspeitos, sem petéquias ou evidências de sangramento	X	X	X	Toda rede de atendimento
Realizar hemogramas em todos casos suspeitos dos Grupos B, C e D e sempre que necessário do grupo A.	X	X	X	Toda rede de atendimento
Garantir insumos (sais de hidratação, soro fisiológico, paracetamol, dipirona, etc)	X	X	X	SMS/CRS
Garantir cadeiras de hidratação, leitos de observação e de UTI.	X	X	X	SMS/CRS
Ampliar o atendimento (ampliação do horário de funcionamento, Unidades de referência com funcionamento 24 horas, tendas ou polos dengue).			X	SMS/CRS
Acompanhar adequadamente todos os casos de dengue.	X	X	X	Toda rede de atendimento
Acompanhar e tratar adequadamente os casos graves de dengue visando a queda de letalidade	X	X	X	Toda rede de atendimento
Garantir RX Tórax, Ultrassom e/ou Albumina para pacientes suspeitos graves.	X	X	X	SMS/CRS
Realizar Sala de Situação*	Mensal	Quinzenal	Semanal	SMS e COVISA (Gabinete)
Avaliar as ações realizadas em Força Tarefa de Vigilância Epidemiológica		X	X	COVISA (GCA e GCCD), CRS (GCRA)
Acompanhar e avaliar indicadores epidemiológicos	X	X	X	COVISA (GCA, GCCD)
Propiciar elementos técnicos para campanhas de Comunicação e Mobilização	X	X	X	COVISA (GCA, GCCD e GCCZ)
Responder as demandas de Assessoria de imprensa da COVISA e SMS	X	X	X	COVISA (GCA)
Atuar de forma conjunta com o GCA em todas as situações que envolverem articulações com comitê e demais integrantes da sala de situação			X	CIEVS
Participar, quando necessário, dos Comitês Regionais de Combate a Dengue	X	X	X	COVISA (GCA)
Representar o Programa Municipal de Vigilância e Controle da Dengue	X	X	X	COVISA (GCA)
Acompanhar os processos de aquisição de insumos necessários para execução das ações do Programa de Vigilância e Controle da Dengue	X	X	X	COVISA (GCA e GCCZ)

Promover em conjunto com o Estado reuniões com as SUVIS de divisas intermunicipais e os municípios da Grande São Paulo	X	X		COVISA (GCA)
Divulgar os dados pertinentes e solicitados pelo Estado de São Paulo e Ministério da Saúde	X	X	X	COVISA (GCA)
Participar de reuniões técnicas com o Estado de São Paulo e Ministério da Saúde**	X	X	X	COVISA (GCA)
Participar das reuniões do Cômite Estadual de Prevenção da Dengue**	X	X	X	COVISA (GCA)
Participar de sala de situação de Dengue Estadual**	X	X	X	COVISA (GCA, GCCD e GCZ) e CRS

* ou sempre que necessário

** sempre que solicitado

1.11 Parâmetros de Referência das Necessidades de Leitos e Insumos para Assistência ao Paciente com Dengue

Na **Portaria nº 2557, de 28 de outubro de 2011** são apresentados os parâmetros de referência das necessidades de leitos e insumos para assistência ao paciente com dengue.

O número estimado de **casos notificados de dengue** por CRS foi calculado para cinco situações de transmissão: incidência de 700.000 casos/100.000 habitantes, incidência em 1% da população, incidência em 2% da população, incidência em 3% da população e incidência em 4% da população (Tabela 20).

Tabela 20. Número estimado de casos notificados de dengue segundo incidência e CRS.

CRS	População	Incidência 700/100000	1% da população	2% da população	3% da população	4% da população
Centro	448565	3140	4486	8971	13457	17943
Oeste	1055106	7386	10551	21102	31653	42204
Sudeste	2686027	18802	26860	53721	80581	107441
Norte	2265504	15859	22655	45310	67965	90620
Leste	2441615	17091	24416	48832	73248	97665
Sul	2684981	18795	26850	53700	80549	107399
MSP	11581798	81073	115818	231636	347454	463272

A partir destas estimativas foram calculadas as previsões da necessidade de leitos, medicamentos, exames/insumos para acompanhamento ambulatorial e de pacientes em observação, para os meses de maior transmissão (fevereiro a maio). O percentual de casos/mês corresponde ao percentual médio de casos notificados por mês de primeiros sintomas nos anos de 2014 e 2015, ano de maior transmissão no MSP (Fonte Dengue Online. Dados de 05.11.2014).

a) Previsão da Necessidade de Leitos

a.1) Previsão da Necessidade de Leitos de Observação

Para este cálculo foi utilizada a seguinte equação: **7% dos casos de dengue estimados por mês/7 (são previstas 7 internações/leito/mês)**. As previsões por CRS constam na Tabela 21.

Tabela 21. Previsão da necessidade de leitos de observação por CRS, segundo a incidência e estimativa de casos/mês.

CRS	Mês	% de casos / mês	Incidência de 700 casos/ 100000 habitantes		Incidência em 1% da população		Incidência em 2% da população		Incidência em 3% da população		Incidência em 4% da população	
			Estimativa casos/mês	Nº de leitos observação	Estimativa casos/mês	Nº de leitos observação	Estimativa casos/mês	Nº de leitos observação	Estimativa casos/mês	Nº de leitos observação	Estimativa casos/mês	Nº de leitos observação
Centro	fevereiro	6.7	210	2	300	3	599	6	899	9	1198	12
	março	26.8	841	8	1201	12	2402	24	3603	36	4805	48
	abril	39.8	1250	12	1785	18	3571	36	5356	54	7142	71
	maio	18.5	581	6	830	8	1660	17	2491	25	3321	33
Oeste	fevereiro	6.7	493	5	705	7	1409	14	2114	21	2819	28
	março	26.8	1978	20	2825	28	5651	57	8476	85	11301	113
	abril	39.8	2940	29	4200	42	8399	84	12599	126	16798	168
	maio	18.5	1367	14	1953	20	3906	39	5859	59	7812	78
Sudeste	fevereiro	6.7	1256	13	1794	18	3588	36	5382	54	7176	72
	março	26.8	5035	50	7193	72	14385	144	21578	216	28770	288
	abril	39.8	7484	75	10691	107	21382	214	32073	321	42764	428
	maio	18.5	3480	35	4972	50	9943	99	14915	149	19886	199
Norte	fevereiro	6.7	1059	11	1513	15	3026	30	4540	45	6053	61
	março	26.8	4247	42	6067	61	12133	121	18200	182	24266	243
	abril	39.8	6312	63	9017	90	18034	180	27052	271	36069	361
	maio	18.5	2935	29	4193	42	8386	84	12580	126	16773	168
Leste	fevereiro	6.7	1142	11	1631	16	3262	33	4892	49	6523	65
	março	26.8	4577	46	6538	65	13076	131	19614	196	26152	262
	abril	39.8	6803	68	9718	97	19436	194	29154	292	38873	389
	maio	18.5	3163	32	4519	45	9038	90	13557	136	18077	181
Sul	fevereiro	6.7	1255	13	1793	18	3587	36	5380	54	7174	72
	março	26.8	5033	50	7190	72	14380	144	21569	216	28759	288
	abril	39.8	7481	75	10687	107	21374	214	32060	321	42747	427
	maio	18.5	3479	35	4970	50	9939	99	14909	149	19878	199

a.2) Previsão da Necessidade de Leitos de UTI:

Para este cálculo foi utilizada a seguinte equação: **10% do número de leitos de observação**. As previsões por CRS constam na Tabela 22.

Tabela 22. Previsão da necessidade de leitos de UTI por CRS, segundo a incidência e estimativa de casos/mês.

CRS	Mês	% de casos/mês	Incidência de 700 casos/100000 habitantes		Incidência em 1% da população		Incidência em 2% da população		Incidência em 3% da população		Incidência em 4% da população	
			Estimativa casos/mês	Nº de leitos UTI	Estimativa casos/mês	Nº de leitos UTI	Estimativa casos/mês	Nº de leitos UTI	Estimativa casos/mês	Nº de leitos UTI	Estimativa casos/mês	Nº de leitos UTI
Centro	fevereiro	6.7	210	0	300	0	599	1	899	1	1198	1
	março	26.8	841	1	1201	1	2402	2	3603	4	4805	5
	abril	39.8	1250	1	1785	2	3571	4	5356	5	7142	7
	maio	18.5	581	1	830	1	1660	2	2491	2	3321	3
Oeste	fevereiro	6.7	493	0	705	1	1409	1	2114	2	2819	3
	março	26.8	1978	2	2825	3	5651	6	8476	8	11301	11
	abril	39.8	2940	3	4200	4	8399	8	12599	13	16798	17
	maio	18.5	1367	1	1953	2	3906	4	5859	6	7812	8
Sudeste	fevereiro	6.7	1256	1	1794	2	3588	4	5382	5	7176	7
	março	26.8	5035	5	7193	7	14385	14	21578	22	28770	29
	abril	39.8	7484	7	10691	11	21382	21	32073	32	42764	43
	maio	18.5	3480	3	4972	5	9943	10	14915	15	19886	20
Norte	fevereiro	6.7	1059	1	1513	2	3026	3	4540	5	6053	6
	março	26.8	4247	4	6067	6	12133	12	18200	18	24266	24
	abril	39.8	6312	6	9017	9	18034	18	27052	27	36069	36
	maio	18.5	2935	3	4193	4	8386	8	12580	13	16773	17
Leste	fevereiro	6.7	1142	1	1631	2	3262	3	4892	5	6523	7
	março	26.8	4577	5	6538	7	13076	13	19614	20	26152	26
	abril	39.8	6803	7	9718	10	19436	19	29154	29	38873	39
	maio	18.5	3163	3	4519	5	9038	9	13557	14	18077	18
Sul	fevereiro	6.7	1255	1	1793	2	3587	4	5380	5	7174	7
	março	26.8	5033	5	7190	7	14380	14	21569	22	28759	29
	abril	39.8	7481	7	10687	11	21374	21	32060	32	42747	43
	maio	18.5	3479	3	4970	5	9939	10	14909	15	19878	20

b) Previsão da Necessidade de Exames e Insumos para Acompanhamento Ambulatorial e Pacientes em Observação

b.1) Hemograma

Segundo as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue considera-se **Grupo Especial** todo o paciente com suspeita de dengue que se enquadre nas seguintes situações: crianças menores de 15 anos, gestantes, adultos maiores de 60 anos e pacientes com comorbidade. Para o **Grupo Especial** é mandatória a realização do hemograma completo com contagem de plaquetas, mesmos sem sangramentos e sinais de alarme. Para os demais pacientes, a realização do exame é **recomendável**.

Para previsão do número **recomendável** de hemogramas foi utilizada a seguinte equação: **número de casos de dengue estimados no mês x 2**. As previsões por CRS constam na Tabela 23.

Tabela 23. Previsão da necessidade de hemogramas por CRS, segundo a incidência e estimativa de casos/mês.

CRS	Mês	% de casos/mês	Incidência de 700 casos / 100000 habitantes		Incidência em 1% da população		Incidência em 2% da população		Incidência em 3% da população		Incidência em 4% da população	
			Estimativa casos/mês	Nº de hemogramas	Estimativa casos/mês	Nº de hemogramas	Estimativa casos/mês	Nº de hemogramas	Estimativa casos/mês	Nº de hemogramas	Estimativa casos/mês	Nº de hemogramas
Centro	Fevereiro	6.68	210	419	300	599	599	1198	899	1798	1198	2397
	Março	26.78	841	1682	1201	2402	2402	4805	3603	7207	4805	9609
	Abril	39.80	1250	2500	1785	3571	3571	7142	5356	10712	7142	14283
	Maiο	18.51	581	1162	830	1660	1660	3321	2491	4981	3321	6642
Oeste	Fevereiro	6.68	493	987	705	1409	1409	2819	2114	4228	2819	5638
	Março	26.78	1978	3955	2825	5651	5651	11301	8476	16952	11301	22603
	Abril	39.80	2940	5879	4200	8399	8399	16798	12599	25197	16798	33596
	Maiο	18.51	1367	2734	1953	3906	3906	7812	5859	11717	7812	15623
Sudeste	Fevereiro	6.68	1256	2512	1794	3588	3588	7176	5382	10764	7176	14353
	Março	26.78	5035	10070	7193	14385	14385	28770	21578	43156	28770	57541
	Abril	39.80	7484	14967	10691	21382	21382	42764	32073	64146	42764	85528
	Maiο	18.51	3480	6960	4972	9943	9943	19886	14915	29829	19886	39772
Norte	Fevereiro	6.68	1059	2118	1513	3026	3026	6053	4540	9079	6053	12106
	Março	26.78	4247	8493	6067	12133	12133	24266	18200	36399	24266	48532
	Abril	39.80	6312	12624	9017	18034	18034	36069	27052	54103	36069	72137
	Maiο	18.51	2935	5870	4193	8386	8386	16773	12580	25159	16773	33545
Leste	Fevereiro	6.68	1142	2283	1631	3262	3262	6523	4892	9785	6523	13047
	Março	26.78	4577	9153	6538	13076	13076	26152	19614	39229	26152	52305
	Abril	39.80	6803	13605	9718	19436	19436	38873	29154	58309	38873	77745
	Maiο	18.51	3163	6327	4519	9038	9038	18077	13557	27115	18077	36153
Sul	Fevereiro	6.68	1255	2511	1793	3587	3587	7174	5380	10760	7174	14347
	Março	26.78	5033	10066	7190	14380	14380	28759	21569	43139	28759	57518
	Abril	39.80	7481	14961	10687	21374	21374	42747	32060	64121	42747	85494
	Maiο	18.51	3479	6957	4970	9939	9939	19878	14909	29817	19878	39757
Total			74399	148797	106284	212568	212568	425135	318851	637703	425135	850270

b.2) Sais de Reidratação Oral

Para previsão do número de sachês de sais para reidratação oral foi utilizada a seguinte equação: **nº de casos de dengue estimados no mês x 2 x 3 (2 sachês por dia para 3 dias de hidratação)**. As previsões por CRS constam na Tabela 24.

Tabela 24. Previsão da necessidade de sachês de sais para reidratação oral por CRS, segundo a incidência e estimativa de casos/mês.

CRS	Mês	% de casos /mês	Incidência de 700 casos/ 100000 habitantes		Incidência em 1% da população		Incidência em 2% da população		Incidência em 3% da população		Incidência em 4% da população	
			Estimativa casos/mês	Nº de sachês de sais de reidratação oral	Estimativa casos/mês	Nº de sachês de sais de reidratação oral	Estimativa casos/mês	Nº de sachês de sais de reidratação oral	Estimativa casos/mês	Nº de sachês de sais de reidratação oral	Estimativa casos/mês	Nº de sachês de sais de reidratação oral
Centro	fevereiro	6.68	210	1258	300	1798	599	3595	899	5393	1198	7191
	março	26.78	841	5045	1201	7207	2402	14414	3603	21621	4805	28828
	Abril	39.80	1250	7499	1785	10712	3571	21425	5356	32137	7142	42849
	Maio	18.51	581	3487	830	4981	1660	9963	2491	14944	3321	19926
Oeste	fevereiro	6.68	493	2960	705	4228	1409	8457	2114	12685	2819	16914
	março	26.78	1978	11866	2825	16952	5651	33904	8476	50856	11301	67808
	Abril	39.80	2940	17638	4200	25197	8399	50394	12599	75592	16798	100789
	Maio	18.51	1367	8202	1953	11717	3906	23435	5859	35152	7812	46869
Sudeste	fevereiro	6.68	1256	7535	1794	10764	3588	21529	5382	32293	7176	43058
	março	26.78	5035	30209	7193	43156	14385	86311	21578	129467	28770	172622
	Abril	39.80	7484	44902	10691	64146	21382	128291	32073	192437	42764	256583
	Maio	18.51	3480	20880	4972	29829	9943	59658	14915	89487	19886	119316
Norte	fevereiro	6.68	1059	6355	1513	9079	3026	18158	4540	27238	6053	36317
	março	26.78	4247	25479	6067	36399	12133	72798	18200	109197	24266	145596
	Abril	39.80	6312	37872	9017	54103	18034	108206	27052	162309	36069	216412
	Maio	18.51	2935	17611	4193	25159	8386	50318	12580	75477	16773	100636
Leste	fevereiro	6.68	1142	6849	1631	9785	3262	19570	4892	29355	6523	39140
	março	26.78	4577	27460	6538	39229	13076	78457	19614	117686	26152	156915
	Abril	39.80	6803	40816	9718	58309	19436	116618	29154	174926	38873	233235
	Maio	18.51	3163	18980	4519	27115	9038	54230	13557	81345	18077	108459
Sul	fevereiro	6.68	1255	7532	1793	10760	3587	21521	5380	32281	7174	43041
	março	26.78	5033	30197	7190	43139	14380	86277	21569	129416	28759	172555
	Abril	39.80	7481	44884	10687	64121	21374	128241	32060	192362	42747	256483
	Maio	18.51	3479	20872	4970	29817	9939	59635	14909	89452	19878	119270
Total			74399	446392	106284	637703	212568	1275406	318851	1913108	425135	2550811

b.3) Soro Fisiológico 0,9%

Para previsão do número de frascos de soro fisiológico 0,9% foi utilizada a seguinte equação: **15% de casos de dengue estimados no mês x 8 frascos de 500 ml**. As previsões por CRS constam na Tabela 25.

Tabela 25. Previsão da necessidade de frascos de soro fisiológico (500ml) por CRS, segundo a incidência e estimativa de casos/mês.

CRS	Mês	% de casos /mês	Incidência de 700 casos/100000 habitantes		Incidência em 1% da população		Incidência em 2% da população		Incidência em 3% da população		Incidência em 4% da população	
			Estimativa casos/mês	Nº de frascos de soro fisiológico	Estimativa casos/mês	Nº de frascos de soro fisiológico	Estimativa casos/mês	Nº de frascos de soro fisiológico	Estimativa casos/mês	Nº de frascos de soro fisiológico	Estimativa casos/mês	Nº de frascos de soro fisiológico
Centro	fevereiro	6.68	210	252	300	360	599	719	899	1079	1198	1438
	março	26.78	841	1009	1201	1441	2402	2883	3603	4324	4805	5766
	abril	39.80	1250	1500	1785	2142	3571	4285	5356	6427	7142	8570
	maio	18.51	581	697	830	996	1660	1993	2491	2989	3321	3985
Oeste	fevereiro	6.68	493	592	705	846	1409	1691	2114	2537	2819	3383
	março	26.78	1978	2373	2825	3390	5651	6781	8476	10171	11301	13562
	abril	39.80	2940	3528	4200	5039	8399	10079	12599	15118	16798	20158
	maio	18.51	1367	1640	1953	2343	3906	4687	5859	7030	7812	9374
Sudeste	fevereiro	6.68	1256	1507	1794	2153	3588	4306	5382	6459	7176	8612
	março	26.78	5035	6042	7193	8631	14385	17262	21578	25893	28770	34524
	abril	39.80	7484	8980	10691	12829	21382	25658	32073	38487	42764	51317
	maio	18.51	3480	4176	4972	5966	9943	11932	14915	17897	19886	23863
Norte	fevereiro	6.68	1059	1271	1513	1816	3026	3632	4540	5448	6053	7263
	março	26.78	4247	5096	6067	7280	12133	14560	18200	21839	24266	29119
	abril	39.80	6312	7574	9017	10821	18034	21641	27052	32462	36069	43282
	maio	18.51	2935	3522	4193	5032	8386	10064	12580	15095	16773	20127
Leste	fevereiro	6.68	1142	1370	1631	1957	3262	3914	4892	5871	6523	7828
	março	26.78	4577	5492	6538	7846	13076	15691	19614	23537	26152	31383
	abril	39.80	6803	8163	9718	11662	19436	23324	29154	34985	38873	46647
	maio	18.51	3163	3796	4519	5423	9038	10846	13557	16269	18077	21692
Sul	fevereiro	6.68	1255	1506	1793	2152	3587	4304	5380	6456	7174	8608
	março	26.78	5033	6039	7190	8628	14380	17255	21569	25883	28759	34511
	abril	39.80	7481	8977	10687	12824	21374	25648	32060	38472	42747	51297
	maio	18.51	3479	4174	4970	5963	9939	11927	14909	17890	19878	23854
Total			74399	89278	106284	127541	212568	255081	318851	382622	425135	510162

b.4) Cadeiras de Hidratação:

Para previsão do número de cadeiras de hidratação foi utilizada a seguinte equação: **15 % dos casos estimados de dengue por dia** (deverá ser considerada para o planejamento a média diária de casos no pico de atendimento). As previsões por CRS constam na Tabela 26.

Tabela 26. Previsão da necessidade de cadeiras de hidratação por CRS, segundo a incidência e estimativa de casos/dia no mês de abril*.

CRS	Incidência de 700 casos/100.000 habitantes			Incidência em 1% da população			Incidência em 2% da população			Incidência em 3% da população			Incidência em 4% da população		
	Estimativa casos/abr	Estimativa casos/dia	Nº de cadeiras	Estimativa casos/abr	Estimativa casos/dia	Nº de cadeiras	Estimativa casos/abr	Estimativa casos/dia	Nº de cadeiras	Estimativa casos/abr	Estimativa casos/dia	Nº de cadeiras	Estimativa casos/abr	Estimativa casos/dia	Nº de cadeiras
Centro	1250	42	6	1785	60	9	3571	119	18	5356	179	27	7142	238	36
Oeste	2940	98	15	4200	140	21	8399	280	42	12599	420	63	16798	560	84
Sudeste	7484	249	37	10691	356	53	21382	713	107	32073	1069	160	42764	1425	214
Norte	6312	210	32	9017	301	45	18034	601	90	27052	902	135	36069	1202	180
Leste	6803	227	34	9718	324	49	19436	648	97	29154	972	146	38873	1296	194
Sul	7481	249	37	10687	356	53	21374	712	107	32060	1069	160	42747	1527	229
Total	32269	1076	161	46098	1537	230	92196	3073	461	138294	4610	691	184392	6248	937

*O mês de abril é considerado o mês de pico de notificação de dengue

b.5) Cartões de Acompanhamento

Para previsão do número de cartões de acompanhamento de dengue foi utilizada a seguinte equação: **número de casos de dengue estimados no mês**. As previsões por CRS constam na Tabela 27.

Tabela 27. Previsão da necessidade de cartões de acompanhamento por CRS, segundo a incidência e estimativa de casos/mês.

CRS	Mês	% de casos/mês	Incidência de 700 casos/100000 habitantes		Incidência em 1% da população		Incidência em 2% da população		Incidência em 3% da população		Incidência em 4% da população	
			Estimativa casos/mês	Nº de cartões	Estimativa casos/mês	Nº de cartões	Estimativa casos/mês	Nº de cartões	Estimativa casos/mês	Nº de cartões	Estimativa casos/mês	Nº de cartões
Centro	fevereiro	6.68	210	210	300	300	599	599	899	899	1198	1198
	Março	26.78	841	841	1201	1201	2402	2402	3603	3603	4805	4805
	Abril	39.80	1250	1250	1785	1785	3571	3571	5356	5356	7142	7142
	Maio	18.51	581	581	830	830	1660	1660	2491	2491	3321	3321
Oeste	fevereiro	6.68	493	493	705	705	1409	1409	2114	2114	2819	2819
	Março	26.78	1978	1978	2825	2825	5651	5651	8476	8476	11301	11301
	Abril	39.80	2940	2940	4200	4200	8399	8399	12599	12599	16798	16798
	Maio	18.51	1367	1367	1953	1953	3906	3906	5859	5859	7812	7812
Sudeste	fevereiro	6.68	1256	1256	1794	1794	3588	3588	5382	5382	7176	7176
	Março	26.78	5035	5035	7193	7193	14385	14385	21578	21578	28770	28770
	Abril	39.80	7484	7484	10691	10691	21382	21382	32073	32073	42764	42764
	Maio	18.51	3480	3480	4972	4972	9943	9943	14915	14915	19886	19886
Norte	fevereiro	6.68	1059	1059	1513	1513	3026	3026	4540	4540	6053	6053
	Março	26.78	4247	4247	6067	6067	12133	12133	18200	18200	24266	24266
	Abril	39.80	6312	6312	9017	9017	18034	18034	27052	27052	36069	36069
	Maio	18.51	2935	2935	4193	4193	8386	8386	12580	12580	16773	16773
Leste	fevereiro	6.68	1142	1142	1631	1631	3262	3262	4892	4892	6523	6523
	Março	26.78	4577	4577	6538	6538	13076	13076	19614	19614	26152	26152
	Abril	39.80	6803	6803	9718	9718	19436	19436	29154	29154	38873	38873
	Maio	18.51	3163	3163	4519	4519	9038	9038	13557	13557	18077	18077
Sul	fevereiro	6.68	1255	1255	1793	1793	3587	3587	5380	5380	7174	7174
	Março	26.78	5033	5033	7190	7190	14380	14380	21569	21569	28759	28759
	Abril	39.80	7481	7481	10687	10687	21374	21374	32060	32060	42747	42747
	Maio	18.51	3479	3479	4970	4970	9939	9939	14909	14909	19878	19878
Total			74399	74399	106284	106284	212568	212568	318851	318851	425135	425135

b.6) Medicamentos: Dipirona/Paracetamol

Para previsão da quantidade de medicamentos (dipirona/paracetamol) foi utilizada a seguinte equação: **número de casos previstos no mês x 3g (dose diária) x 3 dias (período febril)**. As previsões por CRS constam na Tabela 28.

ATENÇÃO
A dose acima referida foi utilizada apenas para estimativa de estoque de medicamentos

Tabela 28. Previsão da necessidade de dipirona/paracetamol (gramas) por CRS, segundo a incidência e estimativa de casos/mês.

CRS	Mês	% de casos /mês	Incidência de 700 casos/ 100000 habitantes		Incidência em 1% da população		Incidência em 2% da população		Incidência em 3% da população		Incidência em 4% da população	
			Estimativa casos/mês	Dipirona/ paracetamol (gramas)	Estimativa casos/mês	Dipirona/ paracetamol (gramas)	Estimativa casos/mês	Dipirona/ paracetamol (gramas)	Estimativa casos/mês	Dipirona/ paracetamol (gramas)	Estimativa casos/mês	Dipirona/ paracetamol (gramas)
Centro	fevereiro	6.68	210	1888	300	2696	599	5393	899	8089	1198	10786
	Março	26.78	841	7567	1201	10810	2402	21621	3603	32431	4805	43242
	Abril	39.80	1250	11248	1785	16068	3571	32137	5356	48205	7142	64274
	Maio	18.51	581	5231	830	7472	1660	14944	2491	22417	3321	29889
Oeste	fevereiro	6.68	493	4440	705	6343	1409	12685	2114	19028	2819	25371
	Março	26.78	1978	17800	2825	25428	5651	50856	8476	76284	11301	101712
	Abril	39.80	2940	26457	4200	37796	8399	75592	12599	113388	16798	151183
	Maio	18.51	1367	12303	1953	17576	3906	35152	5859	52728	7812	70304
Sudeste	fevereiro	6.68	1256	11303	1794	16147	3588	32293	5382	48440	7176	64587
	Março	26.78	5035	45313	7193	64733	14385	129467	21578	194200	28770	258933
	Abril	39.80	7484	67353	10691	96218	21382	192437	32073	288655	42764	384874
	Maio	18.51	3480	31321	4972	44744	9943	89487	14915	134231	19886	178975
Norte	fevereiro	6.68	1059	9533	1513	13619	3026	27238	4540	40856	6053	54475
	Março	26.78	4247	38219	6067	54599	12133	109197	18200	163796	24266	218395
	Abril	39.80	6312	56808	9017	81155	18034	162309	27052	243464	36069	324618
	Maio	18.51	2935	26417	4193	37739	8386	75477	12580	113216	16773	150954
Leste	fevereiro	6.68	1142	10274	1631	14677	3262	29355	4892	44032	6523	58710
	Março	26.78	4577	41190	6538	58843	13076	117686	19614	176529	26152	235372
	Abril	39.80	6803	61224	9718	87463	19436	174926	29154	262390	38873	349853
	Maio	18.51	3163	28471	4519	40672	9038	81345	13557	122017	18077	162689
Sul	fevereiro	6.68	1255	11298	1793	16140	3587	32281	5380	48421	7174	64562
	Março	26.78	5033	45296	7190	64708	14380	129416	21569	194124	28759	258832
	Abril	39.80	7481	67327	10687	96181	21374	192362	32060	288543	42747	384724
	Maio	18.51	3479	31308	4970	44726	9939	89452	14909	134179	19878	178905
Total			74399	669588	106284	956554	212568	1913108	318851	2869663	425135	3826217

2. COMPONENTE - CONTROLE VETORIAL

O município é dividido político administrativamente em 31 subprefeituras e 96 distritos administrativos (DA). No que tange a área da saúde, o MSP está dividido em 6 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro, Oeste, Leste, Norte, Leste e Sul e em 26 Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS). Dentro da estrutura da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), há o Grupo de Coordenação Geral das Ações de Controle do *Aedes* (GCA) e a Gerência Centro de Controle de Zoonoses (GCCZ). No nível central, as diretrizes e a coordenação das ações de vigilância e controle vetorial são realizados pelo GCA e GCCZ. No nível Regional, em cada CRS, o GCRA é responsável pelo planejamento, acompanhamento e supervisão das ações do Programa. A execução das ações de controle vetorial e de vigilância epidemiológica da dengue está descentralizada nas 26 SUVIS.

2.1 Regionalização do MSP e Estratificação dos níveis de Transmissão

Para o controle vetorial também foram consideradas como unidades geográficas os Distritos Administrativos (DA). Para definir os níveis de transmissão foram utilizados:

$$1) \text{ CI}^* \text{ (por 100.000 habitantes) do DA} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos confirmados pelo teste rápido no DA, na SE em estudo}}{\text{População do DA}} * 100.000$$

2) **CI acumulado do DA** = Σ semanal dos CI (por 100.000 habitantes) do DA até a SE em estudo.

3) **Total Móvel de 2 SE do número de casos do DA** = Σ de casos do DA da SE em estudo e da SE precedente.

*CI= Coeficiente de Incidência

O CI (por 100.000 habitantes) a partir do qual se considera o DA em emergência, segundo seu porte populacional consta no Tabela 1.

Tabela 1. CI (por 100.000 habitantes) a partir do qual se considera o DA em nível de emergência, segundo porte populacional do DA.

População do DA	CI (por 100.000 habitantes)
< 50.000 habitantes	300
< 50.000 habitantes e significativa população flutuante (Barra Funda, Pari, Sé, Brás, Bom Retiro e Vila Leopoldina)*	150
> 50.000 habitantes	150

* embora o porte populacional desses DA seja pequeno, sua população flutuante é bastante significativa. Desta forma, é importante detectar, muito rapidamente, os níveis de alerta e emergência nesses DA, para assim desencadear as medidas de controle e minimizar a transmissão.

Com base no **Coefficiente de Incidência acumulado, no Total Móvel de 2 SE do número de casos e no CI de emergência do DA** foram estabelecidos os níveis de transmissão para os DA conforme segue no Quadro 1:

Quadro 1. Níveis de transmissão de Dengue para o componente Controle Vetorial

Nível de transmissão para ações de controle	Situação prevista
Início das ações de controle	Coefficiente de Incidência acumulado <20% do estabelecido como emergência para o porte populacional do DA (tabela 1)
Alerta de ações de controle	1) Coeficiente de Incidência acumulado >20% e < 50% da estabelecida como emergência para o porte populacional do DA (Tabela 1) 2) Aumento percentual de 70% ou mais do Total Móvel de 2 SE do número de casos previstos em relação à semana anterior
Emergência das ações de controle	1) Coeficiente de Incidência acumulado >50% do estabelecida como emergência para o porte populacional do DA (Tabela 1) 2) Aumento percentual de 70% ou mais do Total Móvel de 2 SE do número de casos previstos em relação à semana anterior

SAÍDA DO NÍVEL DE ALERTA E EMERGÊNCIA DE TRANSMISSÃO

O DA retornará ao nível de início de transmissão quando apresentar queda consecutiva do número de casos por SE, por quatro SE consecutivas

2.2 Atividades de Controle Vetorial

As ações de controle vetorial estão descentralizadas nas 26 SUVIS. No MSP, calcula-se cerca de 3.500.000 imóveis cadastrados no Programa Municipal de Vigilância e Controle da Dengue para as visitas de prevenção e controle da dengue durante o ano.

O MSP desenvolve as seguintes atividades de vigilância e controle do vetor, de acordo com as diretrizes gerais do Plano Nacional de Controle da Dengue:

a) Atividades Preventivas

a1 Atividade de Visita Casa a Casa Estratificada

É a visita a todos os imóveis de uma determinada área. Essa atividade tem como objetivo orientar e estimular os responsáveis pelos imóveis a adotarem cuidados que visem à eliminação de criadouros naturais e artificiais do *Aedes aegypti* e reduzir o número de

criadouros por meio de controle mecânico e/ou tratamento focal com produto alternativo ou com larvicida químico ou biológico.

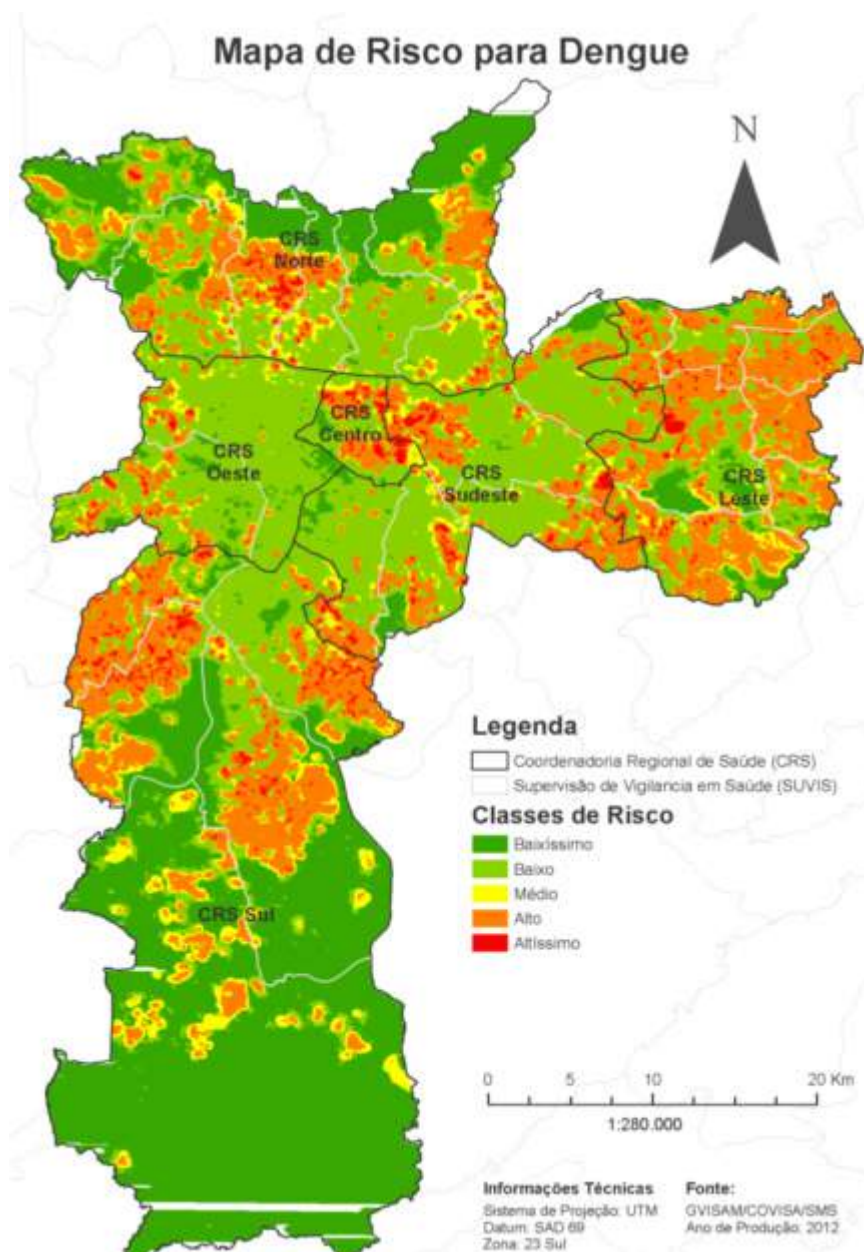
Em 2012/2013, foi redefinida a estratificação do risco de propagação de dengue por meio da construção de mapa de risco para o município (Figura 1). Os fatores levados em consideração na estratificação foram: densidade populacional; presença de lixo, tipo de habitação, temperatura. Esta estratificação permite um melhor planejamento e priorização das ações de prevenção. De acordo com o mapa de risco da dengue, o MSP foi dividido em 5 faixas de risco: altíssimo, alto, médio, baixo e baixíssimo. Para realização da Atividade de Visita Casa a Casa estratificada é preconizada que a atividade seja iniciada nos imóveis localizados na faixa de maior risco e conforme a capacidade operacional da SUVIS, passa-se para a área de risco imediatamente inferior.

Em anos interepidemicos ou em regiões do MSP com baixa transmissão, devem-se realizar quatro ciclos de Casa a Casa, conforme segue:

- Ciclo 1: janeiro/fevereiro/março
- Ciclo 2: abril/maio/junho
- Ciclo 3: julho/agosto/setembro
- Ciclo 4: outubro/novembro/dezembro

Em anos epidêmicos ou em áreas epidêmicas no ano vigente, caso haja necessidade, os ciclos 1 e 2 podem ser suspensos para aumentar o contingente de agentes nos bloqueios de transmissão. Neste caso poderão ser realizados apenas os ciclos 3 e 4.

Figura 1. Mapa de Risco de Dengue. MSP, 2012



a.2 Atividade de Avaliação de Densidade Larvária (ADL)

Tem como objetivo avaliar a densidade larvária e o número, distribuição e tipo de recipientes existentes nos DA. É realizada em uma amostra de imóveis de cada DA, três vezes por ano, em fevereiro, julho e outubro. A cada ADL são visitados cerca de 60.000 imóveis. Na ADL é realizada a identificação de criadouros, coleta de larvas e posteriormente a identificação de larvas no Laboratório Municipal de identificação de Fauna Sinantrópica. No MSP, a ADL ocorre desde 2001. Os índices Predial e de Breteau dos anos de 2013, 2014 e até julho de 2015 constam na Tabela 2.

Tabela 2. Índice Predial e de Breteau obtidos na Atividade de Densidade Larvária. MSP, 2013, 2014 e até julho de 2015.

Índices	2013			2014			2015	
	Fevereiro	Julho	Outubro	Fevereiro	Julho	Outubro	Fevereiro	Julho
Predial	0.70	0.14	0.05	0.23	0.29	0.21	1,15	0,22
Breteau	0.81	0.16	0.05	0.25	0.33	0.23	1,31	0,24

O Laboratório de Identificação de Fauna Sinantrópica (LABFAUNA) da GCCZ é o responsável por identificar a espécies das larvas colhidas nas atividades de ADL e nas outras atividades em que a coleta larvária é preconizada.

a.3 Atividade de Visita a Pontos Estratégicos

Pontos Estratégicos (PE) são imóveis com maior importância na geração e dispersão ativa e passiva de *Aedes aegypti*, conforme segue:

Grupo 1 – Imóveis que apresentam grande quantidade de recipientes em condições favoráveis à proliferação de larvas de *Aedes aegypti* (depósitos de pneus usados e de ferro velho, oficinas de desmanche de veículos, borracharias, oficinas de funilaria, cemitérios...), e que, portanto, em função da proliferação do vetor e de sua dispersão ativa na área adjacente, podem contribuir de forma importante nos níveis de infestação dessa área. Podem, também, se destacar na dispersão passiva do vetor, principalmente na fase de ovo, por meio do transporte de recipientes de um município para outro, em atividades comerciais.

Grupo 2 - Imóveis que geralmente apresentam pequena quantidade de recipientes, mas que, em função da atividade ligada a transporte de mercadorias e passageiros, são importantes na dispersão passiva do vetor, principalmente na fase adulta (transportadoras, estações rodoviárias e ferroviárias, portos, aeroportos...).

Os PE devem ser visitados quinzenalmente para realização de pesquisa larvária e ações de controle do vetor. Esta atividade visa evitar a proliferação do vetor nesses imóveis e, dessa forma, contribuir para a redução dos índices de infestação da área onde os mesmos estiverem localizados. Desde de final de 2014, tem se realizado tratamento dos PE por meio da aplicação do *Bacillus thuringiensis israelensis* (BTI). Atualmente estão **cadastrados** cerca de **2058 PE** no MSP (Fonte: SUVIS, setembro de 2015).

Mesmo em períodos de alta transmissão de Dengue, os PE devem continuar a serem visitados a cada 15 dias e tratados quando necessário.

a.4 Atividade de Visita à Imóveis Especiais

Imóveis Especiais (IE) são imóveis não residenciais de médio e grande porte que apresentam maior importância na disseminação do vírus da dengue, em situações de transmissão da doença, em função do grande fluxo e/ou permanência de pessoas e, além disso, cuja complexidade das edificações favorece a proliferação do vetor. Correspondem a imóveis como serviços de saúde, estabelecimentos de ensino, quartéis, penitenciárias, hotéis, templos religiosos, casas comerciais e indústrias, selecionados mediante avaliação cadastral. Os IE devem ser visitados mensalmente ou trimestralmente (conforme o risco) para realização de pesquisa larvária e ações de controle do vetor. Atualmente estão **cadastrados** cerca de **3257 IE** no MSP (Fonte: SUVIS, setembro de 2015).

Mesmo em períodos de alta transmissão de Dengue, os IE devem continuar a serem visitados de acordo com a periodicidade recomendada.

b) Atividades de Bloqueio de Transmissão

b.1) Bloqueio de Criadouros

Essa atividade é realizada a partir de uma notificação de caso suspeito de **Dengue, febre de Chikungunya ou Zika** nos imóveis existentes dentro de um determinado raio:

- **Raio de realização** para caso suspeito de **dengue: 200 metros.**
- **Raio de realização** para caso suspeito de **febre de Chikungunya e Zika: 300 metros.**

Tem como objetivo interromper a transmissão da doença. Visa a eliminação das **formas imaturas** do vetor por meio do controle mecânico e/ou uso de produtos químicos ou biológicos e a busca ativa de casos secundários.

b.2) Bloqueio de Nebulização

Essa atividade é realizada a partir da confirmação de caso de **Dengue, febre de Chikungunya ou Zika** e visa eliminar as **formas aladas** do vetor nos imóveis existentes, **no raio em que foi realizado o bloqueio de criadouros**, por meio da nebulização costal ou veicular de adulticida de casa em casa. Em 2015, devido ao elevado número de casos frente à capacidade operacional das SUVIS, além da nebulizações com equipamento costal também foram realizadas nebulizações veiculares conforme Quadro 2.

Conforme Nota Técnica DCV nº 01/2015 da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN): "**Critérios de uso de equipamento acoplado a veículos, no controle de dengue no Estado de São Paulo**", a técnica de nebulização com equipamento portátil (costal) possibilita maior penetração da neblina do produto no intradomicílio. Portanto, esta técnica é

ideal para ser usada no início da transmissão de dengue, podendo interromper a circulação de vírus, desde que haja uma cobertura de pelo menos 75% de imóveis da área delimitada. A técnica de nebulização veicular apresenta maior rapidez de cobertura em relação a portátil, porém de menor efetividade, por apresentar maior dificuldade de penetração da neblina no intradomicílio. Estudo comparativo entre as duas técnicas de aplicação, mostrou que a mortalidade de fêmeas expostas em gaiolas sentinelas, no intradomicílio, atingiu o percentual médio de 96,5% e 54,3% com equipamento portátil e veicular, respectivamente. Embora a nebulização veicular apresente menor efetividade, o percentual de mortalidade pode ser aumentado, considerando as repetições da aplicação na área delimitada (3 ciclos), desde que a área apresente as condições ambientais urbanas propícias para utilização deste tipo de equipamento.

Quadro 2: Nº de imóveis nebulizados em nebulizações veiculares. MSP, 2015

Distrito Administrativo	Nº imóveis nebulizados
Aricanduva	1600
Bom Retiro	1827
Brasilândia	9378
Cachoeirinha	4078
Cambuci	4500
Campo Belo	1215
Campo Limpo	3663
Capão Redondo	14540
Casa Verde	4525
Cidade Ademar	13575
Ermelino Matarazo	7000
Freguesia	1144
Ipiranga	10449
Jabaquara	20827
Jaçanã	1650
Jaraguá	6723
Jardim Angêla	2206
Jardim São Luiz	4500
Limão	1986
Mandaqui	5708
Pedreira	2345
Perus	13000
Pirituba	4100
Vila Formosa	5027
Vila Medeiros	4675
Vila Prudente	2191
Total	152432

Fonte: SUVIS, 2015

b.3) Mobilização de Força Tarefa para Realização de Bloqueios de Transmissão

As SUVIS e o GCRA devem avaliar semanalmente os parâmetros previstos no “Quadro 1. Níveis de transmissão de Dengue para o componente Controle Vetorial”, página 49. Caberá a CRS o envio semanal da situação de transmissão para o componente do controle vetorial (Início, Alerta e Emergência) dos DA da sua área de abrangência para a Subgerência de

Vigilância, Prevenção e Controle da Fauna Sinantrópica – SUSIN da GCCZ, por meio do e-mail mperia@prefeitura.sp.gov.br.

Sempre que o DA estiver em alerta ou emergência de transmissão a SUSIN deverá acionar reunião imediata com as SUVIS envolvidas e com o GCRA para desencadear a mobilização de Força Tarefa. Para essa reunião, as SUVIS deverão apresentar o número atual de agentes, mapa com os bloqueios de criadouros e de nebulização realizados e pendentes e arquivo com os casos notificados e confirmados georreferenciados segundo LPI, para discussão dos seguintes aspectos:

- nível de déficit operacional;
- distribuição espacial dos casos;
- características das áreas de transmissão.

De acordo com o avaliado na reunião, a mobilização de Força Tarefa poderá ser feita por meio de uma ou mais das ações que seguem:

➤ **Remanejamento de agentes, maquinário e veículos**

- **Dentro da CRS:** se a transmissão ainda é próxima ao limite inferior do nível de alerta e concentrada em determinada região da CRS, preconiza-se a mobilização de agentes, maquinário e veículos de SUVIS da própria CRS para conter a transmissão.
- **Entre CRS:** se a transmissão ocorre em áreas muito extensas, com grande número de imóveis, o GCA poderá convocar agentes de outras CRS, para aumentar substancialmente a capacidade operacional da SUVIS de forma a realizar o bloqueio de transmissão em curto período de tempo.

➤ **Realização de Nebulização Veicular (UBV veicular)**

Quando superada a capacidade operacional da SUVIS frente ao número de bloqueios de nebulização a serem realizados e o aumento do contingente por meio do remanejamento de agentes seja inviável ou insuficiente para conter a transmissão em tempo hábil, pode-se lançar mão da UBV veicular, de forma a agilizar as ações de controle de vetores adultos e de manter o maior número possível de agentes no controle larvário (bloqueio de criadouros). No entanto, a indicação da UBV veicular estará sujeita à análise das características da área de transmissão de modo a verificar se estas satisfazem os critérios técnicos necessários à sua execução.

Devem se avaliados fatores que comprometem a realização da aplicação:

- barreiras físicas como presença de prédios com mais de 2 andares (o ideal é que o padrão de ocupação do solo seja predominantemente horizontal) e ruas com arborização de copa densa;

- acessibilidade o veículo na área a ser trabalhada: avaliar presença de ruas muito estreitas, não pavimentadas e topografia;
- presença de rodovia ou avenida de grande fluxo de veículos na área a ser trabalhada;
- presença de áreas desabitadas, complexos industriais, aeroportos, condomínios;
- presença de quarteirões muito grandes (a UBV veicular em quadras com mais de 80 metros de extensão fica comprometida, uma vez que a faixa de aplicação do inseticida tem sua eficiência reduzida após 40 metros);
- presença de estabelecimentos que exijam a interrupção do jato, como: hospitais, pronto socorros, criação de animais sensíveis, bares, restaurantes, lanchonetes, locais com grande concentração de pessoas, como feiras, shows, exposições, etc
- áreas com histórico de violência.

➤ **Cooperação do Exército, Corpo de Bombeiros e Defesa Civil**

Quando a transmissão estiver em nível de emergência e o remanejamento de agentes não for suficiente para realização de bloqueios de criadouros de grandes proporções e/ou a transmissão estiver espalhada pelo MSP, pode-se solicitar a cooperação do Exército, Defesa Civil e Corpo de Bombeiros para realização da Atividade de “Arrastão”.

Quando decidida a mobilização da Força Tarefa, a SUVIS deverá providenciar, em 24 horas, os mapas das áreas a serem trabalhadas, respeitando as dimensões estabelecidas na reunião e providenciar junto a SUSIN o aparato logístico para que as ações ocorram conforme o cronograma acordado. Se em virtude das condições climáticas, o cronograma não puder ser respeitado, a SUVIS deve buscar novas orientações junto a GCCZ.

c) Atendimento à Solicitação

Além das Atividades descritas, o MSP realiza o atendimento à solicitação que consiste no atendimento a denúncia/solicitações relacionadas à infestação pelo mosquito *Aedes aegypti* e a ocorrência de casos de Dengue.

2.3 Capacidade Instalada para o Controle do Vetor

Para realização das atividades de controle do vetor, o município conta atualmente com capacidade instalada que segue (Tabela 3).

Tabela 3. Capacidade Instalada para o Controle do Vetor

SUVIS	Nº de agentes de campo	Nº de agentes aptos a realizar bloqueio de nebulização	Nº de atomizadores costais	Nº de caminhonetes para transporte de produtos químicos e equipamentos*	Nº de veículos para transporte das equipes a campo	
					Passeio	Mini Van
Cidade Tiradentes	28	11	6	1	3	4
Ermelino Matarazzo	44	12	7	1	7	5
Guaianases	49	12	5	1	7	6
Itaim Paulista	97	24	7	1	8	7
Itaquera	99	16	8	2	7	8
São Mateus	91	30	6	2	7	8
São Miguel	78	15	7	2	7	6
SUBTOTAL	486	120	46	10	46	44
Casa	52	35	5	1	3	7
Freguesia do Ó	95	26	7	1	5	8
Jaçanã	64	16	6	1	2	7
Pirituba/ Perus	103	26	15	0	4	12
Santana	51	21	7	1	2	7
V.Maria/V.Guilherme	80	13	5	1	3	7
SUBTOTAL	445	137	45	5	19	48
Mooca/Aricanduva	112	157	6	1	4	11
Ipiranga	63	24	6	2	2	7
Penha	91	12	7	2	3	8
Vila Mariana/Jabaquara	59	11	6	2	3	5
V.Prudente/Sapobemba	93	40	8	2	3	6
SUBTOTAL	424	287	33	9	15	37
Campo Limpo	94	74	5	1	9	12
Capela do Socorro	130	34	8	2	16	13
C. Ademar/S. Amaro	90	88	8	1	12	10
M'Boi Mirim	71	48	9	2	12	12
Parelheiros	29	21	5	1	9	4
SUBTOTAL	414	265	35	7	58	51
Butantã	78	10	5	2	10	10
Lapa / Pinheiros	73	10	7	0	12	15
SUBTOTAL	151	20	12	2	22	25
Sé	39	28	6	2	6	9
SUBTOTAL	39	28	6	2	6	9
TOTAL	1959	857	177	35	166	214

*Há processo em andamento de prestação de serviço para outras 100 caminhonetes.

O MSP também possui **7 máquinas de UBV a frio veiculada** para realização de nebulizações veiculares.

2.4 Ações a serem Realizadas de Acordo com os Níveis de Transmissão de Dengue para o Componente Controle Vetorial

As ações que devem ser realizadas para o controle vetorial de acordo com os níveis de transmissão de Dengue nos DA constam no Quadro 3.

Quadro 3. Ações que devem ser realizadas para o componente – Controle Vetorial de acordo com os níveis de transmissão de dengue atingidos nos DA e competência de atuação.

Ações que devem ser realizadas	Níveis de Transmissão			Competência
	Inicial	Alerta	Emergência	
Capacitar continuamente os técnicos e agentes envolvidos no controle do vetor	X			GCCZ (SUSIN), CRS (GCRA) e SUVIS
Realizar a Atividade de Casa a Casa	X			SUVIS
Trabalhar de forma integrada com a ESF	X	X	X	CRS (GCRA) e SUVIS
Cadastrar os PE	X			SUVIS
Acompanhar os PE quinzenalmente e tratar quando necessário	X	X	X	SUVIS
Cadastrar os IE	X			SUVIS
Acompanhar mensalmente, trimestralmente ou semestralmente os IE	X	X	X	SUVIS
Planejar e organizar a estrutura e as equipes de trabalho, para realização dos bloqueios de transmissão, de forma a otimizar a capacidade operacional instalada	X	X	X	CRS (GCRA) SUVIS
Avaliar semanalmente o momento oportuno de desencadeamento das ações de mobilização de Força Tarefa de forma a otimizar a capacidade operacional da SUVIS, conforme item “b.3 Mobilização de Força Tarefa para Realização de Bloqueios de Transmissão”, página 55 a 56	X	X	X	SUVIS e CRS (CCRA)
Enviar semanalmente a situação de transmissão para o componente do controle vetorial (Início, Alerta e Emergência) dos DA da sua área de abrangência para a SUSIN/GCCZ, por meio do e-mail mperia@prefeitura.sp.gov.br	X	X	X	CRS (GCRA)
Acionar reunião técnica com a SUVIS e GCRA para discutir ações de mobilização de Força Tarefa		X	X	GCCZ (SUSIN)
Viabilizar o remanejamento de agentes, maquinário e veículos entre SUVIS da mesma CRS para atender necessidades operacionais para realização de bloqueios de transmissão		X	X	CRS (GCRA) e SUVIS
Viabilizar o remanejamento de agentes e maquinário entre CRS para atender necessidades operacionais para realização de bloqueios de transmissão		X	X	GCCZ (SUSIN), GCA, CRS (GCRA) e SUVIS
Realizar a Força Tarefa quando acordado em reunião técnica com o GCRA e SUSIN		X	X	SUVIS e CRS

Acompanhar os indicadores das atividades de campo das SUVIS para gestão do Programa Municipal de Vigilância e Controle da Dengue	X	X	X	GCCZ (SUSIN), GCA, CRS (GCRA) e SUVIS
Supervisionar em campo a realização das atividades de controle.	X	X	X	SUVIS
Monitorar semanalmente a utilização de produtos químicos nos bloqueios de transmissão	X	X	X	GCCZ (SUSIN) e CRS (GCRA) e SUVIS
Realizar reuniões com as SUVIS com a finalidade de divulgar e discutir os dados epidemiológicos e vetoriais e organização do trabalho	Mensal	Quinzenal	Semanal	CRS (GCRA)
Integrar ações complexas de controle sanitário, com a vigilância ambiental e sanitária das SUVIS	X	X		SUVIS
Publicar os grupos internos de controle da dengue conforme Portaria nº 69 de 07 de março de 2002 no Diário Oficial	X	X		CRS (GCRA)
Implantar a deliberação da Portaria nº 69 de 07 de março de 2002, para Imóveis Especiais Próprios Municipais.	X	X		SUVIS
Avaliar a necessidade de realizar a Atividade de "Arrastão" (bloqueio de criadouro ampliado)	X	X	X	SUVIS, CRS (GCRA)
Realizar a Atividade de "Arrastão", sempre que julgado necessário, envolvendo o comitê regional de Combate ao <i>Aedes</i> , nas ações de sua competência.	X	X	X	SUVIS, CRS e Subprefeitura
Acionar o Comitê Regional de Combate a Dengue quando houver necessidade de realizar atividade específica de controle do vetor. Fazem parte do Comitê, os seguintes integrantes: Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde, Supervisão de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Infra-estrutura Urbana e Obras, Secretaria Municipal de Serviços, Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente, Secretaria Municipal de Assistência Social, Defesa Civil, Conselho Participativo Municipal da Subprefeitura, Conselho Gestor da Supervisão Técnica de Saúde, Sociedade Civil Organizada.	X	X	X	GCA e GCRA
Capacitar o Exército, Defesa Civil e Corpo de Bombeiro para realização da Atividade de Bloqueio de Criadouro em Força Tarefa.		X		GCA, GCCZ (SUSIN) e CRS (GCRA)
Solicitar cooperação do Exército, Defesa Civil e Corpo de Bombeiros para realização da Atividade de "Arrastão" em Força Tarefa			X	COVISA (GABINETE/GCA)
Capacitar o Conselho Gestor das UBS em eliminação de criadouros	X			CRS (GCRA)
Avaliar as ações realizadas em Força Tarefa de Controle Vetorial		X	X	GCCZ (SUSIN), CRS (GCRA) e SUVIS
Acompanhar e avaliar indicadores de controle vetorial	X	X	X	GCA e GCCZ (SUSIN)

3. COMPONENTE ASSISTÊNCIA

3.1. Coordenação da Atenção Básica

3.1.1 Introdução

Considera-se a Dengue um dos maiores problemas de Saúde Pública do mundo, especialmente nos países tropicais, cujas condições socioambientais favorecem o desenvolvimento e a proliferação de seu principal vetor, *Aedes aegypti*. A dengue é, hoje, uma das doenças mais frequentes no Brasil, atingindo a população em todos os Estados, independente da classe social. Apesar da proporção relativamente baixa de casos graves em números absolutos, quando comparados aos casos de dengue sem complicações, esses devem ser vistos de forma especial, considerando suas altas taxas de letalidade e cuidados que estas formas demandam em relação aos pacientes.

No Brasil o quadro epidemiológico da dengue aponta para sua expansão em todo o território nacional, com a disseminação de todos os quatro subtipos de vírus (DEN 1, DEN 2, DEN 3 e DEN 4) e o aumento das formas graves da doença. Deste modo há a necessidade de definirmos as diretrizes, estratégias e ações sob a ótica de dois cenários:

- **Cenário endêmico:** organização e desenvolvimento de ações de prevenção e controle da dengue no âmbito do SUS;
- **Cenário epidêmico:** elaboração de estratégias de contingenciamento que devem ser adicionadas quando o número de casos for acima do esperado, com estratificação por regionais de saúde.

O Município de São Paulo elabora anualmente um Plano de Contingência para o Controle e Combate à Dengue. Tendo em vista que os 96 Distritos Administrativos existentes no município apresentam domiciliação do mosquito *Aedes aegypti*, sua elaboração se faz necessária porque há um grande contingente populacional exposto a várias infecções pelos diversos sorotipos de dengue, o que aumenta o risco para ocorrência de epidemias de formas graves da doença. Além disso, há diversos condicionantes que permitem a manutenção de criadouros. A recente introdução do sorotipo DENV 4, para o qual grande parte do população é susceptível, também aponta para a necessidade de intensificar as medidas de prevenção e controle antes e durante o período sazonal de ocorrência da doença. Torna-se imperativo, ainda, que haja articulação entre as ações de combate ao vetor, vigilância epidemiológica, assistência e laboratório para a melhor detecção precoce dos casos e agilidade das ações a serem desencadeadas.

O controle da dengue exige, sem dúvida, um esforço das autoridades de saúde. Mas também é preciso envolver outros setores da administração de um Município como: limpeza urbana, abastecimento de água, saneamento básico, educação, turismo, dentre outros. Por esta razão, é necessário que as ações para o controle da dengue sejam feitas de maneira intersetorial e com a participação efetiva de cada morador na eliminação dos criadouros já existentes ou de possíveis locais para reprodução do mosquito, que é de fundamental importância.

Como o agravo possui um comportamento explosivo, há a necessidade de que os serviços de saúde, fluxos de referência e contra referência e laboratórios estejam previamente organizados e as necessidades de exames, medicamentos e insumos estimadas.

Devido à necessidade de respostas diferentes para os componentes de vigilância e assistência ao munícipe, a estratificação em níveis foi elaborada com diferentes parâmetros para cada um destes componentes.

Para a Vigilância em Saúde, serão consideradas as incidências para estratificação dos níveis de acordo com o Plano de Ações para o Controle da Dengue no Município de São Paulo 2015-2016. As unidades geográficas consideradas são os Distritos Administrativos.

Para a Assistência ao Paciente o município classifica como nível de emergência o coeficiente de incidência maior que 300 casos/100.000 habitantes e as unidades consideradas são as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

3.1.2 Caracterização do Município de São Paulo

O MSP faz parte da Região Metropolitana de São Paulo, que conta com 39 municípios e 19.672.582 habitantes (IBGE 2010), ocupando 7.943,85 Km² de área territorial. É a cidade mais populosa do Brasil e conta com 11.245.983 habitantes (2010). Da sua população 99,1% vivem em área urbana e 0,9% em área rural (IBGE 2010). É o principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul com Produto Interno Bruto de R\$ 389.317,17 (IBGE – 2009), representando 35,9% do PIB paulista e 12,3% do PIB nacional.

Está organizado em seis coordenadorias regionais de saúde (CRS): Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul. As diferentes regiões da cidade são heterogêneas considerando suas características socioeconômicas, ambientais, epidemiológicas e de oferta de equipamentos de saúde e de produção de serviços.

a) Número de Serviços da Atenção Básica do MSP

Quadro 1:

CRS	Unidade Básica de Saúde e Centro de Saúde						Total UBS ⁽¹⁾	AMA 12h		Total AMA	Total AMA e UBS
	UBS Tradicional	UBS Indígena	UBS Integral	UBS com ESF	UBS/ESF Exclusiva	CS Escola		Acoplada a UBS	Não Acoplada		
	Centro	-	-	-	4	4					
Leste	55	-	-	11	46	-	112	26	1	27	139
Norte	40	1	-	19	29	-	89	18	1	19	108
Oeste	13	-	1	7	6	2	29	5	1	6	35
Sudeste	41	-	1	23	27	-	92	22	3	25	117
Sul	21	1	2	6	91	-	121	16	4	20	141
Munic. São Paulo*	170	2	4	70	203	3	452	87	11	98	550

Fonte: SMS/CEInfo - ESTABSUS; SMS/ Coordenação da Atenção Básica

⁽¹⁾ Incluído 3 Centros de Saúde Escola da esfera Estadual

b) Número de Laboratórios Municipais: 07

3.1.3 Integração com Atenção Básica (AB)

É responsabilidade das UBS, de qualquer modelo de atenção, identificar todos os casos suspeitos de dengue do município, notificar, dar assistência médica e de enfermagem. Também é competência da AB desenvolver ações de educação em saúde pra promover a mudança nos hábitos da população, para manter o ambiente doméstico livre da presença do *Aedes aegypti*.

A Portaria 2.121 de 18 de dezembro de 2015 altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, com intuito de reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica, especifica:

Art. 1º O Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos ao subtítulo "Das atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica":

"XIX - realizar ações e atividades de educação sobre o manejo ambiental, incluindo ações de combate a vetores, especialmente em casos de surtos e epidemias;

XX - orientar a população de maneira geral e a comunidade em específico sobre sintomas, riscos e agente transmissor de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

XXI - mobilizar a comunidade para desenvolver medidas de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

XXII- discutir e planejar de modo articulado e integrado com as equipes de vigilância ações de controle vetorial; e

XXIII - encaminhar os casos identificados como de risco epidemiológico e ambiental para as equipes de endemias quando não for possível ação sobre o controle de vetores."

Art. 2º O Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso ao subtítulo "Do Agente Comunitário de Saúde":

"IX - ocorrendo situação de surtos e epidemias, executar em conjunto com o agente de endemias ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal."

3.1.4 Objetivos

Estruturar os componentes do Plano Regional de Vigilância e Controle da Dengue, segundo diretrizes do plano municipal, para enfrentamento da transmissão de dengue no Município de São Paulo no período de 2015-2016.

3.1.4.1 Objetivos Específicos

- Integrar o desenvolvimento de ações de vigilância ambiental e vigilância epidemiológica com AB e outras secretarias.
- Aprimorar as ações de controle do vetor, organizando as medidas de controle no período pré-epidêmico, principalmente nas áreas de maior vulnerabilidade, e no decorrer da transmissão.
- Melhorar o diagnóstico e instituir o tratamento precoce e adequado aos pacientes com suspeita de dengue.
- Implantar o teste rápido imunocromatográfico para detecção precoce dos casos reagentes de dengue na rede de atenção primária.
- Desencadear as ações de controle vetorial (bloqueio de criadouros e nebulizações) imediatamente após a detecção de casos reagentes pelo teste rápido.
- Capacitar os profissionais da Atenção Básica para execução e interpretação do resultado do teste rápido imunocromatográfico.

- Melhorar a qualidade da suspeita de dengue, de modo a reduzir a quantidade de casos notificados que demandam ações das Supervisões de Vigilância e Saúde (SUVIS).
- Melhorar o fluxo de notificação, principalmente com a rede privada.
- Garantir o encaminhamento das fichas de notificação à SUVIS em até 24 horas, via telefone, fax ou meio eletrônico.
- Organizar e qualificar a rede assistencial da região para atendimento aos suspeitos de dengue de forma adequada e oportuna.
- Aperfeiçoar o funcionamento do sistema de informação.
- Estimular as SUVIS da região a fortalecer as articulações intersetoriais.
- Aprimorar a análise epidemiológica dos dados do MSP.
- Garantir suporte para exames específicos, inespecíficos e diagnóstico de imagem.
- Garantir o abastecimento da rede assistencial com suprimentos adequados para o enfrentamento da dengue.
- Intensificar as ações de comunicação e mobilização social.
- Padronizar as ações de vigilância epidemiológica e de controle da dengue nas SUVIS segundo fluxograma pré-estabelecido.

3.1.5 Estratégias de Atuação da Atenção Básica

Conforme preconizado pelo manual do Ministério da Saúde das Diretrizes para organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue, a abordagem precoce do paciente e a correta classificação do caso e seu manejo são fatores críticos de sucesso para evitar a evolução dos casos graves para o óbito. Para isto, toda a equipe de saúde, desde que sensibilizada e capacitada, tem o papel de vigilância em relação ao usuário, no domicílio, através de detecção de casos em visitas domiciliares, e nos serviços de saúde, desde a atenção básica, passando pelos serviços de urgência, unidades especiais para atendimento de dengue e unidades hospitalares.

Assim, **o acolhimento e a classificação de risco** devem ocorrer em todas as portas de entrada, reduzindo o tempo de espera, definindo o plano de acompanhamento e a melhor tipologia de cuidado para cada paciente.

A gestão e a organização dos serviços deverá se preocupar também com a garantia de qualidade das informações, como a correta notificação e registro de todos os casos atendidos. Além de atender a outras finalidades, o registro de informações oferece o subsídio para o dimensionamento de equipes, materiais, medicamentos, e definição de forma de funcionamento dos serviços.

A identificação precoce dos casos de dengue é de vital importância para a tomada de decisões e implantação de medidas que visem principalmente evitar a ocorrência de óbitos sendo mandatória a efetivação de um plano de contingência que contemple ações necessárias para o controle da dengue,

3.1.6 Assistência

3.1.6.1 Protocolo de Atendimento

Implantado, utilizando-se o do MS. Todos os profissionais de saúde da AB foram capacitados, iniciando-se pelos gerentes das UBS da Rede Municipal de Saúde.

3.1.6.2 Estratégias do MSP para Prover Hidratação Oral ou Endovenosa dos Pacientes

Todos os equipamentos foram orientados a destinar um espaço, com poltronas, para prover a hidratação oral e endovenosa dos pacientes.

3.1.6.3 Definições de Caso Suspeito de Dengue

As definições de casos suspeitos preconizados pelo Ministério da Saúde são:

a) Caso Suspeito de Dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Aedes aegypti*, que apresenta febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresenta duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaléia, dor retro orbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito, toda criança proveniente ou residente em áreas com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 e 7 dias, e sem foco de infecção aparente.

b) Definição de Caso Suspeito de Dengue com Sinais de Alarme: é todo caso que, no período de efervescência da febre, apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme:

- dor abdominal intensa e contínua, ou dor à palpação do abdômen;
- vômitos persistentes;
- acúmulo de líquidos (ascites, derrame pleural, pericárdio);
- sangramento de mucosas;
- letargia ou irritabilidade;
- hipotensão postural (lipotímia);
- hepatomegalia > 2 cm;

- aumento progressivo do hematócrito.

c) Definição de Caso Suspeito de Dengue Grave: é todo caso que apresenta um ou mais dos seguintes resultados:

- choque devido extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou > a 3 seg., pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente \leq 20 mmhg; hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória;

- sangramento grave;

- comprometimento grave de órgãos (dano hepático importante – AST ou ALT > 1000, sistema nervoso central, coração (miocardite) e outros.

De acordo com a Portaria Municipal n° 2286/2014-SMS. G, os casos suspeitos de Dengue são de notificação compulsória imediata (24 horas).

Todos os casos suspeitos devem ser notificados à Suvis da região, pelo meio disponível mais rápido em formato digital por e-mail, na impossibilidade de notificação via e-mail notificar via fax, telefone ou pessoalmente e sempre atentar-se para as seguintes informações que são imprescindíveis para tomadas de ações: identificação do paciente data de primeiros sintomas, data da coleta de sorologia, endereço residencial, local provável de infecção e telefone.

3.1.6.4 Classificação de Risco

Realizar a Avaliação de Risco baseada na gravidade da doença visando:

- melhorar a qualidade da assistência;

- reduzir o tempo de espera do paciente;

- priorização de atendimento;

- tratamento oportuno e adequado

- Sintomáticos: Hidratação adequada para todos os pacientes. Os casos de alta, preencher o Cartão Usuário-Dengue com agendamento do retorno em até 72 horas. Atender a todos os retornos dos AMAS e hospitais independente de agendamento. Encaminhar os pacientes com prova do laço positiva e/ou hipotensão para AMA de referência ou AMA de 24 horas em ambulância e com via de acesso endovenoso. Encaminhar casos graves para Hospital em ambulância com via de acesso endovenoso.

3.1.7.2 Fluxo de Atendimento Assistência Médica Ambulatorial (AMA)

AMA – (Porta de entrada primária ou secundária) GRUPO A até GRUPO B Resolutividade até 95% dos casos:

- Acolhimento com classificação de risco;
- Orientações aos usuários;
- Notificação de casos suspeitos;
- Colher Hemograma de todos os casos suspeitos;
- Realização de prova do laço e medida de PA sentado e em pé;
- Hidratação adequada para todos os pacientes;
- Encaminhar pacientes que necessitem de acompanhamento/observação/hidratação além das 19 horas e/ou nas 24 horas, em ambulância. Encaminhar casos graves para Hospital em ambulância com via de acesso endovenoso.
- Os casos de alta, preencher o Cartão Usuário-Dengue com agendamento do retorno em até 72 horas para UBS de referência.

3.1.7.3 AMA DE 24 HORAS

Como porta de entrada primária ou referência secundária) até GRUPO C Resolutividade 95 a 97%

Acolhimento com classificação de risco.

Orientações aos usuários

- Notificação de casos suspeitos;
- Colher Hemograma de todos os casos suspeitos;
- Realização de prova do laço e medida de PA sentado e em pé;
- Hidratação adequada para todos os pacientes;
- Os casos de alta, preencher o Cartão Usuário-Dengue com agendamento do retorno em até 72 horas para UBS de referência. Encaminhar casos graves para Hospital de referência em ambulância seguindo o protocolo estabelecido.

3.1.7.4 Fluxo de Atendimento Hospitalar

P.S./Hospital/UTI Até GRUPO C E D

Acolhimento com classificação de risco.

- Orientações aos usuários
- Notificação de casos suspeitos.
- Colher Hemograma de todos os casos suspeitos.
- Realização de prova do laço e medida de PA sentado e em pé.
- Hidratação adequada para todos os pacientes.
- Os casos de alta, preencher o Cartão Usuário-Dengue com agendamento do retorno em até 72 horas para UBS de referência.
- Encaminhar para UTI quando for o caso.

3.2 Autarquia Hospitalar Municipal

Atendimento Médico em Hospitais, AMAS Hospitalares, Pronto Socorros e Pronto atendimentos e Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

Elaboração do Plano Individual de cada Unidade

Introdução

Conforme preconizado pelo manual do Ministério da Saúde de **Diretrizes para organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue**, a abordagem precoce do paciente e a correta classificação do caso e seu manejo são fatores críticos de sucesso para evitar a evolução dos casos graves para o óbito. Para isto, toda a equipe de saúde, desde que sensibilizada e capacitada, tem o papel de vigilância em relação ao usuário, no domicílio, através de detecção de casos em visitas domiciliares, e nos serviços de saúde, desde a atenção básica, passando pelos **serviços de urgência**, unidades especiais para atendimento de dengue (Polo Dengue), **enfermarias e unidades de terapia intensiva (UTI)**.

Assim, o **acolhimento e a classificação de risco** devem ocorrer em **todas as portas de entrada**, reduzindo o tempo de espera, definindo o plano de acompanhamento e a melhor tipologia de cuidado para cada paciente.

A gestão e a organização dos serviços deverá se preocupar também com a garantia de qualidade das informações, como a correta **notificação** e registro de todos os casos atendidos. Além de atender a outras finalidades, o registro de informações oferece o subsídio para o **dimensionamento de equipes, materiais, medicamentos, e definição de forma de funcionamento dos serviços.**

Assim, considerando que a identificação precoce dos casos de dengue é de vital importância para a tomada de decisões e implantação de medidas de maneira oportuna, visando principalmente evitar a ocorrência de óbitos sendo mandatória a efetivação de um plano de contingência que contemple ações necessárias para o controle da dengue, elaboramos o plano da Autarquia Hospitalar Municipal conforme segue:

Número das Unidades por Tipo e por Região						
Unidades	Centro-Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	TOTAL
AMAS hospitalares e UPA	não	2	1	4	1	8
Hospitais	2	4	4	6	2	18
Pronto Atendimento	não	3	não	não	1	4
Pronto Socorros	3	1	4	1	3	12
Total por Região	5	10	9	11	7	42

Endereços e contatos das unidades

SUPERINTENDENTE
Dr. Arthur Goderico Forghieri Pereira
Rua Frei Caneca, 1402 – Fone: 3394-6690 - Consolação – CEP.: 01307-002
HOSPITAIS
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ALEXANDRE ZAIO
Diretor: Dr. Nahor Pedroso Filho
Secretária – Maria de Lourdes Pereira Marques
Rua Alves Maldonado, 128 – Vila Nhocuné
Fone: 3394-9210 - 3394-9213
HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. ALÍPIO CORRÊA NETTO
Diretora: Dra. Viviani Savio Borgetti
Secretária – Andrea Silva de Sousa

Alameda Rodrigo de Brum, 1989 – Ermelino Matarazzo
Fone: 3394.8030 – 3394-8108 – 3394-8206 – 3394-8110 (FAX).
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA
Diretor: Dr. Orlando Elidio da Silva
Secretária – Alzira Mitsue Simbara; Renata Vidal França da Silva
Rua Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro, 860 – Jabaquara
Fone: 3394-8380 – 3394-8434 – 3394-8435
HOSPITAL MUNICIPAL DR. BENEDITO MONTENEGRO
Diretor: Dr. Vagner Vasconcelos
Secretária – Fabiane Gonçalves de Paula – fgpaula@prefeitura.sp.gov.br
Rua Antonio Lázaro, 226 – Jardim Iva
Fone: 3394-9500 - <u>3394-9502</u> – 33494 9503
HOSPITAL MUNICIPAL DR. CÁRMINO CARICCHIO
Diretor: Dr. José Carlos Ingrund
Secretária: Isabel Cristina de Souza Sena; Marlou de Cássia Ferreira Garcia; Selma Oshiro
Avenida Celso Garcia, 4.815 – Tatuapé
Fone: 3394-6980 – 3394-6982 – 3394-6981
HOSPITAL MUNICIPAL DR. FERNANDO MAURO PIRES ROCHA
Diretor: Dr. Roberto Kazuyoshi Watanabe
Secretária – Ana Carolina Cunha Silva; Marcelina Maria Siqueli Barreto; Vanessa Pereira Ishihara
Estrada de Itapeirica da Serra, 1.661 - Vila Maracanã
Fone: 3394-7460 – 3394-7514
HOSPITAL MUNICIPAL DR. IGNÁCIO PROENÇA DE GOUVEA
Diretor: Dr. Mauro Saraiva Apocalypse
Secretária – Elizete Aparecida Silva; Marisa Barroso Gonçalves Brogliatto
Rua Juventus, 562 – Mooca
Fone: 3394-7810 - 3394-7816 – 3394-7818
HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ SOARES HUNGRIA
Diretor: Dr. Severino Soares da Costa
Secretária – Leonarda
Avenida Menotti Laudisio, 100 – Pirituba
Fone: 3394-8600 – 3394-8630 – 3974-0683
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE PROF. MARIO DEGNI
Diretora: Dra. Ginalda Cremonesi Zamboni
Secretária – Kelly da Silva Ortega
Rua Lucas de Leyde, 257 – Rio Pequeno
Fone: 3394-9330 – 3394-9351 - 3394-9350
HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETUBAL
Diretor: Dr. José Antonio Montes Canteras
Secretária – Mirian Pereira de Oliveira
Rua Dr. José Guilherme Eiras, 123 – São Miguel Paulista
Fone: 3394.8770 - 3394.8831 – 3394.8832
HOSPITAL MUNICIPAL PROF. WALDOMIRO DE PAULA

Diretor: Dra. Marilande Marcolin
Secretária – Célia Cristina Moreira Bandeira / Jaqueline
Rua Augusto Carlos Baumann, 1074 – Itaquera
Fone: 3394-8990 - 3394-8993 – 3394-8991 – 3394-8996
HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DR. MARIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Diretor: Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel
E-mail: mvncdiretoria@prefeitura.sp.gov.br
Secretária - Lucia Helena Florencio - lflorencio@prefeitura.sp.gov.br
Janete Cardoso de Oliveira - jcardoso@prefeitura.sp.gov.br
Av. Deputado Emilio Carlos, 3.100 - CEP: 02720-200 – V. Nova Cachoeirinha
Fone: 3986-1085 – 3851-9168
HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLI (V. MARIA)
Diretor: Dr. Luis Fernando Paes Leme
E-mail: superintendencia@hmvis.spdm.org.br
Secretária - Claudia Alessandra Galvão - claudia.galvão@hmvis.spdm.org.br
Rua Francisco Fanganiello, 127 - CEP: 02181-160 – Parque Novo Mundo
Fone: 2207-9008 - Fax: 2967-0737
HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOYSÉS DEUTSCH (M' BOI MIRIM)
Diretor: Dr. Antonio Bastos
E-mail: antonio.bastos@hmbm.org.br
Secretária - Andreia/Raquel - andreia.prado@hmbm.org.br
Estrada do M' Boi Mirim, 5.203 - CEP: 04948-970 – Jardim Ângela
Fone/PABX: 5832-2500 – 5832-2534
HOSPITAL MUNICIPAL CIDADE TIRADENTES - CARMEM PRUDENTE
Diretora: Dra. Fernanda Maria Ferreira Guimarães
E-mail: diretoria.tecnica@oss.santamarcelina.org
Secretária - Queli Robert / Cintia Cristina - sec.dir.tec@oss.santamarcelina.org
Avenida dos Metalúrgicos, 1.797 - CEP: 08471-000 – Cidade Tiradentes
Fone/PABX: 2559-6200 / Diretoria: 2559 6271 - Fax: 2559-6264
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO LUIZ GONZAGA
Diretor: Dr. Guilherme Ribeiro Siepe
E-mail: hslg.dir.tecnica@santacasasp.org.br
Secretária - Sueli C. Valverde Tieni; Aryane Sister de C. Oliveira
hslg.secret.dirtec@santacasasp.org.br ; hslg.sec1@santacasasp.org.br
Rua Michel Ouchana, 94 - CEP 02276-140 - São Paulo/SP
Fone: 3466 1001
HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS
Diretor: Dr Antonio Carlos Madeira; Dr. José Carlos Milare
E-mail: dir.assistencial.hmj@irssl.org.br
Secretária - Ana Carolina Menezes
diretoria.hmj@irssl.org.br ; sec.diretoria.hmj@irssl.org.br
Rua dos Ingleses, 258 - Bela Vista
Fone: 3016 0504
PRONTO SOCORROS, PRONTO ATENDIMENTO AMA E UPA

Pronto Socorro Municipal Dr. Alvaro Dino de Almeida – Barra Funda
Rua Vitorino Carmilo, 717 - Barra Funda
Telefone: - 2821-5951 - 2821-5952
Diretora: - Dra. Welma Maria Mohallem - 9 9653-1850
Email: - psbf.diretor@santacasasp.org.br
Secretária: - Juliana Cristina
Pronto Socorro Municipal Dr. Caetano Virgilio Neto - Butantã
Rua Augusto Farinha, 1125 – Butantã
Telefone: - 3731-2874 - 3735-6242
Diretor: - Dr. Jefferson Claudio Murad - 9 9198-5809
Email: - jefferson.murad@pro.fm.usp.br
Secretária: - Viviane * Ivone
Email: - psm.butanta@pro.fm.usp.br
Pronto Socorro Municipal Prof. João Catarin Mezom - Lapa
Avenida Queiróz Filho, 313 – Lapa
Telefone; - 3021-7405 - 3022-4278
Diretor: - Aguardando Nomeação
Email: - diretoria.psmlapa@gmail.com
Gerente da Unidade: - Fernando P. Antunes Cabral
Secretária: - Beatriz Fernandes
Email: - diretoria.psmlapa@gmail.com
Pronto Atendimento Glória Rodrigues Santos Bonfim
Avenida dos Metalúrgicos, 2820 - Cohab – Cidade Tiradentes
Telefone: - 2558-3251 - 2558-3252
Gerente: - Robson da Silva Mentodio
Email: - rmentodio@prefeitura.sp.gov.br
Secretario: - Rodrigo da Silva Souza - Telefone: - 2282-0982
Email: - rsouzasilva@prefeitura.sp.gov.br
Pronto Atendimento Atualpa Girão Rabelo
Rua Ilha do Arvoredo, 10 – Vila Morgadouro
Telefone: - 2562-0270 - 2561-2981 - 2569-0436
Gerente: - Vivian Alexandre de Oliveira
Email: vivianoliveira@prefeitura.sp.gov.br
Secretária: - Margarete da Silva Pereira
Email: - margaretespereira@prefeitura.sp.gov.br
Email: - agratualpa@ig.com.br
Pronto Socorro Municipal Júlio Tupy
Rua Serra da Queimada, 800 – Jardim Robru
Telefone: - 2511-6665 – 2511-6929
Diretora: - Carla Lopes Pinto Bacanieski Pereira – 9 699-2403
Email: - cbacanieski@prefeitura.sp.gov.br
Secretário: - Willian Pimenta Mantovan
Email: - wmantovan@prefeitura.sp.gov.br
Pronto Atendimento São Mateus II

Rua Maestro João Balan, 88 – Cidade São Mateus
Telefone: - 2919-6018 - 9 8186-5977 - 9 7312-1144 - 9 9404-3925
Coordenador Médico: - Aguardando Nomeação
Email: - pasaomatheus.adm@spdm-pais.org.br
Gerente Administrativa: - Adriana Gomes Rodrigues
Email: - adriana@spdm-pais.org.br
Pronto Socorro Municipal de Perus
Rua Julio de Oliveira, 80 - Perus
Telefone: - 3918-4313 - 3917-8585 - 3917-8577 - 3917-7564
Diretor: - Dr. Lucidio Cunha da Silva
Email: - lucidiosilva@prefeitura.sp.gov.br
Coordenador: - Fernando Luiz de Camargo
Email: - flcamargo@prefeitura.sp.gov.br
Secretaria: - Michele Kouzmin de Oliveira
Email: - michelekouzmin@prefeitura.sp.gov.br
Pronto Socorro Municipal Dr. Lauro Ribas Braga – Santana
Rua Voluntários da Pátria, 943 - Santana
Telefone: - 2223-2923 - 2223-2929
Diretor: - Dr. Eduardo Simão Rodrigues - 9 9659-7552
Email: - pss.diretor@santacasasp.org.br
Secretária: - Suely Honorato da Silva
Email: - shsilva@prefeitura.sp.gov.br
Pronto Socorro Municipal Vila Maria Baixa
Praça Engenheiro Hugo Brandi, 15 – Parque Novo Mundo
Telefone: - 2633-9530 - 2636-1511 - 2795-0737
Assessor Técnico: - Dr. Aurélio Heitor Jorge - 9 9688-5030
Email: - aurelio.heitor@vmbq.spdm.org.br
Secretária: - Elaine Guinsani
Email: - elaine.guinsani@vmbq.spdm.org.br
Pronto Socorro Municipal 21 de Junho
Avenida João Paulo I, 421 - Freguesia do Ó
Telefone: - 3975-3114 - 3975-1349
Diretor: - Dr. Alessandro Del Mastro Contó - 9 9405-2939
Email: - aconto@saudedafamilia.org
Secretário: - Gilvan * Rogério
Email: - rogeriocarvalho@prefeitura.sp.gov.br
gfsantana@prefeitura.sp.gov.br
Pronto Socorro Municipal Dr. Augusto Gomes de Mattos
Rua Julio Felipe Guedes, 200 – Vila das Mercês
Telefone: - 2969-9957
Gerente Administrativa: - Maristela Romão Agarie - 9 6609-1026
Email: - maristela.agarie@spdm-pais.org.br
Supervisora Técnica: - Sandra Regina de Araújo Gonzaga Brandão Tavares
Email: - psmagomesmattos.adm@spdm-pais.org.br - 9 9140-6100

Coordenador Médico: - Paulo Viana
Pronto Atendimento Jardim Macedônia
Rua Louis Boulogne, 133 – Jardim Macedonia
Telefone: - 5821-1147 - 5821-8821
Diretora: - Dra. Mary Anne Bezerra de Souza - 9 9947-1119
Email: - marysouza@prefeitura.sp.br
Secretária: - Rosiane Aparecida Rodrigues Lima
Email: - rosianerlima@prefeitura.sp.gov.br
Email: - pajdmacedonia@saude.prefeitura.sp.gov.br
Pronto Socorro Municipal Balneário São José
Rua Gaspar Leme, s/nº - Balneário São José
Telefone: - 5922-2542 - 5979-7073
Diretor: - Dr. Rodrigo Figueiredo
Email: - rfigueiredo@saudedafamilia.org
Secretária: - Andrea Ribeiro Pereira Lopes - 9 8381-6303
Email: - psmbalneario@saudedafamilia.org
Pronto Socorro Municipal Dona Maria Antonieta Ferreira Barros
Rua Antonio Felipe Filho, 180 – Grajaú
Telefone: - 5928-1837 - 5972-4881 - 5928-1837 - 5927-6337 - 5927-4938
Diretora: - Dra. Cíntia Fernandes da Silva
Email: - cfernandes@saudedafamilia.org
Secretária: Naine * Angelica
Email: - psmmariaantonieta@saudedafamilia.org
Pronto Socorro Municipal Dr. José Sylvio de Camargo – Santo Amaro
Avenida Adolfo Pinheiro, 805 - Santo Amaro
Telefone: - 5525-8700 (309) – 5525-8700 (310)
Diretor: - Dr. Alexandre Herculano de Carvalho Neto - 9 9982-2189
Email: - alexcarvalhoneto@hotmail.com
Secretário: - Elton – 7871-8021 - 9 9243 6130
Email: - psmsantoamaro@gmail.com
UPA Vila Santa Catarina
Rua Cidade de Bagdá, 529 – Vila Santa Catarina
Telefone: - 5677-6277 - 5679-0340
Diretor: - Carlos Alberto Eduardo Gomes
Email: - caegomes@prefeitura.sp.gov.br
Secretária: - Ana Rosa Ignácio
Email: - anaignacio@prefeitura.sp.gov.br
AMA Dr. Alípio Corrêa Netto
Alameda Rodrigo de Brum, 1989 - Ermelino Matarazzo
Telefone: - 3394 - 8038 - 3394 - 8207
Assistente Técnico: - Ednaide Rossi
Email: - amaermelinomatarazzo.adm@spdm-pais.org.br
AMA Prof. Waldomiro de Paula
Rua Augusto Carlos Baumann, 1074 - Itaquera

Telefone: - 3394 - 9024
Assistente Técnico: - Rosana Lopes de Almeida
Email: - amawaldomirodepaula.adm@spdm-pais.org.br
AMA Dr. José Soares Hungria
Avenida Menotti Laudisio, 100 - Pirituba
Telefone: - 3394 - 8737
Assistente Técnico: - Mariane C. G. Parra
Email: - amajosehungria.adm@spdm-pais.org.br
AMA Dr. Ignácio Proença de Gouvêa
Rua Juventus, 562 - Mooca
Telefone: - 3394 - 7828 - 3394-7843
Gerente: - Alex de Almeida Costa Partanian
Email: - alex.partanian@sas-seconci.org.br
Assistente Social: - Priscila Jurema
Email: - ama.ignacio@sas-seconci.org.br
AMA Dr. Cármino Caricchio
Avenida Celso Garcia, 4.815 - Tatuapé
Telefone: - 3394-7129
Assistente Técnico: - Simone Macedo Ferreira de Moraes
Email: - amacaricchiotatuape.adm@spdm-pais.org.br
AMA Dr. Alexandre Zaio
Rua Alves Maldonado, 128 - Vila Nhocuné
Telefone: - 3394 - 9277
Assistente Técnica: - Karla Regina Primo Duarte
Email: - amaalexandrezaio@gmail.com
Email: - amaalexandrezaio.adm@spdm-pais.org.br
AMA Dr. Arthur Ribeiro de Saboya
Rua Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro, 860 – Jabaquara
Telefone: - 3394 - 8385
Assistente Técnico: - Alex Ricardo de Camargo
Email: - amasaboya.adm@spdm-pais.org.br
UPA Campo Limpo
Estrada de Itapecerica, 1661 - Campo Limpo
Telefone: - 3394-7624 – 3394-7625
Gerente: - Mariangela Lieto - 9 9655-3654
Email: - upacampolimposp@gmail.com

De acordo com estudo comparativo entre o numero de casos notificados (fonte Sinan) e o numero de casos de internação com CID de Dengue realizadas, no período de 2001 a 2010, cerca de 7% (sete por cento) dos casos demandaram internação hospitalar em enfermarias. Dos casos de internação em enfermaria, cerca de 10% (dez por cento) demandaram internação em Unidade de Terapia Intensiva/UTI. Estudo das internações no país de 2001 a 2010 (fonte SIH/SUS) demonstrou que a média de permanência observada em leitos de enfermarias foi de 3,4 dias e nas Unidades de Terapia Intensiva foi

de 5 dias. Com isto, um leito de enfermaria pode receber em média 07 internações em 30 dias, praticando 90% de taxa de ocupação e o leito de UTI pode receber em média 06 internações em 30 dias. Sendo doença aguda, de rápida evolução e curta duração, o acesso aos leitos de pediatria, clínica médica e UTI deve ser garantido de forma rápida.

Assim, segue abaixo capacidade instalada nas unidades municipais:

LEITOS OPERACIONAIS

Denominação das Unidades Hospitalares			Leitos Operacionais		
			Jul/15	Ago/15	Set/15
Centro	IRSSL	HM Infantil Menino Jesus	51,4	50,0	53,5
Oeste	AHM	HM Mario Degni - Jd. Sarah	62,4	64,4	62,8
Leste	AHM	HM Alipio Corrêa Netto - Ermelino Matarazzo	275,0	274,4	275,5
	CSSM	HM Carmen Prudente - Cidade Tiradentes	274,0	273,0	274,0
	AHM	HM Tide Setubal	169,3	160,1	160,7
	AHM	HM Waldomiro de Paula - Planalto	176,0	180,3	177,4
Norte	AHM	HM José Soares Hungria - Pirituba	104,9	111,2	108,0
	AHM	HM Mário de Moraes A. Silva - V. Nova Cachoeirinha	168,0	170,9	172,1
	ISCMSP	HM São Luiz Gonzaga	175,5	171,5	171,0
	SPDM	HM Vereador José Storópolli - Vila Maria	184,5	184,3	184,4
Sudeste	AHM	HM Alexandre Zaio - V Nhocuné	42,0	42,0	42,0
	AHM	HM Arthur Ribeiro de Saboya - Jabaquara	183,2	179,8	177,6
	AHM	HM Benedicto Montenegro - Jd. Iva	52,2	50,0	47,5
	AHM	HM Carmino Caricchio - Tatuapé	320,4	345,9	323,7
	AHM	HM Ignácio Proença de Gouvêa - João XXIII	104,5	103,0	103,0
Sul	AHM	HM Fernando Mauro P. da Rocha - Campo Limpo	225,6	234,1	223,4
	CEJAM	HM Moyses Deutsch - M' Boi Mirim	246,0	240,0	240,0
Média			2.814,8	2.834,9	2.796,5

**LEITOS OPERACIONAIS DE UTI ADULTO E PEDIÁTRICO
DOS HOSPITAIS MUNICIPAIS**

UNIDADE	Nº LEITOS OPERACIONAIS UTI ADULTO	Nº LEITOS OPERACIONAIS UTI PEDIÁTRICO	OBSERVAÇÃO
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE PROF. MARIO DEGNI	4	5	2 semi intensiva
HOSPITAL MUNICIPAL FERNANDO MAURO PIRES ROCHA (CAMPO LIMPO)	19	16	
HOSPITAL MUNICIPAL ALIPIO CORREA NETO	10	6	8 neonatal
HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETUBAL	7	0	8 semi intensiva
HOSPITAL MUNICIPAL WALDOMIRO DE PAULA	6	0	6 semi intensiva 6 neonatal
HOSPITAL MUNICIPAL Dr. IGNÁCIO PRENÇA DE GOUVEIA (MOOCA)	7	0	5 semi intensiva
HOSPITAL MUNICIPAL DR. CARMINO CARICCHIO	30	10	10 neonatal +4 queimados
HOSP MUN CACHOEIRINHAMARIO DE MORAES A SILVA	7	0	
HOSP MUN INF MENINO JESUS	0	10	
HOSP MUN VER JOSE STOROPOLLI	10	5	
HOSPITAL SAO LUIZ GONZAGA	0	0	
HOSPITAL MUNICIPAL JOSE SOARES HUNGRIA (PIRITUBA)	7	0	
HOSPITAL MUNICIPAL ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA	6	12	
HOSP MUN CIDADE TIRADENTES (OSS SANTA MARCELINA)	13	11	10 neonatal
HOSP MUN DR. MOYSES DEUTSCH	18	10	10 neonatal

Esta AHM adotou como estratégia envolver os gerentes na construção do plano específico de cada unidade considerando que cada uma tem as suas peculiaridades.

Será enviado roteiro (**ANEXO 11**) para que cada unidade monte o seu plano de contingência da Dengue ressaltando que as unidades hospitalares irão elaborar o plano de contingência de Dengue integrado com o AMA hospitalar.

OBS: As unidades serão alertadas de que a abordagem do paciente e a classificação do caso exigem tecnologias de cuidado que envolvem a investigação clínica e /ou laboratorial presentes em todas elas havendo necessidade portanto, da organização dos serviços para este fim.

Será dado acesso aos fluxogramas aos serviços de saúde da AHM e a capacitação de profissionais de forma universal de modo a garantir uma correta abordagem clínica. O acesso aos insumos, aos exames complementares de patologia clínica, a hidratação precoce em volume e vias adequados para a classificação clínica, o reconhecimento oportuno dos sinais de alarme, a garantia do acompanhamento do usuário nas horas e dias subsequentes ao primeiro atendimento e as orientações aos pacientes devem ser prioridade a fim de garantir a boa evolução dos casos classificados como grupo A e B e evitar a evolução para os grupos C e D.

Para os casos classificados como grupo C e D são exigidos esforços de organização de serviços de maior complexidade e custo, podendo demandar articulação com outros níveis de atenção, incluindo serviços não próprios da administração pública e portanto, a AHM irá trabalhar na garantia de acesso, acompanhamento do paciente e qualidade de atenção.

O Departamento de Gestão da Assistência analisará os planos de todas as unidades, consolidará as necessidades apontadas pelas mesmas e irá em busca de recursos para viabilizar os planos. E durante todo o período pré e pós epidemia realizará o monitoramento das unidades.

Concomitante à elaboração do plano, serão viabilizadas **capacitações** de multiplicadores que serão organizadas pelas Coordenadorias Regionais de Saúde. O representante de cada unidade deverá passar os conhecimentos adquiridos aos demais profissionais da unidade sendo que o método para as capacitações locais será definido pelo gerente de cada unidade sendo necessária a comprovação de presença de todos, sejam plantonistas ou diaristas. Outrossim, será encaminhado para os gerentes, link disponibilizado pelo MS de manejo clínico do paciente para auxiliar no atendimento dos casos, sanando dúvidas.

A AHM irá acompanhar e monitorar as capacitações através de planilha a ser enviada por cada unidade das capacitações realizadas bem como através de visitas às unidades.

1- Suporte Administrativo

Com relação as necessidades de RH, insumos, equipamentos, exames, adequações, etc a AHM em conjunto com a SMS irá estudar meios de viabilizar os planos e em eventual impossibilidade, irá estudar em conjunto com os gerentes, ações alternativas.

2- Monitoramento

Referente ao **monitoramento**, cada unidade deverá enviar os casos notificados sendo a periodicidade semanal até Janeiro'2016 e após, diariamente através do mail: **SMS – AHM – DEGAS@prefeitura.sp.gov.br** (atenção aos espaços), AHM irá acompanhar o número de casos de cada unidade e sendo identificando aumento expressivo de casos de determinada unidade, em conjunto com o gerente decidirá pela implantação ou não do plano de contingência da mesma.

Ao final do período, cada unidade deverá elaborar um relatório técnico informando sobre o número de casos notificados/unidade, a complexidade, confirmação do diagnóstico e a evolução de cada caso a ser enviado para a SUVIS para acompanhamento dos casos. Deverá conter também, informações dos problemas e dificuldades enfrentadas durante a epidemia a fim de nortear os novos planos.

Anexos



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

ANEXO 1 – Portaria nº 2286/2014

18 – São Paulo, 59 (207) **Diário Oficial da Cidade de São Paulo** quarta- feira, 5 de novembro de 2014

SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

PORTARIA Nº 2286/2014-SMS.G

O Secretário Municipal de Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei, e

CONSIDERANDO:

- a necessidade de estabelecer estratégias para enfrentamento da Dengue na cidade de São Paulo;
- a relevância da identificação precoce da transmissão autóctone da Febre de Chikungunya para adoção das medidas de prevenção e controle da doença;
- a necessidade de assegurar o recebimento de informações sobre esses agravos, em tempo hábil, para promover a realização oportuna das ações de controle do vetor Aedes;
- o disposto na Portaria Federal nº 1.271, de 6 de junho de 2014, do Ministério da Saúde, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde, públicos e privados, em todo o território nacional;
- o artigo 70 da Lei Municipal nº 13.725/04, que estabelece que as doenças e agravos de notificação compulsória, no âmbito do Município, serão definidas mediante normas técnicas específicas, em consonância com o estabelecido na legislação federal, estadual e municipal;

RESOLVE:

Art. 1º. Todos os casos suspeitos de Dengue ou de Febre de Chikungunya atendidos pelos serviços de saúde, públicos ou privados, localizados no território da cidade de São Paulo, passam a ser de notificação compulsória imediata aos Serviços de Vigilância em Saúde municipais.

Parágrafo Único. Para efeito do disposto no caput deste artigo, notificação compulsória imediata é aquela realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir da suspeita da ocorrência da doença pelo profissional de saúde.

Art. 2º. As notificações dos casos suspeitos das doenças referidas no artigo 1º devem ser enviadas à Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) da área de abrangência do serviço de segunda a sexta feira e, ao CIEVS/COVISA, nos sábados, domingos e feriados.

Art. 3º. As notificações devem ser realizadas utilizando o instrumento Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE) ou outro definido pela Coordenação de Vigilância em Saúde.

Art. 4º. A notificação deve ser feita o mais rápido possível, dentro do prazo estabelecido no artigo 1º, preferencialmente por meio do envio da FIE, em formato digital, através de correio eletrônico ao serviço de vigilância em saúde.

Parágrafo Único. Na impossibilidade de efetuar a notificação por correio eletrônico, a autoridade sanitária deverá ser notificada via fax, telefone ou pessoalmente.

Art. 5º. Os instrumentos preconizados e os endereços dos serviços de vigilância em saúde serão disponibilizados no site institucional da Coordenação de Vigilância em Saúde.

Art. 6º. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS GRAVES E ÓBITOS

DATA: _____

AGRAVO(S): _____ SINAN(S): _____

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____

Unidade Notificante: _____

SUVIS de notificação: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Distrito administrativo: _____ Telefone: _____

SUVIS de residência: _____ Telefone: _____

Data 1º sintomas: _____ Situação de risco: _____

História Resumida :

Prova do Laço: positiva negativa

Petéquias/Equimoses: sim não

Sangramentos: sim não

Teve sangramento pulmonar visível? não sim pela cânula de entubação.

Dispnéia importante sim não

Internação (se positivo, local com data): _____

Atendimento anterior (local, data e conduta) _____

Principais exames:

Exame / Data					
Hemácias					
HB					
HT					
Leucócitos					
MIELOB					
PROMIEL					
MIELOCITOS					
NEUTROF					
METAMIEL					
BASTÕES					
SEGMENTADOS					
EOSINÓ					
BASOF					
LINF TÍPICOS					
LINF ATÍPICOS					
MONÓCITOS					
PLAQUETAS					
Liquor					
GLICOSE					



Caso suspeito de DENGUE : Pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Aedes aegypti*, que apresenta febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresenta duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.
Também pode ser considerado caso suspeito, toda **criança** proveniente ou residente em áreas com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 e 7 dias, e sem foco de infecção aparente

Unidade de Atendimento: sempre realizar Classificação de Risco

<p>GRUPO A: ✓ Ausência de sinais de alarme. ✓ Prova do laço negativo e ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas. ✓ Sem comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais.</p>	<p>UBS, AMA UPA</p>	<p>ATENDIMENTO DE ACORDO COM O HORÁRIO DE CHEGADA</p>
<p>GRUPO B: Ausência de sinais de alarme. Com sangramento de pele espontâneo (petéquias) ou induzido (prova do laço +). Condições clínicas especiais: lactentes (menores de 2 anos), gestantes, maiores de 65 anos, Comorbidades: com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpuras), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças auto-imunes. Risco social</p>	<p>AMA UPA</p>	<p>PRIORIDADE NÃO-URGENTE</p>
<p>GRUPO C: Presença de algum sinal de alarme (dor abdominal intensa e contínua; vômitos persistentes; hipotensão postural e/ou lipotímia; hepatomegalia dolorosa; sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena); sonolência e/ou irritabilidade; diminuição da diurese; diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia; aumento repentino do hematócrito; queda abrupta de plaquetas; desconforto respiratório. Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes.</p>	<p>PS HOSPITAL</p>	<p>URGÊNCIA, ATENDIMENTO O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL.</p>
<p>GRUPO D: Presença de sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos (choque; pressão arterial convergente (PA diferencial \leq 20 mmHg); extremidades frias, cianose; pulso rápido e fino; enchimento capilar lento (> 2 segundos) ; hipotensão arterial). Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes</p>	<p>UT I</p>	<p>EMERGÊNCIA, PACIENTE COM NECESSIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO</p>



1 - Crianças:

- Orientar hidratação no domicílio, de forma precoce e abundante, com soro de reidratação oral (um terço das necessidades basais), **oferecido com frequência sistemática, independentemente da vontade da criança;**
- completar a hidratação oral com líquidos caseiros, tais como água, sucos de frutas naturais, chás e água de coco;
- evitar uso de refrigerantes e alimentos como beterraba e açaí;
- **para crianças <2 anos - oferecer 50-100 ml (¼ a ½ copo) de cada vez;**
- **para crianças >2 anos - oferecer 100-200 ml (½ a 1 copo) de cada vez.**

2 - Adultos:

- **80 ml/kg/dia**, sendo **1/3 com solução de reidratação oral** e no início com volume maior
- para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco etc.), utilizando-se os meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente.
- especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para um adulto de 70 kg, orientar 80 ml/kg/dia 5,6 – 6,0L:
 - ✓ período da manhã: 1L de SRO e 2L de líquidos caseiros.
 - ✓ período da tarde: 0,5 L de SRO e 1,5L de líquidos caseiros.
 - ✓ período da noite: 0,5L de SRO e 0,5L de líquidos caseiros.
- a alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, mas administrada de acordo com a aceitação do paciente.

Tabela com cálculo de volume para Hidratação Oral

PESO	TOTAL DE LÍQUIDOS	SORO DE REHIDRATAÇÃO ORAL	OUTROS LÍQUIDOS
40	3200	1100	2100
45	3600	1200	2400
50	4000	1400	2600
55	4400	1500	2900
60	4800	1600	3200
65	5200	1800	3400
70	5600	1900	3700
75	6000	2000	4000
80	6400	2200	4200
85	6800	2300	4500
90	7200	2400	4800
95	7600	2600	5000

Fonte: Dengue : diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 4. ed.



Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores/GCCZ

ANEXO 6

INFORME TÉCNICO DEZEMBRO/2015/LabZoo

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE DENGUE

1 - ENTREGA DAS AMOSTRAS:

- **Horário: 8:00 – 15:00 hs**
- **Local:** Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores (**LabZoo**) –
Centro de Controle de Zoonoses (**CCZ**)
Rua Santa Eulália, 86 – Santana –SP - CEP 02031-020
Fone: 3397-8945
Fone/Fax: 3397-8997

2 - AMOSTRA:

- **IDENTIFICAR O TUBO DA AMOSTRA COM O NOME DO PACIENTE E NÚMERO DO SINAN;**

Obs: Encontra-se em fase de implantação no LabZoo um sistema de gerenciamento laboratorial, que ocasionará, em breve, mudanças na identificação do material. Serão encaminhados Informes Técnicos (via SUVIS) com as orientações e prazos para o início do novo sistema, no decorrer do ano.
- Colher no mínimo 5 ml de sangue em tubo com gel separador;



Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores/GCCZ

- Após a coleta deixar o tubo na posição vertical por aproximadamente 30 minutos para ocorrer à retração do coágulo;
- **Se for centrifugar**, o soro obtido deve ser separado e acondicionado em tubo ou frasco adequado, rotulado com o nome do paciente e número do SINAN ou mantido no tubo original caso contenha gel separador e armazenado em geladeira (2 a 8°C) até o envio ao laboratório, no máximo em 1 dia útil.
- **Se não for possível centrifugar**, após a retração do coágulo, manter o tubo de amostra na geladeira (2 a 8°C).
- Transporte: as amostras deverão ser transportadas na posição vertical, dentro do Flyer do CCZ em **caixa térmica** com **gelo reciclável**;
- As fichas SINAN e/ou SADT devem ser organizadas e transportadas em pasta ou malote (**NÃO COLOCAR DENTRO DA CAIXA TÉRMICA COM AS AMOSTRAS**).
- Tempo de envio da amostra: do momento da coleta até o laboratório (LabZoo) = **1 dia útil**.

No máximo 72 HORAS para coletas realizadas no final de semana e feriado (total 3 dias).



Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores/GCCZ

3 - DATA DA COLETA:

As amostras colhidas:

- Até o **3º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS** – Serão submetidas ao Teste de detecção de NS1.

Teste realizado para as unidades sentinelas, casos graves, óbitos e de acordo com os fluxogramas do Plano de Contingência da Dengue do Município de São Paulo 2015/2016.

OU

- Após o **6º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS**. - Serão submetidas ao Teste ELISA de captura de anticorpos IgM.

OBSERVAÇÃO: Para amostras **NS1 Não Reagentes** será solicitada a coleta da 2º amostra, colhida após o **6º DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS**, para a realização do ELISA de captura de anticorpos IgM.

RESUMO ESQUEMÁTICO

DENGUE				
Dias de sintomas	Exame realizado	Material para coleta	Conservação e transporte	Prazo de envio ao Laboratório
0 a 3º dia	ELISA NS1	5 ml de sangue em tubo com gel separador ou 2 ml de soro	Geladeira (2 a 8°C) / caixa térmica com gelo reciclável	1 dia útil
4 e 5º dia	Agendar o paciente para retornar no 6º dia de sintomas			
A partir do 6º dia	ELISA de Captura de IgM	5 ml de sangue em tubo com gel separador ou 2 ml de soro	Geladeira (2 a 8°C) / caixa térmica com gelo reciclável	1 dia útil

4 - FICHA PARA SOLICITAÇÃO DA SOROLOGIA PARA DENGUE:



Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores/GCCZ

FICHA DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

- Orientação no preenchimento: **letra legível, nome completo do paciente, data de nascimento, data do início dos sintomas, data da coleta, e nome completo da unidade requisitante.**

5 – FLUXO ENTRE LABORATÓRIO E UNIDADES DE SAÚDE

- As Caixas de Transporte de amostras devem ser identificadas com: **Nome do Laboratório Responsável pelo Transporte e Identificação da ROTA.** Cada Rota tem duas pastas ou malotes correspondentes, uma pasta com pedidos médicos entregue juntamente com as amostras e outra que é devolvida ao motorista do Laboratório Contratado com os laudos de resultados da rotina anterior;
- Na capa de cada Malote ou Pasta deve constar: **Nome do Laboratório Responsável pelo Transporte, Identificação da ROTA, Lista de todas as unidades de saúde, postos de saúde, centro de saúde, hospitais e pronto socorro da respectiva ROTA;**
- **O Funcionário da Unidade** coloca as amostras dentro do Flyer do CCZ e coloca o Flyer, no momento da retirada dos exames, dentro da Caixa de Transporte de amostras do CCZ, fornecida pelo motorista do Laboratório Contratado;
- As requisições (fichas do SINAN) devem ser colocadas, pelo **Funcionário da Unidade,** dentro do malote ou pasta de exames do CCZ fornecida pelo motorista do Laboratório



Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores/GCCZ

Contratado, no momento da retirada dos exames **(NÃO COLOCAR AS FICHAS DENTRO DA CAIXA DE TRANSPORTE DE AMOSTRA)**;

- A Caixa de Transporte com as amostras e o Malote ou Pasta, contendo as requisições, serão transportadas pelo motorista até o local determinado pelo Laboratório Contratado **onde todas** as caixas de **todas as rotas** serão colocadas em um único carro, transportadas pelo motorista do Laboratório Contratado e entregues na Recepção do Laboratório do CCZ;
- O Funcionário do Laboratório do CCZ recebe o material e as requisições (fichas do SINAN) dentro das pastas ou malotes;
- O Funcionário do Laboratório entrega as **OUTRAS** pastas ou malotes com os resultados de exames do CCZ da rotina anterior para o motorista do Laboratório Contratado para ser entregue na Unidade de Saúde e devolve as caixas de transporte de amostras de **todas as rotas** após retirar as amostras.

6 – AMOSTRAS QUE NÃO ATENDEM CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO:

As amostras e pedidos de exames não realizados no LabZoo, os pedidos médicos sem amostra e as amostras sem pedidos médicos serão notificadas para as coordenadorias de saúde semanalmente com as instruções pertinentes. A periodicidade da notificação poderá sofrer alterações no período de alta demanda.



Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores/GCCZ

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Prazo de liberação dos resultados: 5 dias úteis e 10 dias úteis no período de alta demanda;
- No caso de Ficha SINAN com datas incompletas a amostra será processada na rotina de ELISA IgM. **Não aceitaremos informação posterior com a data correta, somente em caso de óbito ou caso grave oficializado por email pela SUVIS;**
- Os hospitais deverão encaminhar as amostras **centrifugadas e soradas**, os tubos identificados com nome legível do paciente, SINAN e numerados sequencialmente, em conjunto com a ficha;
- Quando houver divergência de unidade de saúde entre a ficha SINAN e a SADT o cadastro será feito de acordo com a ficha SADT.

ENDEREÇOS PARA CONTATO:

Equipe Técnica:

Thirsa A. F. Bessa – tfranco@prefeitura.sp.gov.br

Erica G. B. Chapola – erica@prefeitura.sp.gov.br

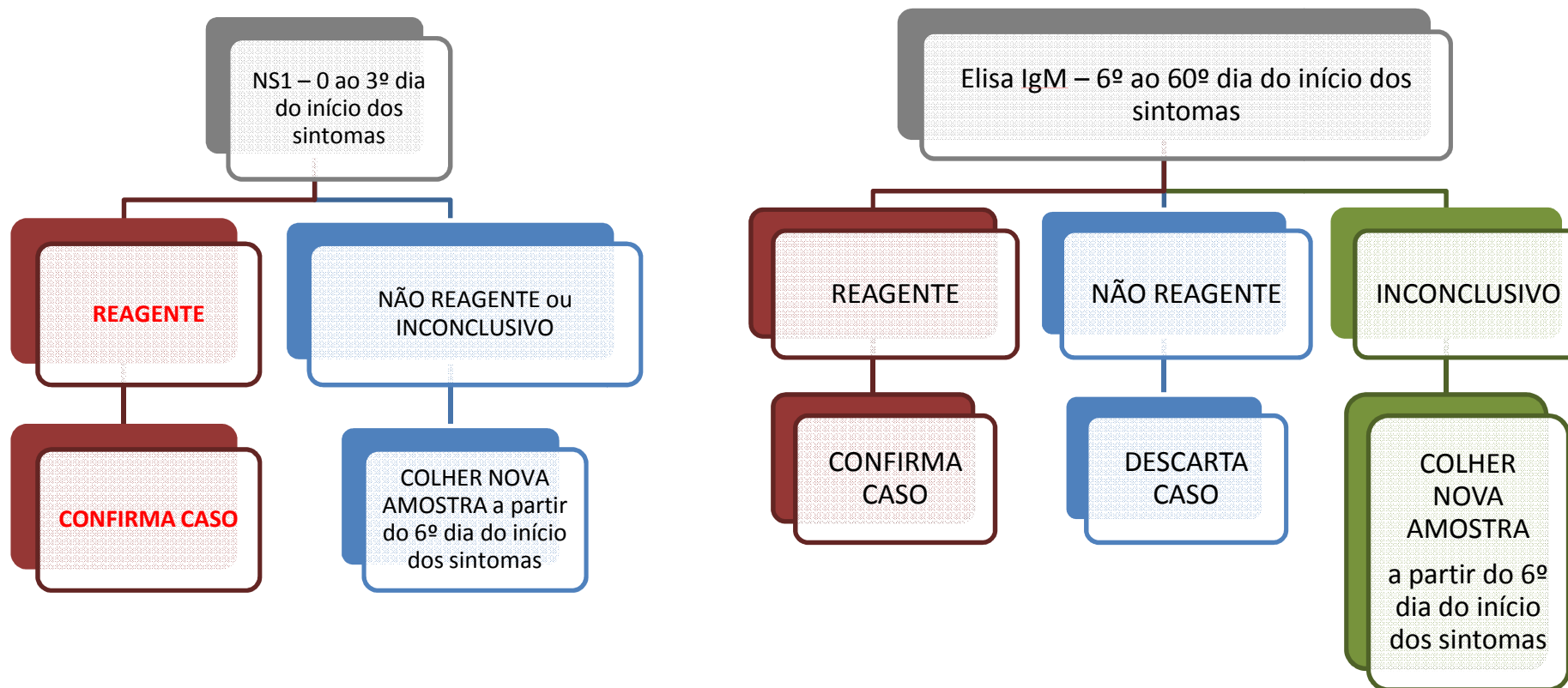
Luciano M. de Oliveira – lucianomarcoliveira@prefeitura.sp.gov.br

Sumire Hibi – shibi@prefeitura.sp.gov.br

Subgerente do LabZoo:

Ana Paula de A. G. Kataoka – aqkataoka@prefeitura.sp.gov.br

ANEXO 7 – Encerramento de casos suspeitos de dengue por critério laboratorial – NS1 e Elisa IgM (para DA que não entrou em emergência)



1 - Para todos os casos graves internados e em caso de óbito coletar amostras independente do início dos sintomas.(Amostras para exames laboratoriais específicos para dengue devem ser coletadas, independentemente da data do inicio dos sintomas, para todos os casos graves internados e em caso de óbito.)

2 - Em todo caso de óbito suspeito de dengue, a amostra deve ser enviada para o Instituto Adolfo Lutz.



CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DENGUE

Nome do paciente:	Idade:
Endereço:	
Nome da Unidade de Atendimento:	



Para mais informações acesse
prefeitura.sp.gov.br/covisa
ou ligue 156



**PODE SER
DENGUE
GRAVE.**

Atenção para os Sinais de Alarme:

- Dor abdominal intensa e contínua;
- Vômitos persistentes;
- Queda abrupta na temperatura do corpo;
- Sangramentos;
- Agitação ou sonolência;
- Choro persistente em crianças;
- Tontura ou desmaio;
- Pele fria e pálida;
- Dificuldade de respirar;
- Diminuição da quantidade de urina.

Esses sintomas podem aparecer a partir do 3º dia da doença e indicar.
Se você apresentar um deles, procure o serviço de saúde imediatamente!

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde.



ANEXO 10 - Unidades Sentinela para coleta de NS1/DENGUE - MSP

CRS	SUVIS	NOME DA UNIDADE	ENDEREÇO	TELEFONE	E-MAIL	RESPONSÁVEL
Sudeste	Mooca/ Aricanduva	AMA Tatuapé	Rua Síria, 95	3394-7129	amacaricchiotatuape.adm@spdm-pais.org.br	Simone Macedo Ferreira de Morais
	Ipiranga	AMA Parque Bristol	Rua Francois de Bunel 194	2264-9357	amapqbristol.adm@spdm-pais.org.br	Maria Julia Fragoso
	Vila Mariana/ Jabaquara	AMA Cupecê	Av. Sta. Catarina, 1523 - Fundos	5678-5482	amacupece.adm@spdm-pais.org.br	Maristela Romão Agarie
	Penha	AMA Dr. José Pires - Eng. Goulart	Rua Augusto Correia Leite, 538	2038-1626	amaenggoulart.adm@spdm-pais.org.br	Patricia da Mota Tomiatti
	Vila Prudente	AMA Vila California	Pça Conde São Januario, 91	2912-9879	ama.california@sas-seconci.gov.br	Aline Couto Borges
Leste	Ermelino Matarazzo	AMA Matheus Sant' Maria (Jd Popular)	Rua Jaime Torres, 679	2685-0439	ubs.jdpopular@sas-seconci.org.br	Lislen Teobaldo
	São Miguel	UBS Parque Paulistano	Rua Silveira Pires, 265	3678-7309 3678-7310	ubspgpaulistano@saude.prefeitura.sp.gov.br	Noemi de Lima Cavalcante
	Guaianases	UBS Vila Chabilândia	Estrada do Lajaedo Velho, 76	2552-5015 2557-9571	ubschabilandia@gmail.com	Camila Santos Toledo da Silva
	Itaim Paulista	Ama Jd. das Oliveiras	Rua José da Cruz Camargo, nº 174	2568-5818	amajdoliveiras@saude.prefeitura.sp.gov.br / amaoliveiras@aps.santamarcelina.org	Andréia
	Itaquera	AMA Waldomiro de Paula	Rua Augusto Carlos Baumann, 1074	(11) 3394-9025	amawaldomirodepaula-adm@spdm.paes.org.br	Kelly Cristina
	São Mateus	PA São Mateus	Rua Maestro João Balan Nº 80	2919-6018	dshimomoto@prefeitura.sp.gov.br	Dirce Akemi Shimomoto
	Cidade Tiradentes	Hospital Municipal Cidade Tiradentes	Av. dos Metalúrgicos, 1797	2282-6200	scih@oss.santamarcelina.org	Patrícia
Oeste	Butantã	UBS Paulo VI	Av. Vaticano, 69 cep 05569-120	3782-8595	ubs.paulovi.vigilancia@pro.fm.usp.br	Ana Carolina
	Lapa/ Pinheiros	AMA Vila Nova Jaguaré	Rua Salatiel de Campos, 222	3768-1527 3714-2461		Tania Maria Guedes/ Fabiane do Prado Molon Moura
Centro	Sé/ Santa Cecília	AMA Sé	Rua Frederico Alvarenga 259	31018833 31018841	amase.stsse@gmail.com	Ana Altschuller Zimerman
Sul	Santo Amaro/ C. Ademar	AMA V. Missionária	Rua Rainha das Missões, 515	56169636	missionaria.ama@osacsc.org.br	Regina Lobello da Silva
	Campo Limpo	AMA Jardim Pirajussara	Av. Amadeo da Silva Samelo, 423	5842-1657 5844-7937	amapirajussara@gmail.com	Jimena Barriviera
	Capela do Socorro	Hospital Geral do Grajaú	Rua Francisco Octavio Pacca, 180	(11) 3544-9444	scih@hgg.org.br	Dra Jocelene Pereira
	M' Boi Mirim	AMA UARS Jardim Angela	Estrada do Guavirituba, 49 Jd. Sta Lucia	58315665 58317940	uars@oscejam.or.br	Katia Lago de Franca Collaço
	Parelheiros	AMA Parelheiros	Rua Mario Trape, 100	(11) 59215361	amaparelheiros@saudedafamilia.org.br	Gerente Flavio
Norte	Cachoeirinha	AMA Jardim Peri	Av. Peri Ronchetti, 914	2231-1822	amajdperi.adm@spdm-pais.org.br	Silvana A. F. Flauzino
	Freguesia/ Brasilândia	AMA Jd Elisa Maria	Romulo Naldi, 57	39810967 39810951	amaelisameria@saudedafamilia.org	Ana Paula Silva de Souza Valentin
	Vila Maria	Ama Jardim Brasil	Rua Francisco Peixoto Bezerra, 400	(11) 3478-8867	amajdbrasil@prefeitura.sp.gov.br	Enf Daniela/ Francisca
	Perus/ Pirituba	AMA Elísio Teixeira Leite	Rua João Amado Coutinho, 400, Jaraguá	3972-0888	amaelisioteixeiraleite.adm@spdm-pais.org.br	Fabiane Fávero
	Santana	AMA Wamberto Dias da Costa	Rua Paulo Cesar, 60	22039305	amawambertodiasdacosta.adm@spdm-pais.org.br	
	Jaçanã	AMA Joamar	Rua Aduino Bezerra Delgado, 230	2991-5308 2994-3784	amajdjoamar.adm@spdm-pais.org.br	Gerente Debora

ANEXO 11

ROTEIRO PARA O PLANO DE CONTINGÊNCIA DA DENGUE:

1- ACOLHIMENTO (Antes da classificação de risco)

Definir como será o acolhimento do paciente com suspeita de dengue na unidade

- 1.1) Profissional de saúde que será responsável pelo acolhimento
- 1.2) Local onde será feito o acolhimento
- 1.3) Período de funcionamento do acolhimento
- 1.4) Fluxo de abertura da BE (acolhimento – classificação com abertura de BE e prova do laço – complementação da BE – consulta médica)

2- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DENGUE

- 2.1) Local onde será realizada a classificação de risco (separada dos pacientes com suspeita de dengue)
- 2.2) Profissionais que farão a classificação de risco dengue
- 2.3) Area física a ser disponibilizada
- 2.4) Recursos necessários para classificação separada dos pacientes com suspeita de dengue
- 2.5) Organização dos fluxos para garantir a classificação separada dos pacientes de dengue
- 2.6) Fluxo para o paciente passar na consulta médica
- 2.7) Fluxo para encaminhamento dos pacientes com suspeita de dengue com sinais de alarme
- 2.8.) Fluxo para hidratação dos pacientes com suspeita de dengue após classificação de risco?

3- CONSULTA MÉDICA

Suspeita de Dengue
 Febre com duração máxima de 07 dias mais pelo menos dois sintomas (cefaleia, dor retrorbitária, exantema, prostração, mialgia, artralgia).
Pesquisar data de início de sintomas / História epidemiológica compatível
 *** **Notificar todo caso suspeito de dengue**

Tem Sinal de Alarme e/ou Sinal de Choque?

Sinais de Alarme

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Hipotensão postural e/ou lipotímia
- Hepatomegalia dolorosa
- Sangramento de mucosas
- Hemorragia importantes (hematêmese e/ou melena)
- Sonolência e/ou irritabilidade
- Diminuição da diurese
- Hipotermia
- Aumento repentino de hematócrito
- Queda abrupta de plaquetas
- Desconforto respiratório

Sinais de Choque

- Hipotensão arterial
- Pressão arterial convergente (PA diferencial < 20 mmHg)
- Choque
- Pulso rápido e fino
- Enchimento capilar lento (> 2 segundos)

NÃO

SIM

Pesquisar sangramento de pele espontâneo, Prova do Laço +, condição clínica especial, risco social ou comorbidades

Pesquisar Sinal de Alarme

Pesquisar Sinal de Choque

NÃO

SIM

Grupo A
 Sem sangramento espontâneo ou induzido (prova do laço negativa), sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades

Grupo B
 Com sangramento de pele espontâneo ou induzido (prova do laço +), ou condição clínica especial ou risco social ou comorbidades e sem sinal de alarme.

Grupo C
 Presença de algum sinal de alarme. Manifestação hemorrágica presente ou ausente

Grupo D
 Com sinais de choque. Desconforto respiratório; hemorragia grave; disfunção grave de órgãos. Manifestação hemorrágica presente ou ausente.

Iniciar hidratação dos pacientes de imediato de acordo com a classificação, enquanto aguarda exames laboratoriais. Hidratação oral para pacientes do Grupo A e B enquanto aguarda avaliação médica.

Acompanhamento Ambulatorial

Acompanhamento Em observação até resultado de exames

Acompanhamento Leito de internação por um período mínimo de 48h

Acompanhamento Leito de terapia intensiva

Com base no fluxograma acima, informar como serão os fluxos para consulta médica:

- 3.1) Número de consultórios exclusivos para atendimento de pacientes com dengue
- 3.2) Número de médicos envolvidos
- 3.3) Fluxo para encaminhamento dos pacientes para procedimentos. (realização de exames, medicação, hidratação, retorno médico)
- 3.4) Definição do responsável pelo preenchimento da ficha de notificação compulsória e do cartão Dengue, em que momento do atendimento
- 3.5) De acordo com o preconizado pelo manual de **Diretrizes para organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue** do MS, definir o fluxo para encaminhamento do paciente com suspeita de dengue, com suspeita de dengue com sinais de alarme e pacientes com dengue grave?

Classificação dos casos:

1 - Caso suspeito: Pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Aedes aegypti*, que apresenta febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresenta duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito, toda criança proveniente ou residente em áreas com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 e 7 dias, e sem foco de infecção aparente.

2 - Caso suspeito com sinais de alarme: É todo caso que, no período de defervescência da febre, apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme:

- dor abdominal intensa e contínua, ou dor à palpação do abdome
- vômitos persistentes
- acúmulo de líquidos (ascites, derrame pleural, pericárdio)
- sangramento de mucosas
- letargia ou irritabilidade
- hipotensão postural (lipotímia)
- hepatomegalia > 2cm
- aumento progressivo do hematócrito

3 – Caso de dengue grave: é todo caso que apresenta um ou mais dos seguintes resultados:

- choque devido extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou > a 3 seg, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente ≤ 20 mmHg; hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória
- sangramento grave
- comprometimento grave de órgãos (dano hepático importante – AST ou ALT > 1000, sistema nervoso central, coração (miocardite) e outros.

3.7) Unidades de referência

3.8) Fluxo para pacientes que necessitarem retornar para a unidade para monitoramento, isto é para realização de novos exames e /ou consulta médica

3.9) Fluxo para entrega dos resultados das sorologias, quando realizado

4- PLANO DE CAPACITAÇÃO

- 4.1) Plano de capacitação dos profissionais da unidade
- 4.2) Responsável pelas capacitações
- 4.3) Quais e quantos profissionais serão capacitados

5- NOTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO

5.1.) Quem fará a notificação dos casos suspeitos na unidade?

5.2.) Como será o fluxo das notificações?

5.3) Como será o fluxo de monitoramento diário?

5.4.) Quem fará a estatística diária a ser encaminhada à AHM?

Obs: Este encaminhamento deverá ser diário, no e-mail

SMS – AHM – DEGAS@prefeitura.sp.gov.br até as 12:00 horas do dia subsequente.

5.5.) Quem fará o monitoramento do plano de contingência na unidade?

5.6.) Qual o nome dos integrantes do Comitê de Dengue local?

OBS: Lembrando que a dengue é de notificação compulsória na suspeita, e as notificações precisam ser enviadas diariamente para a SUVIS de sua referência (relação e endereço através do site:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/suvis/index.php?p=4397)