



# PLANO MUNICIPAL DE ENFRENTAMENTO DA DENGUE E DEMAIS ARBOVIROSES 2022/2023



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde

  
COORDENADORIA DE  
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/](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



# SIGLAS

**ACES** - Agente de Combate a Endemias

**ACS** - Agentes Comunitários de Saúde

**APA** - Agentes de Promoção Ambiental

**CAB** - Coordenadoria de Atenção Básica

**CAS** - Coordenadoria de Administração e Suprimento

**CDMEC** - Centro de Distribuição de Medicamentos e Correlatos

**CEINFO** - Coordenadoria de Epidemiologia e Informação

**COVISA** - Coordenadoria de Vigilância em Saúde

**CRS** - Coordenadoria Regional de Saúde

**DRVS** - Diretoria Regional de Vigilância em Saúde

**DTIC** - Departamento de Tecnologia de Informação e Comunicação

**DVE** - Divisão de Vigilância Epidemiológica

**DVZ** - Divisão de Vigilância de Zoonoses

**EMS** - Escola Municipal de Saúde

**LABFAUNA** - Laboratório de Identificação e Pesquisa da Fauna Sinantrópica

**LABZOO** - Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores

**MSP** - Município de São Paulo

**NDTVZ** - Núcleo de Vigilância das Doenças Transmissíveis por Vetores e outras Zoonoses

**NVSIN** - Núcleo de Vigilância, Prevenção e Controle de Sinantrópicos

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PEI** - Programa Estadual de Imunizações

**PMI** - Programa Municipal de Imunizações

**PNI** - Programa Nacional de Imunizações

**SEABEVS** - Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde

**SERMAP** - Secretaria-Executiva de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias

**SEAH** - Secretaria-Executiva de Atenção Hospitalar

**SMS** - Secretaria Municipal da Saúde

**STS** - Supervisão Técnica de Saúde

**TR** - Teste rápido

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UVIS** - Unidade de Vigilância em Saúde



SEABEVS

Secretaria Executiva de  
Atenção Básica,  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



# SÚMARIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>01</b>
<b>2. Objetivo.....</b>	<b>02</b>
2.1. Objetivo Geral.....	02
2.2. Objetivos Específicos.....	03
<b>3. Eixos De Intervenção.....</b>	<b>03</b>
<b>3.1. Vigilância Em Saúde.....</b>	<b>04</b>
3.1.1. Vigilância Epidemiológica.....	04
3.1.2. Vigilância, Prevenção e Controle Vetorial.....	06
3.1.3 Imunização.....	07
<b>3.2. Assistência.....</b>	<b>09</b>
<b>3.3. Comunicação E Mobilização Social.....</b>	<b>10</b>
<b>3.4. Educação Permanente.....</b>	<b>11</b>
<b>3.5. Respostas Rápidas Frente À(S) Epidemia(S)....</b>	<b>11</b>
<b>4. Referências.....</b>	<b>15</b>

# 1. INTRODUÇÃO

*“O crescimento populacional, a urbanização desordenada e o aumento do tráfego humano e do comércio internacional contribuíram para a emergência e para a disseminação espacial das arboviroses nas últimas décadas” (WILDER-SMITH et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).*

Potencializada por fatores ambientais, econômicos e socioculturais, as arboviroses, doenças ocasionadas por vírus transmitidos por vetores artrópodes, se configuram em um grave problema de Saúde Pública ([WHO, 2022](#)). Hoje, o Brasil, enfrenta um cenário epidemiológico marcado pela circulação simultânea da Dengue, Chikungunya, Doença Aguda pelo Vírus Zika (DAVZ) e Febre Amarela (FA), a cocirculação destes vírus tem potencial de impactar diretamente os sistemas de saúde, a dinâmica da cidade, e principalmente, a qualidade de vida da população.

A dengue e demais arboviroses tem a sua ocorrência vinculada a determinantes que mantêm a infestação vetorial e a circulação viral num território, tais como fatores climáticos, demográficos, socioculturais, de infraestrutura urbana, de dinâmica populacional e de susceptibilidade aos vírus circulantes. Considerando esses aspectos, o município de São Paulo (MSP) apresenta um conjunto de condições favoráveis que contribuem para transmissão dessas doenças, sendo elas: **alta densidade populacional; intensa circulação de pessoas oriundas de diversas localidades e países; infestação pelo *Aedes aegypti* nos 96 Distritos Administrativos (DA); e a susceptibilidade de grande parcela da população aos arbovírus.**

A dengue, no ano de 2022, apresentou um coeficiente de incidência de 96,2 por 100.000 habitantes no MSP. Tal coeficiente, considerado baixo (<100), foi menor do que o do Estado de São Paulo para o mesmo período, que registrou 668,2 casos prováveis de dengue por 100.00 habitantes. Esses dados mostram a importância da organização e articulação entre as instâncias municipais no combate das arboviroses, **graças às articulações municipais devidamente instituídas em seus diferentes níveis de gestão para uma resposta ágil e com foco na redução de riscos e danos à saúde pública.**

Entre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), está a garantia da integralidade da atenção à saúde, que pressupõe a articulação de todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Isso significa que todas as ações propostas para o enfrentamento das arboviroses devem ser atravessadas por tais princípios, o que, entre outras coisas, reafirma que analisar o impacto nos serviços de saúde e na própria



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE

saúde da população é o modo de entender o processo saúde – doença coletiva enquanto processo social, buscando formas de precaver um cenário com consequências concretas.

Tendo isso em vista, e a responsabilidade dos entes públicos para com o SUS e para com a população, este **Plano Municipal de Enfrentamento da Dengue e Demais Arboviroses 2023/2024**, elaborado pela SEABEVS, por meio de suas Coordenadorias: COVISA e CAB, no âmbito da SMS, visa estabelecer as principais diretrizes para o combate das arboviroses, imprescindível para que se potencializem ações de promoção à saúde, prevenção e controle epidemiológico, através do fortalecimento de políticas públicas intersetoriais, mitigando, assim, os impactos desses agravos no município de São Paulo.

Ao realizar o diagnóstico da situação de saúde do município de São Paulo, possibilita-se o planejamento, monitoramento e avaliação dos sistemas de saúde para que se possam padronizar condutas por meio de um plano de enfrentamento integrado, respeitando as particularidades territoriais. Dessa forma, com o intuito de alcançarmos esse objetivo foram propostos seis principais eixos de intervenção: **Vigilância em Saúde; Assistência; Imunização; Comunicação e Mobilização Social, Educação Permanente e Respostas rápidas frente à(s) epidemia(s).**

Cabe destacar que para mais informações, podem ser consultados o **Documentos técnicos para Enfrentamento da Dengue e demais Arboviroses 2023/2024**, além do [Plano de Contingência para Respostas às emergências em Saúde Pública por Dengue, Chikungunya e Zika](#) e do [“Plano Estadual de Contingência das Arboviroses Urbanas: Dengue, Chikungunya e Zika 2023/2024”](#).

## 2. OBJETIVO

### 2.1. Objetivo Geral

O presente plano tem como objetivo estabelecer diretrizes para o planejamento e a organização preventiva das ações a serem desencadeadas de acordo com os níveis de transmissão e a demanda de atendimento de casos suspeitos de arboviroses, visando orientar, facilitar, agilizar e uniformizar as respostas dos componentes da vigilância epidemiológica, assistência, controle vetorial, comunicação e imunização, consequentemente reduzindo os danos decorrentes desses agravos, diante do possível aumento sazonal de casos.



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



## 2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1.** Servir como documento norteador para subsidiar a operação, a delimitação de competências e a elaboração dos Planos de Enfretamento das CRS e subsidiar a elaboração dos planos operativos das STS, UVIS, UBS, hospitais, AMA, PS, PA, UPA e unidades da rede privada e complementar;
- 2.2.2.** Diminuir a ocorrência de Dengue, DAVZ, Chikungunya e FA Silvestre;
- 2.2.3.** Evitar a ocorrência de Febre Amarela Urbana no MSP.
- 2.2.4.** Instrumentalizar os serviços para a realização do diagnóstico precoce e manejo clínico oportuno e eficaz, diminuindo a ocorrência de formas graves e óbitos por arboviroses;
- 2.2.5.** Propor ações e estratégias para mitigação do cenário epidemiológico por meio do fortalecimento da articulação intersetorial de todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS;
- 2.2.6.** Ampliar as redes de comunicação em saúde com a população e profissionais de saúde promovendo ações de mobilização social;
- 2.2.7.** Instrumentalizar todos os sistemas envolvidos para uma atuação oportuna e eficaz de respostas rápidas frente à(s) epidemia(s).

## 3. EIXOS DE INTERVENÇÃO

Tendo como princípio a integralidade do cuidado, percebe-se a importância da construção de um sistema de saúde, integrado e eficiente, que potencialize a articulação sistemática das ações da vigilância em saúde e da atenção básica visando a análise e monitoramento permanente da situação de saúde do território.

Dessa forma, compreendendo a complexidade do processo de estruturação de ações intersecretariais de conscientização, prevenção e promoção de saúde, se torna indispensável delimitar as responsabilidades dos atores para o enfretamento efetivo das arboviroses. Para tanto, as ações desse plano foram divididas em seis principais eixos de intervenção, onde foram estipuladas suas competências e seus respectivos executores, seguem: **Vigilância em Saúde; Assistência; Imunização; Comunicação e Mobilização Social, Educação Permanente e Respostas rápidas frente à(s) epidemia(s).**



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em SaúdeCIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE



### 3.1. Vigilância em Saúde

Em conformidade com o artigo 29 do [decreto N° 59.685, de 13 de agosto de 2020](#), a COVISA, no âmbito da SMS, assume, a responsabilidade do SUS de coordenar, monitorar e avaliar de forma articulada, no nível central, as ações de vigilância em saúde no MSP.

Para tanto, esse primeiro eixo tem como finalidade determinar as atribuições dos entes públicos responsáveis pelas principais diretrizes, em nível central, da vigilância em saúde, por meio da Vigilância Epidemiológica e Vigilância, Prevenção e Controle Vetorial, essenciais para o enfrentamento da dengue e demais arboviroses.

Para mais informações sobre os processos de trabalho e a organização da vigilância em saúde acesse: **Componente - Vigilância Em Saúde.**

#### 3.1.1. Vigilância Epidemiológica

Este eixo faz alusão à importância da articulação institucional e operacional da utilização da epidemiologia aplicada em serviços de saúde e o seu papel na estruturação e fortalecimento das redes de atenção e a qualificação e apropriação dos dados como indispensáveis para a fluidez e clareza dos processos de tomada de decisões estratégicas pelos gestores.

O NDTVZ/DVE/COVISA é o 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.

Seguem as atribuições referentes ao componente Vigilância Epidemiológica:

ATRIBUIÇÕES	COMPETÊNCIAS E EXECUÇÃO
Adquirir os insumos para realização dos testes imunoenzimáticos para diagnóstico da Dengue e Chikungunya (IgM ou NSI).	LABZOO/DVZ/COVISA
Estabelecer fluxos de notificação com a Rede de Atenção à Saúde (pública e privada) da sua área de abrangência e notificar em tempo oportuno para ações pertinentes a vigilância.	NDTVZ/DVE/COVISA, UVIS, STS e CRS; CAB
Instituir Comitê de Investigação de Casos Graves, Formas Atípicas e Óbitos Suspeitos de Arboviroses em cada CRS.	STS/CRS; UBS/NUVIS Apoio: CAB e DRVS/UVIS
Atualizar em cada STS/UVIS, a unidade sentinela para vigilância de circulação viral e de sorotipos do vírus da Dengue	STS/UVIS
Monitorar notificações da Rede de Atenção à Saúde e identificar unidades de saúde silenciosas.	COVISA/DRVS/UVIS Apoio: CAB e SEAH
Adequada digitação das fichas de notificação nos sistemas preconizados.	UVIS, NUVIS/UBS, SEAH
Sempre que detectar, na Rede de Atenção à Saúde, falhas na notificação, nos fluxos, no diagnóstico laboratorial específico e no manejo clínico dos	UVIS/DRVS, STS, CRS



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



ATRIBUIÇÕES	COMPETÊNCIAS E EXECUÇÃO
suspeitos de arboviroses, intervir para readequação em fluxos inadequados.	
Realizar a investigação epidemiológica, clínica e laboratorial dos casos graves, forma atípicas e óbitos suspeitos de arboviroses, garantindo a agilidade e qualidade da informação bem como seu encaminhamento para nível central. (Ficha de Investigação de Casos Graves e Óbitos por Arbovírus Urbanos no ESP)	CRS (Comitê de investigação de casos graves, atípicos e óbitos de arboviroses), UVIS, NDTVZ/DVE/COVISA
Receber as fichas de notificação de arboviroses nos plantões de finais de semana e feriados.	CIEVS/DVE/COVISA
Garantir o transporte e recursos necessários para enviar ao IAL amostras biológicas dos casos suspeitos de arboviroses que evoluíram a óbito.	STS/UVIS, LABZOO/DVZ/COVISA, NDTVZ/DVE/COVISA Apoio: CAB, SEAH
Selecionar e encaminhar ao IAL, amostras de sangue de unidades sentinelas para circulação viral.	NDTVZ/DVE/COVISA, LABZOO/DVZ/COVISA Apoio: UBS
Realizar os testes imunoenzimáticos para diagnóstico de Dengue e Chikungunya nas amostras de sangue recebidas.	LABZOO/DVZ/COVISA
Acompanhar o banco dos sistemas de notificação das arboviroses para verificar novas notificações na área de abrangência.	UVIS
Acompanhar os resultados do TR-Dengue (enquanto preconizado seu uso) nas fichas de notificação recebidas e comunicar imediatamente os casos positivos e os demais casos suspeitos de arboviroses para a equipe de controle vetorial.	UVIS
Acompanhar os resultados laboratoriais específicos de arboviroses no banco do LABZOO e do GAL.	UVIS
Comparar o banco de notificação de Dengue e Chikungunya com o banco do LABZOO para verificar casos que não foram notificados.	UVIS
Monitorar continuamente a completude e consistência das fichas de notificação, a classificação final e encerramento dos casos.	UVIS
Disponibilizar o relatório analítico referente aos exames específicos para Dengue realizados para o NDTVZ/DVE/COVISA	LABZOO/DVZ/COVISA
Analisar os dados para acompanhar a tendência dos casos no tempo e espaço segundo SE e DA.	NDTVZ/DVE/COVISA, CRS e UVIS
Produzir e divulgar relatório de situação epidemiológica das Arboviroses para CRS, Gabinete/COVISA, DVZ/COVISA, CIEVS/DVE/COVISA.	NDTVZ/DVE/COVISA

### 3.1.2. Vigilância, Prevenção e Controle Vetorial

Esse eixo faz referência às diretrizes das atividades de vigilância, prevenção e controle vetorial, essenciais para o fortalecimento da vigilância entomológica e controle de vetores, como meio de mitigar as consequências e agravantes epidemiológicos e econômicos associados à transmissão das arboviroses na cidade de São Paulo.

No nível central é de competência do NVSIN/DVZ/COVISA oferecer apoio técnico e normativo a todas as atividades descentralizadas que são realizadas pelas UVIS, em seus territórios, além da promoção de investimentos em inovações tecnológicas visando o



aprimoramento de estratégias de controle, como é o caso do projeto de implantação de estratégia focada no uso de armadilhas disseminadoras de inseticidas para o controle específico e seletivo de mosquitos do gênero *Aedes*, em particular, dada a sua ocorrência na cidade, de *Aedes aegypti*. Quanto às iniciativas em vigilância entomológica essas são competência conjunta entre NVSIN e LabFauna/DVZ/COVISA.

Seguem as atribuições referentes ao eixo de intervenção de Vigilância, Prevenção e Controle Vetorial:

ATRIBUIÇÕES	COMPETÊNCIAS E EXECUÇÃO
Gerir o fornecimento, consumo e o estoque de insumos, equipamentos, inclusive os de proteção individual (EPI), para as atividades de vigilância, prevenção e controle vetorial do <i>Aedes aegypti</i> .	NVSIN/DVZ/COVISA
Providenciar a aquisição de insumos e equipamentos para controle vetorial e de EPI para execução das ações de controle vetorial.	NVSIN/DVZ/COVISA e COVISA
Providenciar a aquisição de TR-Dengue para diagnóstico precoce dos casos de dengue e direcionamento oportuno das áreas prioritárias para o controle vetorial.	NVSIN/DVZ/COVISA
Definir os critérios para distribuição de TR-Dengue e adequado abastecimento da Rede Municipal de Saúde por meio do Sistema GSS.	NVSIN/DVZ/COVISA e NDTVZ/DVE/COVISA Apoio: CAB
Distribuir os TR-Dengue para Rede Municipal de Saúde.	CDMEC/SMS
Realizar a manutenção, conserto e substituição dos equipamentos para controle vetorial encaminhados pelas UVIS.	NVSIN/DVZ/COVISA
Providenciar manutenção periódica e conserto de veículos para transporte de produtos químicos e equipamentos ("Denguinhas").	CRS
Providenciar abastecimento de combustível para as "Denguinhas", veículos para UVV veicular e equipamentos de controle vetorial do <i>Aedes aegypti</i> .	CRS, DVZ/COVISA
Providenciar locação de veículos para garantir o transporte dos ASACE, para realização das atividades de vigilância, prevenção e controle vetorial do <i>Aedes aegypti</i> .	CRS, DVZ/COVISA
Manejo de recursos humanos para realização das Atividade de Vigilância, Prevenção e Controle de <i>Aedes aegypti</i> .	UVIS
Intensificar as ações de controle vetorial na sazonalidade da dengue e demais atividades de Vigilância, Prevenção e Controle Vetorial	UVIS/CRS
Trabalhar de forma integrada com a ESF e com PAVS.	UVIS/DRVS, STS/CRS
Fornecer insumos para coleta larvária de ADL (guias de remessa, etiquetas e frascos)	LABFAUNA/DVZ/COVISA
Realizar a Atividade de Monitoramento da Susceptibilidade de <i>Aedes aegypti</i> aos Inseticidas utilizados para o seu controle	NVSIN/DVZ/COVISA, LABFAUNA/DVZ/COVISA e UVIS
Atualizar o cadastro de PE e IE. Visitar os PE quinzenalmente, aplicar o Bti de acordo com as recomendações da Instrução Normativa de PE e visitar os IE e monitorar a implantação dos grupos internos de controle da dengue conforme Decreto Municipal N° 56.669/15	UVIS
Manter digitação no Sistema SISCOZ AEDES atualizado	UVIS
Manter digitação o Sistema NOVO-SCADEN atualizado	UVIS



SEABEVS  
Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



ATRIBUIÇÕES	COMPETÊNCIAS E EXECUÇÃO
Avaliar periodicamente, por meio do SISCOZ AEDES, os indicadores de produção, produtividade, positividade e outros dados pertinentes à gestão das atividades desenvolvidas.	NVSIN/DVZ/COVISA e UVIS/DRVS
Avaliar periodicamente, por meio do NOVO SCADEN, a oportunidade e a qualidade de realização dos bloqueios de transmissão.	NVSIN/DVZ/COVISA, e UVIS/DRVS
Realizar reuniões com as UVIS para discutir os dados epidemiológicos e estratégias de controle.	NVSIN/DVZ/ E NDTVZ/DVE COVISA DRVS
Participar do Comitê Regional de Arboviroses instituído na Subprefeitura	UVIS/STS/Subprefeituras Apoio: SME
Avaliação contínua de inovações tecnológicas para o enfrentamento das arboviroses.	COVISA

### 3.1.3 Imunização

Esse eixo faz referência as atribuições do componente de imunização, que são definidas de acordo com os níveis de transmissão de FA no MSP, considerando que o MSP passou a ser área de recomendação vacinal de FA. No nível central o PMI/COVISA, observando as Diretrizes do PNI e PEI, organiza a execução das ações de vacinação a população suscetível, bem como atua para a manutenção de não ocorrência da FA urbana no país desde 1942.

Para mais informações sobre os processos de trabalho e a organização da vigilância em saúde e imunização acesse: **Componente - Vigilância Em Saúde.**

Seguem as atribuições referentes ao eixo imunização:

ATRIBUIÇÕES	COMPETÊNCIAS E EXECUÇÃO
Monitorar a cobertura vacinal e implementar ações de vacinação para o atingimento de cobertura mínima de 95% da população do MSP em público elegível.	PMI/COVISA, CAB CRS/DRVS, STS/UVIS
Planejamento de ações prioritárias conforme cenário epidemiológico e cobertura vacinal em áreas de maior risco.	PMI/COVISA/ CRS/UVIS e CAB
Levantar o número de doses da vacina de FA e insumos necessários para intensificação da vacinação.	PMI/COVISA/ CRS/UVIS e CAB
Elaborar plano operativo para a intensificação de vacinação, contendo o número de equipes e profissionais envolvidos, necessidade de veículos para transporte das equipes e distribuição de vacinas e insumos correspondentes.	PMI/COVISA, CAB DRVS/UVIS e CRS
Definir postos de vacinação volantes para intensificação de vacinação.	PMI/COVISA, CAB DRVS/UVIS e CRS
Monitorar e notificar a Atenção Básica e a Rede de Assistência de Urgência e Emergência quanto a possibilidade da ocorrência de eventos adversos até 30 dias da aplicação da vacina.	PMI/COVISA Apoio: CAB/SEAH



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



Notificar os erros de imunização e proceder à investigação de acordo com protocolos recomendados.	PMI/COVISA DRVS/UVIS Apoio: CAB
Realizar busca ativa de faltosos e com atraso vacinal na rotina das visitas domiciliares realizadas pelos ACS e APA.	UBS/CAB e PAVS Apoio: PMI/COVISA

### 3.2. Assistência

Esse componente visa estabelecer e fortalecer as redes de cuidado, com o objetivo de atender, identificar, notificar, dar assistência a todos os casos suspeitos de arboviroses do município. Assim sendo de competência de todos os profissionais de saúde da atenção básica, incluindo as Equipes de Saúde da Família, o trabalho em rede para ações integradas de promoção, prevenção e cuidados relacionados às arboviroses.

Para mais informações sobre os processos de trabalho e a organização da assistência acesse: **Componente – Assistência.**

Seguem as atribuições referentes ao eixo assistência:

ATRIBUIÇÕES	COMPETÊNCIAS E EXECUÇÃO
Analisar e gerenciar a aquisição dos insumos necessários para o atendimento, manejo clínico dos pacientes suspeitos de arboviroses e realização de exames.	CAS/SUPRIMENTOS CAB/SEAH
Transporte de material biológico para os laboratórios de referência e retorno ágil de resultados.	CAB/CRS Apoio: UVIS
Estabelecer e Implementar de fluxo assistencial, garantindo a referência e contrarreferência dos pacientes suspeitos. e avaliação constante para verificar a permanência ou necessidade troca do fluxo estabelecido.	CAB/SEAH STS/CRS em parceria com todos os serviços assistenciais. Apoio: Coord. de regulação
Definir mecanismo de monitoramento do número de atendimentos e dos casos hospitalizados de pacientes suspeitos de arboviroses nas unidades de saúde	CAS/SEAH/CAB CEInfo/ Sub-grupo análise de dados (PRODAM/ DTIC)
Implementar a utilização da <b>Ficha Clínica Inicial de Dengue/Chikungunya/ZIKA</b> para atendimento aos pacientes suspeitos de arboviroses em toda rede assistencial.	CAB/SEAH Apoio: COVISA
Preencher e fornecer o “Cartão de Acompanhamento do Paciente Suspeito de Arboviroses” para todos os pacientes suspeitos, orientar o paciente sobre sinais de alerta e agendar retorno de acordo com classificação de risco.	Todas unidades de saúde Apoio: CAB, SEAH, CRS/STS
Apoiar a vigilância na emissão de alertas e orientar os profissionais de saúde sobre as ações de promoção, de prevenção, de manejo e busca ativa de pacientes.	CAB/CRS Apoio: COVISA



### 3.3. Comunicação e Mobilização Social

Esse eixo é voltado para a comunicação, um importante mecanismo para que as informações sejam disseminadas ao público em geral, aos profissionais de saúde e para que sejam de fato esclarecedoras e com impacto positivo na mudança de hábitos e no conhecimento das doenças para diagnóstico precoce e correto tratamento.

A COVISA, a ASCOM/SMS e a Secretaria de Comunicação (SECOM) têm papel fundamental em todas as fases de enfrentamento das Arboviroses e desenvolvem suas atividades com o intuito de fortalecer essas ações voltadas para a educação em saúde. Por meio desse eixo busca-se desenvolver ações que permaneçam acessíveis a toda a população com uma linguagem de fácil entendimento.

Seguem as atribuições referentes ao eixo de comunicação e mobilização social:

ATRIBUIÇÕES	COMPETÊNCIAS E EXECUÇÃO
Identificar e divulgar agendas positivas.	SECOM, ASCOM e COVISA
Dar visibilidade às informações de promoção à saúde e prevenção às arboviroses por meio da mídia.	SECOM, ASCOM e COVISA
Orientar o porta-voz da área técnica de arboviroses, no que se refere à linguagem adequada ao se comunicar com a imprensa.	COVISA e ASCOM
Acompanhar o porta-voz em entrevistas e eventos relacionados.	COVISA e ASCOM
Divulgar pautas a partir de informações da área técnica.	COVISA e ASCOM
Atender oportunamente às demandas de imprensa.	COVISA e ASCOM
Divulgar informações junto aos órgãos de imprensa a respeito dos casos suspeitos, confirmados, notificados, óbitos, o uso adequado de medicamentos e procedimentos da assistência, conforme orientações das áreas técnicas.	ASCOM
Preparar releases e notas para imprensa, conforme orientações das áreas técnicas.	ASCOM/COVISA
Identificar canais de comunicação para serem acionados de acordo com a necessidade nos diferentes níveis de transmissão das doenças, conforme orientações das áreas técnicas.	ASCOM
Acompanhar e avaliar a repercussão do assunto na mídia e atuar na correção ou esclarecimento de informações incorretas ou imprecisas.	SECOM, ASCOM e COVISA
Gerir crises de comunicação com a mídia.	COVISA, SECOM e ASCOM
Desenvolver materiais e layouts específicos para campanhas de combate às arboviroses tanto virtuais como impressos.	SECOM, ASCOM e COVISA
Desenvolver materiais e layouts para uso na página do site da COVISA, para intranet e para as redes sociais.	ASCOM e COVISA
Criar materiais para divulgação de informações junto à população e profissionais de saúde.	ASCOM e COVISA



SEABEVs

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



Realizar diagramação de materiais técnicos como boletins, informes e protocolos desenvolvidos pela área técnica.

ASCOM e COVISA

### 3.4. Educação Permanente

Esse eixo é voltado para a educação permanente um importante processo de capacitação, atualização e conscientização dos profissionais de saúde frente os riscos da dengue e demais arboviroses e tem como finalidade promover embasamento para que os profissionais sejam multiplicadores desse conhecimento.

Seguem as atribuições referentes ao eixo de educação permanente:

ATRIBUIÇÕES	COMPETÊNCIAS E EXECUÇÃO
Disponibilizar e elaborar, para profissionais da saúde, no site da SMS, material de consulta referente à vigilância, diagnóstico laboratorial específico, atendimento e acompanhamento clínico dos pacientes suspeitos de arboviroses.	NDTVZ/DVE/COVISA e CAB
Realizar capacitações para rede de assistência, vigilância e imunização seguindo protocolos, informes técnicos, legislação e demais diretrizes preconizadas pela SMS.	NDTVZ/DVE/COVISA, CRS, CAB, CRS/ DRVS, STS/UVIS Apoio: EMS
Capacitar os técnicos e agentes envolvidos nas atividades de vigilância, controle e controle vetorial do <i>Aedes aegypti</i> .	NVSIN/DVZ/COVISA, UVIS/CRS
Manter capacitadas equipes para realizar a atividade de BC, BN costal e BN conforme diretrizes estabelecidas no documento técnico.	UVIS/CRS
Estabelecer e divulgar os protocolos para atendimento clínico dos pacientes suspeitos de arboviroses.	CAB/SEAH Apoio: COVISA

### 3.5. Respostas rápidas frente à(s) epidemia(s).

O monitoramento dos níveis de transmissão das arboviroses, que medem o perfil dos agravos quanto à sua disseminação na população, são essenciais para a efetividade do enfrentamento desses agravos. No MSP, os níveis de transmissão de Dengue, Chikungunya e DAVZ são avaliados por distrito administrativo e para FA são avaliados para o município.

Tendo isso em vista, o monitoramento contínuo e abordagem precoce a população são importantes, principalmente, mediante a cenários epidêmicos que vão para além da capacidade instalada municipal. Nesses períodos emergenciais, além dos eixos de intervenção apresentados, ações intersecretariais devem ser implementadas, imediatamente, visando a mitigação do impacto desses agravos no MSP e na saúde da população.



SEABEVS | Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde

COVISA  
COORDENADORIA DE  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Em suma, com o intuito de maximizar a capacidade de resposta integrada dos serviços de vigilância em saúde e assistências, o manejo da emergência é essencial para o enfrentamento das arboviroses. As redes de atenção em saúde e o sistema de vigilância como um todo devem estar preparados para fazer a gestão dos riscos e fazer a identificação de vulnerabilidades para atender à necessidade de respostas rápidas, adequadas e oportunas.

Conforme preconizado pelas “[Diretrizes para Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em Situação de Aumento de Casos ou Epidemia de Dengue](#)”, a abordagem precoce do paciente, a correta classificação do caso e seu manejo são fatores importantes para evitar a evolução dos casos graves para o óbito.

Dentre as ações que devem ser implementadas nas situações críticas, destacam-se:

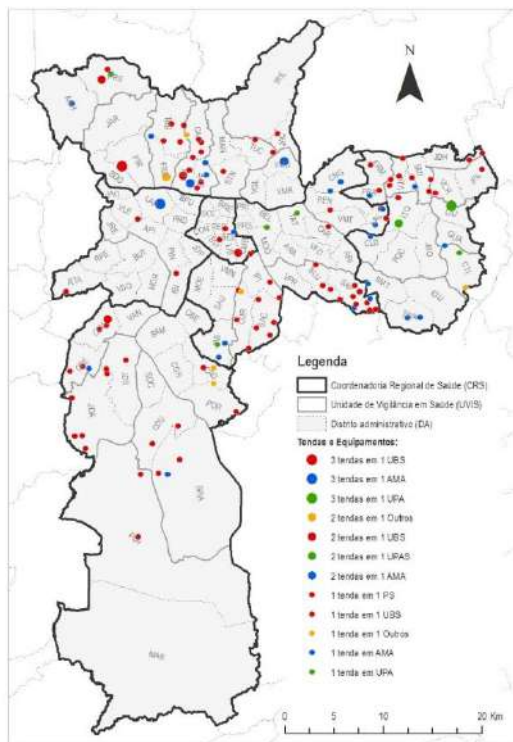
GESTÃO E DIRETRIZES	
AÇÕES	COMPETÊNCIAS E EXECUÇÃO
Comando central das ações centralizados nas Secretárias Executivas.	Gabinete SMS
Implementação de Sala de Situação Semanal.	Gabinete SMS/SEABEVS
Acionamento de atas de registro de preços ou compra emergencial de medicamentos, para suprir as necessidades.	Gabinete SMS
ASSISTÊNCIA	
AÇÕES	COMPETÊNCIAS E EXECUÇÃO
Remanejamento regional de recursos humanos, e caso necessário a contratação emergencial.	SEABEVS/SEAH
Se fizer necessário a instalação de tendas de hidratação. As instalações de tendas serão realizadas nos pontos pré-definidos por SEABEVS (Figura 01).	SEABEVS/SEAH
Definir formas de ampliação de acesso para o atendimento dos pacientes suspeitos de arboviroses nas unidades de saúde por meio de uma ou mais medidas como: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ abertura de unidades com horário de funcionamento estendido;</li> <li>➤ abertura de unidades no final de semana;</li> <li>➤ reprogramação da agenda eletiva;</li> <li>➤ ampliação de RH e insumos;</li> <li>➤ unidades de referência com funcionamento 24 horas;</li> </ul> polos de atendimento de arboviroses.	SEABEVS-STS/CRS SEAH/SERMAP/SEGA/CAS
Ampliação e priorização de leitos.	SEAH
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
AÇÕES	COMPETÊNCIAS E EXECUÇÃO
Reorganização das equipes das UVIS para apoiar na digitação das notificações, no combate ao vetor e em atividades educativas.	SEABEVS
Remanejamento das equipes da Vigilância Epidemiológica para apoiar na análise situacional das arboviroses;	SEABEVS





<p>Quando a transmissão de Dengue, DAVZ ou Chikungunya atingir o nível 3, após avaliação da real necessidade e benefício, comunicar formalmente a CRS e UVIS envolvidas para que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ As unidades de saúde do DA, passem a preencher apenas a ficha de notificação de casos suspeitos. Não será necessário preencher a FIE, com exceção de caso grave ou óbito e de gestantes com suspeita de DAVZ.</li> <li>➤ As unidades de saúde do DA realizem o TR Dengue, se disponível, e suspendam a realização de coleta de sangue para diagnóstico específico, em laboratório, de Dengue e/ou de Chikungunya, com exceção de casos graves ou óbitos.</li> </ul> <p>As UVIS de residência encerrem os casos de Dengue e/ou Chikungunya pelo critério clínico epidemiológico, com exceção de caso grave/óbito e de caso com resultado de TR-Dengue ou Elisa NSI (unidade sentinela).</p>	<p>NDTVZ/DVE/COVISA /SEABEVS Apoio: STS; CRS</p>
<p>Organizar Força Tarefa para digitar e encerrar casos no Sistema, quando ultrapassada a capacidade operacional da UVIS.</p>	<p>CRS e UVIS Apoio: STS</p>
<p>Instituir Plano Operativo que contemple de forma detalhada, ações, processos e fluxos de trabalho estabelecidos para situação de contingenciamento em cada CRS/STS.</p>	<p>UVIS/CRS</p>
<p>Solicitar as doses necessárias para intensificação da vacinação de FA.</p>	<p>SEABEVS</p>
<p>Remanejar ou adquirir, se necessário, os insumos para intensificação das ações de vacinação.</p>	<p>COVISA/ CAB</p>
<p>Elaborar plano operativo para a intensificação de vacinação, contendo o número de equipes e profissionais envolvidos, necessidade de veículos para transporte das equipes e distribuição de vacinas e insumos correspondentes.</p>	<p>PMI/COVISA, CAB DRVS/UVIS e CRS</p>
<p>Definir postos de vacinação volantes para intensificação de vacinação.</p>	<p>PMI/COVISA, CAB DRVS/UVIS e CRS</p>

Figura 01 – Locais pactuados pela SEABEVS para a instalação de tendas de hidratação em cenário epidêmico.



Fonte: COVISA/CAB/SEABEVS



Para mais informações referente as ações que devem ser implementadas podem ser consultadas os **documentos técnicos: Cenário Epidemiológico e Níveis De Transmissão das Arboviroses, Componente - Vigilância em Saúde e Componente - Assistência.**



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



CIDADE DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE

## 4. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue**. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 1.. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

**DECRETO n° N° 59.685, de 13 de agosto de 2020**. Reorganiza a Secretaria Municipal da Saúde, regulamenta o § 2º do Artigo 45 da Lei nº 17.433, de 29 de julho de 2020, bem como transfere, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica. [S. l.], 13 ago. 2020.

**LAUNCH of the Global** Arbovirus Initiative. [S. l.], 31 mar. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/03/31/default-calendar/global-arbovirus-initiative>. Acesso em: 14 fev. 2023.





# CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO E NÍVEIS DE TRANSMISSÃO DAS ARBOVIROSES



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/](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



# SÚMARIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>01</b>
<b>2. Cenário Epidemiológico.....</b>	<b>04</b>
2.1. Dengue.....	04
2.2. Chikungunya.....	05
2.3. Zika.....	06
2.2. Febre Amarela.....	07
<b>3. Níveis de Transmissão das Arboviroses.....</b>	<b>10</b>
3.1. Níveis de Transmissão para Dengue, DAVZ e Chikungunya .....	10
3.2. Níveis de Transmissão para Febre Amarela.....	13
<b>4. Plano Municipal de Enfretamento da Dengue e Demais Arboviroses.....</b>	<b>14</b>



# 1. Introdução

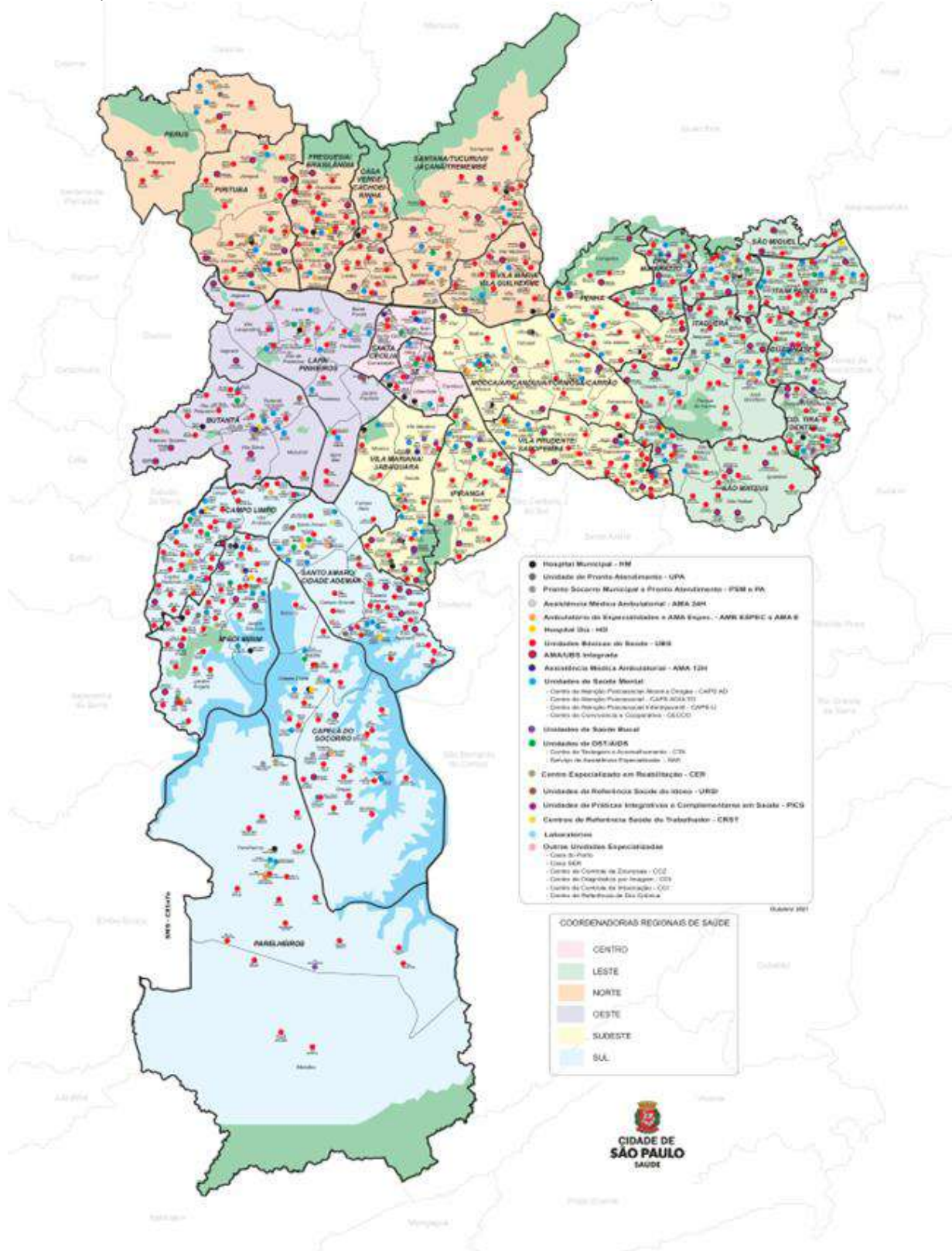
O Município de São Paulo (MSP) possui uma população de 11.960.216 habitantes, sendo que 99,1% destes vivem em área urbana e 0,9% em área rural (Fundação SEADE 2022). É a cidade mais populosa do Brasil e o principal centro financeiro da América do Sul, o que favorece um intenso trânsito diário de pessoas. O MSP é dividido político administrativamente em 32 subprefeituras e 96 Distritos administrativos (DA). No que tange a área da saúde, o MSP está dividido em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul, assessoradas pelas respectivas Diretorias Regionais de Vigilância em Saúde, 27 Supervisões Técnicas de Saúde (STS) e 28 Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) (Figura 1 e Figura 2). As CRS são as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas áreas de abrangência. A rede municipal de saúde do MSP é composta, dentre outros, pelos estabelecimentos constantes no Quadro 1. A listagem dos equipamentos de saúde está disponível no documento [Estabelecimentos e Serviços de Saúde | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo](#).

A ocorrência de arboviroses, sendo as principais Dengue, Chikungunya, Doença Aguda pelo Vírus Zika (DAVZ) e Febre Amarela (FA), está vinculada a determinantes que mantêm a infestação vetorial e a circulação viral num território, tais como fatores climáticos, demográficos, socioculturais, de infraestrutura urbana, de dinâmica populacional e de susceptibilidade aos vírus circulantes. Considerando esses aspectos, o MSP apresenta os seguintes fatores de risco para transmissão dessas doenças: alta densidade populacional; intensa circulação de pessoas oriundas de diversas localidades e países; infestação pelo *Aedes aegypti* nos 96 DA; e susceptibilidade de grande parcela da população aos arbovírus.





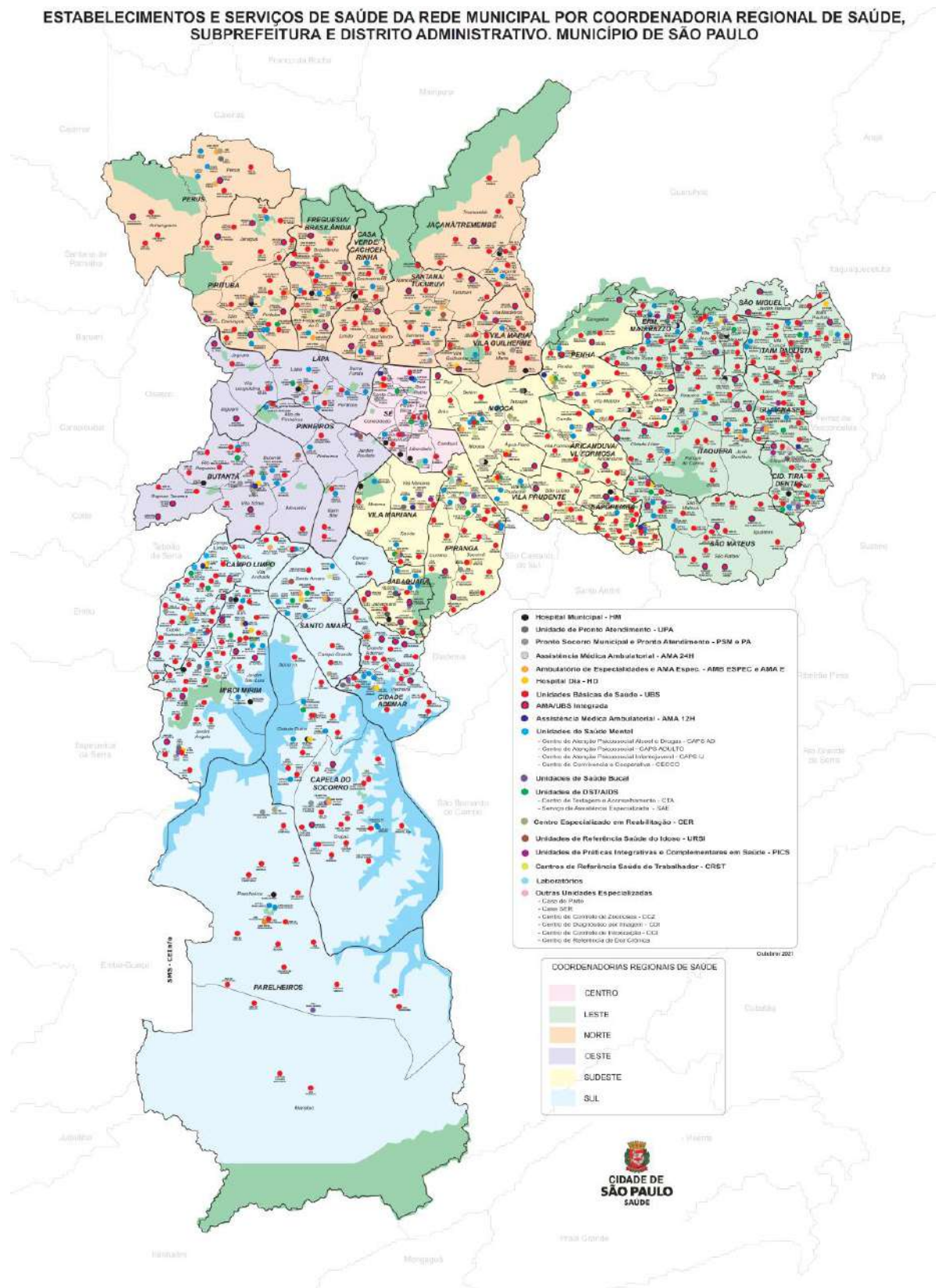
Figura 1. Estabelecimentos e Serviços de Saúde da rede municipal por Coordenadoria Regional de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde e Distrito Administrativo. Município de São Paulo.



Fonte: CEInfo /SMS/PMSP, outubro de 2021



Figura 2. Estabelecimentos e Serviços de Saúde da rede municipal por Coordenadoria Regional de Saúde, Subprefeitura e Distrito Administrativo. Município de São Paulo.



Fonte: CEInfo/SMS/PMSP, outubro de 2021



SEABEVS  
Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde

COVISA  
COORDENADORIA DE  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE

Quadro 1. Número de Estabelecimentos e Serviços de saúde da rede municipal por coordenadoria regional de saúde. Município de São Paulo.

Estabelecimentos/Serviços		Centro	Leste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul	Total Estab/Serviços
UBS Unidade Básica de Saúde	UBS	8	104	77	24	76	111	400
	UBS/AMA	-	14	17	5	19	14	69
Total de UBS		8	118	94	29	95	125	469
AMA - Assistência Médica Ambulatorial (12h)		2	1	-	1	1	1	6
Atenção Especializada Ambulatorial Total: 42 Unidades	HD - Hospital Dia	-	3	2	2	4	6	17
	AMB ESPEC - Ambulatório de Especialidades	-	2	4	-	3	4	13
AMA E - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades		1	2	3	-	2	4	12
PSM - Pronto Socorro Municipal		1	-	3	2	1	1	8
Atenção as Urgênc/Emerg Total: 50 Unidades	PA - Pronto Atendimento	-	3	-	-	-	1	4
	UPA - Unidade de Pronto Atendimento	1	5	5	-	5	7	23
	AMA - Assistência Médica Ambulatorial (24h)	1	1	2	1	5	5	15
HM - Hospital Municipal		2	4	4	2	7	6	25

Fonte: MS/DATASUS-CNES; SMS/CEInfo – ESTABSUS.

Dados Preliminares, sujeito à revisão 17/01/2023

## 2. Cenário Epidemiológico

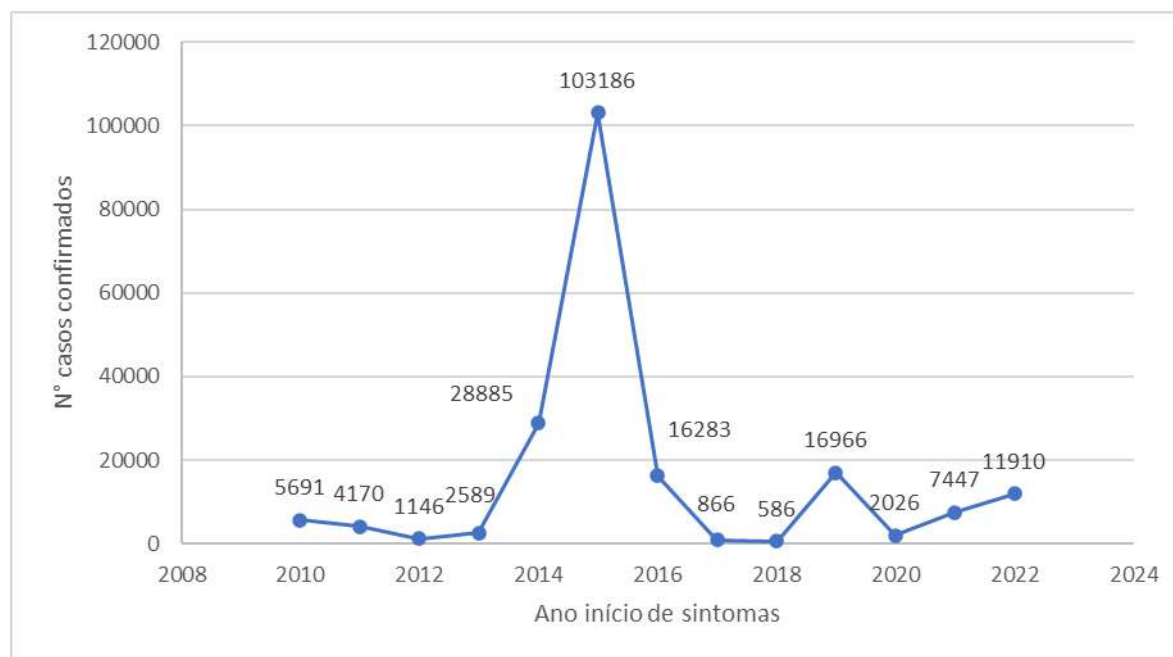
Arbovírus (Arthropod-borne virus) são assim designados pelo fato de parte de seu ciclo de replicação ocorrer nos insetos, podendo ser transmitidos aos seres humanos e outros animais pela picada de artrópodes hematófagos. Das mais de 545 espécies de arbovírus conhecidos, cerca de 150 causam doenças em humanos. As arboviroses têm se tornado importantes e constantes ameaças em regiões tropicais devido às rápidas mudanças climáticas, desmatamentos, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas e precariedade das condições sanitárias, que favorecem a amplificação e transmissão viral. No Brasil, os arbovírus com importância epidemiológica na atualidade são Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela.

### 2.1. Dengue

O vírus Dengue (DENV) apresenta quatro sorotipos, DENV 1 a 4, e sua transmissão se dá pela picada do mosquito *Aedes aegypti*. Os DENV são os flavivírus mais importantes no Brasil. Em 1993, foi detectada infestação pelo *Aedes aegypti* no MSP, na região noroeste, em 15 dos 96 DA existentes. Os primeiros casos autóctones de dengue no MSP ocorreram em 1999 no DA Jaguaré e desde 2007, todos os 96 DA estão infestados. Desde 2001, a transmissão tem sido registrada todos os anos.



Gráfico 1. Casos confirmados de Dengue. Município de São Paulo, 2010 a 2022.



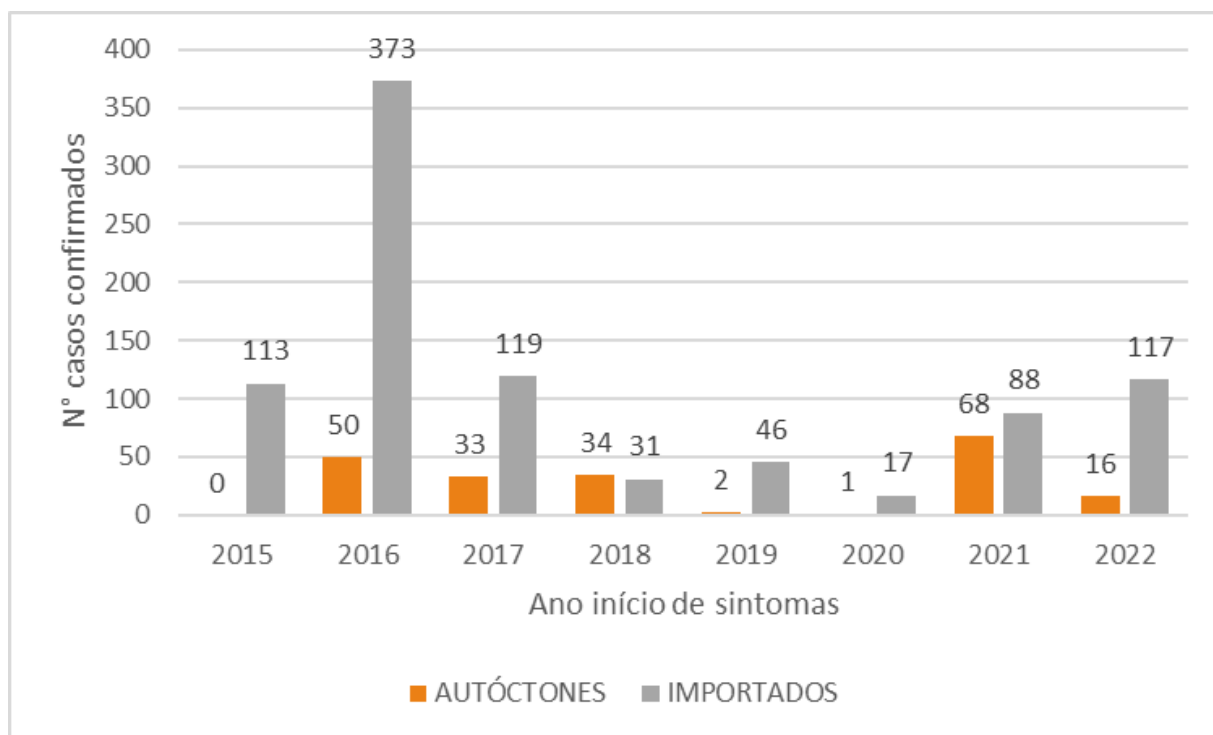
Fonte: COVISA, SINANNET, SINAN ONLINE, SIDSENCHIK, SIDDEN - Dados atualizados em 23/02/2023

## 2.2. Chikungunya

A Chikungunya é uma doença emergente transmitida pelo *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, causada pelo CHIKV, do gênero Alphavírus. O vírus foi isolado do soro humano e de vetores na epidemia na Tanzânia em 1952-53. No Brasil, a autoctonia foi verificada em 2014, inicialmente em Oiapoque (AP) e logo após em Feira de Santana (BA). Com a introdução da doença no Brasil, delineou-se um cenário marcado pela coexistência de arboviroses. No ESP, foram registrados casos importados em 2014 e a partir de 2016 foram identificados casos autóctones. Há considerável potencial de cronificação da doença, com persistência principalmente de quadro articular, que pode ocorrer em 50% ou mais dos pacientes, gerando grande impacto em termos de saúde pública. A distribuição dos casos notificados de Febre de Chikungunya do MSP nos anos de 2015 a 2022, consta no gráfico 2.

Gráfico 2. Casos confirmados de Chikungunya. Município de São Paulo, 2015 a 2022.





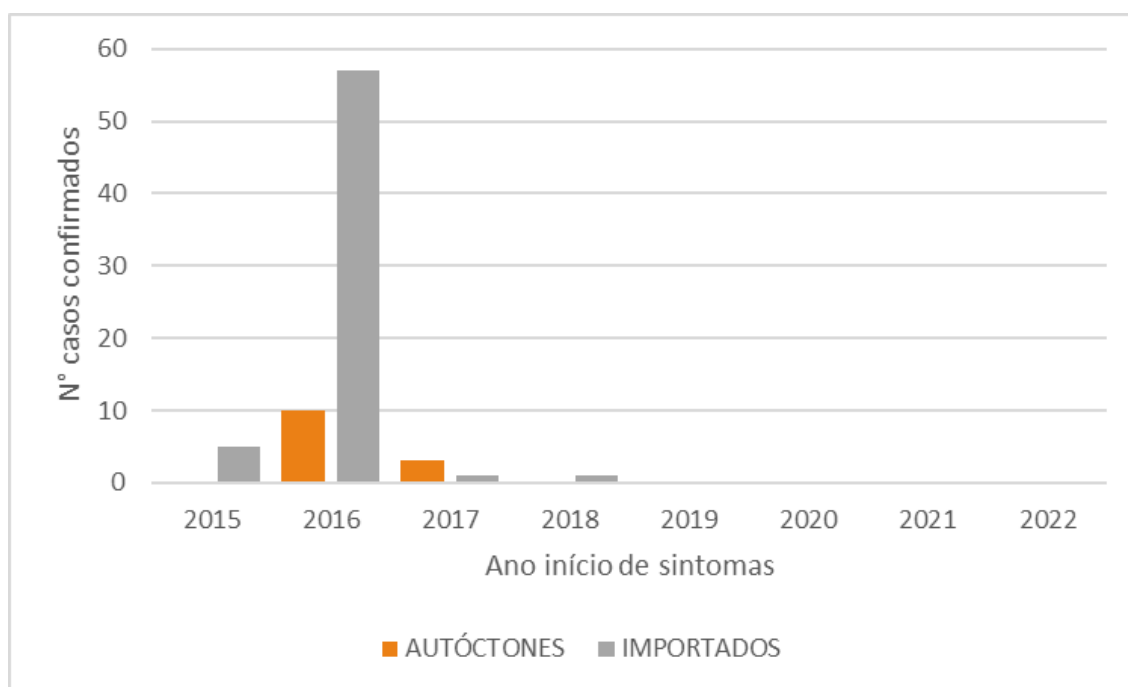
Fonte: SINANNET, SINAN ONLINE//DTVZ/COVISA - Dados atualizados em 23/02/2023

### 2.3. Doença Aguda pelo Vírus Zika - DAVZ

A DAVZ é transmitida principalmente pela picada do mosquito *Aedes aegypti*. Além da transmissão vetorial, ocorre também a perinatal, vertical, sexual, ocupacional e transfusional. O ZIKAV foi isolado pela primeira vez em 1947, em sangue de macaco do gênero Rhesus e em mosquitos da espécie *Aedes africanus* na floresta de Zika, Uganda. Em 1954, foram identificados três casos de infecção em humanos na Nigéria. No Brasil, a circulação do ZIKAV foi confirmada laboratorialmente em abril de 2015, em amostras de pacientes do município de Camaçari/BA. No ESP, os primeiros casos autóctones pelo ZIKAV foram identificados em maio de 2015. A doença pelo ZIKAV era considerada leve, sem complicações graves. No entanto, na epidemia na Polinésia Francesa, foram relatados casos de pacientes com Síndrome de Guillain Barre (SGB), doença autoimune desmielinizante que causa paralisia flácida aguda ou subaguda, e complicações neurológicas. Em abril de 2016 foi identificado aumento de casos de microcefalia e outras alterações congênitas associados ao ZIKAV, em 26 países, dentre eles o Brasil. A distribuição dos casos notificados de DAVZ do MSP de 2015 a 2022, consta no gráfico 3. Desde 2018 não há notificação de casos confirmados no município de São Paulo.



Gráfico 3. Casos confirmados de DAVZ. Município de São Paulo, 2015 a 2022.



Fonte: SINAN NET/DTVZ/COVISA - Dados atualizados em 23/02/2023.

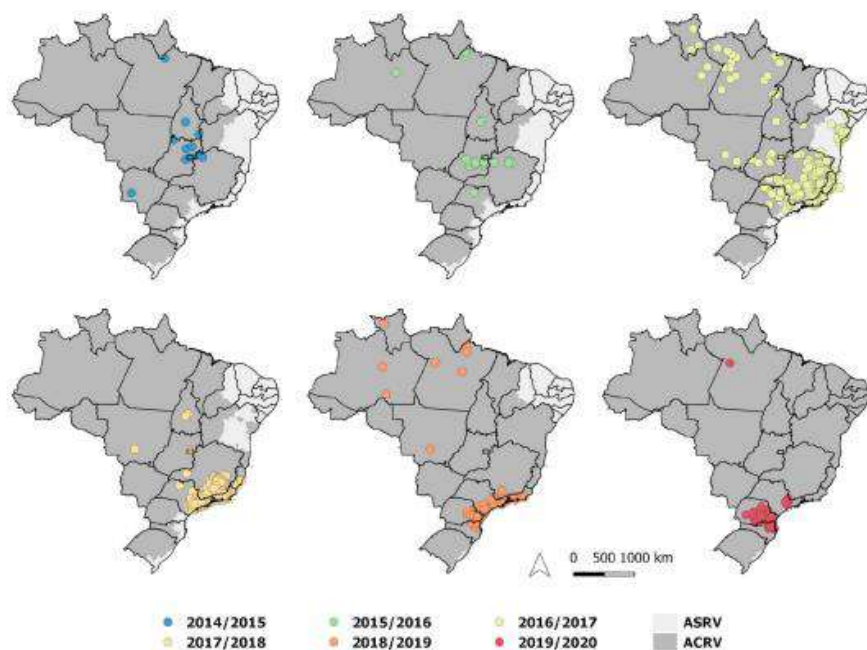
## 2.4. Febre Amarela

A FA é uma doença infecciosa febril aguda, causada por um vírus do gênero Flavivírus. A FA apresenta dois ciclos de transmissão epidemiologicamente distintos: Febre Amarela Silvestre (FAS), cujos principais vetores são: insetos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes* e o ciclo envolve primatas não humanos (PNH – macacos, saguis etc); e Febre Amarela Urbana (FAU), transmitida pelo *Aedes aegypti*, cujo ciclo envolve o homem. Sua importância epidemiológica advém do elevado potencial de disseminação, do risco de reurbanização da transmissão e da gravidade clínica da doença, com letalidade de cerca de 50% nos casos graves. No Brasil, não há FAU desde 1942. Na população humana, o aparecimento de casos é geralmente precedido de epizootias PNH. Em julho de 2014, com notificações de epizootias em PNH e casos humanos, principalmente na região Sudeste do país, o MS comunicou a reemergência do vírus da FA na região extra-amazônica. Em 2017 houve aumento de casos humanos e de epizootias em PNH no Estado de São Paulo. No período 2017/2018, foi registrada uma intensa transmissão de FA no Brasil. O vírus chegou na Mata Atlântica, bioma que abriga muitos PNH e potenciais vetores silvestres, alcançando a costa leste do país, região com alta



densidade populacional, onde o vírus não era registrado há décadas (Figura 3).

Figura 3. Distribuição dos Municípios com casos humanos e/ou Epizootias em PNH confirmados durante reemergência extra-amazônica da Febre amarela, por período de monitoramento (julho junho), 2014/2015 a 2019/2020, Brasil.



ASRV: área sem recomendação de vacina; ACRV: área com recomendação de vacina.

Fonte: Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses (Cgarb)/Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (Deidt)/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS) - [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-amarela/publicacoes/plano\\_contingencia\\_emergencias\\_febre\\_amarela\\_2\\_ed.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-amarela/publicacoes/plano_contingencia_emergencias_febre_amarela_2_ed.pdf/view)

No mesmo período no MSP observamos aumento do número de notificações de suspeita de FAS e, no ano de 2018, foram confirmados 14 casos, concentrados nos meses de janeiro a março (Tabela 1).



Tabela 1- Casos notificados (CN) e casos confirmados autóctones (CCA) de febre amarela silvestre, segundo o ano e mês de início de sintomas – MSP, 2017 a 2022

MÊS	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	CN	CCA	CN	CCA	CN	CCA	CN	CCA	CN	CCA	CN	CCA
JANEIRO	66	0	483	9	38	0	13	0	8	0	7	0
FEVEREIRO	30	0	297	3	39	0	11	0	2	0	4	0
MARÇO	19	0	150	2	32	0	1	0	4	0	8	0
ABRIL	12	0	84	0	16	0	6	0	1	0	8	0
MAIO	7	0	31	0	11	0	4	0	7	0	5	0
JUNHO	6	0	22	0	10	0	3	0	1	0	7	0
JULHO	2	0	7	0	8	0	2	0	3	0	8	0
AGOSTO	4	0	6	0	9	0	2	0	1	0	2	0
SETEMBRO	6	0	10	0	7	0	7	0	2	0	9	0
OUTUBRO	17	0	11	0	6	0	5	0	5	0	2	0
NOVEMBRO	24	0	13	0	5	0	4	0	1	0	5	0
DEZEMBRO	63	0	28	0	7	0	2	0	5	0	3	0
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>0</b>	<b>1142</b>	<b>14</b>	<b>188</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>68</b>	<b>0</b>

Fonte: SINAN NET/DTVZ/COVISA - Dados atualizados em 23/02/2023.





### 3. Níveis de Transmissão das Arboviroses

Um importante fator quando se pensa estratégias de enfrentamento das arboviroses são os níveis de transmissão que refletem a disseminação da doença na população. No MSP, os níveis de transmissão de Dengue, Chikungunya e DAVZ são avaliados por DA e para FA são avaliados para o município. Podem ser acompanhados pelos profissionais da rede municipal de vigilância no Painel de Monitoramentodas arboviroses, disponível em: <http://c68v36i/reports/powerbi/SH0888/PMA?rs:embed=true>.

#### 3.1 Níveis de Transmissão para Dengue, DAVZ e Chikungunya

Para cálculo dos níveis de transmissão de Dengue, DAVZ ou Chikungunya, foi definido que:

- **DA com < de 50.000 habitantes:** entra em emergência quando atingir **CI de 300 CC acumulados** de residentes no MSP/100.000 habitantes.
- **DA com 50.000 habitantes:** entra em emergência quando atingir **CI de 150 CC acumulados** de residentes no MSP/100.000.

A partir dessas definições foram estratificados os níveis de transmissão (Quadro 2).

Quadro 2. Níveis de transmissão para Doença Aguda pelo Vírus ZIKA ou para Chikungunya. Município de São Paulo, 2022 – 2023.

NÍVEL	CONDIÇÃO
0	<b>DA sem casos autóctones.</b>
1 - Início	<b>CI de emergência para CC &lt; que 20% do estabelecido como emergência para o DA.</b>
2 - Alerta	<b>CI de emergência para CC entre 20% a 99% do estabelecido como emergência para o DA.</b>
3 - Emergência	<b>CI de emergência para CC ≥ a 100% do estabelecido para o DA.</b>

Fonte: DVE/COVISA/SMS/PMSP

**Na Tabela 2 consta o número de CC necessário para que o DA atinja o CI equivalente para casos confirmados definido para cada nível de transmissão (Tabela 2).**



Tabela 2. Níveis de transmissão Arboviroses (casos confirmados de residentes no município) segundo população estimada do distrito administrativo de residência. Município de São Paulo, 2022 - 2023. Continua.

DA	População estimada*	Níveis de transmissão - CC		
		Início	Alerta	Emergência
Água Rasa	81964	24	25 a 122	123
Alto de Pinheiros	40453	23	24 a 120	121
Anhanguera	87339	25	26 a 130	131
Aricanduva	85627	25	26 a 127	128
Artur Alvim	99616	29	30 a 148	149
Barra Funda	16574	9	10 a 49	50
Bela Vista	73418	21	22 a 111	110
Belém	49655	29	30 a 148	149
Bom Retiro	39528	23	24 a 118	119
Brás	33527	19	20 a 100	101
Brasilândia	285343	85	84 a 427	428
Butantã	53562	15	16 a 79	80
Cachoeirinha	147344	43	44 a 220	221
Cambuci	41016	24	25 a 122	123
Campo Belo	63177	18	19 a 94	95
Campo Grande	107349	31	32 a 160	161
Campo Limpo	231665	68	69 a 346	347
Cangaíba	138472	41	42 a 207	208
Capão Redondo	300857	89	90 a 450	451
Carrão	84879	24	25 a 126	127
Casa Verde	85918	25	26 a 128	129
Cidade Ademar	288653	86	85 a 432	433
Cidade Dutra	204452	60	61 a 306	307
Cidade Líder	136600	40	41 a 204	205
Cidade Tiradentes	240131	71	72 a 359	360
Consolação	57186	16	17 a 85	86
Cursino	114135	33	34 a 170	171
Ermelino Matarazzo	119487	35	36 a 178	179
Freguesia do Ó	139854	41	42 a 209	210
Grajaú	395381	118	119 a 592	593
Guaianases	110994	32	33 a 165	166
Iguatemi	153463	45	46 a 229	230
Ipiranga	112847	33	34 a 168	169
Itaim Bibi	97259	28	29 a 145	146
Itaim Paulista	237288	70	71 a 355	356
Itaquera	212875	63	64 a 318	319
Jabaquara	230019	68	69 a 344	345
Jaçanã	96294	28	29 a 143	144
Jaguara	23823	13	14 a 70	71
Jaguapé	55924	16	17 a 83	84
Jaraguá	216788	64	63 a 324	325
Jardim Ângela	345530	103	104 a 517	518
Jardim Helena	136488	40	41 a 204	205
Jardim Paulista	90427	26	27 a 135	136
Jardim São Luís	297794	88	89 a 446	447
José Bonifácio	138247	40	41 a 206	207
Lajeado	176729	52	53 a 264	265
Lapa	66997	19	20 a 99	100
Liberdade	73046	21	22 a 109	110
Limão	79678	23	24 a 119	120



Tabela 2. Níveis de transmissão Arboviroses (casos confirmados de residentes no município) segundo população estimada do distrito administrativo de residência. Município de São Paulo, 2022 - 2023.

DA	População estimada*	Níveis de transmissão - CC		
		Início	Alerta	Emergência
Mandaqui	109334	32	33 a 163	164
Marsilac	8499	4	5 a 24	25
Moema	89652	26	27 a 133	134
Mooca	80622	23	24 a 120	121
Morumbi	53644	15	16 a 79	80
Parelheiros	157357	46	47 a 235	236
Pari	19324	11	12 a 57	58
Parque do Carmo	72333	21	22 a 107	108
Pedreira	163918	48	49 a 245	246
Penha	129027	38	39 a 193	194
Perdizes	114710	33	34 a 171	172
Perus	90914	26	27 a 135	136
Pinheiros	65643	19	20 a 97	98
Pirituba	171470	50	51 a 256	257
Ponte Rasa	89372	26	27 a 133	134
Raposo Tavares	108509	32	33 a 162	163
República	62080	18	19 a 92	93
Rio Pequeno	124353	36	37 a 186	187
Sacomã	265750	79	80 a 398	399
Santa Cecília	88704	26	27 a 132	133
Santana	112078	33	34 a 167	168
Santo Amaro	74360	21	22 a 111	112
São Domingos	86605	25	26 a 129	130
São Lucas	142814	42	43 a 213	214
São Mateus	156064	46	47 a 233	234
São Miguel	88871	26	27 a 133	133
São Rafael	162394	48	49 a 243	244
Sapopemba	291046	86	87 a 436	437
Saúde	133915	39	40 a 200	201
Sé	27058	15	16 a 80	81
Socorro	35709	20	21 a 106	107
Tatuapé	96247	28	29 a 143	144
Tremembé	227483	67	68 a 340	341
Tucuruvi	95770	28	29 a 143	144
Vila Andrade	168533	50	51 a 252	253
Vila Curuçá	154809	45	46 a 231	232
Vila Formosa	93804	27	28 a 140	141
Vila Guilherme	57347	16	17 a 85	86
Vila Jacuí	146725	43	44 a 219	220
Vila Leopoldina	45664	26	27 a 136	137
Vila Maria	114134	33	34 a 170	171
Vila Mariana	131827	39	40 a 197	198
Vila Matilde	105454	31	32 a 157	158
Vila Medeiros	122809	36	37 a 183	184
Vila Prudente	104542	30	31 a 156	157
Vila Sônia	123267	36	37 a 184	185

Fonte: DVE/COVISA/SMS/PMSP

\*Fonte: Fundação SEADE estimativa da população 2022



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE

### 3.2 Níveis de Transmissão para Febre Amarela

Os níveis de transmissão da FA estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3. Níveis de transmissão para Febre Amarela. Município de São Paulo, 2018

NÍVEL	CONDIÇÃO
0	<b>Não há detecção da circulação do vírus amarelo no MSP.</b>
1 - Início	<b>MSP apresenta transmissão de FAS (epizootia confirmada de FA).</b>
2 - Alerta	<b>MSP apresenta transmissão de FAS, com acometimento humano.</b>
3 - Emergência	<b>MSP apresenta transmissão de FAU.</b>

\*A circulação viral pode ser detectada por meio de isolamento viral em mosquitos, epizootia confirmada de FA em PNH ou caso humano autóctone confirmado de FA.

Fonte: DVE/COVISA/SMS/PMSP

O MSP retorna à situação de Nível 0 apenas após 5 anos sem ocorrência de epizootias/casos humanos autóctones confirmados por FA.



## 4. Plano Municipal de Enfretamento da Dengue e Demais Arboviroses

Com o intuito de estruturar as estratégias de enfrentamento da dengue e demais arboviroses e a responsabilidade dos entes públicos para com o SUS e para com a população, foi elaborado o **Plano Municipal de Enfretamento da Dengue e Demais Arboviroses 2023/2024**. Esse documento visa estruturar o planejamento que norteará a atuação do município frente a ocorrência de arboviroses em nível de transmissão que afete suas atividades habituais, possibilitando uma resposta ágil com foco na redução de riscos e danos. Considerando a heterogeneidade das características socioeconômicas, ambientais, epidemiológicas e de oferta de equipamentos de saúde do município, são também elaborados planos regionais pelas CRS, envolvendo a assistência e vigilância em saúde.

Esse documento foi desenvolvido com o intuito delimitar as responsabilidades dos atores para o enfretamento efetivo das arboviroses. Para tanto, as ações foram divididas em seis principais eixos de intervenção, onde foram estipuladas suas competências e seus respectivos executores, seguem: **Vigilância em Saúde; Assistência; Imunização; Comunicação e Mobilização Social, Educação Permanente e Respostas rápidas frente à(s) epidemia(s)**. Para mais informações sobre os eixos de intervenção e as atribuições dos entes acesse: [Plano Municipal de Enfretamento da Dengue e Demais Arboviroses 2022/2023](#).

Para além desse plano foram desenvolvidos documentos de **vigilância em saúde e assistência** sobre seus respectivos processos de trabalho e as organizações dos serviços. Para mais informações acesse: **documentos técnicos: Cenário Epidemiológico e Níveis De Transmissão das Arboviroses, Componente - Vigilância em Saúde e Componente - Assistência**.





# 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/](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

<b>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b> .....	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
<b>VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE VETORIAL</b> .....	<b>30</b>
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
<b>IMUNIZAÇÃO</b> .....	<b>47</b>
<b>Medidas Complementares para Intensificação de Ações de Prevenção e Controle de Arboviroses</b> .....	<b>49</b>
19. Sala de Situação de Arboviroses.....	49
20. Instituição dos Comitês Regionais de Arboviroses.....	49
<b>LINKS DE INTERESE</b> .....	<b>46</b>



# 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 <sup>1</sup>	<p><b>Caso suspeito:</b> 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><b>Caso Suspeito com Sinais de Alarme:</b> 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"> <li>✓ dor abdominal intensa (referida ou a palpação) e contínua, ou sensibilidade;</li> <li>✓ vômitos persistentes;</li> <li>✓ acúmulo de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico);</li> <li>✓ hipotensão postural e/ou lipotimia;</li> <li>✓ hepatomegalia &gt; 2cm abaixo do rebordo costal;</li> <li>✓ letargia ou irritabilidade;</li> <li>✓ sangramento de mucosa;</li> <li>✓ aumento progressivo do hematócrito.</li> </ul>
	<p><b>Caso Suspeito Grave:</b> caso de dengue que apresenta um ou mais das condições abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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 &gt; a 2 segundos, e pressão diferencial convergente &lt; 20 mmHg, indicando hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória;</li> <li>✓ sangramento grave segundo a avaliação do médico (ex: hematêmese; melena, metrorragia volumosa e sangramento do sistema nervoso central)</li> <li>✓ comprometimento grave de órgãos, a exemplo de dano hepático importante (AST/ALT &gt; 1000), do sistema nervoso central (alteração de consciência), do coração (miocardite) ou de outros órgãos.</li> </ul>
Chikungunya	<p><b>Caso suspeito<sup>1</sup>:</b> 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><b>Caso suspeito grave e/ou atípico<sup>2</sup>:</b> 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	<p><b>Caso suspeito<sup>1</sup>:</b> 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.</p>
	<p><b>Caso suspeito em gestante<sup>3</sup>:</b> toda gestante, em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, se excluídas as hipóteses não infecciosas.</p>
	<p><b>Caso suspeito grave e/ou atípico<sup>4</sup>:</b> 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.</p>
FA	<p><b>Caso suspeito:</b> 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><b>Em situação de surto<sup>5</sup>:</b> 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 <sup>1</sup>	<p><b>ENCEFALITE VIRAL AGUDA*:</b> paciente hospitalizado com alteração do estado mental (sonolência, letargia, torpor, mudança no comportamento ou na personalidade) ou ataxia sem causa definida e com duração &gt; 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><b>MIELITE TRANSVERSA VIRAL AGUDA*:</b> 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><b>ENCEFALOMIELITE DISSEMINADA AGUDA*:</b> 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><b>SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ*:</b> 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><b>OUTRAS:</b> neurite óptica, miosite, meningoencefalite ou síndrome de nervos cranianos.</p> <p>*A presença de deficiência motora aguda em &lt; 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](http://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 <b>Ficha de Notificação e de Investigação Epidemiológica de Dengue/Chikungunya do SINAN - Versão 3.0</b> , disponível em: <a href="https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/notificacao_dengue_chikungunya_2020.pdf">https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/notificacao_dengue_chikungunya_2020.pdf</a>  Caso haja suspeita de Dengue e Chikungunya, conferir um N° de SINAN para cada agravo.	<b>Caso Suspeito:</b> passar a preencher apenas a “Ficha de Notificação de Dengue/Chikungunya do SINAN Versão 3.0.4”	<b>2° a 6° feira</b> 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		<b>Caso grave/óbito suspeito:</b> 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: <b>1Ficha de notificação/conclusão do SINANNET</b> , disponível em: <a href="#">Ficha de Notificação/Conclusão   Secretaria Municipal da Saúde   Prefeitura da Cidade de São Paulo</a>  <b>2Ficha de Investigação de ZIKV/CeVeSP</b> , elaborada para	<b>Caso suspeito na população geral:</b> preencher apenas a <b>Ficha de notificação/conclusão do SINANNET</b>  <b>Caso suspeito em gestante:</b> preencher a <b>Ficha de notificação/ conclusão do SINANNET</b> e a <b>Ficha de Investigação de ZIKV/CeVeSP</b> , elaborada para	<b>Fins de semana e Feriados</b> Enviar as fichas de notificação/investigação para o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS/DVE/COVISA) por meio do e-mail <a href="mailto:notifica@prefeitura.sp.gov.br">notifica@prefeitura.sp.gov.br</a> com cópia para a UVIS de referência.



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: <a href="http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/cha/amadas/ficha_zika_versao_7mar2016_1468444429.pdf">http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/cha/amadas/ficha_zika_versao_7mar2016_1468444429.pdf</a>	detalhamento clínico pelo CVE/ESP, disponível em: <a href="http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/cha/amadas/ficha_zika_versao_7mar2016_1468444429.pdf">http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/cha/amadas/ficha_zika_versao_7mar2016_1468444429.pdf</a>	A UVIS de referência pode ser localizada em: <a href="https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=246949">https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=246949</a>
<b>Febre Amarela CID10 A-95.9</b>	Preencher a <b>Ficha de Notificação/Investigação Epidemiológica de FA do SINANNET</b> , disponível em: <a href="https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/FEAM_NET.pdf">https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/FEAM_NET.pdf</a> ou <a href="http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/homepage/downloads/fichas/feam_net.pdf">http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/homepage/downloads/fichas/feam_net.pdf</a>	Manter o preenchimento da <b>Ficha de Notificação/Investigação Epidemiológica de FA do SINANNET</b>	
<b>Doença Neuroinvasiva por Arbovírus es</b>	Preencher a <b>Ficha de Vigilância de DNA</b> , disponível em: < <a href="https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/FichaDNA_final_28_12_17.pdf">https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/FichaDNA_final_28_12_17.pdf</a> >.  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 <b>Ficha de Vigilância de DNA</b>	

Ao receber a notificação de **casos graves e óbitos suspeitos de arbovirose, 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](mailto:vatvz@prefeitura.sp.gov.br)), o qual deve notificar estes casos em até 24 horas para a Divisão de Arbovirose do CVE/SES.



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

Doença	Sistema para digitação
Dengue e Chikungunya	<p><b>Digitar no SINAN Online versão 3.0<sup>1</sup>.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Residente no MSP, fora da área de abrangência da UVIS de Notificação:</b> digitar imediatamente no sistema e se possível, informar o N° do SINAN, por e-mail, para UVIS de residência.</li> <li>• <b>Residente em outro município:</b> digitar imediatamente no sistema e encaminhar o N° do SINAN e a identificação do município para <a href="mailto:vatvz@prefeitura.sp.gov.br">vatvz@prefeitura.sp.gov.br</a> (um e-mail por município).</li> </ul>
DAVZ	<p><b>Digitar no SINANNET e no CEVESP <a href="http://cevesp.saude.sp.gov.br">http://cevesp.saude.sp.gov.br</a></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Residente no MSP, fora da área de abrangência da UVIS de Notificação:</b> digitar imediatamente nos sistemas de notificação e se possível, informar o N° do SINAN, por e-mail, para UVIS de residência.</li> <li>• <b>Residente em outro município:</b> digitar imediatamente nos sistemas de notificação. Salvar a ficha em pdf (versão econômica) do SINANNET e encaminhar o arquivo nomeado com as <b>iniciais do paciente, agravo e município</b> para o <a href="mailto:vatvz@prefeitura.sp.gov.br">vatvz@prefeitura.sp.gov.br</a>, sendo um e-mail por município, habilitar fluxo de retorno, após finalizado atendimento do paciente na unidade.</li> </ul>
Febre Amarela	<p><b>Digitar no SINANNET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Residente no MSP, fora da área de abrangência da UVIS de Notificação:</b> digitar imediatamente no sistema de notificação e se possível, informar o N° do SINAN, por e-mail, para UVIS de residência.</li> <li>• <b>Residente em outro município:</b> digitar imediatamente no SINANNET, salvar a ficha em pdf (versão econômica) e encaminhar o arquivo nomeado com as <b>iniciais do paciente, agravo e município</b> para o <a href="mailto:vatvz@prefeitura.sp.gov.br">vatvz@prefeitura.sp.gov.br</a>, sendo um e-mail por município, habilitar fluxo de retorno, após finalizado atendimento do paciente na unidade.</li> </ul>
Doença Neuroinvasiva por Arboviroses	<b>Não há sistema oficial para digitação de DNA.</b>

## 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](mailto: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 laboratorial <sup>1</sup>
	1	Todo suspeito	Clínico laboratorial <sup>1</sup>
	2	Todo suspeito	Clínico laboratorial <sup>1</sup>
	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 <b>unidades públicas de saúde</b> do DA suspendam a coleta de sangue para ELISA IgM (exceto casos graves e óbitos). O <b>uso do Elisa NS1 será mantido</b> (sendo utilizado nas unidades sentinelas, casos graves/óbitos e gestantes com exantema suspeitas de DAVZ); o <b>uso do TR-Dengue poderá ser continuado</b> a depender da situação epidemiológica e disponibilidade, pois o resultado pode direcionar/oportunizar o controle vetorial para microáreas do território com incidência mais elevadas. <b>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:</b>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Confirmado:</b> 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.</li> <li>• <b>Descartado:</b> 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.</li> </ul>
		Grave/óbito suspeito, incluindo DNA	Clínico laboratorial
DAVZ	0	Suspeito na população em geral	Na suspeita de 1º caso autóctone no DA, <b>fazer busca de suspeitos que tenham iniciado sintomas até 15 dias antes ou depois do caso índice, em um raio de 100 m.</b> Se localizado mais um caso, será caracterizado <b>cluster</b> e orientada coleta de sangue para <b>RT-PCR</b> (até o 5º dia de início de sintomas). <b>Após confirmação laboratorial de 1º caso autóctone no DA, os demais serão encerrados por critério clínico epidemiológico.</b>
		Suspeito em gestante, grave/óbito	Clínico laboratorial



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

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,**



**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	<b>Flavivírus</b>	<b>Alphavirus</b>	<b>Flavivírus</b>	<b>Flavivírus</b>
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 registradas 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 encontrada 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 (Vector)	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 das 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
<b>FEBRE</b>	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
<b>EXANTEMA</b>	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
<b>ALTERAÇÕES ARTICULARES</b>	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
<b>OUTROS SINTOMAS</b>	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 após 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
<b>QUADROS GRAVES</b>	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, paralisia e neuropatia), oculares, cardiovasculares (miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmia), dermatoses vesiculobolhosas, renais (nefrite, insuficiência renal aguda), síndrome hiperálgica, etc	Síndrome de Guillain-Barré, outras complicações neurológicas (encefalite, meningoencefalite, parastesia, paralisia facial e mielite); pode ocorrer ainda: trombo citopenia púrpura, danos oftalmológicos e cardíacos	Cefaleia e mialgia com maior intensidade, náuseas e vômitos frequentes, icterícia, oligúria ou manifestações hemorrágicas, como epistaxe, hematótese 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)
<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>	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](http://dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf) ([saude.gov.br](http://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](http://chikungunya-manejo-clinico-2017.pdf) ([saude.gov.br](http://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](http://miolo_febre_amarela_10_2020.indd) ([www.gov.br](http://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.



CARACTERÍSTICAS	DENGUE	CHIKUNGUNYA	COVID 19	LEPTOSPIROSE
<b>CASO SUSPEITO</b>	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	<b>Síndrome gripal (SG):</b> 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  <b>Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):</b> 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 a presente pelo menos um (1) dos seguintes critérios:  <b>Critério 1:</b> 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 e 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  <b>Critério 2 -</b> 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
<b>FEBRE</b>	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
<b>EXANTEMA</b>	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
<b>OUTROS SINTOMAS</b>	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
<b>QUADROS GRAVES</b>	<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 (miocárdite, 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>
<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>	<p>Chikungunya, Zika, leptospirose, Febre Maculosa Brasileira, Influenza, malária, febre amarela, meningites, meningococemia, enteroviroses, 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, riquetsioses, doença de Chagas aguda, hepatites virais agudas, hantavirose, febre amarela, malária grave, febre tifóide, endocardite, riquetsioses, 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>
<b>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL ESPECÍFICO</b>	<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/portal/secretaria/index.php?option=com_content&task=view&id=112277&Itemid=127)

**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><b>1 - Aplicativo Sampa Dengue:</b> 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><b>2 - Nota Técnica 02/DVE/2021 - Orientações para o Diagnóstico Laboratorial de Arboviroses</b></p> <p><b>3 - Nota Técnica 02/2021 LABZOO - Orientações Gerais para Diagnóstico Laboratorial de Dengue</b></p> <p><b>4 - Classificação de Risco e Manejo do Paciente suspeito de Dengue</b> , disponível em: <a href="http://prefeitura.sp.gov.br/Dengue%20Classificacao%20de%20risco%20e%20manejo%20do%20paciente_A3_alterado2">Dengue Classificação de risco e manejo do paciente_A3_alterado2 (prefeitura.sp.gov.br)</a></p> <p><b>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</b>, disponível em: <a href="http://prefeitura.sp.gov.br/protocolo_zika_novembro_1478887643.pdf">protocolo_zika_novembro_1478887643.pdf (prefeitura.sp.gov.br)</a></p> <p><b>6 - Tabela de Hidratação Oral para Pacientes com Dengue</b></p> <p><b>7 - Fluxo de referência de acordo com o estadiamento clínico de Dengue</b></p>
CVE/SES SP	<p><b>1 - Diretrizes para a prevenção e controle das arboviroses urbanas no estado de São Paulo – 2017 (revisado em junho/2020)</b>, disponível em: <a href="http://saude.sp.gov.br/revisao2020_diretrizes_arboviroses290620.pdf">revisao2020_diretrizes_arboviroses290620.pdf (saude.sp.gov.br)</a></p> <p><b>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</b>, disponível em: <a href="http://saude.sp.gov.br/deliberacao_cib02_republicacao01.pdf">deliberacao_cib02_republicacao01.pdf (saude.sp.gov.br)</a></p> <p><b>3 - Arboviroses urbanas</b>, disponível em: <a href="http://saude.sp.gov.br/Arboviroses%20Urbanas%20-%20Secretaria%20da%20Saude%20-%20Governo%20do%20Estado%20de%20Sao%20Paulo">Arboviroses Urbanas - Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo (saude.sp.gov.br)</a></p> <p><b>4 - Vídeo: Manejo clínico dos casos de dengue: treinamento rápido - março 2019</b>, disponível em: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=324">324) Manejo clínico dos casos de dengue: treinamento rápido - YouTube</a></p> <p><b>5 - Link Febre Amarela:</b> <a href="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/">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/</a></p> <p><b>6 - Protocolo de Manejo Clínico de Chikungunya no Estado de São Paulo, novembro de 2021</b>, disponível em: <a href="https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/protocolo-chikungunya/protocolo_chikungunya.pdf">https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/protocolo-chikungunya/protocolo_chikungunya.pdf</a></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](http://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://saude.gov.br/Guia_de_Vigilancia_em_Saude_volume_unico_recurso_eletronico) ([saude.gov.br](http://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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue\\_manejo\\_adulto\\_crianca\\_5ed.pdf](https://bvsmms.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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya\\_manejo\\_clinico.pdf](https://bvsmms.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](http://www.gov.br))

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

[Manual de vigilância sentinela de doenças neuroinvasivas por arbovírus](http://prefeitura.sp.gov.br/Manual_de_vigilancia_sentinela_de_doencas_neuroinvasivas_por_arbovirus)  
([prefeitura.sp.gov.br](http://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](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](http://prefeitura.sp.gov.br/protocolo_casos_de_chikungunya_sem_expediente_setembro_2021.pdf)  
([prefeitura.sp.gov.br](http://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	<a href="mailto:vatvz@prefeitura.sp.gov.br">vatvz@prefeitura.sp.gov.br</a>
Fins de semana e feriados - 7h às 17h	CIEVS/DVE/COVISA	2027-2300	<a href="mailto:notifica@prefeitura.sp.gov.br">notifica@prefeitura.sp.gov.br</a>
Diariamente - 17h às 7h	GCM	153	-----

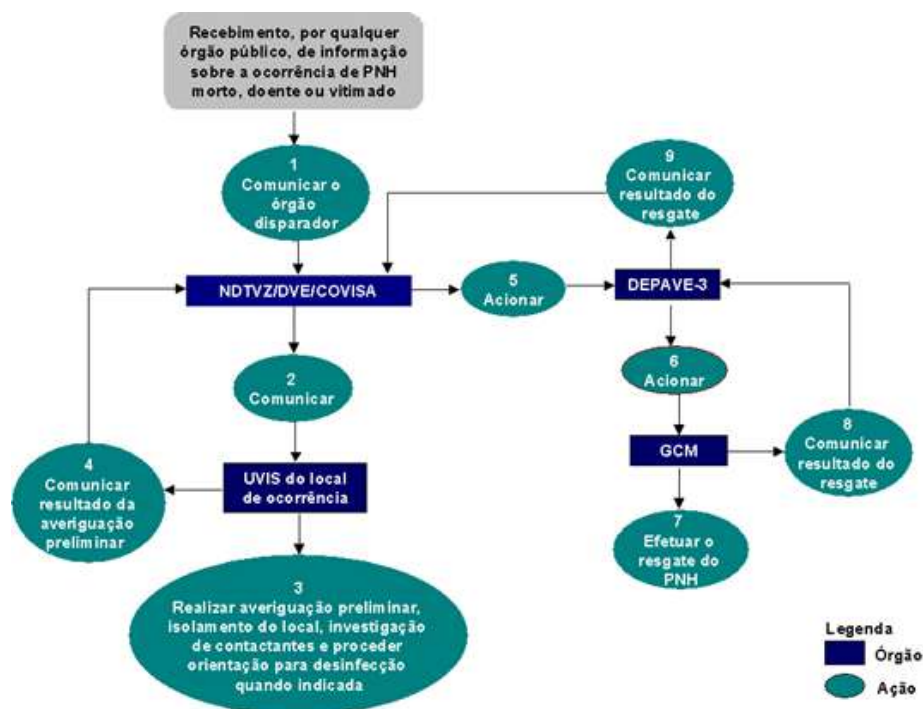
**a) 2ª a 6ª feira - 7h00 às 17h00:** qualquer órgão público que receba informação sobre PNH morto/doente/vitimado deve comunicar, por e-mail e telefone, o **NDTVZ/DVE/COVISA**, o qual deve acionar a **UVIS** de ocorrência para deslocamento imediato de equipe ao local. Caso a UVIS receba diretamente 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](mailto:jsumma@prefeitura.sp.gov.br); [faunasvma@prefeitura.sp.gov.br](mailto: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.



SEABEVS

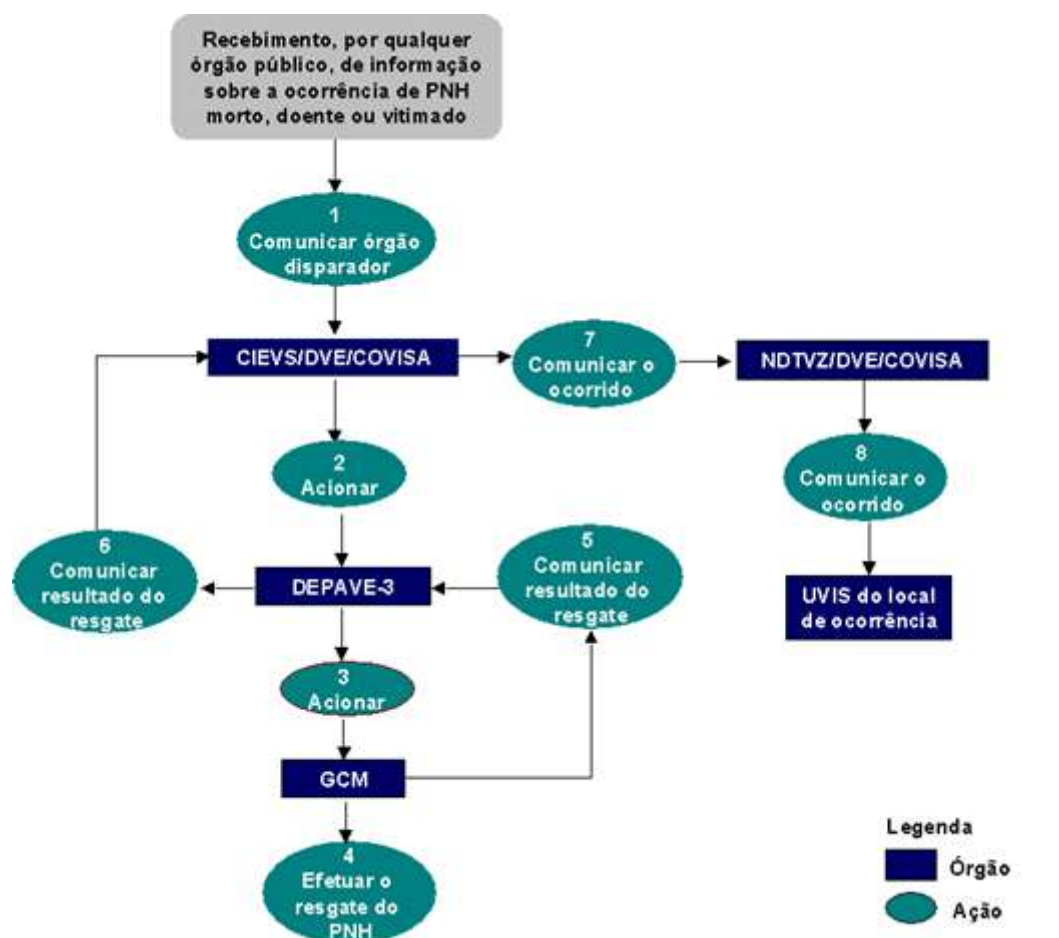
Secretaria Executiva  
 Atenção Básica  
 Especialidades e  
 Vigilância em Saúde





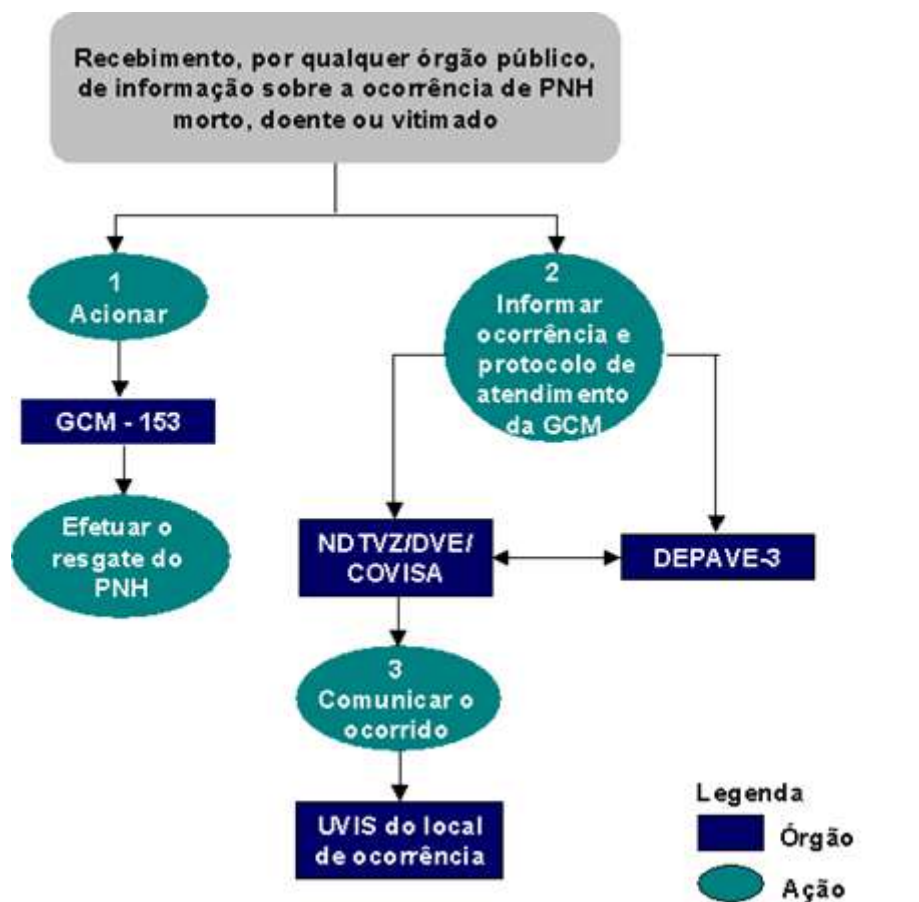
**b) Fins de Semana e Feriados - 7h às 17h:** qualquer órgão público que receba informação sobre PNH morto/doente/vitimado deve comunicar ao plantão do **CIEVS/DVE/COVISA**, por telefone e e-mail, o nome/telefone do solicitante e o endereço/ponto de referência do local onde está o animal. Cabe ao **CIEVS/DVE/COVISA** acionar o **DEPAVE-3** por telefone (3885-6669 ou 96715-5424) e e-mail ([jsumma@prefeitura.sp.gov.br](mailto:jsumma@prefeitura.sp.gov.br), [faunasvma@prefeitura.sp.gov.br](mailto: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](mailto:vatvz@prefeitura.sp.gov.br)) e ao **DEPAVE-3** ([jsumma@prefeitura.sp.gov.br](mailto:jsumma@prefeitura.sp.gov.br); [faunasvma@prefeitura.sp.gov.br](mailto: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](mailto:ambientaluvisperus@prefeitura.com.br)) com cópia para o NDTVZ/DVE/COVISA ([vatvz@prefeitura.sp.gov.br](mailto:vatvz@prefeitura.sp.gov.br)) e para o Núcleo de Vigilância epidemiológica /DVZ/COVISA ([zoonoses@prefeitura.sp.gov.br](mailto: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](mailto:zoonoses@prefeitura.sp.gov.br)) e DEPAVE-3 ([labfausvma@prefeitura.sp.gov.br](mailto: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



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).



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde

- 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**



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde

**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.

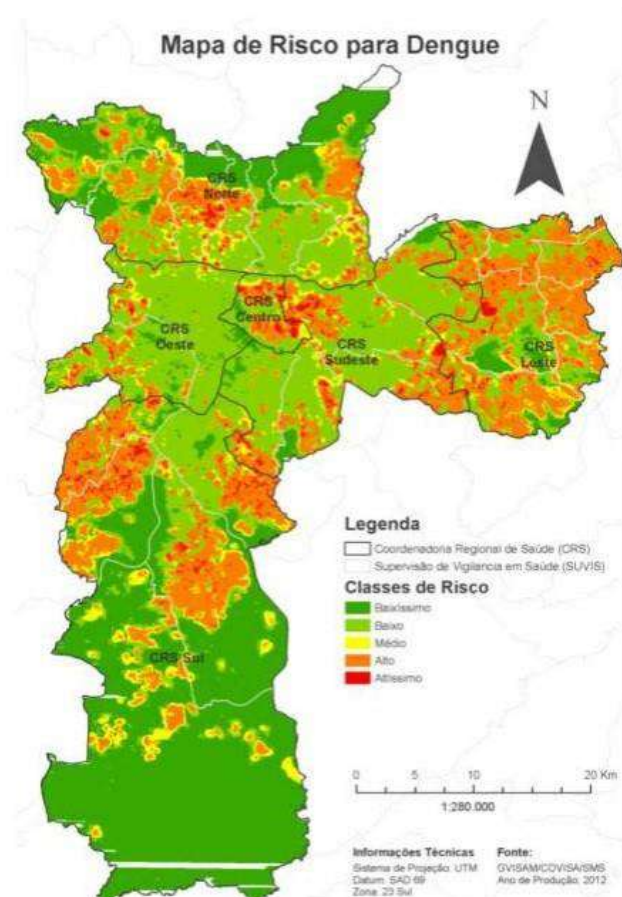
Dentro de cada nível de prioridade, deve-se priorizar, de forma adicional, a realização de bloqueios em áreas com maior número de casos com início de sintomas nos últimos 20 dias e as áreas de maior risco, segundo o Mapa de Risco de Arboviroses (Figura 4).

**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

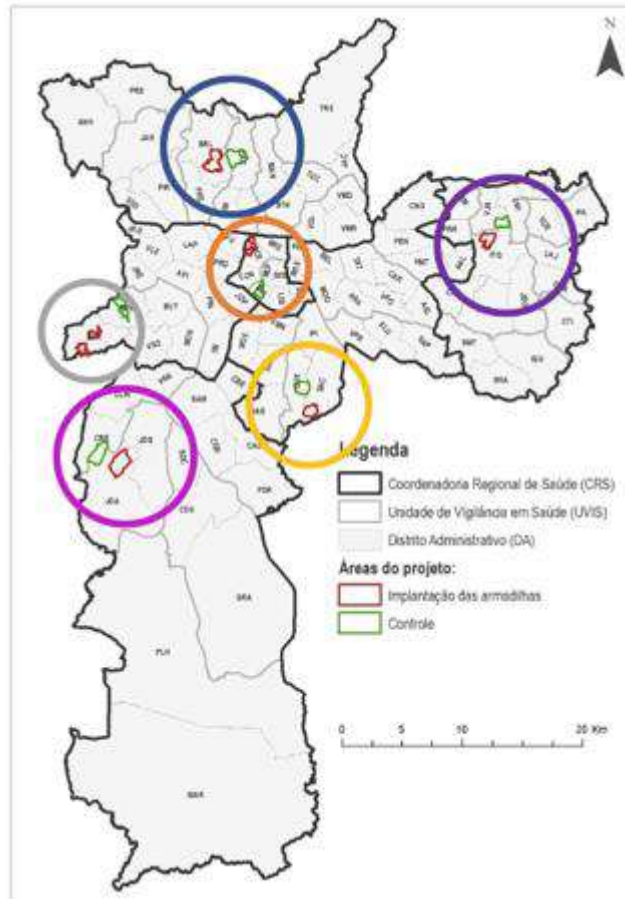


SEABEVS

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, 2023<sup>1</sup>.

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
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>	<b>1.942</b>	<b>1.307</b>	<b>67,3</b>	<b>488</b>	<b>334</b>

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 <sup>1</sup>	Nº de máquinas de UBV a frio (nebulização veicular) <sup>2</sup>		Nº de pulverizadores <sup>3</sup>		
		Modelo: LECO ou Puls Fog	Modelo: mini gerador	Costal manual de alavanca <sup>3.1</sup>	Compressão prévia <sup>3.2</sup>	
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
	<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>169</b>	<b>105</b>
<b>DVZ</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>27</b>	<b>10</b>	
<b>Total MSP</b>	<b>200</b>	<b>8</b>	<b>30</b>	<b>191</b>	<b>115</b>	

**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 ("Denguinhas") para transporte de inseticidas e equipamentos para nebulização veicular com mini gerador ou costal <sup>1</sup>	Nº de veículos para nebulização veicular com o modelo LECO ou Puls Fog <sup>2</sup>	Nº de veículos para transporte das equipes à campo <sup>3</sup>			Nº de vagas para transport e das equipes as campo <sup>4</sup>	
			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
	<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>0</b>	<b>88</b>	<b>221</b>	<b>0</b>	<b>1.678</b>
<b>DVZ</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	
<b>Total MSP</b>	<b>79</b>	<b>6</b>	<b>93</b>	<b>223</b>	<b>0</b>	<b>1.710</b>	

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 ("Denguinhas"). 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:



#### 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
<b>(a)</b> N° de agentes destinados a realização exclusiva de BC em situação de contingência	45% dos agentes lotados nas UVIS/CRS <sup>1</sup> .
<b>(b)</b> N° médio de imóveis visitados em um BC <sup>2</sup>	375
<b>(c)</b> Produtividade de imóveis visitados/agente/dia no BC <sup>3</sup>	25
<b>(d)</b> 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 semanal<sup>1</sup>, 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 <sup>2</sup>
<b>Leste</b>	213	15	14	70
<b>Norte</b>	212	15	14	70
<b>Sudeste</b>	184	15	12	60
<b>Sul</b>	188	15	13	65
<b>Oeste</b>	68	15	5	25
<b>Centro</b>	16	15	1	5
<b>MSP</b>	<b>881</b>	<b>15</b>	<b>59,0</b>	<b>295</b>

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. Contra-indicações 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](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.](#)





# COMPONENTE ASSISTÊNCIA



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/](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



CIDADE DE  
**SÃO PAULO**  
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

<b>ASSISTÊNCIA</b> .....	5
1. Suspeita e Notificação de Arboviroses .....	5
2. Diagnóstico Laboratorial Específico .....	5
3. Hemograma Dengue .....	5
4. Previsão de Necessidades de Leitos e Insumos Para Assistência Ao Paciente Com Suspeita De Arboviroses .....	7
5. Coordenadoria da Atenção Básica .....	14
6. Organização dos serviços nas arboviroses .....	15
7. Atendimento e Manejo Clínico na Atenção Básica .....	17
8. Classificação de Risco para arboviroses .....	17
9. Protocolos de Atendimento.....	18
10. Estratégias para prover Hidratação Oral ou Endovenosa dos Pacientes.....	18
11. Fluxo de Atendimento nos Equipamentos com porta aberta.....	18
12. Atendimento médico em hospital, Assistência Médica Ambulatorial Hospitalar e Unidade de Pronto Atendimento..	24
13. Grupo Interno da Secretaria Executiva de Atenção Hospitalar Municipal de Apoio ao Controle das Arboviroses ...	29
14. Suporte Administrativo .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
15. Monitoramento.....	29
16. Abastecimento.....	30





# ASSISTÊNCIA

É responsabilidade dos serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde – RAS, de qualquer modelo de atenção, atender, identificar, notificar, dar assistência a todos os casos suspeitos de arboviroses do município.

## 1. Suspeita e Notificação de Arboviroses

Para suspeição e notificação de arboviroses devem ser seguidas as orientações do item 3.1.1 do Componente – Vigilância Epidemiológica.

## 2. Diagnóstico Laboratorial Específico

Para orientações sobre diagnóstico específico de arboviroses é necessário consultar a [Nota Técnica 02/DVE/2021 - Orientações para o Diagnóstico Laboratorial de Arboviroses](#) e a [Nota Técnica 02/2021/LABZOO - Orientações Gerais para Diagnóstico Laboratorial de Dengue](#).

## 3. Hemograma Dengue

O “hemograma dengue” é constituído pelos parâmetros hematológicos: Hematócrito, Hemoglobina, Leucócitos totais, Eritrócitos e Plaquetas. Todas as Unidades de Saúde da SMS podem solicitar o “hemograma dengue”. As requisições com solicitações de “hemograma dengue” devem ser identificadas com etiquetas “bolinha vermelha”, preenchendo ainda a **hipótese diagnóstica: Dengue e o exame ou serviço solicitado: Hemograma**. Para identificação dos tubos será utilizada a etiqueta **“bolinha vermelha” fixada no tubo na região contrária à da etiqueta**. Os tubos identificados por “hemograma dengue” e suas respectivas requisições deverão ser acondicionados separados dos demais exames e solicitações. O tempo de liberação para visualização online ocorre de acordo com o tipo de serviço e a pactuação com os laboratórios (Quadros 1 a 2). Os laudos são acessados online via Sistema Matrix e sistema do laboratório contratado conforme passo a passo descrito no **ANEXO 3 (apresentação hemograma Dengue)**.



Quadro 1. Unidades que encaminham o “hemograma dengue” aos laboratórios próprios.

Unidade	Tempo (visualização Matrixnet)
Sudeste Lapa Santo Amaro São Miguel	Prazo máximo às 8h00 do dia seguinte

Quadro 2. Unidades atendidas pelo laboratório contratado Afip.

Unidade	Tempo (visualização web) “Hemograma Dengue”
Hospitais	2 horas
PS; PA; AMA 24h (unidades de hospitais)	2 horas após recebimento no laboratório
AMA	2 horas após recebimento no laboratório
UBS	Prazo máximo às 8h00 do dia seguinte
Polo dengue	Imediato

Quadro 2. Unidades atendidas pelo laboratório contratado Cientificalab.

Unidade	Tempo (visualização web) “Hemograma Dengue”
Hospitais	1 hora
<b>PS; PA; AMA 24h</b>	<b>2 horas após recebimento no laboratório</b>
AMA	3 horas após recebimento no laboratório
UBS	Prazo máximo às 8h00 do dia seguinte
Polo dengue	Imediato



## 4. Previsão de Necessidades de Leitos e Insumos Para Assistência Ao Paciente Com Suspeita De Arboviroses

Considerando que pelo estabelecido no Componente - Vigilância Epidemiológica, os pacientes suspeitos de DAVZ, Chikungunya e FA são também suspeitos de Dengue e que sempre deve ser instituído o manejo clínico para Dengue, foram utilizados para fins de cálculos das necessidades de leitos e insumos para assistência ao paciente com suspeita de arboviroses, **os parâmetros de referência para assistência ao paciente com Dengue apresentados na Portaria nº 2557, de 28 de outubro de 2011**, (Quadro 3), disponível em:

Quadro 3. Parâmetros de referência das necessidades de leitos e insumos para assistência ao paciente suspeito de Dengue.

Previsão de necessidade		Método cálculo
Leitos	Leito de Observação ou Enfermaria	7% dos casos de Dengue estimados por mês/7 (cada leito deverá realizar 7 internações/ mês))
	Leito de UTI	10% do N° de leitos de observação
Exames e insumos para acompanhamento ambulatorial e de pacientes em observação	Hemograma*	N° de casos de Dengue estimados no período**x 2
	Sais de Reidratação Oral	N° de casos de Dengue estimados no período x 2 x 3 (2 sachês/dia para 3 dias de hidratação)
	Soro Fisiológico 0,9%	15% de casos de Dengue estimados no período x 8 frascos de 500 ml.
	Cadeira de Hidratação	15 % dos casos de Dengue estimados/dia (considerar para o planejamento a média diária de casos no pico de atendimento)
	Cartão de acompanhamento ao suspeito de arboviroses	N° de casos de Dengue estimados no período x 2
	Medicamentos: dipirona, paracetamol	N° de casos de Dengue estimados no período x 3g (dose diária) x 3 dias (período febril)

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



cenários distintos.

O número estimado de **casos notificados de Dengue** por CRS foi calculado para seis situações de transmissão: incidência de 300 casos/100.000 habitantes, incidência de 700 casos/100.000 habitantes e incidências em 1%, 2%, 3% e 4% da população (Tabela 1).

Tabela 1. Número estimado de casos notificados de Dengue segundo incidência e Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, 2023.

CRS	População*	Incidência 300/100 000	Incidência 700/100 000	1% da população	2% da população	3% da população	4% da população
Centro	462036	1386	3234	4620	9241	13861	18481
Oeste	1080809	3242	7566	10808	21616	32424	43232
Sudeste	2714765	8144	19003	27148	54295	81443	108591
Norte	2326502	6980	16286	23265	46530	69795	93060
Leste	2532870	7599	17730	25329	50657	75986	101315
Sul	2843234	8530	19903	28432	56865	85297	113729
MSP	11960216	35881	83722	119602	239204	358806	478409

Fonte: COVISA

\* População: Fundação SEADE - Estimativa da população 2022.

Com base nos parâmetros de referência das necessidades de leitos e insumos (Quadro 3) e na estimativa de casos notificados de Dengue (Tabela 3) foram calculadas as previsões de necessidade de leitos e exames/insumos para acompanhamento ambulatorial e de pacientes em observação ou enfermaria e UTI, para os meses de maior transmissão, fevereiro a maio. O percentual de casos/mês utilizado corresponde ao percentual médio de casos notificados/mês nos anos epidêmicos de 2014, 2015, 2016, 2019 e 2022 (Tabelas 4 a 11). Os valores apresentados nessas tabelas são apenas previsões para auxiliar a assistência a planejar as necessidades e as formas de suprir a Rede de Atenção à Saúde para enfrentamento de epidemias de arboviroses.

Tabela 2. Previsão da necessidade de leitos de observação por Coordenadoria Regional de Saúde, segundo a incidência e percentual médio de casos/mês dos anos de 2014, 2015, 2016, 2019 e 2022. Município de São Paulo, 2023.



CRS	Mês	%de casos/mês	Incidência de 300 casos/100000 habitantes		Incidência de 700 casos/100000 habitantes		Incidência em 1%da população		Incidência em 2%da população		Incidência em 3%da população		Incidência em 4%da população	
			Estimativa de casos/mês	Nº de leitos observação	Estimativa de casos/mês	Nº de leitos observação	Estimativa de casos/mês	Nº de leitos observação	Estimativa de casos/mês	Nº de leitos observação	Estimativa de casos/mês	Nº de leitos observação	Estimativa de casos/mês	Nº de leitos observação
Centro	fevereiro	8,9	123	1	287	3	410	4	820	8	1231	12	1641	16
	março	23,1	320	3	748	7	1068	11	2136	21	3204	32	4272	43
	abril	31,4	435	4	1015	10	1450	15	2901	29	4351	44	5801	58
	maio	18,8	261	3	609	6	870	9	1740	17	2610	26	3480	35
Oeste	fevereiro	8,9	288	3	672	7	960	10	1919	19	2879	29	3838	38
	março	23,1	750	7	1749	17	2499	25	4997	50	7496	75	9994	100
	abril	31,4	1018	10	2375	24	3393	34	6785	68	10178	102	13570	136
	maio	18,8	611	6	1425	14	2035	20	4070	41	6105	61	8140	81
Sudeste	fevereiro	8,9	723	7	1687	17	2410	24	4820	48	7231	72	9641	96
	março	23,1	1883	19	4393	44	6276	63	12552	126	18828	188	25104	251
	abril	31,4	2556	26	5965	60	8521	85	17043	170	25564	256	34085	341
	maio	18,8	1534	15	3578	36	5112	51	10223	102	15335	153	20447	204
Norte	fevereiro	8,9	620	6	1446	14	2066	21	4131	41	6197	62	8262	83
	março	23,1	1613	16	3765	38	5378	54	10757	108	16135	161	21513	215
	abril	31,4	2191	22	5112	51	7303	73	14605	146	21908	219	29210	292
	maio	18,8	1314	13	3066	31	4381	44	8761	88	13142	131	17522	175
Leste	fevereiro	8,9	675	7	1574	16	2249	22	4498	45	6746	67	8995	90
	março	23,1	1757	18	4099	41	5855	59	11711	117	17566	176	23422	234
	abril	31,4	2385	24	5565	56	7950	80	15901	159	23851	239	31801	318
	maio	18,8	1431	14	3338	33	4769	48	9538	95	14308	143	19077	191
Sul	fevereiro	8,9	757	8	1767	18	2524	25	5049	50	7573	76	10097	101
	março	23,1	1972	20	4601	46	6573	66	13146	131	19719	197	26291	263
	abril	31,4	2677	27	6247	62	8925	89	17849	178	26774	268	35698	357
	maio	18,8	1606	16	3747	37	5354	54	10707	107	16061	161	21414	214

Tabela 3. Previsão da necessidade de leitos de UTI por Coordenadoria Regional de Saúde, segundo a incidência e percentual médio de casos/mês dos anos de 2014, 2015, 2016, 2019 e 2022. Município de São Paulo, 2023.

CRS	Mês	%de casos/mês	Incidência de 300 casos/100000 habitantes		Incidência de 700 casos/100000 habitantes		Incidência em 1%da população		Incidência em 2%da população		Incidência em 3%da população		Incidência em 4%da população	
			Estimativa de casos/mês	Nº de leitos de UTI	Estimativa de casos/mês	Nº de leitos de UTI	Estimativa de casos/mês	Nº de leitos de UTI	Estimativa de casos/mês	Nº de leitos de UTI	Estimativa de casos/mês	Nº de leitos de UTI	Estimativa de casos/mês	Nº de leitos de UTI
Centro	fevereiro	8,9	123	0	287	0	410	0	820	1	1231	1	1641	2
	março	23,1	320	0	748	1	1068	1	2136	2	3204	3	4272	4
	abril	31,4	435	0	1015	1	1450	1	2901	3	4351	4	5801	6
	maio	18,8	261	0	609	1	870	1	1740	2	2610	3	3480	3
Oeste	fevereiro	8,9	288	0	672	1	960	1	1919	2	2879	3	3838	4
	março	23,1	750	1	1749	2	2499	2	4997	5	7496	7	9994	10
	abril	31,4	1018	1	2375	2	3393	3	6785	7	10178	10	13570	14
	maio	18,8	611	1	1425	1	2035	2	4070	4	6105	6	8140	8
Sudeste	fevereiro	8,9	723	1	1687	2	2410	2	4820	5	7231	7	9641	10
	março	23,1	1883	2	4393	4	6276	6	12552	13	18828	19	25104	25
	abril	31,4	2556	3	5965	6	8521	9	17043	17	25564	26	34085	34
	maio	18,8	1534	2	3578	4	5112	5	10223	10	15335	15	20447	20
Norte	fevereiro	8,9	620	1	1446	1	2066	2	4131	4	6197	6	8262	8
	março	23,1	1613	2	3765	4	5378	5	10757	11	16135	16	21513	22
	abril	31,4	2191	2	5112	5	7303	7	14605	15	21908	22	29210	29
	maio	18,8	1314	1	3066	3	4381	4	8761	9	13142	13	17522	18
Leste	fevereiro	8,9	675	1	1574	2	2249	2	4498	4	6746	7	8995	9
	março	23,1	1757	2	4099	4	5855	6	11711	12	17566	18	23422	23
	abril	31,4	2385	2	5565	6	7950	8	15901	16	23851	24	31801	32
	maio	18,8	1431	1	3338	3	4769	5	9538	10	14308	14	19077	19
Sul	fevereiro	8,9	757	1	1767	2	2524	3	5049	5	7573	8	10097	10
	março	23,1	1972	2	4601	5	6573	7	13146	13	19719	20	26291	26
	abril	31,4	2677	3	6247	6	8925	9	17849	18	26774	27	35698	36
	maio	18,8	1606	2	3747	4	5354	5	10707	11	16061	16	21414	21



Tabela 4. Previsão da necessidade de hemogramas por Coordenadoria Regional de Saúde, segundo a incidência e percentual médio de casos/mês dos anos de 2014, 2015, 2016, 2019 e 2022. Município de São Paulo, 2023.

CRS	Mês	%de casos/mês	Incidência de 300 casos/100000 habitantes		Incidência de 700 casos/100000 habitantes		Incidência em 1%da população		Incidência em 2%da população		Incidência em 3%da população		Incidência em 4%da população	
			Estimativa de casos/mês	Nº de hemogramas	Estimativa de casos/mês	Nº de hemogramas	Estimativa de casos/mês	Nº de hemogramas	Estimativa de casos/mês	Nº de hemogramas	Estimativa de casos/mês	Nº de hemogramas	Estimativa de casos/mês	Nº de hemogramas
Centro	fevereiro	8,9	123	246	287	574	410	820	820	1641	1231	2461	1641	3282
	março	23,1	320	641	748	1495	1068	2136	2136	4272	3204	6409	4272	8545
	abril	31,4	435	870	1015	2030	1450	2901	2901	5801	4351	8702	5801	11602
	maio	18,8	261	522	609	1218	870	1740	1740	3480	2610	5220	3480	6960
	fevereiro	8,9	288	576	672	1343	960	1919	1919	3838	2879	5757	3838	7677
Oeste	fevereiro	8,9	288	576	672	1343	960	1919	1919	3838	2879	5757	3838	7677
	março	23,1	750	1499	1749	3498	2499	4997	4997	9994	7496	14991	9994	19989
	abril	31,4	1018	2036	2375	4750	3393	6785	6785	13570	10178	20355	13570	27140
	maio	18,8	611	1221	1425	2849	2035	4070	4070	8140	6105	12210	8140	16281
	fevereiro	8,9	723	1446	1687	3374	2410	4820	4820	9641	7231	14461	9641	19282
Sudeste	fevereiro	8,9	723	1446	1687	3374	2410	4820	4820	9641	7231	14461	9641	19282
	março	23,1	1883	3766	4393	8786	6276	12552	12552	25104	18828	37655	25104	50207
	abril	31,4	2556	5113	5965	11930	8521	17043	17043	34085	25564	51128	34085	68170
	maio	18,8	1534	3067	3578	7156	5112	10223	10223	20447	15335	30670	20447	40893
	fevereiro	8,9	620	1239	1446	2892	2066	4131	4131	8262	6197	12393	8262	16524
Norte	fevereiro	8,9	620	1239	1446	2892	2066	4131	4131	8262	6197	12393	8262	16524
	março	23,1	1613	3227	3765	7530	5378	10757	10757	21513	16135	32270	21513	43026
	abril	31,4	2191	4382	5112	10224	7303	14605	14605	29210	21908	43816	29210	58421
	maio	18,8	1314	2628	3066	6133	4381	8761	8761	17522	13142	26284	17522	35045
	fevereiro	8,9	675	1349	1574	3148	2249	4498	4498	8995	6746	13493	8995	17990
Leste	fevereiro	8,9	675	1349	1574	3148	2249	4498	4498	8995	6746	13493	8995	17990
	março	23,1	1757	3513	4099	8198	5855	11711	11711	23422	17566	35132	23422	46843
	abril	31,4	2385	4770	5565	11130	7950	15901	15901	31801	23851	47702	31801	63603
	maio	18,8	1431	2862	3338	6677	4769	9538	9538	19077	14308	28615	19077	38153
	fevereiro	8,9	757	1515	1767	3534	2524	5049	5049	10097	7573	15146	10097	20194
Sul	fevereiro	8,9	757	1515	1767	3534	2524	5049	5049	10097	7573	15146	10097	20194
	março	23,1	1972	3944	4601	9202	6573	13146	13146	26291	19719	39437	26291	52583
	abril	31,4	2677	5355	6247	12494	8925	17849	17849	35698	26774	53547	35698	71396
	maio	18,8	1606	3212	3747	7495	5354	10707	10707	21414	16061	32121	21414	42829

Tabela 5. Previsão da necessidade de sachês de sais para reidratação oral por Coordenadoria Regional de Saúde, segundo a incidência e percentual médio de casos/mês dos anos de 2014, 2015, 2016, 2019 e 2022. Município de São Paulo, 2023.

CRS	Mês	%de casos/mês	Incidência de 300 casos/100.000 hab		Incidência de 700 casos/100.000 hab		Incidência em 1%da população		Incidência em 2%da população		Incidência em 3%da população		Incidência em 4%da população	
			Estimativa de casos/mês	Nº de sachês	Estimativa de casos/mês	Nº de sachês	Estimativa de casos/mês	Nº de sachês	Estimativa de casos/mês	Nº de sachês	Estimativa de casos/mês	Nº de sachês	Estimativa de casos/mês	Nº de sachês
Centro	fevereiro	8,9	123	738	287	1723	410	2461	820	4923	1231	7384	1641	9845
	março	23,1	320	1923	748	4486	1068	6409	2136	12817	3204	19226	4272	25835
	abril	31,4	435	2610	1015	6091	1450	8702	2901	17403	4351	26105	5801	34807
	maio	18,8	261	1566	609	3654	870	5220	1740	10440	2610	15660	3480	20879
	fevereiro	8,9	288	1727	672	4030	960	5757	1919	11515	2879	17272	3838	23030
Oeste	fevereiro	8,9	288	1727	672	4030	960	5757	1919	11515	2879	17272	3838	23030
	março	23,1	750	4497	1749	10494	2499	14991	4997	29983	7496	44974	9994	59966
	abril	31,4	1018	6107	2375	14249	3393	20355	6785	40710	10178	61065	13570	81420
	maio	18,8	611	3663	1425	8547	2035	12210	4070	24421	6105	36631	8140	48842
	fevereiro	8,9	723	4338	1687	10123	2410	14461	4820	28923	7231	43384	9641	57846
Sudeste	fevereiro	8,9	723	4338	1687	10123	2410	14461	4820	28923	7231	43384	9641	57846
	março	23,1	1883	11297	4393	26359	6276	37655	12552	75311	18828	112966	25104	150621
	abril	31,4	2556	15338	5965	35789	8521	51128	17043	102256	25564	153383	34085	204511
	maio	18,8	1534	9201	3578	21469	5112	30670	10223	61340	15335	92010	20447	122680
	fevereiro	8,9	620	3718	1446	8675	2066	12393	4131	24786	6197	37180	8262	49573
Norte	fevereiro	8,9	620	3718	1446	8675	2066	12393	4131	24786	6197	37180	8262	49573
	março	23,1	1613	9681	3765	22589	5378	32270	10757	64540	16135	96810	21513	129079
	abril	31,4	2191	13145	5112	30671	7303	43816	14605	87631	21908	131447	29210	175262
	maio	18,8	1314	7885	3066	18399	4381	26284	8761	52567	13142	78851	17522	105135
	fevereiro	8,9	675	4048	1574	9445	2249	13493	4498	26985	6746	40478	8995	53970
Leste	fevereiro	8,9	675	4048	1574	9445	2249	13493	4498	26985	6746	40478	8995	53970
	março	23,1	1757	10540	4099	24593	5855	35132	11711	70265	17566	105397	23422	140529
	abril	31,4	2385	14311	5565	33391	7950	47702	15901	95404	23851	143106	31801	190808
	maio	18,8	1431	8585	3338	20031	4769	28615	9538	57230	14308	85845	19077	114480
	fevereiro	8,9	757	4544	1767	10802	2524	15146	5049	30292	7573	45438	10097	60583
Sul	fevereiro	8,9	757	4544	1767	10802	2524	15146	5049	30292	7573	45438	10097	60583
	março	23,1	1972	11831	4601	27806	6573	39437	13146	78874	19719	118312	26291	157749
	abril	31,4	2677	16064	6247	37483	8925	53547	17849	107095	26774	160642	35698	214189
	maio	18,8	1606	9636	3747	22465	5354	32121	10707	64243	16061	96364	21414	128486



Tabela 6. Previsão da necessidade de frascos de soro fisiológico (500ml) por Coordenadoria Regional de Saúde, segundo a incidência e percentual médio de casos/mês dos anos de 2014, 2015, 2016, 2019 e 2022. Município de São Paulo, 2023.

CRS	Mês	% de casos/mês	Incidência de 300 casos/100000 habitantes		Incidência de 700 casos/100000 habitantes		Incidência em 1% da população		Incidência em 2% da população		Incidência em 3% da população		Incidência em 4% da população	
			Estimativa casos/mês	Nº de frascos	Estimativa casos/mês	Nº de frascos	Estimativa casos/mês	Nº de frascos	Estimativa casos/mês	Nº de frascos	Estimativa casos/mês	Nº de frascos	Estimativa casos/mês	Nº de frascos
Oeste	fevereiro	8,9	123	148	287	345	410	492	820	985	1231	1477	1841	1989
	março	23,1	320	385	748	897	1068	1282	2136	2563	3204	3845	4272	5127
	abril	31,4	435	522	1015	1218	1450	1740	2901	3481	4351	5221	5801	6961
	maio	18,8	261	313	609	731	870	1044	1740	2088	2610	3132	3480	4176
Oeste	fevereiro	8,9	288	345	672	806	960	1151	1919	2303	2879	3454	3838	4608
	março	23,1	750	899	1749	2099	2499	2998	4997	5997	7498	8995	9994	11993
	abril	31,4	1018	1221	2375	2850	3393	4071	6785	8142	10178	12213	13570	16284
	maio	18,8	611	733	1425	1709	2035	2442	4070	4884	6105	7326	8140	9768
Sudeste	fevereiro	8,9	723	868	1687	2025	2410	2892	4820	5785	7231	8677	9841	11569
	março	23,1	1883	2259	4393	5272	6276	7531	12552	15082	18828	22593	25104	30124
	abril	31,4	2556	3068	5965	7158	8521	10226	17043	20451	25564	30677	34085	40902
	maio	18,8	1534	1840	3578	4294	5112	6134	10223	12268	15335	18402	20447	24536
Norte	fevereiro	8,9	620	744	1446	1735	2086	2479	4131	4957	6197	7436	8282	9915
	março	23,1	1613	1936	3765	4518	5378	6454	10757	12908	16135	19362	21513	25816
	abril	31,4	2191	2629	5112	6134	7303	8763	14605	17528	21908	26289	29210	35052
	maio	18,8	1314	1577	3068	3680	4381	5257	8761	10513	13142	15770	17522	21027
Leste	fevereiro	8,9	675	810	1574	1889	2249	2699	4498	5397	6746	8096	8995	10794
	março	23,1	1757	2108	4099	4919	5855	7026	11711	14053	17566	21079	23422	28108
	abril	31,4	2385	2862	5565	6678	7950	9540	15901	19081	23851	28621	31801	38162
	maio	18,8	1431	1717	3338	4006	4769	5723	9538	11446	14308	17169	19077	22892
Sul	fevereiro	8,9	757	909	1787	2120	2524	3029	5049	6058	7573	9088	10097	12117
	março	23,1	1972	2386	4601	5521	6573	7887	13148	15775	19719	23662	26291	31550
	abril	31,4	2677	3213	6247	7497	8925	10709	17849	21419	26774	32128	35698	42838
	maio	18,8	1806	1927	3747	4497	5354	6424	10707	12849	16061	19273	21414	25697



Tabela 7. Previsão da necessidade de cadeiras de hidratação por Coordenadoria Regional de Saúde, segundo a incidência e percentual médio de casos/dia no mês de abril nos anos de 2014, 2015, 2016, 2019 e 2022. Município de São Paulo, 2023.

CRS	Mês	%de casos/mês	Incidência de 300 casos/10000 habitantes			Incidência de 700 casos/10000 habitantes			Incidência em 1%da população			Incidência em 2%da população			Incidência em 3%da população			Incidência em 4%da população		
			Estimativa casos/mês	Estimativa cadeiras/dia	Nº de cadeiras de hidratação	Estimativa casos/mês	Estimativa cadeiras/dia	Nº de cadeiras de hidratação	Estimativa casos/mês	Estimativa cadeiras/dia	Nº de cadeiras de hidratação	Estimativa casos/mês	Estimativa cadeiras/dia	Nº de cadeiras de hidratação	Estimativa casos/mês	Estimativa cadeiras/dia	Nº de cadeiras de hidratação	Estimativa casos/mês	Estimativa cadeiras/dia	Nº de cadeiras de hidratação
Centro	fevereiro	8,9	123	4	1	287	10	2	410	15	2	820	29	4	1231	44	7	1641	58	9
	março	23,1	320	10	2	748	24	4	1068	34	5	2136	69	10	3204	103	16	4272	138	21
	abril	31,4	435	15	2	1015	34	5	1450	46	7	2901	97	15	4351	145	22	5801	193	28
	maio	18,8	261	8	1	609	20	3	870	28	4	1740	56	8	2610	84	13	3480	112	17
Oeste	fevereiro	8,9	288	10	2	672	24	4	960	34	5	1919	69	10	2879	103	15	3838	137	21
	março	23,1	750	24	4	1749	56	8	2499	81	12	4997	161	24	7496	242	36	9994	322	48
	abril	31,4	1018	30	5	2375	79	12	3393	113	17	6785	226	34	10178	339	51	13570	452	68
	maio	18,8	611	20	3	1425	46	7	2035	66	10	4070	131	20	6105	197	30	8140	263	38
Sudeste	fevereiro	8,9	723	26	4	1687	60	9	2410	86	13	4820	172	26	7231	258	39	9841	344	52
	março	23,1	1883	61	9	4393	142	21	6276	202	30	12552	405	61	18828	607	91	25104	810	121
	abril	31,4	2556	85	13	5965	199	30	8521	284	43	17043	568	85	25564	852	128	34085	1136	170
	maio	18,8	1534	49	7	3578	115	17	5112	165	25	10223	330	49	15335	495	74	20447	660	98
Norte	fevereiro	8,9	620	20	3	1446	52	8	2066	74	11	4131	148	22	6197	221	33	8262	285	41
	março	23,1	1613	52	8	3765	121	18	5378	173	26	10757	347	52	16135	520	78	21513	694	104
	abril	31,4	2191	70	11	5112	170	26	7303	243	37	14605	487	73	21908	730	110	29210	974	146
	maio	18,8	1314	42	6	3066	99	15	4381	141	21	8761	283	42	13142	424	64	17522	565	85
Leste	fevereiro	8,9	675	23	4	1574	56	8	2249	80	12	4498	161	24	6746	241	36	8995	321	46
	março	23,1	1757	57	8	4099	132	20	5855	189	28	11711	378	57	17566	507	75	23422	756	113
	abril	31,4	2385	76	12	5565	186	28	7950	265	40	15901	530	80	23851	795	119	31801	1000	159
	maio	18,8	1431	46	7	3338	109	16	4789	159	23	9538	308	46	14308	462	69	19077	615	92
Sul	fevereiro	8,9	757	27	4	1767	63	9	2524	90	14	5049	180	27	7573	270	41	10097	361	54
	março	23,1	1972	64	10	4601	148	22	6573	212	32	13146	424	64	19719	636	95	26291	848	127
	abril	31,4	2677	86	13	6247	208	31	8925	287	45	17849	585	89	26774	892	134	35698	1205	181
	maio	18,8	1806	57	8	3747	121	18	5354	173	26	10707	345	52	18061	518	78	24144	691	104

\*O mês de abril é considerado o mês de pico de notificação de Dengue.

Tabela 8. Previsão da necessidade de Cartões de Acompanhamento por Coordenadoria Regional de Saúde, segundo a incidência e percentual médio de casos/mês dos anos de 2014, 2015, 2016, 2019 e 2022. Município de São Paulo, 2023.

CRS	Mês	%de casos/mês	Incidência de 300 casos/10000 habitantes		Incidência de 700 casos/10000 habitantes		Incidência em 1%da população		Incidência em 2%da população		Incidência em 3%da população		Incidência em 4%da população	
			Estimativa casos/mês	Nº de cartões	Estimativa casos/mês	Nº de cartões	Estimativa casos/mês	Nº de cartões	Estimativa casos/mês	Nº de cartões	Estimativa casos/mês	Nº de cartões	Estimativa casos/mês	Nº de cartões
Centro	fevereiro	8,9	123	123	287	287	410	410	820	1231	1231	1641	1641	
	março	23,1	320	320	748	748	1068	1068	2136	2136	3204	3204	4272	
	abril	31,4	435	435	1015	1015	1450	1450	2901	2901	4351	4351	5801	
	maio	18,8	261	261	609	609	870	870	1740	1740	2610	2610	3480	
Oeste	fevereiro	8,9	288	288	672	672	960	960	1919	1919	2879	2879	3838	
	março	23,1	750	750	1749	1749	2499	2499	4997	4997	7496	7496	9994	
	abril	31,4	1018	1018	2375	2375	3393	3393	6785	6785	10178	10178	13570	
	maio	18,8	611	611	1425	1425	2035	2035	4070	4070	6105	6105	8140	
Sudeste	fevereiro	8,9	723	723	1687	1687	2410	2410	4820	4820	7231	7231	9841	
	março	23,1	1883	1883	4393	4393	6276	6276	12552	12552	18828	18828	25104	
	abril	31,4	2556	2556	5965	5965	8521	8521	17043	17043	25564	25564	34085	
	maio	18,8	1534	1534	3578	3578	5112	5112	10223	10223	15335	15335	20447	
Norte	fevereiro	8,9	620	620	1446	1446	2066	2066	4131	4131	6197	6197	8262	
	março	23,1	1613	1613	3765	3765	5378	5378	10757	10757	16135	16135	21513	
	abril	31,4	2191	2191	5112	5112	7303	7303	14805	14805	21908	21908	29210	
	maio	18,8	1314	1314	3066	3066	4381	4381	8761	8761	13142	13142	17522	
Leste	fevereiro	8,9	675	675	1574	1574	2249	2249	4498	4498	6746	6746	8995	
	março	23,1	1757	1757	4099	4099	5855	5855	11711	11711	17566	17566	23422	
	abril	31,4	2385	2385	5565	5565	7950	7950	15901	15901	23851	23851	31801	
	maio	18,8	1431	1431	3338	3338	4789	4789	9538	9538	14308	14308	19077	
Sul	fevereiro	8,9	757	757	1767	1767	2524	2524	5049	5049	7573	7573	10097	
	março	23,1	1972	1972	4601	4601	6573	6573	13146	13146	19719	19719	26291	
	abril	31,4	2677	2677	6247	6247	8925	8925	17849	17849	26774	26774	35698	
	maio	18,8	1806	1806	3747	3747	5354	5354	10707	10707	18061	18061	24144	





Tabela 9. Previsão da necessidade de dipirona/paracetamol (gramas/ dia em 3 dias) por Coordenadoria Regional de Saúde, segundo a incidência e percentual médio de casos/mês dos anos de 2014, 2015, 2016, 2019 e 2022. Município de São Paulo, 2023.

CRS	Mês	%de casos/mês	Incidência de 300 casos/100.000 habitantes		Incidência de 700 casos/100.000 habitantes		Incidência em 1%da população		Incidência em 2%da população		Incidência em 3%da população		Incidência em 4%da população	
			Estimativa casos/mês	Dipirona/paracetamol	Estimativa casos/mês	Dipirona/paracetamol	Estimativa casos/mês	Dipirona/paracetamol	Estimativa casos/mês	Dipirona/paracetamol	Estimativa casos/mês	Dipirona/paracetamol	Estimativa casos/mês	Dipirona/paracetamol
Centro	fevereiro	8,9	123	1.108	287	2584	410	3692	820	7384	1231	11076	1641	14768
	março	23,1	320	2884	748	6729	1068	9613	2136	19226	3204	28839	4272	38452
	abril	31,4	435	3916	1015	9137	1450	13052	2901	26105	4351	39157	5801	52210
	maio	18,8	261	2349	609	5481	870	7830	1740	15660	2610	23489	3480	31319
Oeste	fevereiro	8,9	288	2591	672	6045	960	8636	1919	17272	2879	25908	3838	34545
	março	23,1	750	6746	1749	15741	2499	22487	4997	44974	7496	67461	9994	89948
	abril	31,4	1018	9160	2375	21373	3393	30533	6785	61065	10178	91598	13570	122131
	maio	18,8	611	5495	1425	12821	2035	18316	4070	36631	6105	54947	8140	73263
Sudeste	fevereiro	8,9	723	6508	1687	15185	2410	21692	4820	43384	7231	65077	9641	86769
	março	23,1	1883	16945	4393	39538	6276	56483	12552	112966	18828	169449	25104	225932
	abril	31,4	2556	23007	5965	53684	8521	76692	17043	153383	25564	230075	34085	306767
	maio	18,8	1534	13802	3578	32204	5112	46005	10223	92010	15335	138015	20447	184020
Norte	fevereiro	8,9	620	5577	1446	13013	2066	18590	4131	37180	6197	55769	8262	74359
	março	23,1	1613	14521	3765	33883	5378	48405	10757	96810	16135	145214	21513	193619
	abril	31,4	2191	19717	5112	46006	7303	65723	14605	131447	21908	197170	29210	262893
	maio	18,8	1314	11828	3066	27598	4381	39425	8761	78851	13142	118276	17522	157702
Leste	fevereiro	8,9	675	6072	1574	14167	2249	20239	4498	40478	6746	60716	8995	80955
	março	23,1	1757	15810	4099	36889	5855	52698	11711	105397	17566	158095	23422	210794
	abril	31,4	2385	21466	5565	50087	7950	71553	15901	143106	23851	214659	31801	286213
	maio	18,8	1431	12877	3338	30046	4769	42923	9538	85845	14308	128768	19077	171690
Sul	fevereiro	8,9	757	6816	1767	15903	2524	22719	5049	45438	7573	68156	10097	90875
	março	23,1	1972	17747	4601	41409	6573	59156	13146	118312	19719	177467	26291	236623
	abril	31,4	2677	24096	6247	56225	8925	80321	17849	160642	26774	240963	35698	321284
	maio	18,8	1606	14455	3747	33727	5354	48182	10707	96364	16061	144546	21414	192729



## 5. Coordenadoria da Atenção Básica

É de competência de todos os profissionais de saúde da Atenção Básica, o trabalho em rede de Atenção à Saúde para ações de promoção, prevenção e cuidados relacionados às arboviroses. Dentre as atividades da unidade, destaca-se a importância das visitas domiciliares no controle dessas doenças. As atividades voltadas às arboviroses devem envolver:

- Orientação e conscientização da população relacionada ao controle do vetor, especialmente, para eliminação dos criadouros do mosquito *Aedes aegypti*;
- Orientação e esclarecimentos à população sobre sintomas e formas de prevenção das arboviroses;
- Detecção de casos sintomáticos e encaminhamento oportuno para avaliação clínica;
- Detecção de possíveis casos secundários em uma residência/trabalho/escola ou região com casos suspeitos/confirmados;
- Realização da Classificação de risco e manejo clínico de acordo com o protocolo;
- Notificação de casos suspeitos à Unidade de Vigilância em Saúde – UVIS em 24 h; seguir orientações contempladas no item “1 Suspeita e Notificação de Casos de Arboviroses” do **Componente – Vigilância em Saúde**.

Ressalta-se a necessidade de trabalho integrado de profissionais de saúde da UBS, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Proteção Ambiental (APA) e Agentes de Saúde Ambiental e Combate a Endemias (ASACE) nas ações educativas de controle de vetores, como a eliminação de criadouros. Enfatiza-se a necessidade de corresponsabilidade usuário/equipes de saúde nas ações de controle de criadouros e cuidados com o ambiente do seu entorno residencial, de trabalho e estudo, assim como no acompanhamento e orientação dos casos de arboviroses do seu território.



Os Núcleos de Vigilância em Saúde das UBS – NUVIS-AB, sob orientação/coordenação da UVIS local, devem organizar/participar das ações de vigilância das arboviroses, no âmbito de competência da UBS:

- Orientar e participar da investigação e monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de arboviroses, especialmente para detecção de sinais de agravamento e em casos graves e óbitos;
- Auxiliar na viabilização de coleta de exames para confirmação diagnóstica (teste rápido e retorno de casos que necessitem de coleta do Elisa verificar se está sendo realizada a aferição da PA, realização da prova do laço e a identificação do hemograma “dengue”;
- Organizar e participar da busca ativa de casos secundários de acordo com o preconizado neste documento;
- Monitorar para que todos os profissionais de saúde da Unidade tenham acesso ao Cartão de Acompanhamento do Paciente Suspeito de Arbovirose e para que realizem a notificação compulsória dos casos; O NUVIS-AB deve qualificar as FIE antes de enviá-las à UVIS, cumprindo os prazos estipulados;
- Monitorar a adoção e divulgação dos protocolos, preconizados pela SMS, atualizados e vigentes por todos os profissionais de saúde da Unidade e atuar como multiplicadores das informações;

## 6. Organização dos serviços nas arboviroses

Conforme preconizado pelas “Diretrizes para Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em Situação de Aumento de Casos ou Epidemia de Dengue”, a abordagem precoce do paciente, a correta classificação do caso e seu manejo são fatores importantes para evitar a evolução dos casos graves para o óbito. Documento disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/diretrizes\\_para\\_a\\_organizacao\\_dos\\_servicos\\_de\\_atencao\\_a\\_saude\\_em\\_situacao\\_de\\_aumento\\_de\\_casos\\_ou\\_de\\_epidemia\\_de\\_dengue\\_1389634901.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/diretrizes_para_a_organizacao_dos_servicos_de_atencao_a_saude_em_situacao_de_aumento_de_casos_ou_de_epidemia_de_dengue_1389634901.pdf)>.

Assim, o acolhimento e a classificação de risco das arboviroses devem ocorrer em todas as portas de entrada dos serviços de saúde, reduzindo o tempo



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE

de espera, definindo o plano de acompanhamento e a melhor tipologia de cuidado para cada paciente.

A gestão e a organização dos serviços deverão garantir a qualidade das informações, como a correta notificação e registro de todos os casos atendidos. O registro de informações oferece o subsídio para o dimensionamento de equipes, materiais, medicamentos, e definição de forma de funcionamento dos serviços. A identificação precoce dos casos de arboviroses é de grande importância para a tomada de decisões e implantação de medidas que visem evitar, principalmente, o agravamento do quadro e a ocorrência de óbitos. A notificação imediata à vigilância é imprescindível para que sejam desencadeadas as ações de controle do vetor em tempo oportuno, controlando a ocorrência de novos casos.

A gestão da unidade deve disponibilizar:

- Fluxos internos para os pacientes de fácil visualização e acesso;
- Classificação de risco, para as arboviroses, realizada pelos profissionais da triagem e atendimento;
- Salas de Acolhimento: classificação de risco, realização da prova do laço e avaliação;
- Sala de Espera: com bebedouro e copos;
- Consultórios médicos e de enfermagem para atendimento;
- Sala de Observação / hidratação;
- Sala de Procedimentos: medicação, coleta de hemograma e realização de teste rápido/sorologia;
- Sala/espço para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde na UBS - NUVIS-AB.

Cada unidade de saúde deve elaborar seu Plano Operativo, definindo um Coordenador das atividades dentro da unidade que tenha a visão de todos os processos assistenciais e de apoio dentro desta unidade, e que seja também a referência da equipe na relação com outros serviços.

De acordo com a situação epidemiológica da doença, as unidades devem readequar os fluxos internos, realizar a disponibilização de espaço e de recursos humanos para possibilitar o atendimento oportuno dos casos. O gerente, em



conjunto com a equipe técnica da unidade, deve avaliar necessidade de alteração do CMM de insumos e medicamentos de acordo com o número de atendimentos/necessidades. Ademais, com o aumento da incidência de casos, e consequente aumento do consumo de medicamentos, a COVISA deve sinalizar à Assistência Farmacêutica/SMS e está, à Divisão de Suprimentos, que avaliará a necessidade de acionamento de atas de registro de preços ou compra emergencial de medicamentos, para suprir as necessidades.

## 7. Atendimento e Manejo Clínico na Atenção Básica

As orientações para atendimento e manejo clínico de casos suspeitos de arboviroses devem seguir os protocolos que constam no item 3.3 do presente plano. A realização da classificação de risco e o conhecimento do manejo clínico adequado, especialmente a hidratação, são essenciais para a boa evolução do paciente suspeito de arboviroses.

## 8. Classificação de Risco para arboviroses

Realizar a avaliação e classificação de risco para arboviroses, em Grupo A, B, C ou D, baseada nos sintomas e quadro clínico do paciente, de acordo com os protocolos específicos listados no Quadro 13, visando:

- Melhorar a qualidade da assistência;
- Reduzir o tempo de espera do paciente;
- Realizar a priorização de atendimento;
- Iniciar o tratamento em tempo oportuno e adequado à situação clínica do paciente;
- Evitar o agravamento do caso e ocorrência de óbito.

Ver a Classificação em [Classificação de Risco e Manejo do Paciente](#).

Deve ser realizada a reclassificação de risco durante o período que o paciente estiver em observação na unidade e em todos os retornos.



## 9. Protocolos de Atendimento

Os protocolos de atendimento devem ser implantados em todas as UBS de acordo com material que consta no Quadro 13. Todos os profissionais de saúde da AB devem estar capacitados, iniciando-se pelos gerentes das UBS da Rede Municipal de Saúde e pelos componentes dos NUVIS-AB da Unidade que serão multiplicadores das informações para os demais profissionais de saúde, conforme orientação da UVIS local. Devem conhecer os processos infecciosos (Quadro 6) e as características clínicas das arboviroses (Quadro 7 e 8) do **Componente – Vigilância em Saúde**.

## 10. Estratégias para prover Hidratação Oral ou Endovenosa dos Pacientes

A hidratação adequada dos casos suspeitos/confirmados de arboviroses pode evitar o agravamento do caso e óbito. Desta forma, todos os equipamentos devem destinar um espaço, com poltronas, para prover a hidratação oral e endovenosa dos pacientes. Devem conhecer e seguir o protocolo de manejo clínico do MSP para cálculo adequado da hidratação. Importante destacar os protocolos vigentes e o aplicativo SAMPA Dengue, disponível para sistema Android e Iphone, que pode, rapidamente, auxiliar a tomada de decisão do profissional que atende o caso, além de calcular os volumes de hidratação para cada paciente. Mais informações:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/index.php?p=277225](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=277225)

No caso de alta com orientação para hidratação no domicílio, prescrever a quantidade correta de ingestão de líquido e orientar a adequada distribuição para as 24h. Deve ser entregue o cartão de acompanhamento do paciente suspeito de arboviroses (**Anexo 5**), adequadamente preenchido.

## 11. Fluxo de Atendimento nos Equipamentos com porta aberta

### ➤ Fluxo de Atendimento nas UBS – GRUPO A

- Realizar o acolhimento de toda a demanda com Classificação de



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



Risco para Arboviroses;

- Utilizar a “Ficha Clínica Inicial de Dengue/Chikungunya/ZIKA” (ANEXO 6) para a anotação de dados obtidos da anamnese; OBS: em caso de prontuário eletrônico, incluir as questões contidas nessa ficha;
- Realizar a medida de Pressão Arterial (PA) sentado e em pé em todos os retornos;
- Realizar a prova do laço em todos os retornos;
- Iniciar a hidratação adequada para todos os pacientes, seguindo o protocolo adotado, orientando para continuidade na residência;
- Realizar o Teste Rápido para Dengue no caso de suspeita de dengue e também na suspeita das outras arboviroses; seguir **o anexo 7 para fluxos de diagnóstico laboratorial**; lembrar que o TR Dengue não deve ser usado para manejo clínico, pois podem ocorrer falsos negativos;
- Coletar hemograma dos casos suspeitos e identificá-lo como “hemograma dengue”; OBS: No Grupo A, se o resultado não for liberado no dia, agendar retorno em 24h para verificação do resultado; No Grupo B, o resultado deve ser avaliado em 2 a 4 h, no máximo. Na suspeita de febre amarela, solicitar TGO (AST), TGP (ALT), Bilirrubinas, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, INR (TP);
- Realizar a Notificação imediata (24h) de casos suspeitos para a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) de referência;
- Oferecer orientações aos usuários quanto aos sintomas, sinais agravamento e hidratação;
- Preencher e entregar ao paciente o Cartão de Acompanhamento do Paciente Suspeito de Arbovirose (ANEXO 5) com agendamento do retorno entre o 3º e 6º dia de sintomas ou retorno imediato na presença de sinais de agravamento; no retorno, a UBS deve verificar necessidade de novo agendamento; se o resultado do hemograma não for liberado no dia, agendar retorno em 24h para verificação;
- No retorno, verificar sinais de agravamento e adotar medidas oportunas;
- Realizar busca ativa de faltosos no monitoramento;
- Acolher e dar andamento ao monitoramento dos casos atendidos na rede de urgência e emergência, independente de agendamento;



- Encaminhar pacientes, em ambulância com via de acesso endovenoso e hidratação recomendada para o caso, com situação clínica que não se encaixe no Grupo A e/ou que necessitem de acompanhamento/observação/hidratação, além do horário da Unidade, para referência secundária ou terciária de acordo com a grade da Rede de Urgência e Emergência (RUE) da região. Pacientes do grupo C e D devem ter iniciada a expansão já na unidade de 1º atendimento.

As UBS devem realizar as visitas domiciliares, com orientação/participação do NUVIS-AB, para verificação do agendamento dos retornos do caso suspeito/confirmado, busca de faltosos, orientação sobre hidratação correta, verificação de aparecimento de sinais de agravamento, detecção de casos secundários e eliminação de criadouros. Em UBS com equipes de saúde da família, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Promoção Ambiental (APAs) devem ser acionados para a ação.

➤ **Fluxo de Atendimento nos AMA 12h e AMA/UBS Integrada – GRUPOS A e B**

- Realizar o acolhimento de toda a demanda com Classificação de Risco para Arboviroses;
- Utilizar a “Ficha Clínica Inicial de Dengue/Chikungunya/ZIKA” (ANEXO 6) para a anotação de dados obtidos da anamnese; OBS: em caso de prontuário eletrônico, incluir as questões dessa ficha.
- Realizar a medida de Pressão Arterial (PA) sentado e em pé;
- Realizar a prova do laço;
- Iniciar a hidratação adequada para todos os pacientes, seguindo o protocolo adotado, orientando para continuidade na residência;
- Realizar o Teste Rápido para Dengue no caso de suspeita de dengue e também na suspeita das outras arboviroses; seguir o **anexo 7 para fluxos de diagnóstico laboratorial; lembrar** que o TR Dengue não deve ser usado para manejo clínico, pois podem ocorrer falsos negativos;
- Coletar hemograma dos casos suspeitos e identificá-lo como “hemograma dengue”; Na suspeita de febre amarela, solicitar TGO





(AST), TGP (ALT), Bilirrubinas, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, INR (TP);

- Realizar a Notificação imediata (24h) de casos suspeitos, para a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) de referência;
- Oferecer orientações aos usuários quanto aos sintomas e sinais agravamento;
- **Em caso de alta**, preencher e entregar ao paciente o Cartão de Acompanhamento do Paciente Suspeito de Arbovirose:
  - **No GRUPO A:** realizar retorno entre o 3º e 6º dia de sintomas na UBS de referência que fará o acompanhamento ou retorno imediato na presença de sinais de agravamento; no retorno, UBS deve verificar necessidade de novo agendamento; se o resultado do hemograma não for liberado no dia, agendar retorno em 24h para verificação;
  - **No GRUPO B:** manter paciente em observação na unidade até saída dos resultados de exames; é obrigatória a realização do hemograma e verificação do resultado em 2 a 4hs; realizar reavaliação clínica e laboratorial diária na UBS de referência e/ou procurar atendimento imediato na presença de sinais de agravamento;
- Encaminhar pacientes, em ambulância com via de acesso endovenoso e hidratação recomendada para o caso, com situação clínica que não se encaixe nos Grupos A ou B e/ou **que necessitem de acompanhamento/observação/hidratação, além do horário da Unidade**, para referência secundária ou terciária de acordo com a grade da Rede de Urgência e Emergência (RUE) da região.

No **Grupo B** estão pacientes com petéquias ou prova do laço positiva ou com as seguintes situações: lactentes (< 2 anos), gestantes; adultos com idade > 65 anos; sujeitos com comorbidades: hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente a anemia falciforme e púrpuras), doença renal crônica, doença ácido-péptica, hepatopatias, doenças autoimunes; risco social: situações que possam comprometer a adesão do paciente às recomendações de hidratação e/ou de acompanhamento clínico;



➤ **Fluxo de Atendimento nos AMA 24 horas/ PA/ PS/UPA – GRUPOS A, B e C**

- Realizar o acolhimento de toda a demanda com Classificação de Risco para Arboviroses;
- Utilizar a “Ficha Clínica Inicial de Dengue/Chikungunya/ZIKA” para a anotação de dados obtidos da anamnese; OBS: em caso de prontuário eletrônico, incluir as questões dessa ficha.
- Realizar a medida de Pressão Arterial (PA) sentado e em pé;
- Realizar a prova do laço;
- Iniciar a hidratação adequada para todos os pacientes, seguindo o protocolo adotado, orientando para continuidade na residência, caso tenha alta;
- Realizar o Teste Rápido para Dengue no caso de suspeita de dengue e também na suspeita das outras arboviroses; seguir o **anexo 7 para fluxos de diagnóstico laboratorial; lembrar que o TR Dengue não deve ser usado para manejo clínico, pois podem ocorrer falsos negativos;**
- Coletar hemograma dos casos suspeitos e identificá-lo como “hemograma dengue”; Na suspeita de febre amarela, solicitar TGO (AST), TGP (ALT), Bilirrubinas, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, INR (TP);
- Realizar a Notificação imediata (24h) de casos suspeitos, para a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) de referência;
- Oferecer orientações aos usuários quanto aos sintomas e sinais agravamento;
- Em caso de alta, preencher e entregar ao paciente o Cartão de Acompanhamento do Paciente Suspeito de Arbovirose:
  - No **GRUPO A**: realizar retorno entre o 3º e 6º dia de sintomas na UBS de referência que fará o acompanhamento ou retorno imediato na presença de sinais de agravamento; no retorno, UBS deve verificar necessidade de outro agendamento; se o resultado do hemograma não for liberado no dia, agendar retorno em 24h para verificação;
  - No **GRUPO B**: manter paciente em observação na unidade até



saída dos resultados de exames; é obrigatória a realização do hemograma e verificação do resultado em 2 a 4hs; realizar reavaliação clínica e laboratorial diária na UBS de referência e/ou procurar atendimento imediato na presença de sinais de agravamento;

- No **GRUPO C**: necessidade de leito de internação por no mínimo 48hs; manter em avaliação contínua e, no primeiro sinal de agravamento ou choque, realizar avaliação médica imediata. Esse grupo requer muita atenção para os sinais de choque, que podem passar a classificá-lo como grupo D. Ver Sinais de choque: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Classificacao%20de%20risco%20e%20manejo%20do%20paciente%201112.pdf>

- Encaminhar pacientes, em ambulância com via de acesso endovenoso e hidratação recomendada para o caso, com situação clínica que se encaixe no Grupo D, para a referência terciária de acordo com a grade da Rede de Urgência e Emergência (RUE) da região. Atentar para o fato de que o paciente do Grupo D necessita de leito de terapia intensiva!

A cada consulta do paciente suspeito/confirmado de arboviroses dos Grupos A e B, os profissionais devem estar atentos aos sinais de alarme:

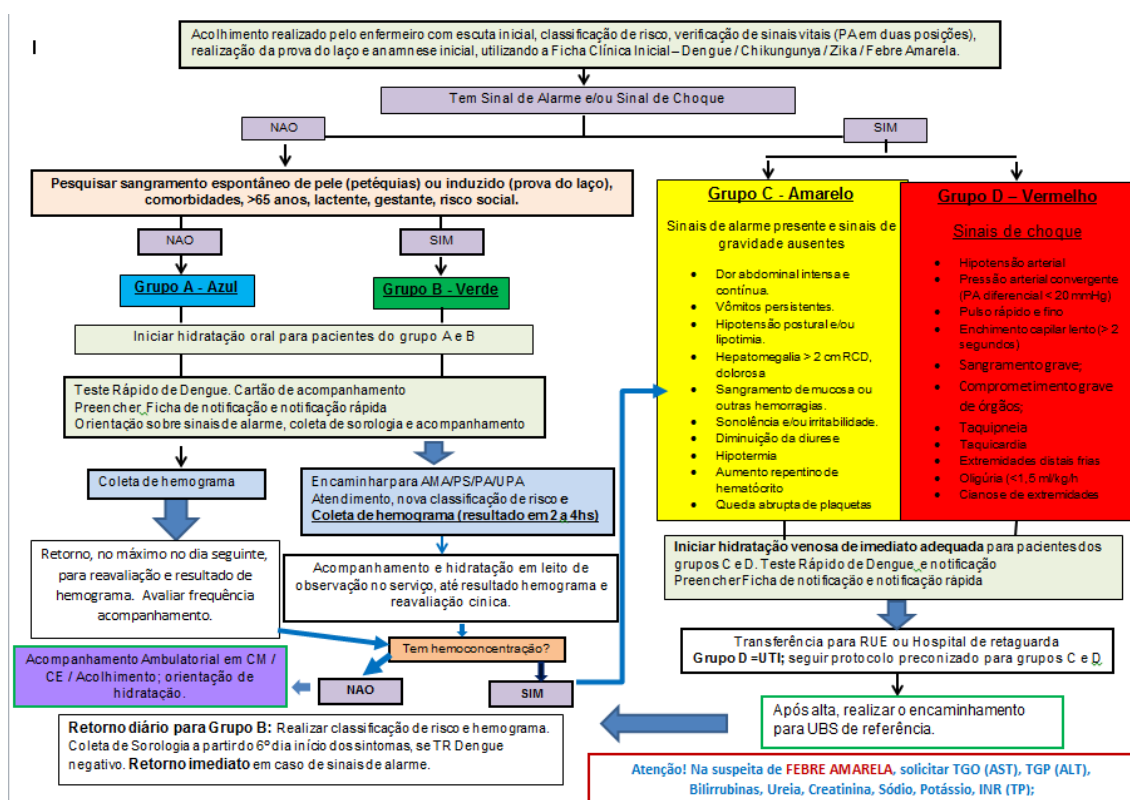
- Dor abdominal intensa e contínua; Vômitos persistentes; Acúmulo de líquidos - ascite, derrame pleural, derrame pericárdico; Hipotensão postural e/ou lipotimia; Hepatomegalia; Sangramento de mucosa; Letargia e/ou irritabilidade; Aumento progressivo do hematócrito.

**Atenção às indicações para internação hospitalar:** Presença de sinais de alarme; Recusa na ingestão de alimentos e líquidos; Comprometimento respiratório: dor torácica, dificuldade respiratória, diminuição do murmúrio vesicular ou outros sinais de gravidade; Alteração de Plaqueta (menor que 20.000/mm<sup>3</sup>); Impossibilidade de seguimento ou retorno a unidade de saúde; Comorbidades descompensadas como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, uso de dicumarínicos, crise asmática, dentre outros; Outras situações a critério clínico.



**Atenção para critérios para alta hospitalar:** Os pacientes precisam preencher todos os critérios a seguir: estabilização hemodinâmica durante 48 horas; ausência de febre por 48 horas; melhora visível do quadro clínico; hematócrito normal e estável por 24 horas; plaquetas em elevação e acima de 50.000/mm<sup>3</sup>.

Figura 1. Fluxograma para atendimento de caso suspeito de arbovirose na Atenção Básica.



Fonte: Coordenadoria de Atenção Básica/ SMS/PMSP, outubro de 2021.

## 12. Atendimento médico em hospital, Assistência Médica Ambulatorial Hospitalar e Unidade de Pronto Atendimento

Considerando que a identificação precoce dos casos de arbovirose é de vital importância para a tomada de decisões e implementação de medidas oportunas, visando principalmente evitar a ocorrência de óbitos, torna-se mandatória a



efetivação de um plano de contingência que contemple ações necessárias para o controle das arboviroses, e para tanto elaboramos o plano de atendimento para Dengue, Febre de Chikungunya, DAVZ e FA para os serviços da Secretaria Executiva de Assistência. Os serviços da Secretaria Executiva Assistência Hospitalar SEAH/ Coordenadoria da Assistência hospitalar CAH constam no Quadro 4. Os endereços e contatos das unidades da SEAH/CAH, constam no ANEXO 17.

Quadro 4. Serviços da Secretaria Executiva Assistência Hospitalar/Coordenadoria da Assistência hospitalar segundo tipo de Serviço e Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, 2021

Serviços Regionais	PSM/PA	Hospital Municipal	UPA
Oeste	2	2	0
Centro	1	4	1
Norte	3	6	5
Leste	3	4	5
Sul	2	5	7
Sudeste	1	7	5
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>28</b>	<b>23</b>

De acordo com estudo comparativo entre o número de casos notificados no SINAN e o número de casos de internação com CID de Dengue, realizadas, no período de 2001 a 2010, cerca de 7% dos casos demandaram internação hospitalar em enfermarias. Dos casos de internação em enfermaria, cerca de 10% demandaram internação em UTI. Estudo das internações no país de 2001 a 2010 (fonte SIH/SUS) demonstrou que a média de permanência observada em leitos de enfermarias foi de 3,4 dias e nas UTI foi de 5 dias. Com isto, um leito de enfermaria pode receber em média sete internações em 30 dias, praticando 90% de taxa de ocupação e o leito de UTI pode receber em média 06 internações em 30 dias. Sendo doença aguda, de rápida evolução e curta duração, o acesso aos leitos de pediatria, clínica médica e UTI deve ser garantido de forma rápida. Em um contexto endêmico como o atual, os leitos disponíveis na rede pública têm suprido a demanda sazonal de internações de pacientes portadores dessas arboviroses na cidade de São Paulo, entretanto diante de um quadro epidêmico medidas outras deverão serem tomadas. Assim, segue abaixo capacidade instalada nas unidades



municipais (Quadro 5 e 6).

Quadro 5. Leitos Instalados. Hospitais sob Acompanhamento da SEAH. Janeiro de 2023

Administração	Unidade	Leitos Instalados
SMS	HM Dr Alípio Correa Netto	286
	HM Tide Setubal	204
	HM Waldomiro de Paula	218
	HM José Soares Hungria	80
	HM Dr Mário de Moraes Altenfelder Silva	192
	HM Mario Degni	68
	HM Alexandre Zaio	48
	HM Arthur Ribeiro de Saboya	200
	HM Benedicto Montenegro	54
	HM Cármino Caricchio	392
	HM Ignácio Proença de Gouveia	128
	HM Dr Fernando Mauro Pires da Rocha	327
OSS	HM Bela Vista Santa Dulce dos Pobres	113
	HM Infantil Menino Jesus	103
	Hospital Professora Lydia Storopoli	210
	HM Brigadeiro	85
	HM Carmem Prudente	245
	HM Brasilândia	204
	HM Verador José Storopoli	201
	Hospital Cantareira	114
	HM São Luiz Gonzada	171
	CHM Sorocabana	55
	Hospital Amparo Maternal	110
	HM Gilson de Cássia Marques de Carvalho	247
	HM Capela do Socorro	105
	HM Guarapiranga	186
	HM Josanias Castanha Braga (Parelheiros)	282
HM Moyses Deutsch (M <sup>o</sup> Boi Mirim)	341	

Fonte: CNES/SGH/Boletim de Leitos/Relatório Gerencial

Quadro 6. Leitos Operacionais de UTI. Hospitais sob Acompanhamento da SEAH.



Janeiro de 2023

CRS	Unidade	Adulto	Pediátrico	Neonatal	Queimados
<b>Sudeste</b>	HM Alexandre Zaio	0	0	0	0
	HM Arthur Ribeiro de Saboya	21	8	4	0
	HM Benedicto Montenegro	9	0	0	0
	HM Cármino Caricchio	58	10	10	4
	HM Ignácio Proença de Gouveia	20	0	8	0
	Hospital Amparo Maternal	0	0	10	0
	HM Gilson de Cássia Marques de Carvalho	40	9	10	0
<b>Sul</b>	HM Dr Fernando Mauro Pires da Rocha	40	16	12	0
	HM Capela do Socorro	10	0	0	0
	HM Guarapiranga	35	0	0	0
	HM Josanias Castanha Braga (Parelheiros)	30	10	10	0
	HM Moyses Deutsch (M <sup>o</sup> Boi Mirim)	60	10	10	0
<b>Leste</b>	HM Dr Alípio Correa Netto	30	10	10	0
	HM Tide Setubal	30	10	5	0
	HM Waldomiro de Paula	40	0	10	0
	HM Carmem Prudente	30	11	10	0
<b>Norte</b>	HM José Soares Hungria	16	8	0	0
	HM Dr Mário de Moraes Altenfelder Silva	7	0	30	0
	HM Brasilândia	20	10	0	0
	HM Verador José Storopolli	30	5	5	0
	Hospital Cantareira	0	0	0	0
	HM São Luiz Gonzada	30	0	5	0
<b>Centro</b>	HM Bela Vista Santa Dulce dos Pobres	20	0	0	0
	HM Infantil Menino Jesus	0	20	0	0
	Hospital Professora Lydia Storopoli	30	0	0	0
	HM Brigadeiro	10	0	0	0
<b>Oeste</b>	HM Mario Degni	10	0	6	0
	CHM Sorocabana	10	0	0	0

A Secretaria Executiva Assistência Hospitalar SEAH Coordenadoria da Assistência hospitalar CAH adotou como estratégia envolver os gerentes das diversas unidades na construção/atualização do plano específico de cada unidade considerando que cada uma delas possui peculiaridades e guarda experiência das ocorrências nos anos anteriores. Assim, será solicitado que cada unidade atualize o



seu plano de contingência para arboviroses integrado com o plano da respectiva AMA Hospitalar.

Foi atualizada a Ficha Clínica Inicial de Dengue/Chikungunya/ZIKA, a qual contém dados de anamnese, exame físico, resultado de exames e protocolo de tratamento quando identificado caso suspeito.

É importante que todos os serviços de saúde tenham uma classificação de risco efetiva capaz de direcionar corretamente o usuário conforme seu status inicial.

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

Para os casos classificados como grupo C e D, em especial deste último grupo, são exigidos esforços e suportes de serviços de maior complexidade, podendo demandar articulação com outros níveis de atenção, incluindo serviços não próprios da administração pública. Nesse sentido a SEAH/CAH irá buscar a garantia de acesso e acompanhamento dos pacientes que necessitem esse nível de atenção mediante articulação com o Complexo Regulador de Urgência e Emergência (CRUE) e a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

Cada um dos hospitais municipais elaborará o seu plano de contingência, conforme matriz anexa, e a SEAH através do CAH analisará os planos das unidades, consolidará as necessidades apontadas pelas mesmas e buscará recursos para viabilizar esses planos.

Caso seja identificado como necessário a realização de sessões de capacitação, as mesmas serão viabilizadas para **os técnicos e para multiplicadores**. O participante/representante de cada unidade deverá repassar os conhecimentos adquiridos aos demais profissionais da unidade sendo que o método para as capacitações locais será definido pelo gestor de cada unidade.

Outrossim, os links com manuais e protocolos para atendimento e manejo



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em SaúdeCIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE



clínico das arboviroses, disponibilizados no Quadro 13, serão encaminhados aos gestores.

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

A interlocução com toda a Rede de Saúde Municipal será realizada pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria Executiva de Atenção Hospitalar.

### 13. Suporte Administrativo

Com relação às necessidades de recursos humanos, insumos, equipamentos, exames, adequações, etc., a SEAH/CAH SMS irá estudar meios para viabilizar essas necessidades e em eventual impossibilidade, irá estudar em conjunto com os gestores, ações alternativas.

Nas situações críticas em que se fizer necessário a instalação de tendas de hidratação ou ampliação dos leitos ou ainda do quadro de pessoal, em caráter URGENTE, a SEAH/CAH buscará junto aos parceiros e SMS rápida solução para essas demandas.

### 14. Monitoramento

Mediante planilha padrão (Anexo 8) será monitorado o total de atendimento nas unidades hospitalares e nos PA/PSM ligados a SEAH. Referente a esse monitoramento, cada unidade deverá enviar os casos notificados, sendo a periodicidade semanal (3ª feira) através do e-mail: [cah@prefeitura.sp.gov.br](mailto:cah@prefeitura.sp.gov.br).

A SEAH irá acompanhar o número de casos de cada unidade e sendo identificando aumento expressivo de casos de determinada unidade, em conjunto com o gestor decidirá pela implantação ou não do plano de contingência da mesma. As fichas de notificação e investigação de dengue, Chikungunya e Zika devem ser enviadas para a UVIS de referência diariamente, pelo meio mais rápido possível conforme fluxo acordado para todas doenças de notificação.

**Cada hospital da SEAH/CAH deverá semanalmente enviar lista nominal de pacientes internados em planilha padronizada bem como informar os óbitos.**



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

## 15. Abastecimento

O Teste Rápido para Dengue (TR-Dengue) detecta por imunocromatografia o antígeno NS1 e anticorpos do tipo IgM para os quatro sorotipos da Dengue. O TR-Dengue, utilizado pela SMS, é fundamental para identificar rapidamente os casos positivos de Dengue, permitindo realizar os bloqueios de transmissão de forma mais oportuna e direcionada para as áreas com comprovada transmissão. Para facilitar a logística de distribuição, os testes são repassados para o Almoxarifado Central da SMS a qual distribui os mesmos para todos os hospitais de gestão direta ou OSS ligados a SMS (Quadro 23).

O abastecimento dos insumos para os serviços de urgência e emergência será feito conforme rotina estabelecida de retirada no almoxarifado central da SMS. Exceto as OSS, que tem dotação orçamentária própria e fazem aquisição dos seus próprios insumos correlatos.

Quadro 7. Hospitais abastecidos pela Secretaria Municipal de São Paulo, Janeiro, 2023.

CRS	Unidade
Sudeste	HM Alexandre Zaio
	HM Arthur Ribeiro de Saboya
	HM Benedicto Montenegro
	HM Cármino Caricchio
	HM Ignácio Proença de Gouveia
	Hospital Amparo Maternal
Sul	HM Gilson de Cássia Marques de Carvalho
	HM Dr Fernando Mauro Pires da Rocha
	HM Capela do Socorro
	HM Guarapiranga
	HM Josanias Castanha Braga (Parelheiros)



	HM Moyses Deutsch (M´Boi Mirim)
<b>Leste</b>	HM Dr Alípio Correa Netto
	HM Tide Setubal
	HM Waldomiro de Paula
	HM Carmem Prudente
<b>Norte</b>	HM José Soares Hungria
	HM Dr Mário de Moraes Altenfelder Silva
	HM Brasilândia
	HM Verador José Storopoli
	Hospital Cantareira
	HM São Luiz Gonzada
<b>Centro</b>	HM Bela Vista Santa Dulce dos Pobres
	HM Infantil Menino Jesus
	Hospital Professora Lydia Storopoli
	HM Brigadeiro
<b>Oeste</b>	HM Mario Degni
	CHM Sorocabana

Fonte:SEAH/CAH, 2021



## Anexos

**ANEXO 01.** [Nota Técnica 02/DVE/2021 - Orientações para o Diagnóstico Laboratorial de Arboviroses.](#)

**ANEXO 02.** [Nota Técnica 02/2021/LABZOO - Orientações Gerais para Diagnóstico Laboratorial de Dengue.](#)

**ANEXO 03.** Hemograma Dengue.

**ANEXO 04.** Ficha de Busca de Casos Suspeitos de Febre Amarela

**ANEXO 05.** Nota Técnica 01/DVE/2021 - Orientações para o Diagnóstico Laboratorial de Arboviroses.

**ANEXO 06.** Nota Técnica 02/2021/LABZOO - Orientações Gerais para Diagnóstico Laboratorial de Dengue.

**ANEXO 07.** Classificação de Risco e Manejo do Paciente suspeito de Dengue.

**ANEXO 08.** Tabela de Hidratação Oral para Pacientes com Dengue.

**ANEXO 09.** Fluxo de referência de acordo com o estadiamento clínico de Dengue.

**ANEXO 10.** Portaria Municipal nº 018/2020 de 04 de fevereiro de 2020 - SMS.G.

**ANEXO 11.** Decreto N° 58.506, de 9 de novembro de 2018.

