



COMPONENTE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

2023 - Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte e que ela não seja comercializada. A responsabilidade pelos direitos autorais desta obra é SMS – SP. A obra pode ser acessada em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/

Prefeito do Município de São Paulo

Ricardo Nunes

Secretário Municipal da Saúde

Luiz Carlos Zamarco

Secretário- Adjunto Municipal da Saúde

Maurício Serpa

Secretária Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde

Sandra Sabino Fonseca

Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Luiz Artur Vieira Caldeira

Coordenadoria da Atenção Básica

Giselle Cacherik

Secretaria-Executiva de Atenção Hospitalar

Marilande Marcolin



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica,
Especialidades e
Vigilância em Saúde



Equipe Técnica de Elaboração e Revisão Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Secretaria-Executiva De Atenção Básica, Especialidades E Vigilância Em Saúde

Sandra Maria Sabino Fonseca

Coordenadoria De Vigilância Em Saúde

Luiz Artur Vieira Caldeira

Melissa Palmieri

Eduardo de Masi

Juliana Almeida Nunes

Carolina Scarpa Carneiro

Mariana De Souza Araújo

Luiz Carlos Barbosa Alves

Gladyston Carlos Vasconcelos Costa

Coordenadoria De Atenção Básica

Giselle Cacherik

Silvana Kamehama

Selma Anequini Costa

Felipe Tadeu Carvalho Santos

Fabiana Erica Vilanova da Silva

Claudia Campos de Almeida

Maria Elizabet Pereira de Siqueira

Aline Laís Nicolodelli

Secretaria-Executiva De Atenção Hospitalar

Marilande Marcolin

Coordenadoria De Assistência Hospitalar

Flavia Maria Porto Terzian

Paula Bisordi Ferreira

Assessoria De Comunicação

Adriana Alves

Maria De Fátima Pereira De Brito

Projeto gráfico e diagramação

Isadora Pato Abad Barbosa



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



SUMÁRIO

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	1
1. Suspeita e Notificação de Casos de Arboviroses.....	1
2. Investigação de Casos de Arboviroses.....	7
3. Investigação de Casos Graves/Óbitos e de Casos Suspeitos de Doença Aguda pelo Vírus Zika em Gestante, Febre Amarela e Doença Neuroinvasiva por Arboviroses.....	9
4. Definição do Local Provável de Infecção (LPI).....	10
5. Busca Ativa (BA) de Casos Secundários.....	10
6. Diagnóstico laboratorial específico.....	11
7. Critérios para Encerramento de Casos de Arboviroses.....	12
8. Orientações e Protocolos para Atendimento e Manejo Clínico do Paciente Suspeito de Arboviroses.....	13
9. Vigilância Epidemiológica de Epizootias Suspeitas de Febre Amarela em Primatas Não Humanos (PNH).....	21
10. Ações Decorrentes de Informação sobre Primata Não Humano Encontrado Morto, Doente ou Vitimado.....	22
11. Notificação de Epizootia Suspeita de Febre Amarela.....	26
12. Investigação de Epizootia Suspeita de Febre Amarela.....	27
VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE VETORIAL	30
13. Atividades de Vigilância, Prevenção e Controle Vetorial.....	30
14. Capacidade Instalada para a Vigilância, Prevenção e Controle Vetorial.....	38
17. Remanejamento de Agentes, Maquinário e Veículos.....	44
18. Programa de controle do Culex.....	45
IMUNIZAÇÃO	47
Medidas Complementares para Intensificação de Ações de Prevenção e Controle de Arboviroses	49
19. Sala de Situação de Arboviroses.....	49
20. Instituição dos Comitês Regionais de Arboviroses.....	49
LINKS DE INTERESE	46



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O NDTVZ/DVE/COVISA é responsável no nível central, por definir as diretrizes e realizar a coordenação das ações de vigilância epidemiológica das arboviroses e das epizootias suspeitas de FA. A DRVS da CRS é a responsável, no nível regional, pelo planejamento, acompanhamento e supervisão das ações efetuadas no território e a execução das ações está descentralizada nas UVIS.

1. Suspeita e Notificação de Casos de Arboviroses

A Dengue, DAVZ, Chikungunya e FA são doenças de notificação compulsória conforme a Portaria GM nº 3.418, de 31 de agosto de 2022, do Ministério da Saúde (MS). A periodicidade do envio das notificações de casos/óbitos suspeitos de arboviroses, para os serviços de vigilância, deve ser realizada de acordo com o legislado pelo Ministério da Saúde e MSP (Quadro 1). Embora os casos suspeitos de DAVZ não sejam de notificação imediata, recomenda-se que também sejam notificados em até 24 horas. Doença Neuroinvasiva por Arboviroses (DNA) é uma encefalite grave, com alterações neurológicas decorrentes de infecção por arbovirose e, como todo o caso grave, também deve ser notificada em até 24 horas. Quadro 1. Periodicidade de envio das notificações de casos e óbitos suspeitos de arboviroses. Município de São Paulo, 2023.

Esfera	Legislação	Caso	Periodicidade de notificação
Federal	Portaria Nº 3.418, de 31 de agosto de 2022	Suspeito de Dengue	Notificação em até 7 dias
		Suspeito de DAVZ	
		Suspeito de Chikungunya	
		Suspeito de FA	Notificação imediata (até 24 h)
		Suspeito de DAVZ em gestante	
		Óbito suspeito de Dengue /DAVZ/Chikungunya	
Municipal (MSP)	Portaria Municipal Nº 2286/2014-SMS.G	Suspeito de Dengue	Notificação imediata (até 24 h)
		Suspeito de Chikungunya	



No Quadro 2 constam as definições de casos suspeitos de arboviroses e de DNA associada a arboviroses.

Quadro 2. Definição de caso suspeito de Dengue, Doença Aguda pelo Vírus Zika, Chikungunya, Febre Amarela e Doença Neuroinvasiva associada a arboviroses. Continua.

Doença	Definição de Caso
Dengue ¹	<p>Caso suspeito: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de Dengue ou tenha presença de <i>Aedes aegypti</i>. Deve apresentar febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.</p> <p>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 sinais e sintomas indicativos de outra doença.</p>
	<p>Caso Suspeito com Sinais de Alarme: é todo caso que, no período de defervescência (declínio da febre), apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ dor abdominal intensa (referida ou a palpação) e contínua, ou sensibilidade; ✓ vômitos persistentes; ✓ acúmulo de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico); ✓ hipotensão postural e/ou lipotimia; ✓ hepatomegalia > 2cm abaixo do rebordo costal; ✓ letargia ou irritabilidade; ✓ sangramento de mucosa; ✓ aumento progressivo do hematócrito.
	<p>Caso Suspeito Grave: caso de dengue que apresenta um ou mais das condições abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ choque ou desconforto respiratório em função do extravasamento grave de plasma; choque evidenciado por taquicardia, pulso débil ou indetectável, extremidades frias e tempo de perfusão capilar > a 2 segundos, e pressão diferencial convergente < 20 mmHg, indicando hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória; ✓ sangramento grave segundo a avaliação do médico (ex: hematêmese; melena, metrorragia volumosa e sangramento do sistema nervoso central) ✓ comprometimento grave de órgãos, a exemplo de dano hepático importante (AST/ALT > 1000), do sistema nervoso central (alteração de consciência), do coração (miocardite) ou de outros órgãos.
Chikungunya	<p>Caso suspeito¹: paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, residente em (ou que tenha visitado) áreas com transmissão até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico com caso importado confirmado.</p>
	<p>Caso suspeito grave e/ou atípico²: suspeitos de Chikungunya que apresentem meningoencefalite, encefalopatia, convulsão, síndrome de Guillain-Barré (iniciada na fase aguda ou na fase de convalescência das doenças), síndrome cerebelar, paresias, paralisias e neuropatias; neurite óptica, iridociclite, episclerite, retinite e uveíte; miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmia e instabilidade hemodinâmica; hiperpigmentação por fotossensibilidade, dermatoses vesículo-bolhosas e ulcerações aftosa-like; nefrite e insuficiência renal aguda; outros: discrasia sanguínea, insuficiência respiratória, hepatite, pancreatite, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e insuficiência adrenal. Todo suspeito de Chikungunya que apresente alterações clínicas e laboratoriais que justifiquem internação em terapia intensiva ou apresentem risco de morte devem ser considerados como portadores de forma grave da doença.</p>



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



Quadro 2 - Continuação. Definição de caso suspeito de Dengue, Doença Aguda pelo Vírus Zika, Chikungunya, Febre Amarela e Doença Neuroinvasiva associada a arboviroses.

Doença	Definição de Caso
DAVZ	Caso suspeito ¹ : pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre, hiperemia conjuntival/conjuntivite não purulenta, artralgia/poliartralgia, edema periarticular.
	Caso suspeito em gestante ³ : toda gestante, em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, se excluídas as hipóteses não infecciosas.
	Caso suspeito grave e/ou atípico ⁴ : suspeitos de DAVZ que apresentem predominantemente alterações neurológicas como: meningoencefalite, encefalopatia, convulsão, síndrome de Guillain-Barré (iniciada na fase aguda ou na fase de convalescência das doenças), síndrome cerebelar, paresias, paralisias e neuropatias; risco de malformações congênitas. Todo suspeito que apresente alterações clínicas e laboratoriais que justifiquem internação em terapia intensiva ou apresentem risco de morte devem ser considerados como portadores de forma grave da doença.
FA	<p>Caso suspeito: Indivíduo não vacinado contra FA ou com estado vacinal ignorado, que apresentou quadro infecioso febril agudo (geralmente até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, com exposição nos últimos 15 dias em área de risco e/ou em Área Com Recomendação de Vacinação (ACRV) e/ou em locais com recente ocorrência de epizootia em PNH; e/ou de áreas recém-afetadas e suas proximidades.</p> <p>Em situação de surto⁵: Indivíduo com até 7 dias de quadro febril agudo (febre relatada ou aferida), acompanhado de 2 ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaleia, mialgia, lombalgia, mal estar, calafrios, náuseas, tonturas, dor abdominal, icterícia, manifestações hemorrágicas, elevação de transaminases, com exposição em área recentemente afetada (em surto) ou em ambientes rurais dessas áreas, independente do estado vacinal.</p>
DNA ¹	<p>ENCEFALITE VIRAL AGUDA[*]: paciente hospitalizado com alteração do estado mental (sonolência, letargia, torpor, mudança no comportamento ou na personalidade) ou ataxia sem causa definida e com duração > 24h, acompanhada por pelo menos 2 dos seguintes critérios: febre, crise epiléptica, sinais neurológicos focais, pleocitose líquórica, alterações radiológicas sugestivas de encefalite, alterações eletroencefalográficas consistentes com encefalite e não atribuíveis a outra causa.</p> <p>MIELITE TRANSVERSA VIRAL AGUDA[*]: paciente com déficit motor, sensorial ou autonômico agudo atribuível à medula espinhal (incluindo-se fraqueza com padrão de neurônio motor superior e/ou inferior, nível sensitivo, comprometimento esfínteriano ou disfunção erétil) acompanhado por pelo menos dois dos seguintes critérios: febre, pleocitose líquórica, exame de imagem evidenciando inflamação ou desmielinização da medula espinhal, com ou sem envolvimento meníngeo associado.</p> <p>ENCEFALOMIELITE DISSEMINADA AGUDA[*]: paciente com curso monofásico de alterações neurológicas focais ou multifocais agudas, incluindo-se um ou mais dos seguintes critérios: encefalopatia, alterações de funções corticais, comprometimento de nervos cranianos, defeito nos campos visuais, presença de reflexos primitivos, fraqueza muscular (focal ou difusa), anormalidades sensoriais, hiporreflexia ou hiperreflexia miotática, sinais cerebelares.</p> <p>SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ[*]: paciente com fraqueza bilateral e relativamente simétrica dos membros de início agudo, com ou sem comprometimento respiratório ou fraqueza de músculos inervados por nervos cranianos, além de: reflexos miotáticos reduzidos ou ausentes pelo menos nos membros acometidos e curso monofásico, com nadir entre 12h e 28 dias, seguido por platô e melhora subsequente, ou óbito.</p> <p>OUTRAS: neurite óptica, miosite, meningoencefalite ou síndrome de nervos cranianos.</p> <p>[*]A presença de deficiência motora aguda em < 15 anos implica na notificação também de PFA.</p>

Fonte: DVE/COVISA/SMS/PMSP, com base nas referências:



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



1 Guia de Vigilância em Saúde de 2021, do Ministério da Saúde.

2 “Chikungunya – Manejo Clínico, Ministério da Saúde, 2017”, disponível em [chikungunya-manejo-clinico-2017.pdf \(saude.gov.br\)](http://chikungunya-manejo-clinico-2017.pdf (saude.gov.br))

3 Protocolo de Vigilância para gestantes com exantema - 2016 central CIEVS/CVE/CCD/SES-SP – 2016 – página 431;

4 Adaptado de documentos técnicos: Guia de Vigilância em Saúde de 2021, do Ministério da Saúde; Boletim Epidemiológico volume 46, nº 26 – 2015 – Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – página 1, disponível em [2015-020-publica---o.pdf \(saude.gov.br\)](http://2015-020-publica---o.pdf (saude.gov.br)); Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020 – infecção pelo vírus Zika, disponível em: [SciELO - Saúde Pública - Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo vírus Zika Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo vírus Zika \(scielosp.org\)](http://SciELO - Saúde Pública - Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo vírus Zika Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo vírus Zika (scielosp.org))

5 Definição de acordo com "Manual de manejo clínico da febre amarela - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2020, disponível em [miolo_febre_amarela_10_2020.indd \(www.gov.br\)](http://miolo_febre_amarela_10_2020.indd (www.gov.br))

A Dengue sempre deve ser considerada como diagnóstico diferencial de Chikungunya, DAVZ e FA (principalmente na fase inicial, com sintomas inespecíficos), em virtude do cenário epidemiológico do MSP. No entanto, nem todo suspeito de Dengue será suspeito de Chikungunya, DAVZ ou FA, sendo necessário avaliar se cumpre a definição de caso.

É responsabilidade de **todos os serviços de saúde**, públicos e privados, **notificar os casos suspeitos de arboviroses para a UVIS de referência**. Para garantir o cumprimento do prazo legal de notificação, a UVIS deve estabelecer **fluxo de notificação com as unidades de saúde públicas/privadas** do seu território de forma a receber as notificações pelo meio de comunicação disponível mais rápido (Quadro 3). **A Ficha de Notificação e Investigação (FIE)** a ser preenchida segundo a doença consta no Quadro 3. São imprescindíveis as seguintes informações na notificação: identificação do paciente, com nome completo; endereço residencial com referências de localização e telefone de contato; data de primeiros sintomas; data da coleta de exames de diagnóstico específico; exames realizados e resultados, quando já disponíveis; locais e respectivas datas de deslocamentos (data de ida e retorno); informações adicionais sobre sinais e sintomas; situação vacinal para FA (no caso de haver suspeita para essa arbovirose).

Quando um **DA atingir o nível 3 – emergência para Dengue ou Chikungunya**, após criteriosa avaliação da necessidade e benefício, o



NDTVZ/DVE/COVISA, comunicará formalmente a DRVS para que as unidades de saúde do DA, passem a preencher **apenas a primeira parte da Ficha de Notificação**. Não será necessário preencher a segunda parte - investigação.

Para os **Casos Graves/Óbitos** suspeitos de Dengue e Chikungunya e para os **casos suspeitos de FA, a FIE sempre deve ser preenchida**, independentemente do nível de transmissão do DA.

Para **DA com nível 3 para DAVZ**, será orientado para preencherem apenas a **Ficha de notificação e conclusão do SINANNET** para os casos suspeitos na população em geral. Nos casos suspeitos em **Gestantes/Casos Graves/Óbitos suspeitos** será mantido o preenchimento da Ficha de Investigação de ZIKV/CeVeSP (Quadro 3), além da Ficha de notificação/conclusão do SINANNET.

Quadro 3. Ficha de Notificação/Investigação a ser Preenchida e Fluxo de Envio para a UVIS de Referência segundo Doença e Nível de Transmissão. Município de São Paulo, 2023

Doença	Nível de transmissão 0 a 2	Nível de transmissão 3	Fluxo de envio da Ficha de Notificação e Investigação
Dengue CID10 A-90	Preencher a Ficha de Notificação e de Investigação Epidemiológica de Dengue/Chikungunya do SINAN - Versão 3.0 , disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/notificacao_dengue_chikungunya_2020.pdf Caso haja suspeita de Dengue e Chikungunya, conferir um N° de SINAN para cada agravo.	Caso Suspeito: passar a preencher apenas a “Ficha de Notificação de Dengue/Chikungunya do SINAN Versão 3.0.4”	2° a 6° feira Enviar a Ficha de Notificação/Investigação, em até 24 horas, para a UVIS de referência. A ficha pode ser enviada por e-mail ou por outro meio de comunicação rápido, pactuado com a UVIS.
Chikungunya CID10 A-92		Caso grave/óbito suspeito: manter o preenchimento da “Ficha de Notificação e de Investigação Epidemiológica de Dengue/Chikungunya do SINAN Versão 3.0.4”	
DAVZ CID10 A-92.8	Preencher as fichas: 1Ficha de notificação/conclusão do SINANNET , disponível em: Ficha de Notificação/Conclusão Secretaria Municipal da Saúde Prefeitura da Cidade de São Paulo 2Ficha de Investigação de ZIKV/CeVeSP , elaborada para	Caso suspeito na população geral: preencher apenas a Ficha de notificação/conclusão do SINANNET Caso suspeito em gestante: preencher a Ficha de notificação/ conclusão do SINANNET e a Ficha de Investigação de ZIKV/CeVeSP , elaborada para	Fins de semana e Feriados Enviar as fichas de notificação/investigação para o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS/DVE/COVISA) por meio do e-mail notifica@prefeitura.sp.gov.br com cópia para a UVIS de referência.



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



Doença	Nível de transmissão 0 a 2	Nível de transmissão 3	Fluxo de envio da Ficha de Notificação e Investigação
	detalhamento clínico pelo CVE/ESP, disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/cha/amadas/ficha_zika_versao_7mar2016_1468444429.pdf	detalhamento clínico pelo CVE/ESP, disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/cha/amadas/ficha_zika_versao_7mar2016_1468444429.pdf	A UVIS de referência pode ser localizada em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=246949
Febre Amarela CID10 A-95.9	Preencher a Ficha de Notificação/Investigação Epidemiológica de FA do SINANNET , disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/FEAM_NET.pdf ou http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/homepage/downloads/fichas/feam_net.pdf	Manter o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Epidemiológica de FA do SINANNET	
Doença Neuroinvasiva por Arbovírus es	Preencher a Ficha de Vigilância de DNA , disponível em: < https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/FichaDNA_final_28_12_17.pdf >. Para o preenchimento, consultar prontuário, registros médicos, exames realizados. Pode ser necessário entrevistar o paciente, seus familiares e profissionais de saúde.	Manter o preenchimento da Ficha de Vigilância de DNA	

Ao receber a notificação de **casos graves e óbitos suspeitos de arboviroses, casos suspeitos de DAVZ em gestantes, casos suspeitos de Febre Amarela, casos suspeitos de DNA e caso suspeito autóctone de Chikungunya ou DAVZ em DA sem transmissão**, a UVIS deve digitá-la no Sistema de Notificação oficial (Quadro 4) e comunicar em até 24 horas ao NDTVZ/DVE/COVISA (vatvz@prefeitura.sp.gov.br), o qual deve notificar estes casos em até 24 horas para a Divisão de Arboviroses do CVE/SES.



Quadro 4. Sistema Oficial para digitação segundo Doença. Município de São Paulo, 2023

Doença	Sistema para digitação
Dengue e Chikungunya	Digitar no SINAN Online versão 3.0¹. <ul style="list-style-type: none"> • Residente no MSP, fora da área de abrangência da UVIS de Notificação: digitar imediatamente no sistema e se possível, informar o N° do SINAN, por e-mail, para UVIS de residência. • Residente em outro município: digitar imediatamente no sistema e encaminhar o N° do SINAN e a identificação do município para vatvz@prefeitura.sp.gov.br (um e-mail por município).
DAVZ	Digitar no SINANNET e no CEVESP http://cevesp.saude.sp.gov.br <ul style="list-style-type: none"> • Residente no MSP, fora da área de abrangência da UVIS de Notificação: digitar imediatamente nos sistemas de notificação e se possível, informar o N° do SINAN, por e-mail, para UVIS de residência. • Residente em outro município: digitar imediatamente nos sistemas de notificação. Salvar a ficha em pdf (versão econômica) do SINANNET e encaminhar o arquivo nomeado com as iniciais do paciente, agravo e município para o vatvz@prefeitura.sp.gov.br, sendo um e-mail por município, habilitar fluxo de retorno, após finalizado atendimento do paciente na unidade.
Febre Amarela	Digitar no SINANNET <ul style="list-style-type: none"> • Residente no MSP, fora da área de abrangência da UVIS de Notificação: digitar imediatamente no sistema de notificação e se possível, informar o N° do SINAN, por e-mail, para UVIS de residência. • Residente em outro município: digitar imediatamente no SINANNET, salvar a ficha em pdf (versão econômica) e encaminhar o arquivo nomeado com as iniciais do paciente, agravo e município para o vatvz@prefeitura.sp.gov.br, sendo um e-mail por município, habilitar fluxo de retorno, após finalizado atendimento do paciente na unidade.
Doença Neuroinvasiva por Arboviroses	Não há sistema oficial para digitação de DNA.

2. Investigação de Casos de Arboviroses

A investigação deve ser iniciada pela UVIS de notificação, a qual deve garantir a coleta e envio oportuno de amostras biológicas ao laboratório de referência. A UVIS de residência deve prosseguir com a investigação, em conjunto com o Núcleo de Vigilância em Saúde (NUVIS-AB) da UBS de referência do caso, e complementar o sistema de informação com os dados coletados pela visita domiciliar (VD) ou inquérito telefônico. A vigilância ambiental da UVIS de residência deve ser comunicada imediatamente para iniciar o bloqueio de transmissão, conforme preconizado. É necessário que a FIE contenha as informações:



- Data da notificação e de primeiros sintomas;
- Endereço do paciente;
- Ocupação do paciente;
- Dados clínicos;
- Dados laboratoriais específicos: monitorar se houve coleta oportuna de amostra (informar data), envio ao laboratório de referência e inserção de resultado no Sistema GetWin do LABZOO e no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), do Instituto Adolfo Lutz (IAL). **Para Dengue é vital o resultado do Teste Rápido (TR-Dengue);**
- Dados laboratoriais inespecíficos: hemograma, plaquetas e, especialmente para FA, na investigação de casos graves e óbitos, a bilirrubina total e direta e a TGO e TGP são importantes para subsidiar a investigação;
- Para dengue é necessário informar resultado da prova do laço;
- Informações sobre hospitalização: são necessárias informações sobre todos os atendimentos realizados e data de internação e de alta. Caso seja necessário, complementar no campo “informações complementares e observações” da FIE;
- Deslocamentos realizados nos 15 dias que antecederam os sintomas, com data de ida e de volta e endereço dos locais frequentados para definição do LPI. No caso da FA, verificar se são áreas com recomendação vacinal permanente ou temporária e se no local há registro recente de epizootias e casos humanos de FA;
- Local onde o paciente passou o período de viremia;
- Histórico vacinal para FA, com data de vacinação;
- Informações sobre doenças pré-existentes e comorbidades;
- Para DAVZ, é necessária investigação criteriosa para gestantes;
- Outras suspeitas diagnósticas: preencher no campo “Informações complementares e observações”;
- Evolução: acompanhar a evolução do caso e se o paciente evoluir para óbito, preencher a data do óbito, verificar se foi enviada amostra para diagnóstico específico, verificar a declaração de óbito e se o corpo foi enviado para o Sistema de Verificação de Óbito (SVO) ou ao Instituto de Medicina Legal (IML).



3. Investigação de Casos Graves/Óbitos e de Casos Suspeitos de Doença Aguda pelo Vírus Zika em Gestante, Febre Amarela e Doença Neuroinvasiva por Arboviroses

Para caso grave/óbito e casos suspeitos de DAVZ em gestante, FA e DNA, a investigação detalhada deve ser iniciada em até 24 horas após a notificação. Para garantir a **investigação laboratorial específica deve-se coletar amostra biológica de todos casos graves logo no primeiro atendimento**, independentemente da data de início de sintomas. Caso o paciente tenha evoluído para óbito e não tenham sido encaminhadas amostras ao Instituto Adolfo Lutz (IAL), para diagnóstico específico, deve-se verificar imediatamente se há armazenamento de amostras de sangue do paciente no laboratório da unidade de atendimento/internação e/ou verificar a possibilidade, junto à equipe médica e aos familiares, de realizar punção pós morte de fígado. A investigação deve ser realizada pelos **Comitês de Investigação de Casos Graves, Formas Atípicas e Óbitos suspeitos de Arboviroses**, das CRS, em conjunto com profissionais das UVIS, STS e serviços de atendimentos.

Para todos os casos graves e óbitos é necessário encaminhar para a NDTVZ/DVE/COVISA (vatvz@prefeitura.sp.gov.br), o relatório médico detalhado ou a [Ficha de Investigação de Casos Graves e Óbitos por Arbovírus Urbanos do Estado de São Paulo](#). Esta última é composta de informações sobre o quadro clínico, laboratorial e condutas, obtidas a partir de **prontuário** do paciente nos serviços em que foi atendido e de informações obtidas **em entrevista** com familiares ou outros. Assim, é necessário que a UVIS de residência realize a VD e que a UVIS de atendimento faça uma visita hospitalar e consulte o prontuário e o médico assistente, para completar as informações sobre dados clínicos e exames laboratoriais inespecíficos (principalmente hemograma, com leucócitos, plaquetas e hematócrito. Para FA são importantes os exames de TGO, TGP e bilirrubina total e direta). É importante elaborar resumo, com descrição do quadro clínico e exame físico, incluindo sinais vitais. **Os casos graves e óbitos serão avaliados conjuntamente pela NDTVZ/DVE/COVISA e o CVE/ESP para classificação e encerramento.**



4. Definição do Local Provável de Infecção (LPI)

O perfil epidemiológico da **Dengue** no MSP vem mudando ao longo dos anos. No início, a transmissão era vinculada à entrada de casos importados. Com o tempo, a transmissão passou a ocorrer independentemente da ocorrência de casos importados, havendo circulação contínua de vírus. Desde 2007, foi identificada a presença do *Aedes aegypti* nos 96 DA e em 2015, ocorreu transmissão autóctone em todos os DA. Em 2014 e 2015, o percentual de casos importados passou a ser pouco relevante para planejamento epidemiológico (3,2% em 2014 e 1,2% em 2015). Considerando a situação epidemiológica da **dengue no MSP**, desde 2016, foi estabelecido considerarmos todos os casos notificados como autóctones, já que é pouco provável que um caso de dengue seja classificado com segurança como importado.

Os critérios de classificação do LPI dos casos confirmados de **DAVZ e Chikungunya** são:

- **Autóctones do MSP:** pacientes que permaneceram **pelo menos um dia** no MSP nos 15 dias anteriores ao início de sintomas. Encerra-se o caso como LPI no DA de residência. Se não for possível caracterizar as datas de ida e retorno ou se no LPI não há transmissão de Dengue, DAVZ ou Chikungunya, classificar como autóctone.
- **Importados:** casos confirmados por critério laboratorial que **permaneceram os 15 dias anteriores ao início de sintomas em outro município com ocorrência de casos de dengue** no período considerado.

Para a FA, deve-se investigar minuciosamente e urgentemente todos os deslocamentos e o risco epidemiológico e, conforme as informações o caso será encerrado como autóctone ou importado. Para **todas as arboviroses**, devem ser investigados **os locais em que o paciente permaneceu durante o período de viremia para as ações pertinentes de controle de vetor.**

5. Busca Ativa (BA) de Casos Secundários

A BA de casos secundários deve ser feita pelas equipes das UBS, com participação/orientação do NUVIS-AB na Unidade, em parceria e sob coordenação



da UVIS local. Em UBS com equipes de saúde da família, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agente de Promoção Ambiental (APAs) devem ser acionados para a ação. Durante a BA, deve-se perguntar aos munícipes se apresentam sinais e sintomas sugestivos da doença **e preencher a Ficha de Busca de Casos Secundários** quando houver suspeita de Dengue, DAVZ e Chikungunya ou a **Ficha de Busca de Casos Suspeitos de Febre Amarela**, quando houver suspeita de FA. A parte inferior da ficha deve ser entregue ao munícipe para que a leve à unidade de saúde. A parte superior deve ser entregue à equipe técnica da Vigilância Ambiental da UVIS. O agente deve orientar os munícipes sobre os sintomas da Dengue, Chikungunya, DAVZ ou FA e a procurar a UBS mais próxima caso venham a apresentar sintomas. Todo paciente sintomático identificado na BA deve ser orientado a procurar atendimento médico, o mais rápido possível, sendo indicada a unidade de saúde mais próxima. As equipes das UBS, com os NUVIS-AB da Unidade e a UVIS devem verificar se o paciente procurou o atendimento, se houve confirmação da suspeita e, em caso afirmativo, se houve notificação.

A BA deve ser realizada **somente para os casos confirmados ou para os casos em investigação, que tenham passado parte ou todo período de viremia no município**. O momento oportuno para sua realização depende da origem do caso:

- Caso importado: realizar BA 20 dias após a data de início dos sintomas do paciente;
- Caso autóctone: realizar a BA concomitantemente à realização do bloqueio de criadouros e novamente 20 dias após a data de início de sintomas do paciente. Se a notificação for recebida na UVIS já decorridos os 20 dias após o início de sintomas, realiza-se a BA apenas durante o bloqueio de criadouros.
- A BA deve ser realizada em uma área correspondendo ao raio mínimo de 150 metros a partir do caso índice suspeito ou confirmado.

6. Diagnóstico laboratorial específico

Para orientações sobre diagnóstico específico de Dengue, DAVZ, Chikungunya, FA e DNA é necessário consultar a **Nota Técnica 01/DVE/2021** -



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde

Orientações para o Diagnóstico Laboratorial de Arboviroses e a Nota Técnica 02/2021/LABZOO - Orientações Gerais para Diagnóstico Laboratorial de Dengue.

7. Critérios para Encerramento de Casos de Arboviroses

Para encerramento do caso como confirmado ou descartado, pelos critérios clínico epidemiológico ou clínico laboratorial, é necessário avaliar o quadro clínico, os resultados de exames específicos/inespecíficos e o nível de transmissão da doença (Quadro 5).

Quadro 5. Orientações para encerramento do caso segundo o nível de transmissão da arbovirose. Município de São Paulo, 2023.

Doença	Nível	Caso	Critério para encerramento do caso
Dengue e Chikungunya	0	Todo suspeito	Clínico laboratorial¹
	1	Todo suspeito	Clínico laboratorial¹
	2	Todo suspeito	Clínico laboratorial¹
	3	Suspeito	Quando um DA atingir o nível 3, após criteriosa avaliação da real necessidade, a NDTVZ/DVE/COVISA, comunicará a CRS para que as unidades públicas de saúde do DA suspendam a coleta de sangue para ELISA IgM (exceto casos graves e óbitos). O uso do Elisa NS1 será mantido (sendo utilizado nas unidades sentinelas, casos graves/óbitos e gestantes com exantema suspeitas de DAVZ); o uso do TR-Dengue poderá ser continuado a depender da situação epidemiológica e disponibilidade, pois o resultado pode direcionar/oportunizar o controle vetorial para microáreas do território com incidência mais elevadas. Assim, para os casos em que não foi realizado Elisa NS1 e/ou TR-Dengue, o encerramento se dará pelo critério clínico epidemiológico, considerando-se o caso como:
			<ul style="list-style-type: none"> • Confirmado: quando, num raio de 200 m ao seu redor, houver 5 ou mais casos confirmados laboratorialmente nas 4 SE anteriores a data de 1º sintomas do caso analisado. • Descartado: quando, no mesmo raio de 200 m, houver menos de 5 casos confirmados laboratorialmente nas 4 SE anteriores a data de 1º sintomas do caso analisado.
		Grave/óbito suspeito, incluindo DNA	Clínico laboratorial
DAVZ	0	Suspeito na população em geral	Na suspeita de 1º caso autóctone no DA, fazer busca de suspeitos que tenham iniciado sintomas até 15 dias antes ou depois do caso índice, em um raio de 100 m. Se localizado mais um caso, será caracterizado cluster e orientada coleta de sangue para RT-PCR (até o 5º dia de início de sintomas). Após confirmação laboratorial de 1º caso autóctone no DA, os demais serão encerrados por critério clínico epidemiológico.
		Suspeito em gestante, grave/óbito	Clínico laboratorial



		suspeito, incluindo DNA	
	1	Suspeito na população em geral	Clínico epidemiológico
		Suspeito em gestante, grave/óbito suspeito, incluindo DNA	Clínico laboratorial
	2	Suspeito na população em geral	Clínico epidemiológico
		Suspeito em gestante, grave/óbito suspeito, incluindo DNA	Clínico laboratorial
	3	Suspeito na população em geral	Clínico epidemiológico
		Suspeito em gestante, grave/óbito suspeito, incluindo DNA	Clínico laboratorial
FA	0	Todo suspeito	Clínico laboratorial
	1	Todo suspeito	Clínico laboratorial
	2	Todo suspeito	Clínico laboratorial
	3	Todo suspeito	Clínico laboratorial

1 - Em nível 0 a 2 de transmissão, na impossibilidade de coletar amostra para diagnóstico laboratorial, será utilizado, excepcionalmente, o critério clínico epidemiológico para encerramento, considerando-se o caso como: **Confirmado**: quando, num raio de 200 m ao seu redor, houver 5 ou mais casos confirmados laboratorialmente nas 4 SE anteriores a data de 1º sintomas do caso analisado; **Descartado**: quando, no mesmo raio de 200 m, houver menos de 5 casos confirmados laboratorialmente nas 4 SE anteriores a data de 1º sintomas do caso analisado.

Fonte: DVE/COVISA/SMS/PMSP

8. Orientações e Protocolos para Atendimento e Manejo Clínico do Paciente Suspeito de Arboviroses

No presente item é apresentado um compilado de orientações e protocolos para atendimento e manejo clínico do paciente suspeito de arboviroses, das esferas municipal, estadual e federal. Mais informações podem ser obtidas no site da COVISA, CVE, Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde.

A cadeia do processo infeccioso e as características clínicas das arboviroses estão apresentadas, respectivamente, nos Quadros 6 e 7. Tendo em vista que em 2021, houve **transmissão concomitante de Dengue,**



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



Chikungunya e COVID-19 e que no ano de 2023, provavelmente, essa situação permanecerá, seguem no Quadro 8, as características relevantes de Dengue, Chikungunya e COVID-19. Nesse Quadro também consta a Leptospirose, a qual, frequentemente, é diagnóstico diferencial de arboviroses e tem maior transmissão no MSP, durante o período de chuvas. No Quadro 9, consta material de consulta para vigilância, atendimento, manejo clínico e diagnóstico de arboviroses.

Quadro 6. Cadeia do processo infeccioso: Dengue, Chikungunya, ZIKA e Febre Amarela.

CARACTERÍSTICA	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA	FEBRE AMARELA
AGENTE	<i>Flavivírus</i>	<i>Alphavirus</i>	<i>Flavivírus</i>	<i>Flavivírus</i>
FONTE PRIMÁRIA	Pode ser assintomática ou ter formas oligossintomáticas até quadros graves com choque, com ou sem hemorragia, podendo evoluir para o óbito em torno de 20% sintomáticos	70 a 80% apresentam infecção sintomática. Podem ocorrer quadros graves e quadros crônicos	70 a 80% assintomáticos. Risco de malformações	Estima-se que quadros assintomáticos ocorram em aproximadamente metade dos casos infectados. Dentre os casos graves a letalidade pode chegar a mais de 50%
MODO DE TRANSMISSÃO	Mosquitos do gênero <i>Aedes</i> , sendo <i>Aedes aegypti</i> e o <i>Ae. albopictus</i> principais vetores. Foram registrados casos de transmissão vertical (gestante – bebê) e por transfusão sanguínea	Mosquitos do gênero <i>Aedes</i> , sendo <i>Aedes aegypti</i> e o <i>Ae. albopictus</i> principais vetores. Casos de transmissão vertical podem ocorrer no momento do parto de gestantes virêmicas e, muitas vezes, provocam infecção neonatal grave. Pode ocorrer também transmissão ocupacional em laboratório.	Mosquitos do gênero <i>Aedes</i> . Foram descritos na literatura científica, a ocorrência de transmissão ocupacional em laboratório de pesquisa, vertical e sexual, além da possibilidade de transmissão transfusional. Apesar de encontrado o vírus no leite materno e saliva, não foram identificados casos de transmissão por estas vias.	O vírus é mantido na natureza por transmissão entre primatas não humanos (PNH) e mosquitos silvestres arbóreos, principalmente dos gêneros <i>Haemagogus</i> e <i>Sabethes</i> (no Brasil). Na febre amarela urbana, a transmissão ocorre principalmente pelo <i>Aedes aegypti</i> . Pacientes vacinados não devem doar sangue por até 30 dias após receber vacina
PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE (Viremia)	1 dia antes do início dos sintomas até 5 - 6º dia após	2 dias antes do início dos sintomas até 10 dias após	Provavelmente 1 a 2 dias antes do início dos sintomas até 3 a 5 dias após em sangue. Na urina pode persistir por 10 a 15 dias e há relatos de persistência em esperma por 6 meses e em secreção vaginal por 2 meses	1 a 2 dias antes do início dos sintomas até 3 - 5º dia após
SUSCETIBILIDADE	Universal	Universal	Universal	Universal
IMUNIDADE	Permanente ao sorotipo	Provavelmente permanente	Provavelmente permanente	Provavelmente permanente
PERÍODO DE INCUBAÇÃO EXTRÍNSECO (Vetor)	8 a 12 dias	8 a 12 dias	8 a 12 dias	8 a 12 dias
PERÍODO DE INCUBAÇÃO INTRÍNSECO (Ser Humano)	3 a 15 dias, sendo em média de 5 a 6 dias	3 a 7 dias (podendo variar de 1 a 12 dias).	3 a 12 dias depois da picada do mosquito infectado	geralmente entre 3 e 6 dias, podendo ser de até 10 a 15 dias
CASO SUSPEITO	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 + ter estado em área de risco. Criança: proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 e 7 dias, e sem sinais e	Febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou com artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas até 15 dias antes do início dos sintomas	População Geral: exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção ou poliartalgia ou edema periarticular Gestante: toda gestante com doença exantemática aguda, se excluídas as hipóteses não infecciosas	Indivíduo não vacinado contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado, que apresentou quadro infeccioso febril agudo (geralmente até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, com exposição nos últimos 15 dias em área de risco e/ou em Área Com Recomendação de Vacinação (ACRV) e/ou em locais com recente ocorrência de epizootia em PNH; e/ou de áreas recém-afetadas e suas proximidades. Em situações de surto, recomenda-se adequar a definição de caso suspeito, tornando-a mais sensível: Indivíduo com até 7 dias de quadro febril agudo (febre relatada ou aferida), acompanhado de 2 ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaleia, mialgia, lombalgia, mal estar, calafrios, náuseas,

Fonte: DVE/COVISA/SMS/PMSP, com base nas referências:

Guia de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde - 2021, disponível em: [Guia de Vigilância em Saúde: volume único \[recurso eletrônico\] \(saude.gov.br\)](#)

Classificação de Risco e Manejo do Paciente suspeito de Dengue, disponível em: [Dengue](#)



[Classificação de risco e manejo do paciente_A3_alterado2 \(prefeitura.sp.gov.br\)](#)

Protocolo para Vigilância e Assistência de Casos Suspeitos ou Confirmados de Doença Aguda pelo Vírus ZIKA e suas Complicações: População geral, em Gestantes, Puérperas e Recém-Nascidos. Set/2016. COVISA/SMS-SP, disponível em: [protocolo_zika_novembro_1478887643.pdf \(prefeitura.sp.gov.br\)](#)

Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança, 5ª edição/2016, disponível em: [dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf \(saude.gov.br\)](#)

Chikungunya: manejo clínico - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, disponível em: [chikungunya-manejo-clinico-2017.pdf \(saude.gov.br\)](#)

Manual de Manejo Clínico da Febre Amarela, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2020, disponível em: [miolo_febre_amarela_10_2020.indd \(www.gov.br\)](#)

Quadro 7. Características clínicas da Dengue, Chikungunya, ZIKA e Febre Amarela.

CARACTERÍSTICA	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA	FEBRE AMARELA
FEBRE	Geralmente >38º, com duração de 2 a 7 dias	Aparecimento abrupto de febre alta (>38,5°C), com duração de 2 a 4 dias	Pode ou não ter febre, que geralmente é baixa (entre 37,8°C e 38,5°C), com duração de 2 a 7 dias	Geralmente alta e contínua, com duração de 2 a 7 dias
EXANTEMA	30 a 50% - máculo-papular, atingindo face, tronco e membros, não poupando plantas de pés e mãos, com ou sem prurido. Geralmente é mais tardio, entre o 5º e o 7º dia do início dos sintomas	Maculopapular em até 50% dos pacientes, geralmente aparece 2 a 5 dias após o início da febre; em membros e face, com duração de 2 a 3 dias. Prurido em 25%. Podem ocorrer lesões vesicobolhosas, descamação e vasculite, principalmente em recém nascidos	Rash maculopapular em 90 a 100% dos pacientes, frequentemente com prurido, com evolução cefalo caudal, com acometimento palmo plantar e pode ter descamação. Geralmente aparece no 1º dia do início dos sintomas	Não ocorre geralmente. Podem ocorrer petéquias, equimoses etc, em casos graves
ALTERAÇÕES ARTICULARES	Podem ocorrer artralguas, geralmente com duração de 1 semana	Quadros articulares, com alterações inflamatórias e incapacitantes, que após o quadro agudo, podem persistir de 15 a 90 dias (forma subaguda) ou até anos (forma crônica). Artralgia geralmente intensa poliarticular - mais frequentemente em tornozelo, punho e articulações da mão, mas podem afetar articulações mais proximais, comumente simétricas	A dor articular, normalmente em mãos e pés, em alguns casos com inflamações das articulações, pode estar presente até um mês do início da doença; a artralgia não é tão intensa e limitante como a que ocorre em Chikungunya e não apresenta a cronicidade características de Chikungunya	Podem ocorrer artralguas, mas sem sinais flogísticos
OUTROS SINTOMAS	Cefaleia, mialgia, artralgia, prostração, astenia, dor retro orbital, anorexia, náuseas e vômitos são comuns	Cefaleia, dor difusa nas costas, mialgia, náuseas, vômitos e conjuntivite não purulenta	Conjuntivite não purulenta, dor de cabeça, fadiga ou mialgia, astenia e, com menor frequência, dor retro orbital, anorexia, vômitos, diarreia e dor abdominal, aftas, adenite. Astenia pós infecção é frequente	Cefaleia intensa e duradoura, inapetência, náuseas e mialgia. O sinal de Faget (bradicardia acompanhando febre alta) pode ou não estar presente. Nas formas leves e moderadas, os sintomas duram cerca de 2 a 4 dias
QUADROS GRAVES	Manifestações hemorrágicas leves, como petéquias e sangramento de membranas mucosas, até sangramentos importantes. Choque. Alterações graves de órgãos (Sistema Nervoso Central, coração, rim, etc). Geralmente, ocorrem entre o 3º e 7º dia do início da doença (quando ocorre a defervescência). Leucopenia, plaquetopenia, aumento de Ht, aumento de transaminases, raramente acima de 500.	Formas atípicas: Nervoso (Meningoencefalite, encefalopatia, convulsão, Síndrome de Guillain-Barré, síndrome cerebelar, paralisias e neuropatias), oculares, cardiovasculares (miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmia), dermatoses vesiculobolhosas, renais (nefrite, insuficiência renal aguda), síndrome hiperalérgica, etc	Síndrome de Guillain-Barré, outras complicações neurológicas (encefalite, meningoencefalite, parastesia, paralisia facial e mielite); pode ocorrer ainda: trombotopenia púrpura, danos oftalmológicos e cardíacos	Cefaleia e mialgia com maior intensidade, náuseas e vômitos frequentes, icterícia, oligúria ou manifestações hemorrágicas, como epistaxe, hematêmese e metrorragia. Pode ter período de remissão dos sintomas de 6 a 48 horas entre o 3º e 5º dias de doença, seguido de agravamento da icterícia, insuficiência renal e fenômenos hemorrágicos de grande monta. Plaquetopenia intensa, aumento de creatinina, elevação importante de transaminases (acima de 1000)
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	Chikungunya, Zika, leptospirose, Febre Maculosa Brasileira, Influenza, malária, febre amarela, meningites, meningococcemia, enterovirose, etc	Dengue, Zika, malária, leptospirose, infecções por outros Alphavirus (exemplo: vírus Mayaro), artrite pós-infecciosa (Chlamydia, Shigella, gonorréia, febre reumática), artrite reumatoide juvenil, mononucleose infecciosa e primoinfecção por HIV	Dengue, Chikungunya, sarampo, rubéola, estreptococos do grupo A, infecções por parvovírus, enterovírus, adenovírus, poliomielite, leptospirose, malária, Rickettsia	Quadros leves, iniciais: dengue, malária, influenza e mononucleose infecciosa, Chikungunya e outras causas dependendo da epidemiologia local. Formas graves: malária, dengue grave, Chikungunya, hepatites agudas,

Fonte: DVE/COVISA/SMS/PMSP, com base nas referências:

Classificação de Risco e Manejo do Paciente suspeito de Dengue, disponível em: [Dengue Classificação de risco e manejo do paciente_A3_alterado2 \(prefeitura.sp.gov.br\)](#)

Protocolo para Vigilância e Assistência de Casos Suspeitos ou Confirmados de Doença Aguda pelo Vírus ZIKA e suas Complicações: População geral, em Gestantes, Puérperas e Recém-Nascidos. Set/2016. COVISA/SMS-SP, disponível em: [protocolo_zika_novembro_1478887643.pdf \(prefeitura.sp.gov.br\)](#)

Guia de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde - 2021, disponível em: [Guia de Vigilância em Saúde: volume único \[recurso eletrônico\] \(saude.gov.br\)](#)



Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança, 5ª edição/2016, disponível em: dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf (saude.gov.br)

Chikungunya: manejo clínico - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, disponível em: chikungunya-manejo-clinico-2017.pdf (saude.gov.br)

Manual de Manejo Clínico da Febre Amarela, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2020, disponível em: miolo_febre_amarela_10_2020.indd (www.gov.br)

Quadro 8. Características relevantes de Dengue, Chikungunya, COVID-19 e Leptospirose-
Continua.

CARACTERÍSTICAS	DENGUE	CHIKUNGUNYA	COVID 19	LEPTOSPIROSE
AGENTE	<i>Flavivírus</i>	<i>Alphavirus</i>	SARS-CoV-2 Betacoronavírus	Ordem Spirochaetales, Família Leptospiraceae e Gênero Leptospira
FORMAS CLÍNICAS	Em torno de 20% são sintomáticos. Podem apresentar quadros assintomáticos, oligossintomáticos e até quadros graves com choque, com ou sem hemorragia, podendo evoluir para o óbito	70 a 80% são sintomáticos. Podem ocorrer quadros graves e quadros crônicos, que podem persistir por meses ou anos.	Quadros assintomáticos, quadros com sintomas leves até quadros graves, que podem levar a óbito.	Quadros assintomáticos ou oligossintomáticos, leves e de evolução benigna, até formas graves, com alta letalidade. Segundo a literatura 80% são assintomáticos ou formas leves
MODO DE TRANSMISSÃO	Mosquitos do gênero <i>Aedes</i> , sendo <i>Aedes aegypti</i> e o <i>Aedes albopictus</i> os principais vetores. Foram registrados casos de transmissão vertical (gestante – bebê) e por transfusão sanguínea	Mosquitos do gênero <i>Aedes</i> , sendo <i>Aedes aegypti</i> e o <i>Aedes albopictus</i> principais vetores Casos de transmissão vertical podem ocorrer no momento do parto de gestantes virêmicas e, muitas vezes, provocam infecção neonatal grave Pode ocorrer transmissão por transfusão sanguínea	Transmitido principalmente por contato, gotículas ou aerossol. Transmissão por contato: contato direto com uma pessoa infectada (por exemplo, durante um aperto de mão seguido do toque nos olhos, nariz ou boca) ou com objetos e superfícies contaminados. Transmissão por gotículas: exposição a gotículas respiratórias expelidas, contendo vírus, por uma pessoa infectada quando ela tosse ou espirra, principalmente quando ela se encontra a menos de 1 metro de distância da outra. Transmissão por aerossol: transmissão por meio de gotículas respiratórias menores (aerossóis) contendo vírus que podem permanecer suspensas no ar, serem levadas por distâncias maiores que 1 metro e por períodos mais longos (geralmente horas)	O homem é hospedeiro terminal e acidental da doença, infecta-se ao entrar em contato com a urina de animais infectados (principalmente roedores) de modo direto ou indireto, por meio do contato com água, lama ou solo contaminados A penetração do microorganismo ocorre através da pele com lesões ou mucosas ou pele íntegra quando imersa em água por longo tempo; contato com sangue, tecidos e órgãos de animais infectados; acidental em laboratórios
PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE (Viremia)	1 dia antes do início dos sintomas até 5- 6º dia após	2 dias antes do início dos sintomas até 10 dias após	Durante o período de incubação, geralmente a partir de 48 h antes do início dos sintomas até 10 dias após	Apesar de ocorrer excreção da leptospira pela urina humana, não tem importância na transmissão
PERÍODO DE INCUBAÇÃO EXTRÍNSECO (Vector)	8 a 12 dias	8 a 12 dias	Não se aplica	Não se aplica
PERÍODO DE INCUBAÇÃO INTRÍNSECO (Ser Humano)	3 a 15 dias, sendo em média de 5 a 6 dias	1 a 15 dias, sendo em média de 3 a 7 dias	Estimado entre 1 a 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias	1 a 30 dias, sendo mais frequente entre 5 a 14 dias



Quadro 8. Continuação – Características relevantes de Dengue, Chikungunya, COVID-19 e Leptospirose.



SEABEVS
Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde

COVISA
COORDENADORIA DE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE



CARACTERÍSTICAS	DENGUE	CHIKUNGUNYA	COVID 19	LEPTOSPIROSE
CASO SUSPEITO	Febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro orbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia + ter estado em área de risco	Febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas até 15 dias antes do início dos sintomas	Síndrome gripal (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Obs: Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto. Obs: Em crianças: além dos itens anteriores, observar batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência	Febre, cefaleia e mialgia, que apresente pelo menos um (1) dos seguintes critérios: Critério 1: antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas (exposição a enchentes, alagamentos, lama ou coleções hídricas, exposição a esgoto, fossas, lixo e entulho - atividades que envolvam risco ocupacional como coleta de lixo, catador de material para reciclagem, limpeza de córregos, trabalhar em água ou esgoto, manejo de animais, agricultura em áreas alagadas, vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial, residir ou trabalhar em áreas de risco para a leptospirose Critério 2 - Pelo menos um (1) dos seguintes sinais ou sintomas: sufusão conjuntival, sinais de insuficiência renal aguda (incluindo alterações no volume urinário), icterícia e/ou aumento de bilirrubinas, fenômeno hemorrágico
FEBRE	Geralmente > 38º, com duração de 2 a 7 dias	Aparecimento abrupto de febre alta (> 38,5°C), com duração de 2 a 4 dias	Os casos sintomáticos podem apresentar febre	Febre de início súbito
EXANTEMA	30 a 50% - máculo-papular, atingindo face, tronco e membros, não poupando plantas de pés e mãos, com ou sem prurido. Geralmente é mais tardio, entre o 5º e o 7º dia do início dos sintomas	Maculopapular em até 50% dos pacientes, geralmente aparece 2 a 5 dias após o início da febre; em membros e faces, com duração de 2 a 3 dias. Prurido em 25%. Podem ocorrer lesões vesicobolhosas, descamação e vasculite, principalmente em recém nascidos	Manifestações cutâneas (lesões urticariformes, erupções maculopapulares entre outras) nos pacientes com COVID-19 continua sendo complexo, porque não está claro se as lesões cutâneas estão relacionadas com o vírus ou aos tratamentos	Exantema ocorre em 10-20% dos pacientes e apresenta componentes de eritema macular, papular, urticariforme ou purpúrico, distribuídos no tronco ou região pré-tibial
OUTROS SINTOMAS	Cefaleia, mialgia, artralgia, prostração, astenia, dor retro orbital, anorexia, náuseas e vômitos são comuns.	Cefaleia, dor difusa nas costas, mialgia, náusea, vômitos e conjuntivite sem secreção.	Cansaço, tosse seca, dores no corpo, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, coriza, náusea, vômitos, diarreia.	Cefaléia, mialgia, dor em panturrilhas, anorexia, náuseas e vômitos. Podem ocorrer diarreia, artralgia, hiperemia ou hemorragia conjuntival, fotofobia, dor ocular e tosse.

Quadro 8. Continuação – Características relevantes de Dengue, Chikungunya, COVID-19 e Leptospirose.



CARACTERÍSTICAS	DENGUE	CHIKUNGUNYA	COVID-19	LEPTOSPIROSE
QUADROS GRAVES	<p>Manifestações hemorrágicas leves, como petéquias e sangramento de membranas mucosas, até sangramentos importantes. Choque.</p> <p>Alterações graves de órgãos (SNC, coração, rim, etc). Geralmente, ocorrem entre o 3º e 7º dia do início da doença (quando ocorre a defervescência).</p> <p>Leucopenia, plaquetopenia, aumento de Ht, aumento de transaminases, raramente acima de 500.</p>	<p>Formas atípicas: alterações de sistema nervoso (meningoencefalite, encefalopatia, convulsão, Síndrome de Guillain-Barré, síndrome cerebelar, paralisias, paralisias e neuropatias), oculares, cardiovasculares (miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmia), dermatoses vesiculobolhosas, renais (nefrite, insuficiência renal aguda), síndrome hiperálgica, etc.</p>	<p>A maioria das pessoas desenvolvem sintomas leves (40%) ou moderados (40%), mas aproximadamente 15% podem desenvolver sintomas graves que requerem suporte de oxigênio, cerca de 5% podem apresentar a forma grave com complicações como falência respiratória, sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou falência múltipla de órgãos, incluindo lesão hepática ou cardíaca aguda.</p>	<p>Em 10 a 15% dos pacientes com leptospirose ocorre a evolução para manifestações clínicas graves, geralmente após a primeira semana de doença (em apresentações fulminantes, podem ocorrer antes). A manifestação clássica da leptospirose grave é a Síndrome de Weil - triade de icterícia, insuficiência renal e hemorragias, mais comumente pulmonar.</p>
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	<p>Chikungunya, Zika, leptospirose, Febre Maculosa Brasileira, Influenza, malária, febre amarela, meningites, meningococemia, enterovirose, etc</p>	<p>Dengue, Zika, malária, leptospirose, infecções por outros Alphavirus (exemplo: vírus Mayaro), artrite infecciosa ou artrite pós-infecciosa (Chlamydia, Shigella, gonorréia, febre reumática), artrite reumatóide juvenil, mononucleose infecciosa e primo-infecção por HIV.</p>	<p>Influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros.</p>	<p>Dengue, influenza (síndrome gripal), malária, rickettsioses, doença de Chagas aguda, hepatites virais agudas, hantavirose, febre amarela, malária grave, febre tifóide, endocardite, rickettsioses, doença de Chagas aguda, pneumonias, pielonefrite aguda, apendicite aguda, sepse, meningites, colangite, colecistite aguda, coledocolitase, esteatose aguda da gravidez, síndrome hepatorenal, síndrome hemolítico-urêmica, outras vasculites incluindo lúpus eritematoso sistêmico, dentre outras.</p>
DIAGNÓSTICO LABORATORIAL ESPECÍFICO	<p>Teste Rápido para dengue (NS1 e IgM) – SANGUE - 0 ao 15º dia do IS - Não usar para manejo clínico;</p> <p>ELISA NS1 - SANGUE - 0 ao 3º dia do IS;</p> <p>ELISA IgM - SANGUE - 5 ao 60º dia do IS; PCR - 0 ao 5º dia do IS (identificação de sorotipo, investigação de óbitos);</p> <p>Outros: isolamento, IgG, etc</p>	<p>PCR – SANGUE - 0 ao 7º dia do IS;</p> <p>ELISA IgM - SANGUE – do 5º ao 60º dia do IS;</p> <p>Outros: isolamento, IgG, etc.</p>	<p>RT-PCR de secreção de nasofaringe/orofaringe - para pacientes com SG entre o 1º e o 8º dia do IS, para pacientes internados com SRAG entre o 1º e o 14º dia do IS.</p> <p>Teste rápido de antígeno: do 1º ao 7º dia de início dos sintomas;</p> <p>Imunológico – Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay – ELISA), imunocromatografia (teste rápido), Imunoensaio por Quimioluminescência (CLIA) e Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA) para detecção de anticorpos IgM, IgA e/ou IgG- SANGUE – a partir do 8º dia do IS.</p>	<p>Micro aglutinação (MAT) - SANGUE - 1ª amostra preferencialmente a partir do 7º dia de IS e 2ª amostra após 7 a 14 dias;</p> <p>ELISA IgM - SANGUE - 7 ao 60º dia do IS;</p> <p>Outros: PCR, isolamento, imunohistoquímico.</p>

Fonte: DVE/COVISA/SMS/PMSP, com base nas referências:

Classificação de Risco e Manejo do Paciente suspeito de Dengue, disponível em: [Dengue Classificação de risco e manejo do paciente_A3_alterado2 \(prefeitura.sp.gov.br\)](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/dengue/Classificacao_de_risco_e_manejo_do_paciente_A3_alterado2)

Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança, 5ª edição/2016, disponível em: [dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf \(saude.gov.br\)](https://www.saude.gov.br/images/stories/pdf/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf)

Chikungunya: manejo clínico - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, disponível em: [chikungunya-manejo-clinico-2017.pdf \(saude.gov.br\)](https://www.saude.gov.br/images/stories/pdf/chikungunya-manejo-clinico-2017.pdf)

Guia de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – 2021, disponível em: [Guia de Vigilância em Saúde: volume único \[recurso eletrônico\] \(saude.gov.br\)](https://www.saude.gov.br/images/stories/pdf/Guia-de-Vigilancia-em-Saude-volume-unico-recurso-eletronico.pdf)

COVID-19: Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2021.

Quadro 9. Material para consulta: vigilância, atendimento, manejo clínico e diagnóstico de arboviroses.



COVISA/SMS	<p>1 - Aplicativo Sampa Dengue: desenvolvido para auxiliar os profissionais de saúde na classificação de risco e manejo clínico do paciente suspeito de dengue. Disponível para download em aparelhos com sistema Android, na Play Store e para IOS, na Apple Store.</p> <p>2 - Nota Técnica 02/DVE/2021 - Orientações para o Diagnóstico Laboratorial de Arboviroses</p> <p>3 - Nota Técnica 02/2021 LABZOO - Orientações Gerais para Diagnóstico Laboratorial de Dengue</p> <p>4 - Classificação de Risco e Manejo do Paciente suspeito de Dengue , disponível em: Dengue Classificação de risco e manejo do paciente_A3_alterado2 (prefeitura.sp.gov.br)</p> <p>5 - Protocolo para Vigilância e Assistência de Casos Suspeitos ou Confirmados de Doença Aguda pelo Vírus ZIKA e suas Complicações: População geral, em Gestantes, Puérperas e Recém-Nascidos. Set/2016. COVISA/SMS-SP, disponível em: protocolo_zika_novembro_1478887643.pdf (prefeitura.sp.gov.br)</p> <p>6 - Tabela de Hidratação Oral para Pacientes com Dengue</p> <p>7 - Fluxo de referência de acordo com o estadiamento clínico de Dengue</p>
CVE/SES SP	<p>1 - Diretrizes para a prevenção e controle das arboviroses urbanas no estado de São Paulo – 2017 (revisado em junho/2020), disponível em: revisao2020_diretrizes_arboviroses290620.pdf (saude.sp.gov.br)</p> <p>2 - Republicação da CIB, nº02, de 03/01/2020, publicada em 04/01/2020 - Instrutivo para organização da linha do cuidado e rede de assistência para dengue e critérios para repasse financeiro da secretaria de estado da saúde aos municípios, disponível em: deliberacao_cib02_republicacao01.pdf (saude.sp.gov.br)</p> <p>3 - Arboviroses urbanas, disponível em: Arboviroses Urbanas - Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo (saude.sp.gov.br)</p> <p>4 - Vídeo: Manejo clínico dos casos de dengue: treinamento rápido - março 2019, disponível em: 324) Manejo clínico dos casos de dengue: treinamento rápido - YouTube</p> <p>5 - Link Febre Amarela: https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/agrivos/febre-amarela/</p> <p>6 - Protocolo de Manejo Clínico de Chikungunya no Estado de São Paulo, novembro de 2021, disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/protocolo-chikungunya/protocolo_chikungunya.pdf</p>



MS

1 - Diretrizes para Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em Situação de Aumento de Casos ou Epidemia de Dengue, disponível em:

[diretrizes_para_a_organizacao_dos_servicos_de_atencao_a_saude_em_situacao_de_aumento_de_casos_ou_de_epidemia_de_denque_1389634901.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/diretrizes_para_a_organizacao_dos_servicos_de_atencao_a_saude_em_situacao_de_aumento_de_casos_ou_de_epidemia_de_denque_1389634901.pdf)
([prefeitura.sp.gov.br](https://www.prefeitura.sp.gov.br))

2 - Guia de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde - 2019, disponível em:

[Guia de Vigilância em Saúde : volume único \[recurso eletrônico\]](https://www.saude.gov.br/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-unico) ([saude.gov.br](https://www.saude.gov.br))

3 - Dengue: diagnóstico e manejo clínico - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças

Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_manejo_adulto_crianca_5ed.pdf

4 - Chikungunya: manejo clínico - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças

Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, disponível em:

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

5 - Manual de Manejo Clínico da Febre Amarela, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e

Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2020, disponível em: [miolo_febre_amarela_10_2020.indd](http://www.gov.br/miolo-febre-amarela-10-2020.indd) (www.gov.br)

6 - Manual de Vigilância Sentinela de Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus disponível em:

[Manual de vigilância sentinela de doenças neuroinvasivas por arbovírus](https://www.prefeitura.sp.gov.br/manual-de-vigilancia-sentinela-de-doencas-neuroinvasivas-por-arbovirus)
([prefeitura.sp.gov.br](https://www.prefeitura.sp.gov.br))

7 - Conduta clínica dos pacientes com suspeita de Chikungunya e orientações para o domicílio

Fonte: DVE/COVISA/SMS/PMSP. Compilação de material das esferas municipal, estadual e federal.

Obs: a Síndrome Congênita Associada à infecção pelo ZIKAV em gestantes, os RN, cujas mães apresentam suspeita ou confirmação de infecção pelo ZIKAV na gestação e os pacientes crônicos de Chikungunya não são objeto deste Plano. Para essas situações, consultar o **“Protocolo para Vigilância e Assistência de Casos Suspeitos ou Confirmados de Doença Aguda pelo Vírus ZIKA e suas Complicações: População geral, em Gestantes, Puérperas e Recém-Nascidos.Set/2016.COVISA/SMS-SP”**, disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/protocolo_zika_novembro_1478887643.pdf e o **“Manejo Clínico dos Pacientes Crônicos de Febre de Chikungunya 2021”**, disponível em: [protocolo_casos_de_chikungunya_sem_expediente_setembro_2021.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/protocolo_casos_de_chikungunya_sem_expediente_setembro_2021.pdf)
([prefeitura.sp.gov.br](https://www.prefeitura.sp.gov.br))

9. Vigilância Epidemiológica de Epizootias Suspeitas de Febre Amarela em Primatas Não Humanos (PNH)

A vigilância de epizootias de FA consiste essencialmente em captar informações, oportunamente, sobre adoecimento ou morte de PNH e investigar adequadamente esses eventos, para detecção precoce da circulação do vírus amarelo no ciclo enzoótico (entre vetores silvestres e PNH) e, assim, adotar



medidas de prevenção e controle para evitar a ocorrência da FA na população humana, em áreas afetadas (com transmissão ativa) e ampliadas (adjacentes).

10. Ações Decorrentes de Informação sobre Primata Não Humano Encontrado Morto, Doente ou Vitimado

O fluxo para resgate de PNH morto, doente ou vitimado é distinto conforme o dia da semana e o horário da ocorrência (Quadro 11, Figuras 1 a 3).

Quadro 11. Órgão público a ser acionado na ocorrência de primata não humano encontrado morto, doente ou vitimado, conforme dia da semana e horário da ocorrência, MSP, 2022.

Dia da semana/horário	Órgão para acionamento	Telefone	e-mail
2ª a 6ª feira - 7h às 17h	NDTVZ/DVE/COVISA	2027-2392	vatvz@prefeitura.sp.gov.br
Fins de semana e feriados - 7h às 17h	CIEVS/DVE/COVISA	2027-2300	notifica@prefeitura.sp.gov.br
Diariamente - 17h às 7h	GCM	153	-----

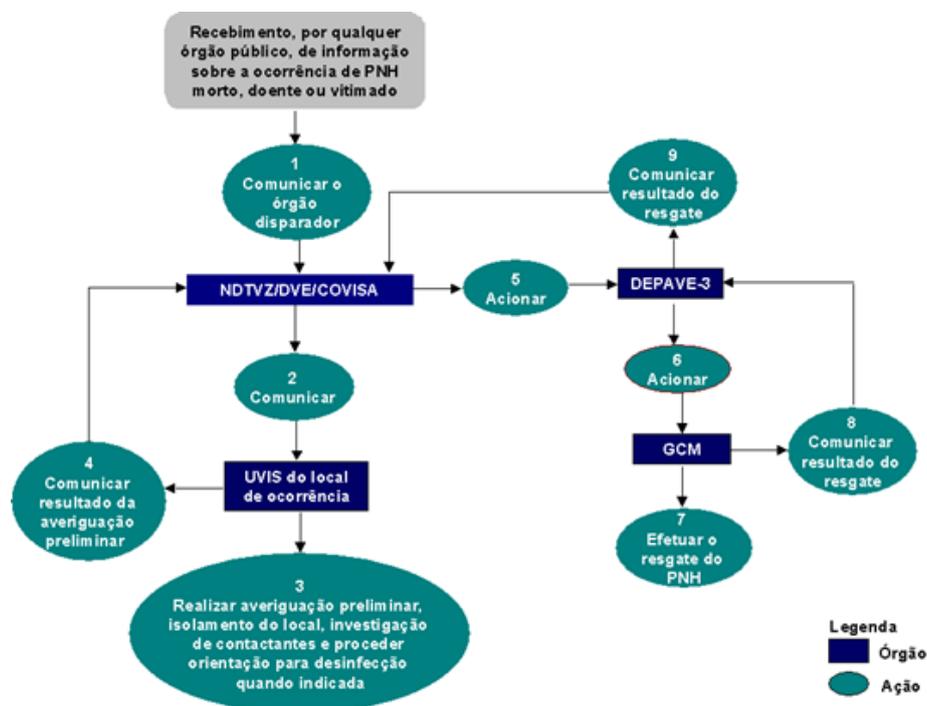
a) 2ª a 6ª feira - 7h00 às 17h00: qualquer órgão público que receba informação sobre PNH morto/doente/vitimado deve comunicar, por e-mail e telefone, o **NDTVZ/DVE/COVISA**, o qual deve acionar a **UVIS** de ocorrência para deslocamento imediato de equipe ao local. Caso a UVIS receba diretamente a informação deve comunicar o **NDTVZ/DVE/COVISA**. Cabe a **UVIS** realizar:

- **Averiguação Preliminar:** verificar se é PNH (sem manipulá-lo ou aos seus restos), avaliar o estado vital e localização do animal (área urbana/rural/periurbana/mata, dentro/fora do imóvel, etc); confirmar endereço, ponto de referência, nome/telefone do munícipe, data de aparecimento e de morte do PNH. Enviar as informações ao **NDTVZ/DVE/COVISA**, pelo meio de comunicação mais rápido, com fotos, se possível. O **NDTVZ/DVE/COVISA** deve informar o **DEPAVE-3** por telefone (3885-6669, 96715-5424) e e-mail (jsumma@prefeitura.sp.gov.br; faunasvma@prefeitura.sp.gov.br). Cabe ao **DEPAVE-3** acionar a **GCM ambiental** (telefone 153) e dar retorno sobre o resgate ao **NDTVZ/DVE/COVISA** por telefone e e-mail.



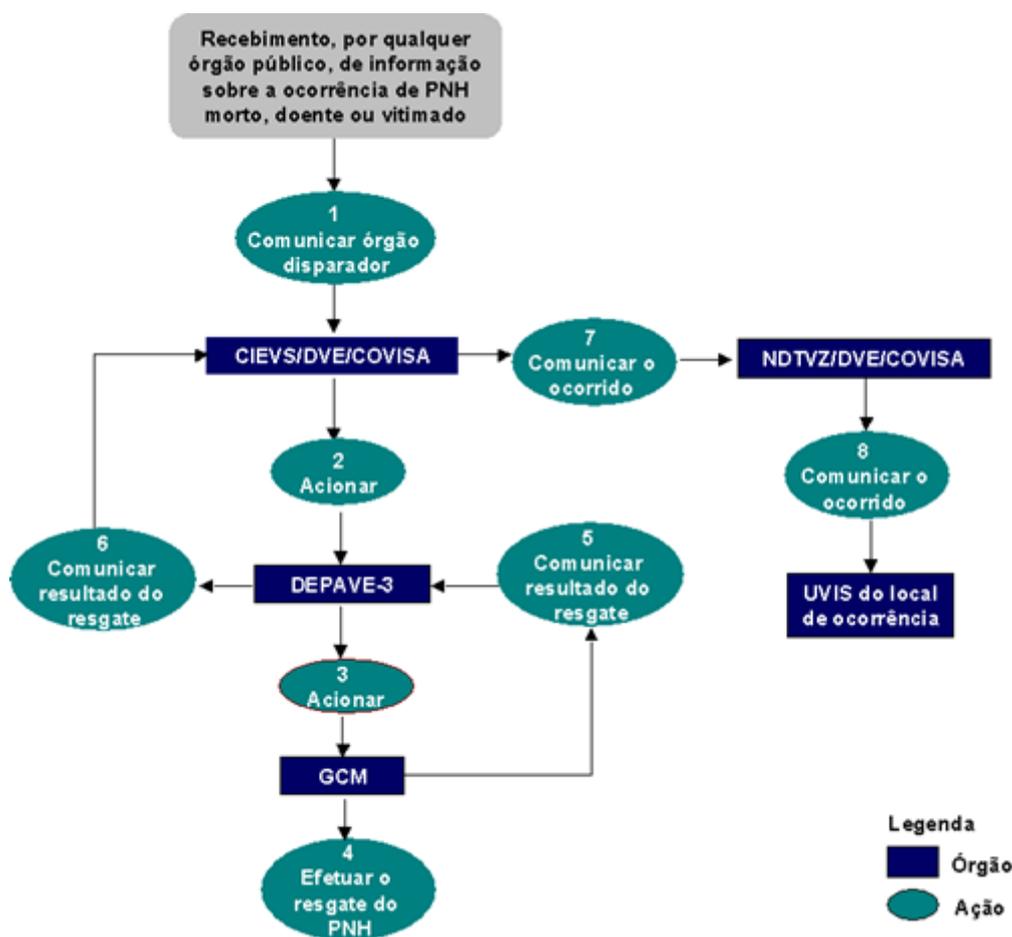
- **Isolamento da área:** isolar a área com fita zebra, colocando-a em altura não inferior a 1 metro e a uma distância mínima de 10 metros do animal ou de seus restos (se possível) e afixar placas de perigo biológico, em local visível.
- **Investigação de contato físico ou relato de acidente com o PNH:**
 - Levantar história e dados de identificação de contactantes.
 - Orientar contactantes a lavar o ferimento/lesão/mucosa/área de contato com água e sabão e desinfetar com álcool a 70% (com exceção de mucosa) e encaminhá-los para avaliação na unidade de saúde mais próxima (pode ser necessário, por exemplo, realizar tratamento pós exposição para raiva, com vacina e soro). Em caso de acidente com integrante da equipe, proceder da mesma forma.
 - Notificar o acidente a uma unidade de saúde.
- **Desinfecção do Local:** para PNH doente/morto recolhido de imóvel (dentro/fora da edificação), orientar o responsável a lavar as superfícies artificiais (piso, etc.), que tiveram contato com o animal e seus restos, com detergente e desinfetá-las com solução clorada na proporção de 9 partes de água/1 parte de água sanitária a 2,5% (comercial).

Figura 1. Resgate de primata não humano morto/doente/vitimado - 2ª a 6ª feira, 7h às 17h.



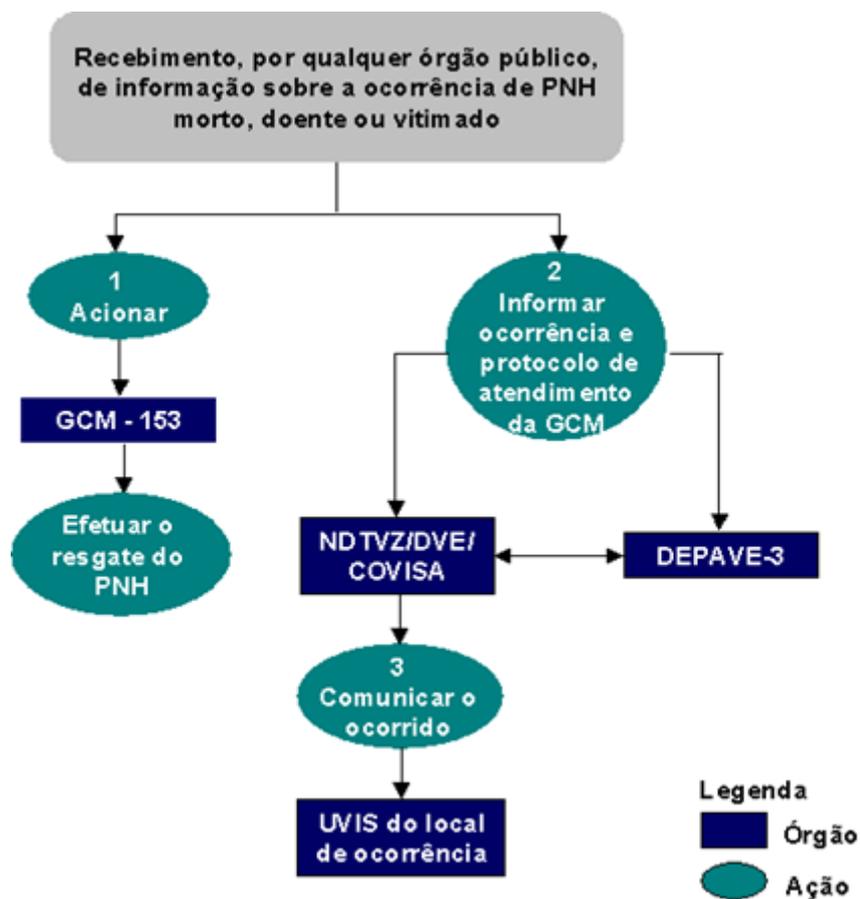
b) Fins de Semana e Feriados - 7h às 17h: qualquer órgão público que receba informação sobre PNH morto/doente/vitimado deve comunicar ao plantão do **CIEVS/DVE/COVISA**, por telefone e e-mail, o nome/telefone do solicitante e o endereço/ponto de referência do local onde está o animal. Cabe ao **CIEVS/DVE/COVISA** acionar o **DEPAVE-3** por telefone (3885-6669 ou 96715-5424) e e-mail (jsumma@prefeitura.sp.gov.br, faunasvma@prefeitura.sp.gov.br). O **DEPAVE-3** deve acionar a GCM ambiental (telefone 153) e dar retorno sobre o resgate ao **CIEVS/DVE/COVISA**, por telefone e e-mail. O **CIEVS/DVE/COVISA** deve encaminhar à **NDTVZ/DVE/COVISA**, por e-mail: data da ocorrência; nome e telefone do solicitante; endereço e ponto de referência do local onde estava o animal; resultado do resgate (realizado ou não e se não, por qual motivo). A **NDTVZ/DVE/COVISA** deve comunicar o ocorrido à **UVIS** do local de ocorrência.

Figura 2. Resgate de primata não humano morto/doente/vitimado - fins de semana e feriados, 7h às 17h.



c) Diariamente das 17h às 7h: qualquer órgão público que receba informação sobre PNH morto/doente/vitimado deve acionar a **GCM ambiental** (telefone 153), informando o nome/telefone do solicitante e o endereço/ponto de referência de onde está o animal e comunicar o ocorrido ao **NDTVZ/DVE/COVISA** (vatvz@prefeitura.sp.gov.br) e ao **DEPAVE-3** (jsumma@prefeitura.sp.gov.br; faunasvma@prefeitura.sp.gov.br), com as seguintes informações: data da ocorrência; nome/telefone do solicitante; endereço/ponto de referência do local onde estava o animal e o número do protocolo de atendimento da GCM. Ao receber essas informações, o **NDTVZ/DVE/COVISA** deve confirmar junto ao **DEPAVE-3** a procedência da ocorrência e se o resgate foi efetuado e em caso afirmativo deve informar a **UVIS** do local de ocorrência.

Figura 3. Resgate de primata não humano morto/doente/vitimado – diariamente, 17h às 7h.



11. Notificação de Epizootia Suspeita de Febre Amarela

Segundo a Portaria MS/GM nº 782 de 15 de março de 2017, que define as Epizootias de Notificação Compulsória e suas Diretrizes para Notificação no Brasil, **a morte ou adoecimento de PNH é um evento de notificação imediata (em até 24 horas).**

- **Definição de Caso Suspeito de Epizootia em PNH:** PNH de qualquer espécie, encontrado morto (incluindo ossadas) ou doente, em território nacional. **Considera-se doente**, o PNH que apresente comportamento anormal como: depressão, movimentação lenta (mesmo se perseguido), ausência de instinto de fuga, segregação do grupo ou imobilidade no solo e/ou perda de apetite, desnutrição, desidratação, lesões cutâneas, secreções nasais ou oculares e diarreia, entre outros. **Rumores de adoecimento ou morte de PNH também devem ser investigados.**

As epizootias em PNH devem ser notificadas, utilizando-se a Ficha de Notificação/Investigação de Epizootia e segundo o [“Guia de Vigilância de Epizootias em Primatas não Humanos e Entomologia Aplicada à Vigilância da Febre Amarela - Ministério da Saúde”](#), classificam-se em :

- **Epizootia em Investigação:** morte de PNH, constatada em investigação local, com coleta de amostras do animal objeto da notificação ou com coletas de amostras secundárias na investigação (amostras de PNH remanescentes da área, contactantes do animal doente ou morto). Adicionalmente, a investigação no LPI pode reunir amostras indiretas que podem contribuir na investigação, tais como: vetores para pesquisa de vírus, casos humanos sintomáticos ou indivíduos assintomáticos não vacinados, identificados na busca ativa.
- **Epizootia Descartada para FA:** epizootia de PNH com resultado laboratorial conclusivo negativo para FA ou confirmação por outras causas.
- **Epizootia Confirmada para FA**
 - **Por laboratório:** resultado laboratorial conclusivo para FA em pelo menos um PNH do LPI.



- **Por vínculo epidemiológico:** epizootia, associada à detecção viral em vetores, outros primatas ou em humanos no LPI. Considerar o tempo e a área de detecção, avaliando caso a caso, em conjunto com a SES e a SVS.

Em adição a notificação pelo meio mais rápido (vias eletrônicas e/ou telefone), o “Guia de Vigilância em Saúde (5ª edição)”, recomenda também o registro na plataforma SISS-Geo – Sistema de Informação em Saúde Silvestre. Este sistema, a partir de registros georreferenciados, gera alertas de ocorrências de agravos na fauna silvestre, em particular, os com potencial de acometer humanos, possibilitando assim, ações de controle, vigilância e prevenção à saúde.

A **UVIS Perus** deve fornecer as fichas de notificação [Ficha de Notificação/Investigação de Epizootia do SINANNET](#) com número de SINAN para preenchimento pelo **DEPAVE-3** e controlar sua utilização para enviar nova remessa quando necessário. O **DEPAVE-3** deve digitalizar a ficha de notificação preenchida e enviá-la a UVIS Perus (ambientaluvisperus@prefeitura.com.br) com cópia para o NDTVZ/DVE/COVISA (vatvz@prefeitura.sp.gov.br) e para o Núcleo de Vigilância epidemiológica /DVZ/COVISA (zoonoses@prefeitura.sp.gov.br). A **UVIS Perus** deve digitar imediatamente as fichas no SINANNET e informar a UVIS do local de ocorrência. Informações adicionais, obtidas na investigação, devem ser digitadas pela **UVIS do local de ocorrência** da epizootia. Diante de informação da morte ou adoecimento de PNH, o NDTVZ/DVE/COVISA deve notificar o nível estadual em até 24 horas.

12. Investigação de Epizootia Suspeita de Febre Amarela

A investigação da epizootia em PNH deve ser iniciada em até 24 horas após a notificação e ser conduzida pela UVIS do local de ocorrência. Se o PNH for recolhido, antes de realizar a averiguação preliminar, é necessário investigar contactantes e proceder às orientações para desinfecção do local. Seguem orientações para a investigação de epizootia:

- **Definição do LPI:** de acordo com a área em que o PNH foi encontrado:
- **PNH encontrado em área urbana:** o local onde o PNH foi encontrado não é necessariamente o LPI da epizootia; para defini-lo, é necessário avaliar a existência de corredores ecológicos que possam ser utilizados pelos PNH e de parques e áreas verdes nas proximidades que possam abrigá-los.



- **PNH encontrado em área periurbana ou rural:** possivelmente, o LPI é a área da mata ou de fragmentos de mata que margeiam ou circundam a área na qual o PNH foi encontrado.
- **PNH encontrado em área de mata:** considera-se que o LPI é própria área de mata.

- **Orientações para Investigação em Campo**
 - Verificar rumores de adoecimento ou morte de outros PNH e datas de ocorrência.
 - Observar e consultar a população local sobre a presença de PNH e mosquitos.
 - Na existência de outros PNH mortos/doentes/vitimados, a UVIS deve comunicar a NDTVZ/DVE/COVISA para que sejam desencadeados os procedimentos para coleta de amostra para diagnóstico laboratorial de FA.
 - Marcar as coordenadas geográficas, com aparelho de Sistema de Posicionamento Global (GPS), do local onde foi encontrado cada PNH. Quando não disponível, a localização deve ser determinada por pontos de referência ou distância aproximada e direção a partir do ponto central do município.
 - Realizar registro fotográfico e descrição do ambiente onde o PNH foi encontrado.
 - Realizar a busca ativa de casos humanos suspeitos de FA, quando a epizootia for fortemente suspeita de FA.

- **ATENÇÃO AOS PROCEDIMENTOS DE SEGURANÇA – INVESTIGAÇÃO DE CAMPO**
 - Não manipular o animal, mesmo morto e/ou seus restos.
 - Utilizar uniforme completo (**calça, camiseta, colete, boné e bota de borracha cano longo**), filtro solar e repelente (reaplicar de acordo com orientação do fabricante).
 - Em caso de acidente (arranhadura, mordedura, contato de secreções do animal com lesões ou mucosas) com integrante da equipe técnica, este deverá lavar cuidadosamente o local do ferimento/lesão/mucosa com água e sabão e desinfetar com álcool 70% (com exceção de



mucosa) e se dirigir a uma unidade de saúde mais próxima para avaliação médica.

- Caso integrante da equipe de campo venha a apresentar febre com quadro clínico inespecífico ou qualquer quadro sintomático em período de 30 dias após a investigação, buscar imediatamente assistência médica, relatando a história de deslocamento e do tipo de trabalho de campo desenvolvido.
- Os técnicos e agentes devem estar vacinados para FA, Raiva e Tétano.

➤ **Complementação das informações no SINANNET. A UVIS do local de ocorrência deve:**

- Inserir no SINANNET, as informações obtidas na investigação.
- Digitar no campo observação, as informações pertinentes que não estejam contempladas em outros campos da ficha.
- Consultar o banco do SINANNET, para excluir fichas de notificação referentes à investigação da mesma epizootia (a ficha de notificação de epizootias refere-se ao evento em investigação e, portanto, deve agregar informação sobre todos os animais afetados naquela localidade). Considera-se como uma única epizootia, as epizootias notificadas na mesma área em um período de até 30 dias em relação à 1ª notificação.

- **Investigação Laboratorial:** cabe ao DEPAVE-3 realizar a coleta de amostra do PNH e encaminhá-la, juntamente com a ficha de notificação do SINAN, ao IAL, para diagnóstico laboratorial de FA. Cabe a NDTVZ/DVE/COVISA enviar os resultados laboratoriais por e-mail para: UVIS do local de ocorrência, Núcleo de Vigilância da DVZ/COVISA (zoonoses@prefeitura.sp.gov.br) e DEPAVE-3 (labfausvma@prefeitura.sp.gov.br).



VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE VETORIAL

As diretrizes e a coordenação das atividades de vigilância, prevenção e controle vetorial são de competência do NVSIN/DVZ/COVISA e do PMVCA/DVZ/COVISA, no nível central. A execução das atividades está descentralizada nas UVIS, as quais, juntamente com as CRS, são também responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e supervisão dos trabalhos efetuados no nível local. A execução do trabalho de campo é realizada pelos Agentes de Saúde Ambiental/Combate à Endemias (ASACE), sendo que as atividades de prevenção vetorial são também integradas com os ACS e com os Agentes de Promoção Ambiental (APA) do Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), ambos da Atenção Básica, de forma a incrementar a capilaridade e aumentar a capacidade operacional das ações no território.

1. Atividades de Vigilância, Prevenção e Controle Vetorial

As UVIS executam as atividades preconizadas, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) e com as instruções normativas da COVISA/SMS/PMSP. Os dados referentes às atividades voltadas ao controle de *Aedes aegypti* são registrados em boletim de campo e posteriormente digitados no Sistema de Controle de Zoonoses - Módulo AEDES (SISCOZ-AEDES). Dados complementares referentes à execução de bloqueios de transmissão são digitados no Sistema SCADEN, suportado e gerido pelo PMVCA e NADEpiDVE/COVISA. Os técnicos e Agentes de Saúde Ambiental e Combate à Endemias (ASACE) executores dos trabalhos nas UVIS são periodicamente capacitados por NVSIN/DVZ/COVISA para realização das atividades preconizadas pelo programa.

Segundo a Nota Informativa nº 103/2019-CGARB/DEIDT/SVS/MS - Recomendações para Manejo da Resistência de *Aedes aegypti* a Inseticidas, emitida pelo MS, foram elencados os seguintes insumos para o controle de *Aedes aegypti* a partir do ano de 2021:

- **Larvicida (Natular DT):** larvicida biológico com ação de toxina de *Saccharopolyspora spinosa* - na formulação pastilha (DT), para ser aplicado



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



nos reservatórios de água com características de criadouros de *Aedes aegypti* e que não são passíveis de controle mecânico, inclusive os reservatórios de água potável;

- **Adulticida residual (Fludora Fusion):** combinação de moléculas (Clotianidina + Deltametrina) - pó molhável, para tratamento perifocal de Pontos Estratégicos e aplicações Residuais Intradomiciliares (IRS);
- **Adulticida espacial (Cielo ULV):** combinação de moléculas (Praletrina + Imidacloprida) - formuladas a pronto uso para aplicações espaciais a ultrabaixo volume (UBV), com equipamentos costais motorizados e equipamentos pesados motorizados montados sobre veículo.
- A partir de 2022 (citar Nota Informativa), foi incluído nesse portfólio o adulticida espacial Fludora Co-Max: combinação de moléculas (flupiradifurona e transfluthrina) - formuladas em solução aquosa para aplicações espaciais a ultrabaixo volume (UBV), com equipamentos costais motorizados e equipamentos pesados motorizados montados sobre veículo.

Esses inseticidas são repassados por meio da Política de Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde em contas mensais para as Secretarias de Estado da Saúde e destas para os municípios. Na cidade de São Paulo, esses insumos são recebidos pela DVZ/COVISA, que é a responsável pela gestão de estoque e o abastecido das UVIS de SMS/SEABEVS.

Atividade de Avaliação de Densidade Larvária

A Atividade de Avaliação de Densidade Larvária (ADL) consiste na estimativa dos níveis de infestação pelo *Aedes aegypti* em uma determinada área geográfica em um dado momento. No MSP, a ADL ocorre desde 2001, sendo atualmente recomendado que se realize quatro vezes ao ano, em janeiro, maio, julho e outubro. A ADL é realizada em amostra de imóveis estratificada por UVIS. Em situação epidêmica de transmissão de arboviroses, a ADL de janeiro, maio e/ou julho poderão ser suspensas. O objetivo da suspensão é manter o máximo contingente de Agentes de Saúde Ambiental e Combate à Endemias em atividades de bloqueio de transmissão.



Atividade de Visita Casa a Casa

A Atividade de Visita Casa a Casa é preconizada pelo MS e pela SUCEN. Consiste em realizar visitas aos imóveis do município para desenvolver ações de orientação e controle de criadouros do mosquito *Aedes aegypti*. Para maiores informações sobre essa Atividade deve-se consultar a “Instrução Normativa - Atividade de Visita Casa a Casa –2016”, do MSP. O Casa a Casa Estratificado (Casa a Casa – Rotina) é realizado com base no Mapa de Risco de Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Em anos Inter epidêmicos ou em situações de baixa transmissão, é preconizada a realização de quatro ciclos da atividade (Rotina); em anos epidêmicos ou em áreas epidêmicas no ano vigente, os ciclos 1 (janeiro/fevereiro/março) e 2 (abril/maio/junho) podem ser suspensos para aumentar o contingente de Agentes de Saúde Ambiental e Combate à Endemias em atividade de bloqueio de transmissão. Nessas situações, como medida de prevenção/contenção de transmissão ainda não instalada em uma dada área geográfica, pode-se realizar o Casa a Casa - Intensificação, que não tem o caráter programático do Casa a Casa – Rotina e é realizado conforme a observação do cenário epidemiológico em cada UVIS.

Atividade de Visita a Pontos Estratégicos e Imóveis Especiais

- Pontos Estratégicos (PE) são imóveis com maior importância na geração e dispersão ativa e passiva de *Aedes aegypti*, em virtude de apresentarem número elevado de recipientes em condições favoráveis à proliferação de larvas do mosquito (ferro velho, oficinas de desmanche de veículos, borracharias, cemitérios, etc) ou em por realizarem atividade ligada a transporte de mercadorias e passageiros (transportadoras, estações rodoviárias e ferroviárias, portos, aeroportos, etc). Atualmente estão cadastrados **2.607** PEs no MSP. Mesmo em período de transmissão epidêmica de arboviroses, deve-se manter visitas quinzenais aos PEs, bem como aplicação dos larvicidas atualmente recomendados: Natular DT (tratamento focal), Fludora Fusion (tratamento perifocal residual) e *Bacillus thuringiensis israelensis* (tratamento focal).



- Imóveis Especiais (IE) são imóveis não residenciais de médio e grande porte que apresentam maior importância na disseminação de vírus de arboviroses, em situações de transmissão da(s) doença(s), em função do grande fluxo e/ou permanência de pessoas e, além disso, cuja complexidade das edificações favorece a proliferação do vetor (serviços de saúde, estabelecimentos de ensino, hotéis, templos religiosos, indústrias, etc). Atualmente estão cadastrados **3.593** IEs no MSP. Mesmo em período de transmissão epidêmica de arboviroses, deve-se manter as visitas ao IE na periodicidade recomendada na Instrução Normativa e o monitoramento do cumprimento ao estabelecido no Decreto nº 56.669 de 01.12.2015, que institui Grupos Internos de Controle da Dengue, Febre de Chikungunya e DAVZ nos órgãos e entidades da administração municipal direta e indireta, com o objetivo de adotar providências para o controle do *Aedes aegypti* nas edificações em que se localizam.

Atendimento a denúncias de local com água limpa e parada

É fundamental que as UVIS sigam o procedimento operacional padrão para atendimento a denúncias definido em conjunto com a Secretaria Municipal de Inovação e Tecnologia (SMIT), como parte integrante do Plano de Melhorias de Atendimento ao Cidadão, de forma a dar um retorno ao munícipe sem prejudicar as atividades de vigilância e controle vetorial, dentre elas o bloqueio de transmissão. Na contingência, as solicitações podem receber avaliação prévia, para verificar necessidade de vistoria ou somente orientação por telefone ao solicitante. Para facilitar a logística de trabalho, as solicitações podem ser atendidas juntamente com a atividade de Bloqueio de Criadouros, no caso de estar dentro do mesmo raio de ação.

Atividade de Bloqueio de Transmissão de Arboviroses

O Bloqueio de Transmissão (BT) de Dengue, DAVZ, Febre de Chikungunya e FA visa impedir ou interromper a transmissão dessas doenças nas áreas em que o caso suspeito/confirmado permaneceu durante o período de viremia ou em área em que há comprovada circulação do vírus da FA. **O BT compreende o Bloqueio de Criadouros (BC) e o Bloqueio de Nebulização (BN), os quais devem ser**



realizados em sequência e de forma ininterrupta. Para detalhamento da Atividade de BT deve-se consultar a Instrução Normativa “Atividade de Bloqueio de Transmissão de Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes Aegypti* - Dengue, Febre de Chikungunya, Doença Aguda pelo Vírus Zika e Febre Amarela” do MSP.

- Os bloqueios de transmissão são realizados em níveis de prioridade, **desde que preencham a definição de caso:**
- Bloqueio de criadouro e de nebulização de casos confirmados autóctones de Febre de Chikungunya ou DAVZ;
- Bloqueio de criadouro e de nebulização de casos confirmados importados Febre de Chikungunya ou DAVZ;
- Bloqueio de criadouro e de nebulização de casos suspeitos de Febre de Chikungunya ou DAVZ que preencham a definição de caso suspeito e sejam procedentes de área com comprovada transmissão (área endêmica ou em surto epidêmico);
- Bloqueio de criadouro e de nebulização de casos confirmados de Dengue;
- Bloqueio de criadouro de casos suspeitos de Dengue sem realização de exame diagnóstico específico, **em havendo capacidade operacional ociosa na UVIS e não sendo necessária a realização de Forças Tarefa na área da CRS ou no MSP;**

Notificação de caso suspeito de FA ou epizootia confirmada para FA em PNH: recomenda-se que para cada caso seja avaliada, conjuntamente por NVSIN/DVZ/COVISA, NDTVZ/DVE/COVISA, CRS e UVIS, a razoabilidade de indicação da execução, considerando-se a cobertura vacinal na área próxima ao LPI e o cenário epidemiológico de ocorrência das demais arboviroses, de forma a não realizar o BT em áreas com altas coberturas vacinais (>80%), em detrimento da execução de BT de casos humanos confirmados ou fortemente suspeitos de arboviroses em outras áreas e em situações epidemiológicas de maior risco à saúde pública.

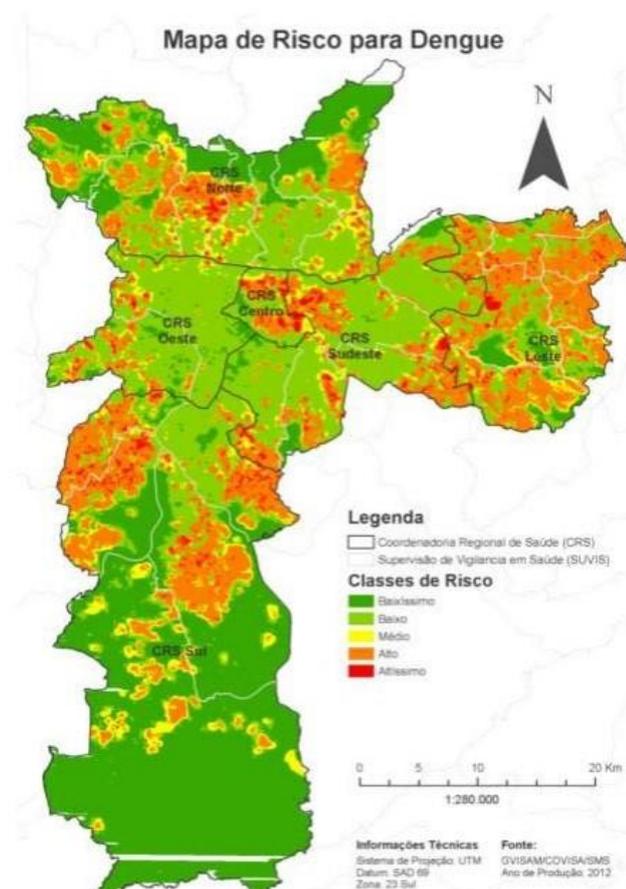
Dentro de cada nível de prioridade, deve-se priorizar, de forma adicional, a realização de bloqueios em áreas com maior número de casos com início de sintomas nos últimos 20 dias e as áreas de maior risco, segundo o Mapa de Risco de Arboviroses (Figura 4).

O BT deve ser realizado em um raio de 150 metros em torno do(s) endereço(s) de permanência do paciente durante o período de viremia ou a partir



do LPI de epizootia confirmada de FA. Recomenda-se ampliar esse raio (**Atividade Arrastão**) quando a área apresentar situação excepcional de risco, não houver interrupção da transmissão em área já bloqueada e quando a distância entre o LPI de dois ou mais casos, com data de início de sintomas iguais ou próximas (até 15 dias), for igual ou inferior a 400 metros e não houver barreira física natural ou artificial entre eles, como rios, grandes avenidas, etc. **O BT deve ser iniciado preferencialmente nas primeiras 24 horas após o recebimento da notificação e finalizado em até três dias.** Se já se passaram mais de 30 dias do início de sintomas do caso, orienta-se a realizar apenas a busca ativa de casos secundários.

Figura 4: Mapa de Risco de Dengue, MSP, 2012



Atividade de Supressão Populacional com Armadilhas Disseminadoras

A partir de 2023, será instituída na Cidade de São Paulo, a atividade complementar de supressão populacional de *Aedes aegypti* pelo uso de armadilhas de auto disseminação de inseticidas. Essa estratégia baseia-se no uso de armadilhas disponíveis comercialmente e configurados no formato de um



criadouro (similar a um balde) que tem a finalidade de atrair, para a oviposição, e contaminar com dois tipos de inseticidas os mosquitos fêmeos grávidos de *Aedes aegypti* e usar esses mesmos mosquitos para fazer a distribuição (disseminação) de um dos inseticidas, que tem ação larvicida, para os criadouros naturalmente existentes no ambiente. A armadilha opera com dois inseticidas, um adulticida (fungo entomopatogênico: *Beauveria bassiana*) e um larvicida (regulador de crescimento análogo ao hormônio juvenil dos insetos: piriproxifeno). Ao ter contato com a superfície da armadilha de auto disseminação impregnada com a formulação mista dos dois inseticidas, por diferença de cargas eletrostáticas, a fêmea de *Aedes aegypti* terá suas pernas e corpo contaminados. Após a contaminação, o adulticida agirá paulatinamente sobre o mosquito, pela infecção com o crescimento das hifas em sua hemolinfa, o que o levará à morte em cerca de 10 a 15 dias. Já o larvicida não terá nenhum efeito tóxico sobre o mosquito fêmea contaminado, mas será disseminado por ela para outros criadouros pelo hábito de oviposição em saltos. Ao contaminar a água desses criadouros, o piriproxifeno, pela sua ação de análogo ao hormônio juvenil, impedirá o desenvolvimento das larvas e pupas até o estágio de mosquito adulto.

Na estratégia a ser implantada na Cidade de São Paulo em 2023, serão instaladas 20 mil armadilhas de auto disseminação de inseticidas em seis áreas de elevado risco de transmissão de dengue selecionadas pela COVISA. Cada uma dessas áreas tem aproximadamente 100 hectares (150 a 200 quadras) e foram alocadas nas regiões que concentraram o maior número de casos de dengue nos últimos cinco anos (2018 a 2022) do Distrito Administrativo (DA) de maior importância epidemiológica de cada uma das seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Em resumo, em cada CRS foi selecionado o DA de maior importância epidemiológica para dengue e dentro desse distrito foi selecionada a área de aproximadamente 100 hectares de maior concentração de casos para receber a instalação das armadilhas. Para fins de referência, ainda dentro de cada CRS foi selecionado outro DA, com condições ambientais e habitacionais similares às da área de implantação da atividade de supressão populacional de *Aedes aegypti*, para servir de comparação de resultados dos desfechos entomológicos e epidemiológicos e para avaliar a efetividade da instalação das armadilhas de auto disseminação de inseticidas. Essas áreas foram selecionadas de modo equivalente às áreas de implantação, ou seja, escolheu-se dentro de cada CRS o segundo

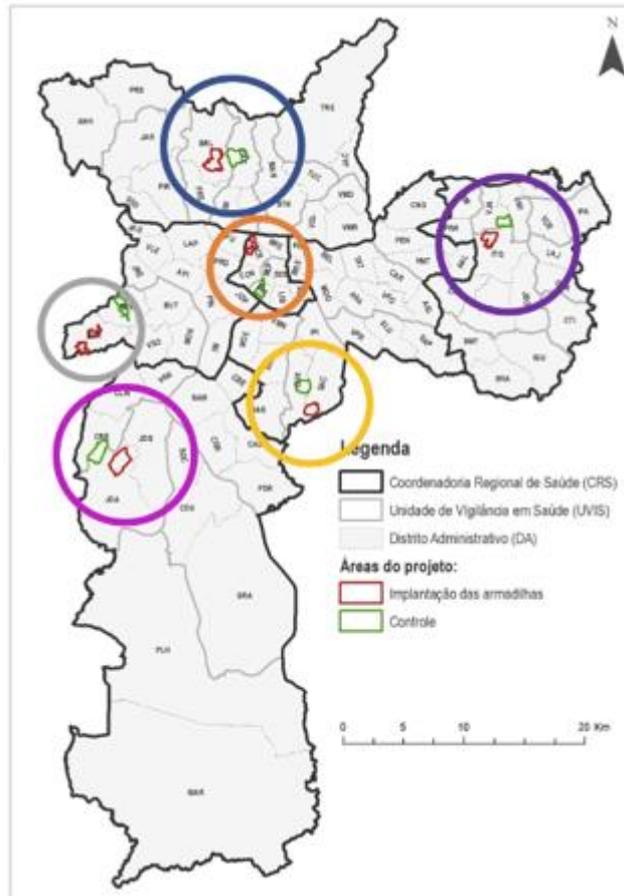


SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde

distrito mais importante para a transmissão de dengue e dentro dele selecionou-se a área de maior concentração de casos. Em ambas as áreas durante a primeira etapa de implantação da Atividade de Supressão Populacional será feito o monitoramento entomológico, pela captura e contagem de ovos e mosquitos *Aedes* adultos.

Figura 5. Locais de instalação das armadilhas, MSP, 2023.



CRS	DA DE IMPLANTAÇÃO	DA DE REFERÊNCIA
NORTE	BRASILÂNDIA	CASA VERDE
SUL	JARDIM ÂNGELA	CAPÃO REDONDO
OESTE	RAPOSO TAVARES	RIO PEQUENO
SUDESTE	SACOMÃ	CURSINO
LESTE	ITAQUERA	VILA JACUI
CENTRO	SANTA CECÍLIA	BELA VISTA

Em suma, na primeira etapa da atividade, está prevista a instalação de armadilhas de auto disseminação de inseticidas em seis distritos da cidade de São



Paulo, um por CRS, e o monitoramento entomológico em doze distritos, dois por CRS, durante o período mínimo de quatro meses. Como resultado, espera-se a supressão da população de mosquitos *Aedes aegypti* nas áreas de implantação e, conseqüentemente, que sejam evitados ao menos mil casos novos de dengue nessas áreas em um período epidêmico.

O uso de armadilhas de auto disseminação de inseticidas se encontra entre as novas metodologias mais promissoras para o controle de *Aedes aegypti* e encontra endossamento técnico do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente (março de 2023), a metodologia está em processo de avaliação da OMS para constar na lista de produtos pré-qualificados para o controle de vetores de importância em saúde pública.

2. Capacidade Instalada para a Vigilância, Prevenção e Controle Vetorial

Recursos Humanos

No MSP, há 2.080 ASACE. Desses, 1.961 estão lotados nas UVIS das CRS e 119 estão lotados na DVZ (Fonte: Sistema SISRH - dados de janeiro de 2023). As atividades de vigilância, prevenção e controle vetorial são executadas rotineiramente pelos agentes lotados nas CRS. Estima-se que, em média, 55% do contingente lotado nas CRS execute as atividades de campo de rotina voltadas a vigilância, prevenção e controle vetorial, 25% execute atividades em campo relacionadas a outros animais sinantrópicos, dentre eles os roedores, escorpiões, *Culex* e himenópteros e 20% execute atividades internas de apoio técnico necessárias ao bom andamento dos trabalhos (Tabela 12). É importante destacar que essa é uma estimativa média, e que, portanto, pode haver variação na distribuição desses percentuais por UVIS e por CRS.



Tabela 12. Número de agentes lotados e estimativa média de agentes segundo tipo de atividade executada rotineiramente por Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, 2023¹.

CRS	Estimativa do Número de Agentes de Endemias					
	Analistas em saúde Vig. Ambiental	Agentes de Endemias lotados	Executores de atividades	Percentual de Executores de atividades	Executores de atividades relacionadas a outros sinantrópicos	Executores de atividades internas
LESTE	34	472	313	66,3	86	79
NORTE	34	461	260	56,3	131	97
SUDESTE	34	410	308	75,1	85	61
SUL	33	414	307	74,1	118	66
OESTE	25	148	88	59,4	41	25
CENTRO	7	37	31	83,8	27	6
TOTAL	167	1.942	1.307	67,3	488	334

Fonte: CRS/SEABEVS/SMS/PMSP janeiro/2022

Equipamentos de Pulverização e Nebulização e Veículos

O MSP dispõe atualmente de 200 nebulizadores costais motorizados, oito equipamentos pesados de aplicação de inseticidas a ultrabaixo volume montados sobre veículos (UBV Pesada) para o controle do *Aedes aegypti* e 30 Mini Geradores de UBV (Tabela 13). A frota de veículos próprios para o transporte de equipamentos de aplicação de inseticidas é de 79 picapes leves, que podem transportar os equipamentos costais e as Minis UBV. Há ainda veículos contratados para o transporte das equipes em campo e dos equipamentos pesados. A Tabela 14 apresenta a relação de veículos e a capacidade de transporte por CRS para o controle das arboviroses.



Tabela 13. Número de equipamentos disponíveis para o controle de *Aedes aegypti*, segundo Coordenadoria Regional de Saúde e Divisão de Vigilância em Zoonoses. Município de São Paulo, 2023.

Unidade	Nº de nebulizadores costais ¹	Nº de máquinas de UBV a frio (nebulização veicular) ²		Nº de pulverizadores ³		
		Modelo: LECO ou Puls Fog	Modelo: mini gerador	Costal manual de alavanca ^{3.1}	Compressão prévia ^{3.2}	
CRS	Leste	43	0	7	41	19
	Norte	38	0	7	34	28
	Sudeste	38	0	5	23	24
	Sul	32	0	5	42	15
	Oeste	16	0	2	16	10
	Centro	6	0	1	8	9
	Total	173	0	27	169	105
DVZ	27	8	3	27	10	
Total MSP	200	8	30	191	115	

1 - Fonte: Levantamento patrimonial UVIS e DVZ de 2022. Os nebulizadores costais existentes na CRS são utilizados rotineiramente no bloqueio de nebulização de arboviroses e no tratamento com Bti; os nebulizadores existentes na DVZ estão disponíveis para empréstimo às UVIS em situação de contingenciamento e para substituir equipamentos quebrados até que o conserto seja efetuado.

2 - Fonte: Levantamento patrimonial UVIS e DVZ de 2022.

2.1 As UBV LECO da DVZ prestam apoio ao território no controle de arboviroses e *Culex*.

3 - Fonte: Levantamento patrimonial UVIS e DVZ de 2022.

3.1 Dos 169 pulverizadores do tipo costal de alavanca existentes nas CRS, 141 são utilizados rotineiramente para o tratamento focal com o Bti, enquanto os 28 restantes são utilizados rotineiramente para o controle químico de abelhas e vespas, mas parte deles pode ser direcionada para tratamento focal com Bti em situação de contingenciamento. Os 27 pulverizadores costal manual de alavanca existentes na DVZ estão disponíveis para empréstimo às UVIS em situação de contingenciamento e para substituir equipamentos quebrados até que o conserto seja providenciado.

3.2 Os pulverizadores de compressão prévia das CRS são utilizados rotineiramente no tratamento com Bti; os existentes na DVZ estão disponíveis para empréstimo às UVIS em situação de contingenciamento e para substituir equipamentos quebrados até que o conserto seja efetuado.



Tabela 14. Número de veículos disponíveis segundo uso para as Coordenadorias Regionais de Saúde e Divisão de Vigilância em Zoonoses. Município de São Paulo, 2023.

Unidade	Nº de veículos ("Denguihas") para transporte de inseticidas e equipamentos para nebulização veicular com mini gerador ou costal ¹	Nº de veículos para nebulização veicular com o modelo LECO ou Puls Fog ²	Nº de veículos para transporte das equipes à campo ³			Nº de vagas para transport e das equipes as campo ⁴	
			Passeio 5 lugares	Passeio 7 lugares	Van 15 lugares		
CRS	Leste	21	0	14	58	0	404
	Norte	21	0	16	51	0	370
	Sudeste	15	0	11	40	0	284
	Sul	14	0	34	44	0	400
	Oeste	5	0	7	19	0	142
	Centro	3	0	6	9	0	78
	Total	79	0	88	221	0	1.678
DVZ	0	6	5	2	0	32	
Total MSP	79	6	93	223	0	1.710	

1 - Fonte: UVIS/CRS e DVZ: dados de janeiro de 2023.

2 - Fonte: DVZ: dados de janeiro/2023.

3 - Fonte: SMS-CONTRATOS: UVIS/CRS: dados de janeiro de 2023. Veículos disponíveis para todas as atividades realizadas nas UVIS (não são exclusivos para as atividades de vigilância, prevenção e controle vetorial).

4. Cálculo não considerou o motorista.

De acordo com o recomendado ou sempre que necessário, as UVIS devem encaminhar os equipamentos utilizados para controle vetorial para a Sala de Máquinas do NVSIN/DVZ/COVISA, para manutenção periódica e/ou consertos. Da mesma forma, a CRS, deve providenciar as medidas necessárias para manutenção periódica e consertos de veículos para transporte de produtos químicos e equipamentos ("Denguihas"). Esses procedimentos são essenciais para garantir que o número máximo de equipamentos e veículos existentes estejam em prontas condições de uso em uma situação de contingência. Orienta-se que as UVIS mantenham no mínimo 2 equipes, compostas de um batedor, um desalojador, um apoiador e um nebulizador, aptas a realizarem o Bloqueio de Nebulização para cada equipamento costal existente. Também deve haver, ao menos, quatro ASACE capacitados e com experiência em realizar as nebulizações veiculares por UVIS.



Estes são os contingentes mínimos recomendados para suprir faltas, licenças e férias de agentes e para atender a necessidade de contingenciamento em situação de aumento de transmissão de arboviroses.

3. Medidas de Contingenciamento para Realização de Bloqueios de Transmissão

No período sazonal de transmissão de arboviroses, as atividades de bloqueios de transmissão (BT) e de visitas aos Pontos estratégicos (PE) e Imóveis especiais (IE) têm prioridade em relação às Atividades de Visita Casa a Casa Estratificado (Rotina) ou Intensificação. **Assim, no período sazonal das arboviroses a execução da Atividade de Visita Casa a Casa deve se restringir às situações que visam intensificação em áreas próximas aos locais com transmissão de arbovírus já deflagrada; à medida em que aumenta o número de notificações de arboviroses, as atividades Casa a Casa devem ser totalmente suspensas e todo o contingente de Agentes de Saúde Ambiental e Combates à Endemias direcionados para as Atividades de Bloqueio de Transmissão durante os turnos regulares de trabalho.** Campanhas de Casa a Casa - intensificação poderá ser realizadas, com vistas a evitar a expansão das áreas de transmissão dos arbovírus circulantes no momento.

Dependendo do nível de transmissão, o número de agentes disponível, **na rotina**, para execução das atividades de vigilância, prevenção e controle vetorial pode não ser suficiente para realização dos BT em tempo oportuno, sendo necessário ampliar a força de trabalho para execução dessa atividade. Assim, o contingenciamento deve ser iniciado quando o número de BT a serem realizados se aproximar do limite da capacidade operacional instalada na UVIS para sua execução, associado a um cenário epidemiológico de transmissão de arboviroses desfavorável. O Painel de Monitoramento das Arboviroses (PMA), O Painel Epidemiológico do NADEpi/DVE e o BI-Gestão de Qualidade do PMArbo permitem o acompanhamento por semana epidemiológica da capacidade de bloqueio livre e da oportunidade e cobertura dos casos confirmados com bloqueio de transmissão por UVIS, além de outros indicadores fundamentais a tomada de decisão pelos gestores das CRS e COVISA.

Quando a capacidade operacional de cada UVIS está próxima ao seu limite, as seguintes medidas de contingenciamento devem ser adotadas:



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



4. Incremento da Força de Trabalho para a Realização de Bloqueio de Transmissão

Como medidas iniciais de contingenciamento, recomenda-se que as UVIS: Passem a destinar o contingente de agentes, conforme segue:

- **60% do contingente de agentes de campo** para realização exclusiva de BT, divididos da seguinte forma: **45%** para execução de bloqueio de criadouros (BC); **10%** para BN costal e **5%** para BN veicular;
- **40% do contingente de agentes de campo** para a manutenção das visitas periódicas aos PE e IE, **ações do Programa de Controle do Culex**, atendimento a solicitações, realização de atividades prioritárias relacionadas a outros animais sinantrópicos e manutenção de atividades internas essenciais;
- **Suspensão de atividades internas não prioritárias em epidemia de arboviroses e destinação dos agentes para apoio nas atividades de arboviroses.**
- Evitem conceder abonos e folgas aos agentes no período crítico.
- Otimizem processos e fluxos internos de trabalho.

A capacidade operacional máxima para realização de BC nas CRS (Tabela 15) foi estimada por meio dos critérios e valores de referência que constam no Quadro 25

Quadro 15. Critérios e valores de referência para estimativa de capacidade operacional máxima para realização de bloqueios de criadouros. Município de São Paulo, 2023.

Critérios	Valores de referência
(a) N° de agentes destinados a realização exclusiva de BC em situação de contingência	45% dos agentes lotados nas UVIS/CRS ¹ .
(b) N° médio de imóveis visitados em um BC ²	375
(c) Produtividade de imóveis visitados/agente/dia no BC ³	25
(d) N° médio de agentes necessários para realizar um BC	15 (divisão do Item "b" pelo Item "c")

1 - Fonte: Sistema SISRH: dados de janeiro de 2023.

2 - Fonte: banco de notificação do SISDEN de 2016.

3 - Fonte: Instrução Normativa de Bloqueio de Transmissão de Arboviroses, 2020.



Tabela 16. Estimativa da capacidade operacional máxima diária e semanal¹, em situação de contingenciamento, para realização de bloqueios de criadouros, segundo Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, 2023.

CRS	Nº de agentes destinados a realização exclusiva de BC em situação de contingência	Nº médio de agentes necessários para realizar um BC	Nº de BC/dia	Nº de BC/semana ²
Leste	213	15	14	70
Norte	212	15	14	70
Sudeste	184	15	12	60
Sul	188	15	13	65
Oeste	68	15	5	25
Centro	16	15	1	5
MSP	881	15	59,0	295

1 - A capacidade operacional máxima para realização de BC não reflete necessariamente o número de casos que serão bloqueados, pois um bloqueio pode ter mais de um caso, e não também não reflete exatamente o número de bloqueios que serão realizados. Trata-se apenas de uma estimativa.

2- Para as estimativas foram consideradas semanas com cinco dias de úteis trabalhos.

Mantendo-se o contingente de 60% para realização de BT, considerando as suas particularidades, a UVIS poderá realizar pequeno ajuste nos percentuais de agentes a serem empregados na realização de BC e BN costal e veicular. Quando o **Indicador de Capacidade de Bloqueio de Criadouro Livre**, medido pelo Painel de Monitoramento de Arboviroses, atingir o nível de 0 a 25%, recomenda-se que as UVIS **desencadeiem medidas adicionais de contingenciamento**, conforme segue:

5. Remanejamento de Agentes, Maquinário e Veículos

O remanejamento de agentes, maquinário e veículos pode se dar:

- **Entre a DVZ e a UVIS:** conforme a Tabela 13 e 14, a DVZ possui nebulizadores costais, pulverizadores e pode aumentar as cotas de inseticidas que poderão ser cedidos à UVIS mediante detecção de cenários desfavoráveis ao controle e disponibilidade desses insumos.



- **Entre UVIS da mesma CRS:** se a transmissão é concentrada em determinada(s) UVIS da CRS, preconiza-se mobilizar outras UVIS da região que possam ceder agentes, maquinário e veículos sem comprometer sua realização dos bloqueios de transmissão.
- **Entre UVIS de outras CRS:** se a transmissão ocorre de forma generalizada em determinada(s) CRS, o PMVCA/COVISA em conjunto com a DVE/COVISA e a DVZ/COVISA, poderão mobilizar outras CRS, que possam ceder agentes, maquinário e veículos sem comprometer sua própria realização dos bloqueios de transmissão, além de dar apoio técnico com a entrada de uma ou mais UBV Pesada na área.

Convocação de Servidores

Poderão ser convocados agentes e técnicos das UVIS para realização de bloqueios de transmissão aos finais de semana e feriados. Bem como, a critério das CRS, poderão ser suspensas, interrompidas ou adiadas as férias de servidores.

6. Programa de controle do Culex

Em alta densidade, o *Culex quinquefasciatus* é um agente causador de incômodo ao homem, devido aos seus hábitos hematofágico e endofílicos noturno. Os residentes nas proximidades dos criadouros sofrem diretamente com a elevada exposição às suas picadas (repastos sanguíneos), podendo desenvolver processos alérgicos e ter sua produtividade prejudicada pelas noites mal dormidas. Mesmo em cenários epidêmicos de arboviroses, com exceção feita aos períodos de deflagração do contingenciamento, as medidas de controle de mosquitos *Culex quinquefasciatus* nos criadouros prioritários não devem ser interrompidas ou reduzidas, devido à possibilidade de uma rápida recuperação da densidade populacional. Assim, a manutenção da população desta espécie de mosquito em baixos níveis requer a sustentação de forte pressão de controle, integrando os diferentes métodos propostos no Programa de Vigilância e Controle de *Culex sp* no Município de São Paulo (PVCCMSP).

No MSP, até o momento, o mosquito *Culex quinquefasciatus* não está envolvido com transmissão de agentes patogênicos, mas em outras regiões é vetor



da Filariosa Bancroftiana e de encefalites virais (arbovírus), inclusive a Febre do Nilo Ocidental. Segundo a OMS, a prevenção da transmissão dessas doenças consiste em reduzir a exposição humana às picadas dos mosquitos através do controle larvário e de adultos pelos serviços de saúde. Sendo assim, não se recomenda a interrupção dos métodos de controle estabelecidos no PVCCMSP, mesmo em face do aumento da transmissão das arboviroses. Caso a capacidade operacional máxima da UVIS para BT seja atingida, recomenda-se a manutenção de vigilância de Culex focada apenas nos Criadouros Prioritários com ordem de prioridade igual a "1-Alta".



IMUNIZAÇÃO

A vacina de FA é uma medida muito eficaz para evitar a ocorrência de casos humanos. É uma vacina altamente imunogênica e tem sido utilizada para prevenção da doença desde 1937, conferindo imunidade de 90 a 100%. O MS recomenda vacinação contra FA, com pelo menos dez dias de antecedência, a partir de nove meses de idade para indivíduos que se deslocam ou residem em áreas de risco, áreas com ocorrência de casos humanos, vetores silvestres e epizootias em PNH confirmadas por FA.

Ao analisar os dados do período de 2008 até 2022, verifica-se que foram aplicadas 10.717.152 doses da vacina, o que representa 91,63% de cobertura vacinal, próximo, porém ainda abaixo da meta preconizada pelo MS de 95%.

Considerando as evidências disponíveis, as recomendações do Comitê Técnico Assessor de Imunizações e os estudos que ainda se encontram em andamento, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS e a Secretaria de Saúde do ESP estabelecem as orientações sobre o uso da vacina FA conforme Quadro 27. Contraindicações e Eventos Adversos pós Vacinação da Febre Amarela podem ser consultados em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_amarela_guia_profissionais_saude.pdf



Quadro 16. Orientações para a vacinação contra a Febre Amarela para residentes ou viajantes para área com recomendação da vacina

IDADE	VACINA FEBRE AMARELA	
	Doses anteriores	Doses necessárias
Crianças \geq 9 meses até 4 anos, 11 meses e 29 dias	Nenhuma	Aplicar uma dose. Agendar 2ª dose aos 4 anos (até 4 anos 11 meses e 29 dias de idade), respeitando intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses
	Uma dose (plena ou dose fracionada*)	2ª dose aos 4 anos (até 4 anos 11 meses e 29 dias de idade) respeitando intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses
A partir de 5 anos de idade	Nenhuma	Aplicar uma única dose
	Uma dose (plena ou fracionada*) antes de 5 anos de idade	Aplicar 2ª dose, respeitando intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses.
	Uma dose fracionada* a partir de 5 anos de idade.	Aplicar 2ª dose oito(8) anos após a aplicação da dose fracionada**.
	Uma ou mais doses a partir dos 5 anos de idade	Não necessitam doses adicionais

* Dose plena é a dose com volume de 0,5 ml. A dose fracionada refere-se à dose de 0,1 ml administrada em campanha de intensificação no ano de 2018 (o público-alvo foi o de pessoas com dois anos ou mais de idade).

** A última evidência publicada mostra que os títulos de anticorpos de pessoas vacinadas com dose fracionada são semelhantes àqueles de pessoas vacinadas com dose plena, dentro de um intervalo de oito anos.

Fonte: São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". **Norma técnica do Programa de Imunização.** São Paulo: CVE, 2021. 75 p.



Medidas Complementares para Intensificação de Ações de Prevenção e Controle de Arboviroses

1. Sala de Situação de Arboviroses

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a sala de situação é espaço de inteligência em saúde, dotado de visão integral e intersetorial, que partindo da análise e da avaliação permanente da situação de saúde, atua como instância integradora da informação gerada pela vigilância em saúde pública nas diferentes áreas e níveis, constituindo assim um órgão de assessoria direta capaz de aportar informação oportuna e relevante para apoiar o processo de tomada de decisões. Assim, para atender a necessidade de respostas rápidas, adequadas e oportunas, de acordo com os diferentes níveis de transmissão, foi instituída pela [Portaria Municipal nº 018/2020 de 04 de fevereiro de 2020 - SMS.G](#) a **Sala de Situação das Arboviroses**, no âmbito da SMS, a qual é presidida pelo Secretário Municipal da Saúde. Os demais participantes e as atribuições da Sala de Situação encontram-se na referida portaria. Preconiza-se que a **Sala de Situação** seja realizada mensalmente em nível 0 a 1 de transmissão de arboviroses, quinzenalmente ou semanalmente em nível 2 e semanalmente em nível 3. A periodicidade pode ser alterada conforme necessário.

2. Instituição dos Comitês Regionais de Arboviroses

Conforme o [Decreto Nº 58.506, de 9 de novembro de 2018](#), que institui o **Comitê Intersecretarial de Ações para Prevenção e Controle das Arboviroses - Comitê de Arboviroses**, no âmbito do Município de São Paulo, ficam instituídos, nas 32 Subprefeituras, os Comitês Regionais de Arboviroses, visando à intensificação de ações de prevenção e controle dessas doenças em seu território de abrangência.

Os Comitês Regionais de Arboviroses tem por finalidade, na respectiva



Subprefeitura:

- promover a coordenação entre as instâncias regionais do governo Municipal, no âmbito de cada Subprefeitura, no desenvolvimento de ações e controle das arboviroses;
- promover reuniões periódicas do Comitê Regional para a apresentação da situação epidemiológica das arboviroses no território da Subprefeitura, avaliação das ações de prevenção realizadas e desenvolvimento de estratégias para a implementação dessas ações;
- promover ações de mobilização e comunicação para o combate ao mosquito *Aedes aegypti*.

Recomenda-se que o Comitê realize reuniões mensais, ou extraordinariamente em situações de aumento da transmissão, para planejamento das ações a serem desenvolvidas de forma integrada.



Links de Interesse

LINK 01. [Ficha de Notificação e Investigação \(FIE\).](#)

LINK 02. [Ficha de Investigação de Casos Graves e Óbitos por Arbovírus Urbanos do Estado de São Paulo.](#)

LINK 03. [Ficha de Busca de Casos Secundários.](#)

LINK 04. [Ficha de Busca de Casos Suspeitos de Febre Amarela](#)

LINK 05. [Nota Técnica 01/2023/LABZOO – Orientações Gerais Para Diagnóstico Laboratorial De Chikungunya.](#)

LINK 06. [Nota Técnica 02/2023/LABZOO – Orientações Gerais Para Diagnóstico Laboratorial De Chikungunya.](#)

LINK 07. [Classificação de Risco e Manejo do Paciente suspeito de Dengue.](#)

LINK 08. Tabela de Hidratação Oral para Pacientes com Dengue.

LINK 09. Fluxo de referência de acordo com o estadiamento clínico de Dengue.

LINK 10. Conduta clínica dos pacientes com suspeita de Chikungunya e orientações para o domicílio.

LINK 11. [Portaria Municipal nº 018/2020 de 03 de fevereiro de 2020 - SMS.G.](#)

LINK 12. [Decreto Nº 58.506, de 9 de novembro de 2018.](#)

