



PREFEITURA DE CAPANEMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Plano de Contingência para as Epidemias de
Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela.

CAPANEMA
2021

Secretaria Municipal de Saúde de Capanema

Plano de Contingência para as Epidemias de Dengue,
Chikungunya, Zika e Febre Amarela

Prefeito Municipal 2021/2024
ÁMÉRICO BELLÉ

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
JONAS WELTER

ELABORAÇÃO

Ana Carolina De Souza Bantle

REVISÃO

Luciane Carla Wunsch

SUPERVISÃO FINAL

Jonas Welter

Responsáveis pelos setores:

- Secretária Municipal de Saúde: Jonas Welter
- Atenção Primária em Saúde: Ana Carolina de Souza Bantle
- Vigilância em Saúde: Luciane Carla Wunsch
- Coordenador Municipal de Endemias: Eraldo Donizete Januário de Almeida

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	APRESENTAÇÃO.....	7
2.1	Dengue.....	7
2.2	Zika Vírus.....	9
2.3	Chikungunya.....	20
2.4	Febre Amarela.....	23
3	Situação Local.....	25
3.1	Histórico da Infestação do município.....	25
3.2	Caracterização dos criadouros predominantes.....	26
3.3	Situação da Rede de Assistência a Saúde.....	24
3.3.1	Disposição da Capacidade Instalada.....	26
3.3.2	Unidades Básica de Saúde Zona Urbana e Zona Rural.....	27
3.3.3	Capacidade Hospitalar	29
4	Justificativa.....	30
5	OBJETIVOS.....	31
5.1	Objetivos Geral.....	31
5.2	Objetivo específico.....	31
6	METAS.....	32
7	ESTRATÉGIAS DE AÇÃO.....	32
7.1	Para Casos Notificados.....	33
7.2	Para Controle de Vetores.....	33
7.3	Para Educação em Saúde	33
8	Atendimento a pacientes com suspeita de Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela.....	34
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

1 – INTRODUÇÃO

O município de Capanema está localizado na faixa de fronteira, no Sudoeste do Paraná, distante 650 km da Capital do Estado. Faz parte da 8ª

Regional de Saúde, sendo o município de Francisco Beltrão a sua referência para alta e média complexidade. O Município apresenta uma população aproximada de 19.099 habitantes (estimativa IBGE 2019).

O Plano de Contingência para as Endemias, será elaborado a partir do propósito de um possível enfrentamento de situações anormais referente a uma epidemia das mesmas. A proposta de validade será de dois anos, considerando a exigência legal e solicitação da Secretaria estadual de Saúde.

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

É importante destacar que o Plano de Contingência para Endemias de Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela é um instrumento de gestão pública, e que deve ser entendido como uma ferramenta flexível e dinâmica, podendo sofrer alterações no decorrer do seu período de validade. Estas mudanças devem acontecer por conta de novos programas dentro da Vigilância em Saúde que conseqüentemente serão colocados em ação junto à população Capanemense, que normalmente são editados pelo Ministério da Saúde através de portarias ministeriais, tornando-os de execução legal e obrigatória.

A Vigilância em Saúde de Capanema contempla as demais vigilâncias, contando com equipe multiprofissional, sendo que neste departamento está inserida a Coordenação de Combates a Endemias o qual conta com um Coordenador, um Supervisor e Cinco Profissionais de Combates a Endemias.

O Plano de Contingência para as Epidemias deverá passar pela aprovação da Regional de Saúde e seguirá para conhecimento da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, tornando-se assim a principal ferramenta de gestão da secretaria municipal de saúde do município de Capanema, em termos de planejamento e ação em relação a Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela.

2 – APRESENTAÇÃO

2.1 Dengue

A dengue é das mais importantes doenças tropicais da atualidade cuja prevalência vem aumentando drasticamente no mundo nas últimas décadas, sendo considerada grave problema de saúde pública internacional. Ocorre, sobretudo em áreas tropicais e subtropicais e consiste em doença febril aguda, transmitida por mosquitos hematófagos e causada por quatro subtipos antígenicamente distintos do vírus da dengue.

Os humanos são hospedeiros vertebrados do vírus da dengue. Além disso, existe um ciclo silvestre entre vetores artrópodes e macacos, o qual não tem nenhum papel na doença em humanos. O período de incubação do vírus da dengue é de cinco a seis dias, embora se possa prolongar até 15 dias.

A dengue é causada por um vírus da família *Flaviridae* e é transmitida através do mosquito *Aedes aegypti*, também infectado pelo vírus. Os quatro sorotipos de vírus da dengue (DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4) são agentes etiológicos da dengue e da dengue hemorrágica, mas apenas os sorotipos DEN-1, 2 e 3 são encontrados no Brasil e vulnerabilidade para a introdução do sorotipo DEN-4.

Atualmente, considera-se a dengue doença endêmica em mais de 100 países nas Américas, na África, no sudeste da Ásia, no leste do Mediterrâneo e no oeste do Pacífico. Estima-se que 2,5 bilhões de pessoas estejam em áreas de risco de contrair a doença.

A dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 2,5 bilhões de pessoas – 2/5 da população mundial – estão sob risco de contrair dengue e que ocorram anualmente cerca de 50 milhões de casos. Desse total, cerca de 550 mil necessitam de hospitalização e pelo menos 20 mil morrem em consequência da doença.

Essa situação epidemiológica tem, ao longo dos anos, apesar dos esforços do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, provocado a ocorrência de epidemias nos principais centros urbanos do país, infligindo um importante aumento na procura pelos serviços de saúde, com ocorrência de

óbitos. Mais recentemente, com a maior intensidade de circulação do sorotipo DENV2, tem-se observado um agravamento dos casos, com aumento do registro em crianças.

Nas últimas duas décadas, a incidência de dengue nas Américas tem apresentado uma tendência ascendente, com mais de 30 países informando casos da doença, a respeito dos numerosos programas de erradicação ou controle que foram implementados. Os picos epidêmicos têm sido cada vez maiores, em períodos que se repetem a cada 3-5 anos, quase de maneira regular. Entre 2001 e 2005, foram notificados 2.879.926 casos de dengue na região, sendo 65.235 de dengue hemorrágica, com 789 óbitos.

Nos períodos epidêmicos, até 40% dos infectados podem apresentar a forma assintomática, só identificada através da viragem sorológica específica com anticorpos IgM e IgG antivírus do dengue.

Os casos de doença oligoassintomática têm evolução curta (dois a quatro dias) e podem apresentar-se como síndrome exantemática, síndrome febril ou combinação de ambas.

A dengue clássica consiste em doença febril que apresenta início abrupto, mal-estar geral e mialgia, e dor nos membros, olhos e dorso. A doença tem duração de cinco a sete dias e pode ocorrer em todas as idades. Cefaléia, náusea, vômitos e manifestações cutâneas são achados comuns. O período de incubação é em geral de cinco a sete dias — em que podem ocorrer sintomas prodrômicos, como fadiga, cefaléia, anorexia, lombalgia, adinamia e erupção cutânea — e costuma preceder em 6 a 12 horas o primeiro aumento da temperatura. Alguns pacientes desenvolvem início abrupto de cefaléia, febre alta e dor no corpo. A cefaléia é intensa e pode acompanhar dor retroorbital desencadeada pela movimentação dos olhos associada com congestão conjuntival. Os pacientes com dengue clássico podem apresentar ainda linfadenopatia e hepatomegalia dolorosa. Manifestações hemorrágicas não são exclusivas da dengue hemorrágica, podendo ser observadas também na dengue clássica, em que a cefaléia ocorre predominantemente na região frontal e pode ser a queixa principal devido a sua intensidade. Apesar de a erupção cutânea ser em geral maculopapulosa, também pode ser maculosa ou até mesmo urticariforme. É possível ocorrer queda de cabelo durante ou após período de convalescença da dengue clássica.

Caso a pessoa seja portadora de alguma doença crônica, como problemas cardíacos, devem ser tomados cuidados especiais. No entanto, ela é mais grave quando se apresenta na forma hemorrágica. Nesse caso, quando tratada a tempo a pessoa não corre risco de morte. O quadro clínico da dengue é dinâmico, isto significa que um paciente com dengue clássica pode passar rapidamente para a forma grave (Febre Hemorrágica da Dengue). Ao apresentar qualquer sintoma, procure a unidade de saúde mais próxima.

O cenário atual de diminuição de casos demonstra a capacidade da sociedade brasileira e do setor saúde no enfrentamento das epidemias de dengue. A sustentabilidade desse quadro exige a continuidade dos esforços pelas três esferas de governo, além do comprometimento de outros setores externos ao setor saúde. Com a conjunção desses esforços, será possível responder adequadamente às epidemias de dengue.

2.2 Zika Vírus

O **Zika Vírus** – ou vírus da zica em Português – é um vírus do gênero *Flavivirus*, mas o termo também pode se referir à infecção causada pelo Zika, que é transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* (conhecido popularmente por Mosquito da Dengue, por ser o transmissor da doença com o mesmo nome, além da febre Chikungunya).

A primeira aparição registrada do vírus Zika se deu no ano de 1947, sendo o vírus encontrado em macacos da Ziika Forest, ou Floresta Zika, em Uganda, no leste da África. Porém, o vírus contaminou os primeiros humanos 7 anos depois, em 1954, na Nigéria, também localizada na África.

Em 2007, o vírus Zika chegou à Oceania, e em 2013 na França. Os primeiros registros de casos da doença no Brasil se deram em 2015, nos estados da Bahia e do Rio Grande do Norte.

O vírus Zika é transmitido por meio do mosquito *Aedes aegypti*, que após picar alguém que já está infectado transporta o vírus por toda a sua vida, levando e transmitindo a doença para populações que nunca tiveram contato com a doença, e que, portanto, são bastante vulneráveis, uma vez que não possuem anticorpos.

A fêmea do mosquito deposita os seus ovos em recipientes que têm água parada. Ao eclodirem de seus ovos, as larvas do mosquito ficam na água por cerca de uma semana. Depois, transformam-se em mosquitos adultos, estágio em que já picam seres humanos e animais. A procriação do mosquito é bastante rápida, e um adulto dessa espécie pode viver por cerca de 45 dias. Quando a pessoa é picada, leva-se entre 3 e 12 dias para que os sintomas do vírus Zika possam vir a aparecer.

Uma curiosidade a respeito da transmissão do vírus é que raramente ela ocorre em temperaturas menores que 16° C, enquanto a temperatura mais propícia é em torno de 30° e 32° C. Isso explica o seu melhor desenvolvimento nas regiões tropicais e subtropicais.

A fêmea do mosquito escolhe lugares quentes e úmidos – os que apresentam melhores condições – para depositar os seus ovos. Em um prazo de 48 horas os embriões se desenvolvem. Uma característica importante e assustadora dos ovos é que eles conseguem suportar por até um ano a seca sem que os embriões morram. A erradicação do mosquito, portanto, torna-se mais difícil, uma vez que muitos dos ovos acabam sendo transportados para longe, muitas vezes para ambientes úmidos, onde finalmente os embriões encontram condições ideais para seus desenvolvimentos.

Desde embrião, ainda dentro do ovo, o inseto leva apenas cerca de 10 dias para virar um adulto, podendo acasalar logo no primeiro ou no segundo dia após ter se tornado adulto. Após isso, os mosquitos fêmeas necessitam consumir proteínas que são necessárias para o desenvolvimento dos ovos, passando a se alimentar de sangue.

As características principais do mosquito *Aedes aegypti* são: tamanho pequeno (menor de um centímetro), cor preta ou de café com listras brancas nas patas e no corpo e uma aparência inofensiva. Ele costuma picar nos horários de sol fraco, entre as primeiras horas da manhã e as últimas horas da tarde. Porém, ele fica nas sombras, mesmo durante os horários mais quentes, seja dentro ou fora das residências. O inseto também é considerado um mosquito oportunista, se alimentando sempre que surge uma oportunidade. Alguns suspeitam inclusive que ele ataca durante o período da noite.

Pela picada ser imperceptível, já que não coça e nem arde, muitas vezes o indivíduo não se dá conta de que foi mordido pelo mosquito. O inseto também tem a característica de voar baixo, por até dois metros de altura, o que torna os joelhos, pés e panturrilhas as regiões do nosso corpo que são mais suscetíveis às picadas.

A hipótese de que o vírus Zika pode ser transmitido verticalmente, ou seja, da gestante para o feto, ainda não foi confirmada, apesar de haver suspeitas. A falta de evidências científicas quanto à isso faz com que a transmissão do vírus da mãe para o bebê ainda seja vista como uma suspeita, e não uma constatação. Contudo, o vírus Zika já foi encontrado no líquido amniótico, assim como no cérebro de fetos, mas os estudos ainda são recentes e foram feitos em poucas crianças, o que torna uma incógnita esse tipo de transmissão, assim como se ela pode ocorrer em todos os casos.

Alguns casos recentes de transmissão sexual do **Zika Vírus** surgiram nos Estados Unidos. O que esses casos têm em comum é o fato de que as mulheres infectadas têm parceiros que visitaram os países em que o vírus está ativamente circulando. Esses homens também apresentaram sintomas da infecção. Investigações vêm sendo feitas por parte do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, cujas finalidades são descobrir que essas mulheres infectadas pelo Zika não podem ter o contraído por outro tipo de transmissão que não a sexual. Pelos casos ainda serem poucos, ainda não é possível criar uma ponte definitiva que liga a transmissão do **Zika Vírus** e as relações sexuais. Os casos de pessoas contaminadas pelas mordidas do mosquito são muito mais numerosos, por exemplo.

Desconfianças de outros possíveis tipos de transmissão, como pela urina, pela saliva ou pelo leite materno, ainda não têm confirmações por parte dos estudos científicos, apesar do vírus ter sido identificado nos fluídos dos indivíduos portadores do Zika.

Já a transmissão do vírus por meio da transfusão de sangue foi confirmada. Dois casos ocorridos em Campinas, no interior de São Paulo.

Porém, nenhum dos pacientes que receberam o sangue contaminado apresentaram qualquer um dos sintomas típicos da doença.



ZIKA VIRUS

O que é Zika?

Zika é um vírus transmitido pelo mosquito Aedes, que também transmite Dengue e Chikungunya.

Zika por causar:

- Febre
- Conjuntivite
- Dor de cabeça e nas articulações
- Dermatite

Os sintomas aparecem de 2 a 7 dias após a picada do mosquito

1 Em 4 pessoas infectadas pelo Zika manifestam os sintomas

Um pequeno número de pessoas pode desenvolver complicações após serem infectadas pelo vírus

Como pode ser feita a prevenção

Para prevenir as picadas do mosquito:

- Cubra sua pele com roupas compridas e boné
- Use repelentes
- Durma protegido (a) com redes

Pelo menos uma vez na semana: Esvazie, limpe e vire de cabeça para baixo objetos que podem acumular água. Como por exemplo: Pneus e vasos.

Coloque telas nas janelas e nas portas para evitar a entrada dos mosquitos.

Controlar os focos de reprodução do mosquito resultará em uma drástica diminuição de infecção por Zika, Dengue e Chikungunya.

Há tratamento?

Não há vacina ou remédio contra o vírus. Apenas a dor e a febre podem ser tratadas.

Os pacientes com sintomas de Zika devem:

- Descansar na cama
- Beber muita água
- Tomar remédios contra as dores e a febre
- Use rede contra mosquitos ao descansar
- Use roupas que cobrem os braços e pernas

Se os sintomas persistirem ou se complicarem, vá ao médico imediatamente.

Pan American Health Organization
World Health Organization
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

OPAS
www.opas.org.br

2.2.1 Zika e Microcefalia

Está sendo estudada a hipótese de que as gestantes podem passar o vírus para os fetos por meio dessa transmissão, assim como por meio das transfusões de sangue intrauterinas. Testes mais eficazes vêm sendo realizados com a finalidade de identificar se há essa relação.

A microcefalia é uma condição em que a cabeça da pessoa apresenta um tamanho menor do que o tamanho médio da cabeça de crianças do mesmo sexo e faixa etária. Podendo ser diagnosticada ainda na gestação, essa condição se dá devido ao crescimento insuficiente do cérebro durante a gravidez, ou após o nascimento do bebê.

No período entre os anos de 2010 e 2014, apenas 781 casos de microcefalia foram registrados no Brasil. Já em 2015, quando os primeiros casos de Zika foram registrados no país, o número de casos de microcefalia registrado foi de 2.401, além de 29 óbitos ocorridos em 549 municípios brasileiros. Esses casos foram divulgados em um boletim epidemiológico no dia 15 de dezembro de 2015.

Pelo número de casos de microcefalia ter crescido junto do surto do vírus Zika, há a suspeita de que os dois fatos estejam ligados. A relação entre as gestantes infectadas e o número crescente de fetos que sofrem de microcefalia, entretanto, ainda é vista por um olhar cético de muita gente.

A maioria dos casos de microcefalia que foram e são registrados está concentrada no estado de Pernambuco, onde um número aproximado de 804 bebês nasceu com essa condição. Pernambuco também foi o primeiro estado que registrou a ocorrência do aumento anormal de crianças que nasceram com microcefalia no país.

Uma grande parte das mães que deram à luz filhos que sofrem de microcefalia apresentaram o aparecimento de manchas vermelhas no corpo, associada à um quadro de febre, no início da gestação. Essas duas características são sintomas da infecção do vírus Zika. Além disso, geralmente os bebês que nascem com microcefalia apresentam características físicas parecidas de acordo com cada os motivos que causam a condição. Pelos bebês recentemente nascidos no Brasil com microcefalia

terem apresentado fisionomias parecidas, a suspeita de que o contágio do **Zika vírus** está relacionado aos casos de microcefalia aumentou.

Logo após Pernambuco, o estado que mais apresentou número de casos de bebês com microcefalia foi a Paraíba, com 316 casos registrados. A Bahia ficou em terceiro, com 180; Rio Grande do Norte em quarto, com 106; Sergipe em quinto, com 96; Alagoas em sexto, com 81; Ceará em sétimo, com 40; Maranhão em oitavo, com 37; Piauí em nono, com 36; Tocantins em décimo, com 29; Rio de Janeiro em décimo primeiro, com 23; Mato Grosso do Sul em décimo segundo, com 9; Goiás em décimo terceiro, com 3, e Distrito Federal em décimo quarto, com 1 caso registrado.

O Ministério da Saúde confirmou, no dia 27 de novembro, que há relação entre o aumento do número de bebês que sofrem de microcefalia com o surto de Zika no Brasil. Investigações a respeito dos casos vêm sendo feitas; a situação é inédita no que diz respeito à pesquisa científica mundial. Cientistas estão tentando compreender como o vírus atua no organismo humano, na infecção dos fetos e no período mais vulnerável para as mulheres gestantes. Sabe-se que os primeiros 3 meses da gestação são os que apresentam mais riscos. As descobertas são novas para todo o mundo, não existindo nenhuma descrição na literatura médica desde então.

2.2.1.1 Prevenção da Microcefalia

A microcefalia causa problemas no desenvolvimento infantil. Essa condição não tem tratamentos para o seu fim, porém, há tratamentos que, se realizados desde os primeiros anos de vida da criança, contribuem positivamente para o desenvolvimento e qualidade de vida dela.

Realizar o pré-natal é importante para identificar possíveis problemas na gestação, incluindo a microcefalia. Caso a gestante apresente febre ou manchas no corpo, deve procurar atendimento médico o mais urgente possível.

Há algumas recomendações médicas que ajudam na prevenção da microcefalia, como:

- Não consumir álcool durante a gestação, pois a ingestão de álcool expõe o bebê à várias doenças, como Síndrome do Alcoolismo Fetal;

- Evitar o consumo de medicamentos sem orientação médica, pois é sabido há muito tempo que certos medicamentos afetam a formação do feto, podendo inclusive levar à má formação cerebral, como microcefalia. Portanto, antes de tomar qualquer tipo de medicamento, toda gestante deve passar por uma orientação médica;
- Evitar o contato com pessoas que estão com febre, infecções e/ou exantemas, pois quase todas as infecções oferecem riscos ao desenvolvimento do feto. Além da Zika, a rubéola, a dengue, a febre chikungunya e citomegalovírus são infecções perigosas;
- Fazer aconselhamento genético, pois há formas de microcefalia que não são causadas por vírus, infecções, intoxicações e outros agentes externos, e sim pela genética. Com o aconselhamento, é possível que tais condições sejam verificadas, assim como o que elas podem causar.

2.2.1.2 Sintomas

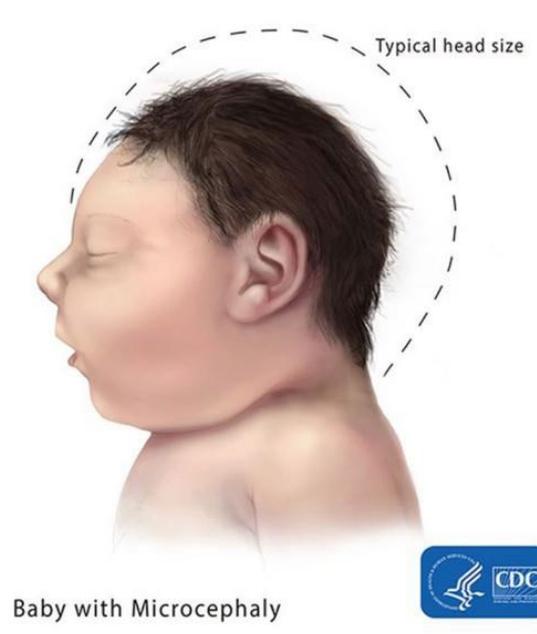
Parecidos com os sintomas da dengue, os sinais de que alguém está infectado pelo **Zika vírus** começam a aparecer entre 3 e 12 dias após a pessoa ter sido picada pelo mosquito. Os sintomas do **Zika Vírus** são:

- Febre baixa (em torno dos 37,8 e 38,5 graus);
- Dores nas articulações (artralgia), principalmente nas das mãos e pés, com possível ocorrência de inchaço
- Dor muscular (mialgia)
- Dores de cabeça e atrás dos olhos
- Erupções cutâneas (exantemas) com coceiras. Elas podem afetar o tronco e o rosto, além de poderem alcançar alguns membros como pés e mãos
- Conjuntivite, onde os olhos ficam vermelhos e inchados, porém sem ocorrência de secreção;

Algumas pessoas também apresentam sintomas mais raros da infecção, como:

- Dor abdominal

- Constipação
- Diarreia
- Fotofobia



2.2.3 Diagnóstico

Em caso de suspeita de infecção pelo Zika, deve-se imediatamente se dirigir ao hospital, posto ou clínica de saúde mais próximos. O diagnóstico é feito através da análise clínica e do exame sorológico de sangue.

Com uma amostra de sangue é possível que os especialistas da área busquem possíveis anticorpos específicos que combatem o vírus no sangue. Assim é confirmada a presença de anticorpos que o organismo está utilizando para tentar combater os vírus, que estão circulando pelo corpo. Através dessa técnica, chamada RT-PCR, também é possível identificar o vírus quando este está em estágios de contaminação precoces.

Como os sintomas do Zika são parecidos aos da dengue e aos da febre chikungunya, há outros exames que podem ser realizados, como:

- Eletrólitos
- Testes de coagulação
- Enzimas do fígado
- Hematócrito
- Contagem de plaquetas

- Raio X do tórax, com a finalidade de demonstrar efusões pleurais

2.2.4 Tratamento

Ainda não existe um tratamento específico para a infecção do Zika vírus, mas sim o tratamento sintomático, ou seja, aquele que proporciona apenas alívio aos que sofrem os sintomas. Os pacientes infectados, quando febris, são mantidos sob mosquiteiros, a fim de que a transmissão do vírus seja limitada, já que assim o mosquito *Aedes aegypti* não consegue picá-los e, portanto, não se infecte nem transmita a doença para mais pessoas.

O uso de analgésicos e anti-inflamatórios é ministrado nos indivíduos infectados pelo Zika, porém, assim como nos casos da febre chikungunya e de dengue, todo medicamento que apresenta ácido acetilsalicílico – como a aspirina – ou que contém a substância associada deve ter seu consumo evitado, uma vez que esses componentes causam um efeito anticoagulante, muitas vezes causando sangramentos. Anti-inflamatórios não hormonais, como o diclofenaco, o ibuprofeno e o piroxicam também não devem ser ingeridos pelos pacientes infectados, pois todos esses medicamentos podem aumentar o risco de sangramentos ocorrerem.

Para o alívio dos diversos sintomas de febre e dor são ministrados os usos de paracetamol e dipirona, uma vez que eles são mais seguros, inclusive sendo recomendados tanto pelo Ministério da Saúde, como pela OMS (organização Mundial da Saúde). A ingestão de líquidos é essencial para que uma possível desidratação seja evitada.

Após cerca de 4 a 7 dias os sintomas desaparecem. Caso o incômodo persista por mais tempo, é importante que se volte ao médico, a fim de que novas investigações sejam feitas para identificar as causas, como outras possíveis doenças.

2.2.5 Complicações

As complicações causadas pelo contágio do Zika ainda não são muito conhecidas. Suspeita-se que há uma relação entre a doença e os casos

recentes de microcefalia, em partes devido ao próprio Ministério da Saúde ter relacionado esses fatos. Há também a suspeita de que o Zika vírus está relacionado à Síndrome de Guillain-Barré.

A microcefalia é uma condição neurológica e rara, identificada geralmente logo na gestação. Já a Síndrome de Guillain-Barré é uma doença autoimune que faz com que o sistema imunológico ataque o sistema nervoso, causando inflamações nos nervos e fraquezas musculares.

Investigações sobre a possível relação entre o contágio do Zika vírus e a microcefalia vêm sendo realizadas, segundo o Ministério da Saúde. Esclarecimentos sobre a transmissão do vírus, assim como a sua atuação no organismo humano e a possível infecção do feto, como também o período mais vulnerável para as mulheres gestantes, surgem aos poucos. O que se fala, ainda em uma análise inicial, é que o risco de microcefalia é maior nos primeiros três meses de gestação.

A relação entre o contágio do vírus e o desenvolvimento da Síndrome de Guillain-Barré também vem sido feita. Porém, ainda não há certeza sobre a veracidade dessa relação.

2.2.6 Prevenção ao Zika Vírus

O mosquito *Aedes aegypti* é transmissor do Zika, além da dengue e da febre Chikungunya. A fêmea escolhe lugares que apresentam água parada, para depositar os seus ovos. Esses focos, portanto, são lugares onde as larvas se desenvolvem. Para evitar a reprodução do mosquito, é necessário tomar certos cuidados, como:

– Evitar o acúmulo de água

A fêmea do mosquito *Aedes aegypti* deposita os seus ovos em água parada e limpa, mas nem sempre potável. É fundamental descartar objetos que podem acumular água da chuva, como pneus velhos, garrafas, vasos e potes. No caso de quintais que acumulam água e formam poças, é necessário que o terreno seja drenado. Vasilhas de água de animais de estimação devem ser lavadas e ter seu conteúdo trocado constantemente, assim como caixas de água, cisternas e tampas devem ser mantidas fechadas.

– Colocar areia nos vasos de plantas

É comum que vasos e pratos para plantas acumulem água da chuva. Portanto, ou eles devem ter seu uso evitado ou devem ser lavados regularmente, além de ser importante colocar areia, pois o seu uso evita que o prato acumule água, além de conservar a umidade.

Já os ralos de banheiros e cozinhas são lugares menos propensos ao desenvolvimento do mosquito, uma vez que o uso constante de produtos químicos como sabão, detergente, shampoo e água sanitária tornam a água imprópria para as larvas. Porém, quando os ralos são rasos podem acabar conservando água parada nos seus interiores. É importante, portanto, que eles sejam fechados com uma tela de rede, ou higienizados regularmente com desinfetante.

– Limpar as calhas

O mosquito *Aedes aegypti* não deposita ovos apenas em grandes reservatórios de água, mas também nos lugares que acumulam poucas quantidades da mesma. Calhas, canos e poças devem ser constantemente checados, pois basta um pequeno entupimento para que muitas vezes ocorra o acúmulo de água, propiciando o depósito de ovos e conseqüentemente o desenvolvimento das larvas.

– Colocar tela nas janelas

As janelas e portas são, na grande maioria, os lugares que o mosquito usa para acessar o interior das residências. Protegê-las com redes e telas podem dificultar o acesso do mosquito. Entretanto, muitas vezes os criadouros do mosquito estão localizados dentro das próprias casas, sendo essenciais os cuidados e fiscalizações no lar, para garantir mais proteção aos moradores.

– Limpar piscinas, aquários e lagos caseiros

É fundamental que as piscinas, aquários e lagos das casas sejam limpos regularmente, uma vez que eles apresentam enormes chances de se tornarem foco do mosquito, contribuindo para o contágio do Zika vírus. Os lagos, quando são o lar de peixes, têm menos chances de servirem de foco para o mosquito, uma vez que os peixes geralmente os comem. Já as piscinas, principalmente quando não são frequentemente limpas e usadas, apresentam grandes chances de se tornarem aptas ao depósito de ovos por parte da fêmea do mosquito.

– Ter consciência sobre o descarte do lixo

O despejo de lixo em valas, valetas, bocas de bueiro, córregos, rios e lagos propicia o aparecimento do mosquito, uma vez que o lixo muitas vezes causa a obstrução da água, além de enchentes. É fundamental, portanto, que o lixo seja descartado da maneira correta. As latas de lixo também devem estar sempre muito bem tampadas, pois também podem acumular água em seus interiores.

– Usar repelentes

Ao se utilizar repelente, principalmente quando se vai à algum lugar com muitos mosquitos, as chances de o mosquito picar a pessoa caem bastante. Porém, os produtos industrializados são os mais indicados, já que os repelentes caseiros, como cravo-da-índia, andiroba, citronela e óleo de soja não são tão fortes, muitas vezes não tendo a mesma eficiência para proteger as pessoas das picadas, pois a duração do efeito protetor deles é menor e temporária, propiciando que muitas vezes as pessoas não façam uso dele novamente ao longo do dia.

– Ingerir suplementos vitamínicos do complexo B

A ingestão de suplementos vitamínicos do complexo B faz o nosso corpo mudar o odor que ele exala, fazendo com que o mosquito não perceba que somos fonte de sua alimentação. Alimentos que apresentam odores fortes, como o alho, também causam esse efeito benéfico, tornando-se uma espécie de repelente natural.

2.3 Chikungunya

A Febre Chikungunya é uma doença transmitida pelos mosquitos *Aedes aegyptie* e *Aedes albopictus*. No Brasil, a circulação do vírus foi identificada pela primeira vez em 2014. Chikungunya significa "aqueles que se dobram" em *swahili*, um dos idiomas da Tanzânia. Refere-se à aparência curvada dos pacientes que foram atendidos na primeira epidemia documentada, na Tanzânia, localizada no leste da África, entre 1952 e 1953.

2.3.1 Sintomas

Os principais sintomas são febre alta de início rápido, dores intensas nas articulações dos pés e mãos, além de dedos, tornozelos e pulsos. Pode ocorrer ainda dor de cabeça, dores nos músculos e manchas vermelhas na pele. Não é possível ter chikungunya mais de uma vez. Depois de infectada, a pessoa fica imune pelo resto da vida. Os sintomas iniciam entre dois e doze dias após a picada do mosquito. O mosquito adquire o vírus CHIKV ao picar uma pessoa infectada, durante o período em que o vírus está presente no organismo infectado. Cerca de 30% dos casos não apresentam sintomas.

Fase aguda ou febril

A fase aguda ou febril da doença é caracterizada principalmente por febre de início súbito e surgimento de intensa poliartralgia, geralmente acompanhada de dores nas costas, rash cutâneo (presente em mais de 50% dos casos) cefaleia e fadiga, com duração média de sete dias. A febre pode ser contínua, intermitente ou bifásica, possui curta duração, porém a queda de temperatura não é associada à piora dos sintomas como na dengue. Ocasionalmente, pode ser associada a uma bradicardia relativa. A poliartralgia tem sido descrita em mais de 90% dos pacientes com chikungunya na fase aguda. Essa dor normalmente é poliarticular, bilateral e simétrica, mas pode haver assimetria. Acomete grandes e pequenas articulações e abrange com maior frequência as regiões mais distais. Pode haver edema, e este, quando presente, normalmente está associado à tenossinovite. Na fase aguda também tem sido observado dor ligamentar. A mialgia quando presente é, em geral, de intensidade leve a moderada.

Fase subaguda

Durante esta fase a febre normalmente desaparece, podendo haver persistência ou agravamento da artralgia, incluindo poliartrite distal, exacerbação da dor articular nas regiões previamente acometidas na primeira fase e tenossinovite hipertrófica subaguda em mãos, mais frequentemente nas

falanges, punhos e tornozelos Síndrome do túnel do carpo pode ocorrer como consequência da tenossinovite hipertrófica (sendo muito frequente nas fases subaguda e crônica). O comprometimento articular costuma ser acompanhado por edema de intensidade variável. Há relatos de recorrência da febre. Podem estar presentes também, nesta fase, astenia, recorrência do prurido generalizado e exantema maculopapular, além do surgimento de lesões purpúricas, vesiculares e bolhosas. Alguns pacientes podem desenvolver doença vascular periférica, fadiga e sintomas depressivos. Caso os sintomas persistam por mais de três meses, após o início da doença, estará instalada a fase crônica.

Fase crônica

Após a fase subaguda, alguns pacientes poderão ter persistência dos sintomas, principalmente dor articular e musculoesquelética e neuropática, sendo esta última muito frequente nesta fase. As manifestações têm comportamento flutuante. A prevalência da fase crônica é muito variável entre os estudos, podendo atingir mais da metade dos pacientes. Os principais fatores de risco para a cronificação são: idade acima de 45 anos, significativamente maior no sexo feminino, desordem articular preexistente e maior intensidade das lesões articulares na fase aguda. O sintoma mais comum nesta fase crônica é o acometimento articular persistente ou recidivante nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda, caracterizado por dor com ou sem edema, limitação de movimento, deformidade e ausência de eritema. Normalmente, o acometimento é poliarticular e simétrico, mas pode ser assimétrico e monoarticular. Também há relatos de dores nas regiões sacroilíaca, lombossacra e cervical. Ocasionalmente, articulações incomuns como temporomandibulares (dor a movimentação mandibular) e esternoclaviculares estão acometidas. Em frequência razoável são vistas manifestações decorrentes da síndrome do túnel do carpo, tais como dormência e formigamento das áreas inervadas pelo nervo mediano. Alguns pacientes poderão evoluir com artropatia destrutiva semelhante à artrite psoriática ou reumatoide. Outras manifestações descritas durante a fase crônica são: fadiga, cefaleia, prurido, alopecia, exantema, bursite,

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

2.3.2 Tratamento

Não existe vacina ou tratamento específico para Chikungunya. Os sintomas são tratados com medicação para a febre (paracetamol) e as dores articulares (anti-inflamatórios). Não é recomendado usar o ácido acetil salicílico (AAS) devido ao risco de hemorragia. Recomenda-se repouso absoluto ao paciente, que deve beber líquidos em abundância.

2.3.3 Prevenção

Assim como a dengue, é fundamental que as pessoas reforcem as medidas de eliminação dos criadouros de mosquitos nas suas casas e na vizinhança. Quando há notificação de caso suspeito, as Secretarias Municipais de Saúde devem adotar ações de eliminação de focos do mosquito nas áreas próximas à residência e ao local de atendimento dos pacientes.

2.4 Febre Amarela

A **febre amarela** é uma doença infecciosa grave, causada por vírus e transmitida por vetores. Geralmente, quem contrai este vírus não chega a apresentar sintomas ou os mesmos são muito fracos. As primeiras manifestações da doença são repentinas: febre alta, calafrios, cansaço, dor de cabeça, dor muscular, náuseas e vômitos por cerca de três dias. A forma mais grave da doença é rara e costuma aparecer após um breve período de bem-estar (até dois dias), quando podem ocorrer insuficiências hepática e renal, icterícia (olhos e pele amarelados), manifestações hemorrágicas e cansaço

intenso. A maioria dos infectados se recupera bem e adquire **imunização permanente contra a febre amarela**.

2.4.1 Transmissão

A **febre amarela** ocorre nas Américas do Sul e Central, além de em alguns países da África e é transmitida por mosquitos em áreas urbanas ou silvestres. Sua manifestação é idêntica em ambos os casos de transmissão, pois o vírus e a evolução clínica são os mesmos — a diferença está apenas nos transmissores. No ciclo silvestre, em áreas florestais, o vetor da **febre amarela** é principalmente o mosquito *Haemagogus*. Já no meio urbano, a transmissão se dá através do mosquito *Aedes aegypti* (o mesmo da dengue). A infecção acontece quando uma pessoa que nunca tenha contraído a **febre amarela** ou tomado a **vacina** contra ela circula em áreas florestais e é picada por um mosquito infectado. Ao contrair a doença, a pessoa pode se tornar fonte de infecção para o *Aedes aegypti* no meio urbano. Além do homem, a infecção pelo vírus também pode acometer outros vertebrados. Os macacos podem desenvolver a **febre amarela** silvestre de forma inaparente, mas ter a quantidade de vírus suficiente para infectar mosquitos. Uma pessoa não transmite a doença diretamente para outra.

2.4.1 Prevenção

Como a transmissão urbana da febre amarela só é possível através da picada de mosquitos *Aedes aegypti*, a prevenção da doença deve ser feita evitando sua disseminação. Os mosquitos criam-se na água e proliferam-se dentro dos domicílios e suas adjacências. Qualquer recipiente como caixas d'água, latas e pneus contendo água limpa são ambientes ideais para que a fêmea do mosquito ponha seus ovos, de onde nascerão larvas que, após desenvolverem-se na água, se tornarão novos mosquitos. Portanto, deve-se evitar o acúmulo de água parada em recipientes destampados. Para eliminar o mosquito adulto, em caso de epidemia de dengue ou **febre amarela**, deve-se fazer a aplicação de inseticida através do "fumacê". Além disso, devem ser tomadas medidas de proteção individual, como a **vacinação contra a febre**

amarela, especialmente para aqueles que moram ou vão viajar para áreas com indícios da doença. Outras medidas preventivas são o uso de repelente de insetos, mosquiteiros e roupas que cubram todo o corpo.

Orientações para a vacinação contra febre amarela

FEBRE
AMARELA

INDICAÇÃO	ESQUEMA
6 meses a 9 meses de idade incompletos	A vacina está indicada somente em situações de emergência epidemiológica ou viagem para área de risco
9 meses até antes de completar 5 anos	1 dose aos 9 meses de idade 1 dose de reforço aos 4 anos* * Se a criança não foi vacinada aos 9 meses, deve tomar a vacina e o reforço, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses
PESSOAS A PARTIR DE 5 ANOS	
Que receberam 2 doses da vacina	Estão imunizados e não precisam mais se vacinar.
Que receberam uma dose única da vacina	Devem tomar o reforço ainda que sejam adultos.
Que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação	Administrar a 1ª dose da vacina + 1 dose de reforço após 10 anos
60 anos e mais (nunca vacinada ou sem comprovante de vacinação)	Apenas após avaliação médica
Gestantes	A vacinação é contraindicada. Na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica ou viagem para área de risco de contrair a doença, o médico deverá avaliar o benefício/risco da vacinação.
Lactantes de crianças com até 6 meses de idade	A vacinação é contraindicada até a criança completar 6 meses de idade. Caso tenham recebido a vacina, o aleitamento materno deve ser suspenso por 28 dias após vacina.
Viajantes	<ul style="list-style-type: none"> • Viagens internacionais: seguir as recomendações do Regulamento Sanitário Internacional • Viagens para áreas com recomendação de vacina no Brasil: vacinar, pelo menos 10 dias antes da viagem, no caso de 1ª vacinação. O prazo de 10 dias não se aplica no caso de revacinação





3 – SITUAÇÃO LOCAL

3.1- Histórico da infestação do município pelos vetores da dengue:

O Índice de infestação do mosquito *Aedes aegypti* do município no ano de 2013, foi de 0.75%. No ano de 2014, foi de 0,02%, em 2015 subiu para 1.9% e em 2016 devido a epidemia local, o índice chegou à 5.8%.

3.2- Caracterização dos criadouros predominantes:

Os recipientes são os criadouros preferidos principalmente os artificiais abandonados pelo homem a céu aberto e preenchidos pela água da chuva como: pneus, latas, vidros, garrafas, prato de vasos de plantas, vasos de cemitério, caixas d'água, tonéis, latões, cisternas, piscinas, aquários, calha, carros e caçambas abandonadas, etc.

Também podem usar os depósitos naturais para a postura dos ovos e a criação das larvas como ocos de bananeiras, mamão, ocos em pedras e bromélias.

No município os criadores predominantes são: C – depósitos fixos; D1 – pneus e outros materiais rodantes; A2 – outros depósitos de armazenamento de água (baixo); D2 - lixo (recipientes plásticos, latas), sucatas, entulhos.

3.3- Situação da Rede de Assistência a Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde está disposta com os seguintes departamentos: Administrativo, Assistência a Saúde, Vigilância em Saúde e Controle, Avaliação e Ouvidoria, totalizando aproximadamente 128 funcionários, na rede municipal de saúde.

O município de Capanema atualmente possui no seu quadro de servidores 9 Agentes da Dengue (sendo um coordenador e um supervisor); porém o quadro de funcionários será aumentado devido a necessidade para a realização do trabalho adequado e eficaz. Capanema está inserida segundo o Programa Nacional de Controle de Dengue - PNCD no Estrato III, onde se realiza o levantamento de índice amostral em 10% do total de imóveis (LIRAA) existentes por sub-localidades, dentro do modelo estatístico do Ministério da Saúde Inspecciona-se o primeiro imóvel do quarteirão, conta-se nove imóveis subseqüentes, visita e inspeciona o próximo, ignoram-se outros nove imóveis, assim continuamente. Os imóveis inspecionados (10%), deverão ser objeto de

imediate remoção e destruição de criadouros quando diagnosticado a presença de formas imaturas do vetor e quando detectado a presença de acúmulo de água adequado a reprodução do vetor.

Realiza-se o tratamento em 100% dos imóveis de todas as sub-localidades em cada ciclo. Esse tratamento tem como objetivo a eliminação mecânica de criadouros, o repassa de orientações à população e o tratamento químico, que consiste na aplicação de larvicida, onde não houver possibilidade de outras medidas.

Em nosso município há uma preocupação extra, pois além da presença do vetor, estamos numa região de fronteira, de cruzamentos de rodovias e com um fluxo intenso e contínuo de pessoas que se deslocam para o Norte do país e do Estado em função de transportes de cargas e compras.

3.3.1 – Disposição da Capacidade Instalada

3.3.2 - Unidades Básica de Saúde da Zona Urbana e Zona Rural

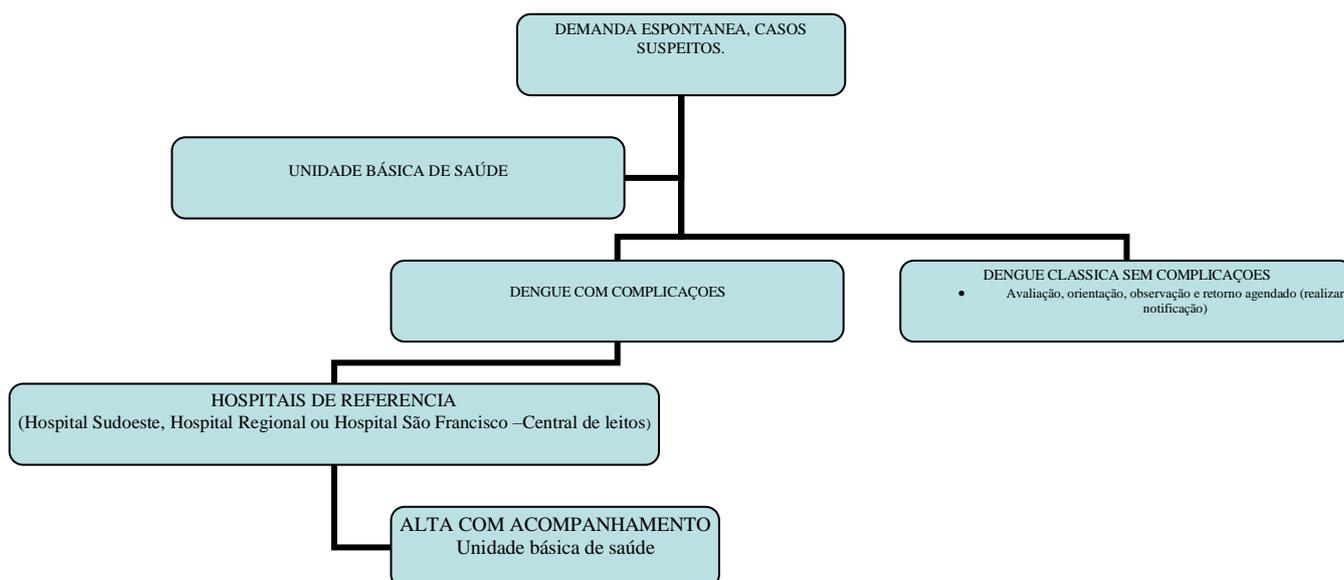
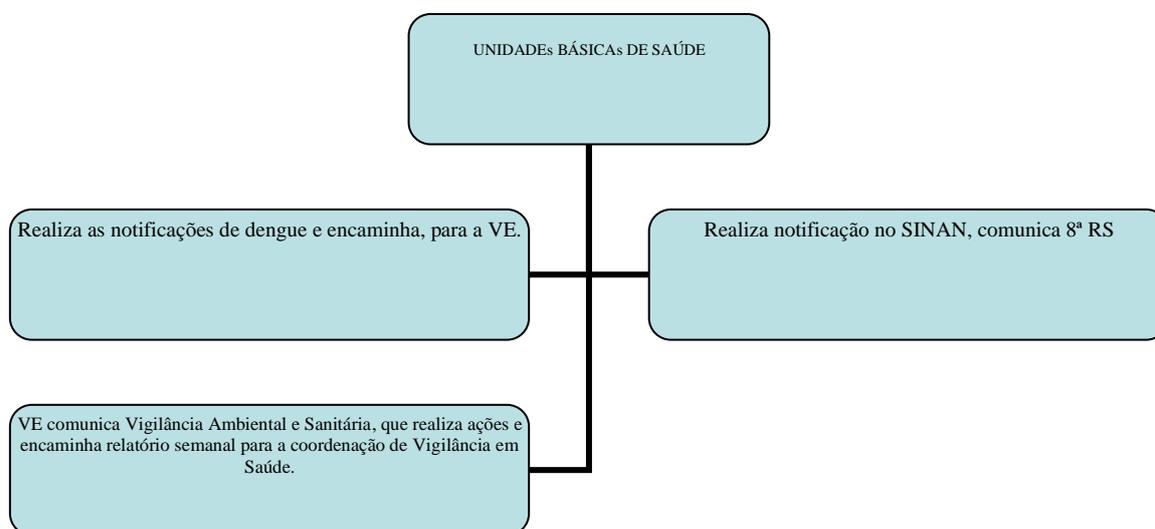
Atualmente o município de Capanema conta com 12 Unidades de Saúde: Posto de saúde Central – NIS I; UBS no bairro São Cristóvão, UBS no bairro São José Operário, UBS na localidade de Marechal Lott, UBS na localidade de Duas Barras, UBS na localidade de Alto Faraday, UBS na localidade de São Luiz, UBS na localidade de Santa Clara, UBS na localidade de Santa Ana, UBS na localidade de Pinheiro, UBS na localidade de Cristo rei e UBS na localidade de Tigrinho.

Todas as Unidades Básicas de saúde contam com atendimento médico e com atendimento diário de uma enfermeira, além da equipe de agentes comunitários de saúde, de auxiliar ou técnico de enfermagem e de equipe de saúde bucal. A Unidade Central possui, além do local de Pronto-Atendimento, três cadeiras de hidratação.

Em suma, priorizamos as seguintes ações:

- **Ações assistenciais:** Adequação dos Serviços de Saúde das Unidades Básicas, acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, manejo Clínico e integração entre as Redes Assistenciais.
- **Ações educativas/participação popular:** Ações conjuntas com a Educação, contribuição dos ACS e agentes de endemias no controle de Focos/Criadouros do Aedes Aegypti, ações Integradas Intersetoriais diárias/semanais nas Unidades Básicas.
- **Ações de monitoramento de casos:** Busca ativa domiciliar de casos suspeitos, realizada pelas ESF, análise de Boletins Diários de Casos notificados (Vig. Epidemiológica – Atenção Básica - Unidade Básica) e acompanhamento da evolução clínica dos casos.
- **Unidade Sentinela:** Envio de 5 amostras semanais para avaliação de arboviroses.
- **Ações assistenciais na atenção hospitalar:** capacitação profissional para realização do diagnóstico e manejo clínico dos pacientes, divulgar para todos os médicos do hospital protocolo padronizado de assistência ao paciente, investigar de forma criteriosa os casos suspeitos de FHD, priorizar a coleta e os resultados dos exames laboratoriais, agilizar a transferência do paciente quando necessário, através da central de leitos, classificar o risco de todos os pacientes que deram entrada no hospital, acompanhar a evolução clínica de caso suspeito de dengue, com inserção de todas as informações possíveis para um diagnóstico precoce e assistência adequada, disponibilizar leitos exclusivos para tratamento de pacientes com dengue com equipe multiprofissional capacitada e definir fluxo do paciente no hospital.

Esse protocolo está melhor representado nos fluxogramas a seguir:



3.3.3- CAPACIDADE HOSPITALAR

Atualmente o município conta com 01 hospital instalado no município, o Hospital Sudoeste, sendo este conveniado ao SUS. Conta com um corpo clínico de 7 médicos, 2 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 5 auxiliares de enfermagem.

Além do Hospital Sudoeste instalado no município, contamos com a média e alta complexidade no município de referência, Francisco Beltrão, que atualmente oferece 03 (três) hospitais instalados, sendo dois conveniados no SUS, Hospital Regional e, até o presente momento, o Hospital São Francisco.

4 – JUSTIFICATIVA

A diminuição da morbimortalidade está associada ao tratamento precoce das endemias e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), já que esta é a porta de entrada preferencial e é a que está mais próxima do usuário, permitindo, assim, a identificação de casos e a intervenção precoce.

A qualificação dos profissionais de saúde pode reduzir a mortalidade por estas, visto que quanto maior o número de casos atendidos, maior é a habilidade que o profissional desenvolve para manejar o quadro clínico.

Sabemos que as endemias não se resolvem com o tratamento dos doentes. Todavia enquanto não se adotam medidas eficientes para os seus controles e erradicações, resta-nos investir racionalmente na terapêutica, na educação médica e na divulgação de informações necessárias para que os pacientes cheguem aos serviços de saúde nas fases iniciais das doenças e assim possam ser atendidos e referenciados de acordo com o nível de atenção médica requerida para cada caso.

Os condicionantes da expansão das endemias nas Américas e no Brasil são similares e referem-se, em grande parte, ao modelo de crescimento econômico implementado na região, caracterizados pelo crescimento desordenado dos centros urbanos. O Brasil concentra mais de 80% da população na área urbana, com importantes lacunas no setor de infra-estrutura, tais como dificuldades para garantir o abastecimento regular e contínuo de água, a coleta e o destino adequado dos resíduos sólidos. Outros fatores, como a acelerada expansão da indústria de materiais não biodegradáveis, além de condições climáticas favoráveis, agravadas pelo aquecimento global, conduzem a um cenário que impede, em curto prazo, a proposição de ações visando à erradicação dos vetores transmissores.

O quadro epidemiológico do país aponta para a vulnerabilidade de ocorrências de epidemias, bem como um aumento das formas graves, possibilitando o risco de aumento de óbitos e da letalidade. Outro fator de preocupação é o aumento de casos na faixa etária mais jovem, inclusive crianças, cenário já observado em outros países.

Sendo assim, sabemos, que é necessário priorizar um plano elaborado, tanto para a erradicação dos vetores, quanto para um atendimento rápido e de qualidade para aqueles pacientes que vierem em busca de tratamento para os casos suspeitos. Para uma possível epidemia no nosso município, poderemos contar com este Plano de Contingência para as Epidemias de Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela que servirá como base para a superação e o enfrentamento das mesmas.

5 – OBJETIVOS

5.1-Objetivo Geral:

- Evitar a morbimortalidade por estas, prevenir e controlar processos epidêmicos.

5.2- Objetivos específicos

- Deixar o Município apto para o enfrentamento de uma possível epidemia;
- Classificar o município como de risco;
- Controlar as endemias por meio de ações de prevenção;
- Definir estratégias para minimizar a transmissão, controlando o vetor e seus criadouros;
- Divulgar e organizar as atividades de comunicação e de mobilização;
- Realizar a análise da situação epidemiológica do município para tomadas de decisões;
- Realizar capacitações dos profissionais de saúde, preparando-os para uma epidemia;

- Realizar assistência adequada ao paciente que chega à unidade de saúde garantindo que tenha atendimento, diagnóstico e tratamento adequado;
- Intensificar as ações da Vigilância epidemiológica, realizando as notificações, investigações e o monitoramento dos sorotipos virais;
- Utilizar-se do Plano de Contingência para a padronização das ações.

6 – Metas

- Capacitar os profissionais da área de saúde tanto das Unidades de Referência quanto das Unidades de Atenção Básica;
- Integralizar as equipes do Programa Saúde da família, fazendo com que conheçam o Programa de controle das Endemias;
- Garantir que a notificação seja realizada em todos os casos suspeitos e/ou confirmados;
- Realizar investigação em todos os casos notificados;
- Evitar casos autóctones de pacientes com dengue, chikungunya, zika ou febre amarela;
- Controlar o vetor no município;

7 – Estratégias de Ação

As estratégias de ação serão definidas a partir do objetivo de garantir o combate das endemias no Município de Capanema. Essas ações serão realizadas em conjunto dentro da Secretaria Municipal de Saúde e deverão ser seguidas a partir do ano que decorre.

- Realizar a identificação de possíveis criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, tanto nas visitas domiciliares quanto em lotes baldios, terrenos e locais abandonados e fronteiras;
- Educar a população que se expõe a estas irregularidades, para que os mesmos criadouros não voltem a se criar;

- Comunicar situações de risco a coordenação municipal do controle das endemias;
- Realizar a vigilância epidemiológica e sanitária no controle dos vetores;
- Planejar, organizar e monitorar as ações estratégicas que couberem dentro do Plano de Contingência das Endemias.

7.1-Para casos notificados

Objetivo	Atividade	Prazo	Responsáveis
Bloquear todos os casos notificados	1. Realizar a busca ativa de casos novos no raio de 300 metros a partir do foco inicial. 2. Realizar inspeção em 100% dos imóveis no raio de bloqueio, com eliminação de criadouros e tratamento químico. 3. Identificar possíveis casos novos na família ou ambiente que convive (investigação epidemiológica).	Ate 24 horas após a notificação do caso.	Serviço de vigilância Epidemiológica e Serviço de Controle de vetores.

7.2-Para controle de Vetores

Ações	Base de calculo
Levantamento de Índice	Visitas em 10% dos imóveis
Tratamento Focal	Visitas em 100% dos imóveis
Eliminação dos criadouros	Durante as visitas e em projetos com a população
Informação, orientação e educação em saúde	Trabalhos nas escolas e diretamente com a população nas residências.
Pesquisa em pontos estratégicos	Visitas feitas a cada 15 dias, totalizando 2 ciclos ao mês e 24 ciclos ao ano.
Aumentar o Número de Agentes de Endemias para total de 8.	Conforme a necessidade.

7.3 – Para educação em saúde

Objetivo	Atividade	Prazo	Responsáveis
Desenvolver ações educativas para evitar a infestação pelo <i>Aedes aegypti</i> nos domicílios.	1. Palestras nas escolas e comunidade; 2. Panfletagens; 3. Divulgações no jornal, rádio, faixas informativas em locais estratégicos; 4. Visitas domiciliares, acompanhadas de informações 5. Dia D	2018	Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e equipes de saúde da família.
Capacitar profissionais para que as ações nas áreas de vigilância epidemiológica, assistencial, informativa à comunidade e ações estratégicas, sejam qualificadas.	Promover palestras para todos os profissionais da área da saúde, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias, levando conhecimento específico e epidemiológico em relação as Endemias.	2018	Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, coordenadores e supervisores.

8 – Atendimento a pacientes com suspeita de dengue.

Todo paciente com suspeita de dengue deve ser atendido por um profissional médico ou enfermeiro, e devem observar o seguinte quadro clínico:

1. DC Assintomático: em 20% dos casos, só sintomas gripais.

2. DC Sintomático: não há relato de mortalidade.

Febre de até 7 dias, com pelo menos duas das seguintes queixas:

Astenia, letargia, prostração, hipoatividade

Cefaléia e dor retro-orbital

Mialgia e artralgia

Exantema máculo-papular (a partir do 2º dia de febre, início em face e tronco que se espalha, poupando palmas das mãos e plantas dos pés), prurido e hemorragias leves e autolimitadas

Desconforto abdominal, náuseas, vômitos esporádicos, anorexia

Linfadenomegalias a partir do 3º dia de febre

3. FHD (a partir do 3º dia de febre): não há relato de mortalidade.

Petéquias e equimoses

Sangramentos: epistaxe, gengivais, gastroentéricos, hematúria, metrorragia

Hepatomegalia dolorosa

Dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes

Derrames cavitários

Hipotensão arterial, oligúria

4. DSS: (pode ocorrer entre o 3º e o 7º dia de doença)

Mesmos sintomas da FHD acrescidos de:

Agitação

Cianose peri-oral e extremidades

Derrames cavitários

Insuficiência cardio-circulatória (choque séptico)

Coagulopatia de consumo e aumento da permeabilidade vascular

Acidose metabólica

Hemoconcentração (Ht > 20%) e plaquetopenia < 100.000

Hipoproteinemia e aumento de transaminases

Óbito pode ocorrer em 4 a 6 horas

Letalidade: de 40 a 50% se tratado inadequadamente e de 2 a 10% se receber atendimento médico adequado.

A realização de triagem, utilizando-se da **classificação de risco** baseada na gravidade da doença, é uma ferramenta fundamental para melhorar a qualidade da assistência. A classificação de risco tem por objetivo reduzir o tempo de espera do paciente por atendimento médico, visando à aceleração do diagnóstico, tratamento e internação, quando for o caso, e contribuindo para a organização do fluxo de pacientes na unidade de saúde e a priorização do atendimento dos casos de acordo com a gravidade. A porta de entrada preferencial para atendimento da pessoa com suspeita de dengue é a Atenção Primária; porém, todos os serviços de saúde devem acolher os casos,

classificar o risco, atender, e, se necessário, encaminhar para o serviço compatível com a complexidade/ necessidade do paciente, responsabilizando-se por sua transferência. Todo paciente suspeito de Dengue recebe um cartão de identificação com orientações e informações sobre seu caso clínico, possibilitando um atendimento rápido e diferenciado.

Figura 1: Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas

	Azul: Grupo A – atendimento de acordo com o horário de chegada
	Verde: Grupo B – prioridade não urgente
	Amarelo: Grupo C – urgência, atendimento o mas rápido possível
	Vermelho: Grupo D – emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato

A classificação de risco da doença deverá ser realizada por **enfermeiro ou médico**, que, de posse do protocolo técnico, irá identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, o grau de sofrimento e o agravo à saúde. O profissional deverá avaliar, orientar, encaminhar, coletar o material para realização dos exames necessários que serão interpretados pelo médico quanto ao diagnóstico necessário, estadiamento e tratamento do paciente com suspeita de dengue.

- Quando houver suspeita de dengue identificada em visita domiciliar, as pessoas já devem ser orientadas quanto à hidratação oral pelo Agente Comunitário de Saúde ou pela equipe de saúde da família e encaminhadas à unidade de saúde mais próxima.
- Toda pessoa com suspeita de dengue deve receber soro de hidratação oral, de imediato, em sua chegada na unidade de saúde, mesmo enquanto espera por atendimento.
- 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 esse grupo, é mandatária a realização do hemograma completo com contagem de plaquetas, mesmo sem sangramentos e sinais de alarme. Para os demais pacientes, a realização do exame é recomendável.

9. ANEXOS

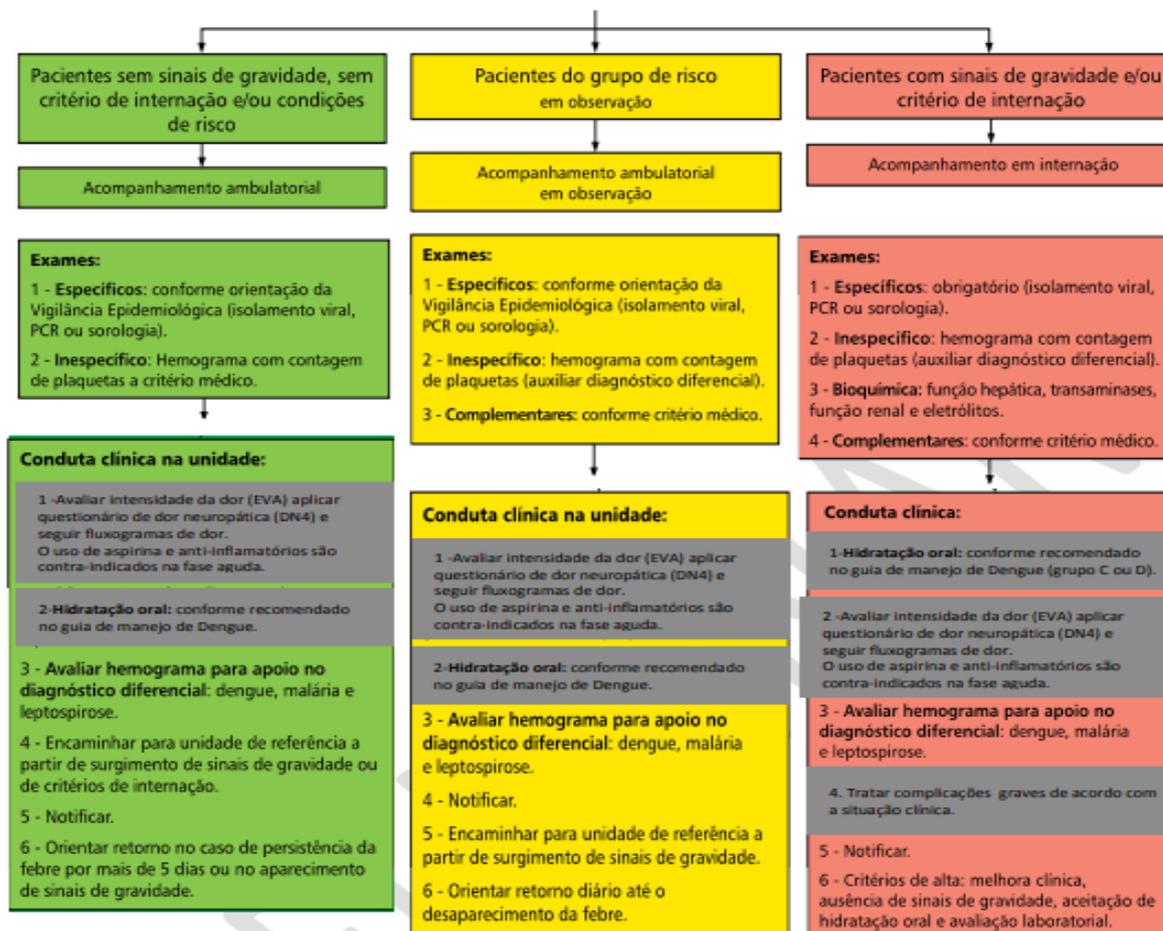
Segue abaixo os anexos contendo informações importantes: mapa de risco por cores no manejo clínico da dengue, fluxograma de atendimento ao paciente suspeito de dengue, manejo do paciente com suspeita de Chikungunya de acordo com a fase da doença: aguda, subaguda ou crônica e orientações gerais.

Fluxo para atendimento organizado ao paciente de chikungunya.

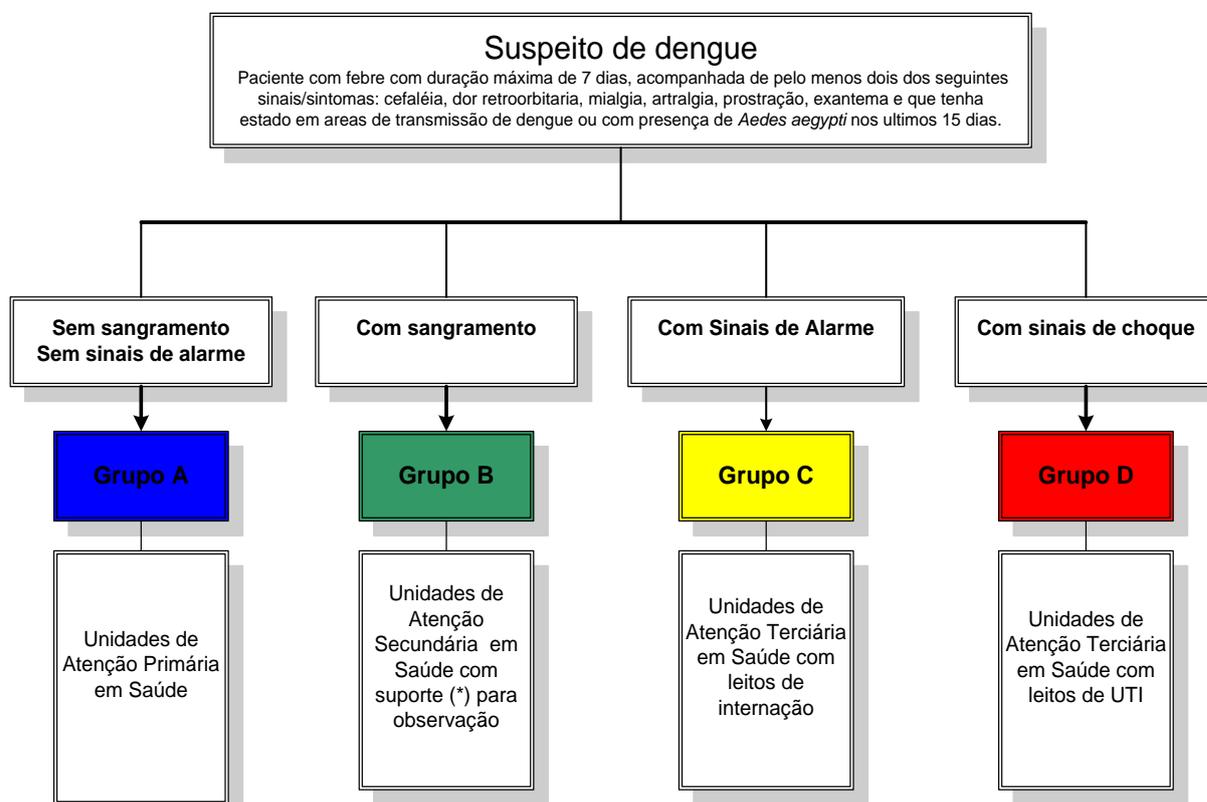
Pacientes sem sinais de gravidade, sem critério de internação e/ou condições de risco, acompanhamento ambulatorial, atendimento em todas as unidades de saúde do município.

Pacientes do grupo de risco em observação, acompanhamento ambulatorial em observação, atendimento no Hospital Sudoeste.

Pacientes com sinais de gravidade e/ou critério de internação, acompanhamento em internação, atendimento no Hospital Sudoeste e/ou Hospital Regional do Sudoeste.



LOCAL DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A DENGUE



Grupo A – Unidades que atenderão ao Grupo A

- Todas as Unidades Básicas de Saúde do Município

Grupo B – Unidades que atenderão ao Grupo B

- Centro de Saúde NIS-1

Grupo C – Unidades que atenderão ao Grupo C

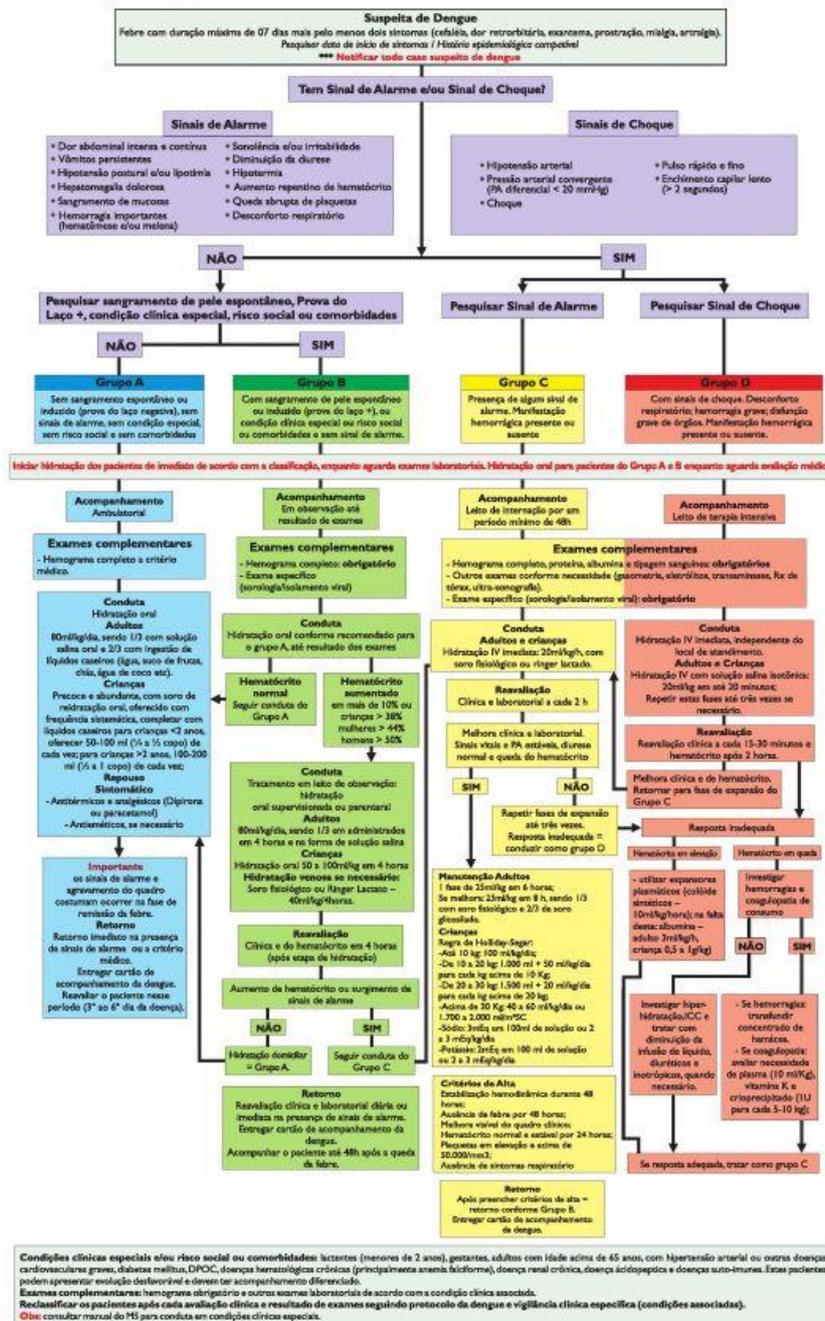
- Hospital Sudoeste

Grupo D – Unidades que atenderão ao Grupo D

- Hospital Regional do Sudoeste Walter Pecoits
- Hospital São Francisco

DENGUE

Classificação de Risco e Manejo do paciente



Condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença falcioepática e doenças auto-imunes. Esses pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento diferenciado.

Exames complementares: hemograma obrigatório e outros exames laboratoriais de acordo com a condição clínica associada.

Reavaliar os pacientes após cada avaliação clínica e resultado de exames seguindo protocolo da dengue e vigilância clínica específica (condições associadas).

Obs: consultar manual do MS para conduta em condições clínicas especiais.

Prova do Laço

Verificar a PA (diastólica ou sistólica). Calcular o valor médio: (PA sistólica + PA diastólica) / 2.

Influir novamente o manguito até o valor médio e manter por cinco minutos em adulto (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento de micro petéquias ou equimoses;

Desenhar um quadrado de 2,5 cm (ou uma linha ao redor da falange distal do polegar) no antebraço.

Contar o número de micro petéquias no quadrado. A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

SUS

Ministério da Saúde

BRASIL

Orientações gerais

Hidratação oral: 60 a 80 ml/kg/dia. Sendo 1/3 solução salina e 2/3 líquidos caseiros.

Hidratação parenteral (EV): 80 ml/kg/dia. Sendo 1/3 Soro Fisiológico 0,9% e 2/3 Soro Glicosado 5%. Primeira fase = 4 horas; Segunda fase = 8 horas; Terceira fase = 12 horas.

Repor potássio se diurese > 500 ml ou 30 ml/hora

Se risco grave, antes de transferir o paciente, já iniciar imediatamente hidratação parenteral com Soro Fisiológico 0,9% 20 ml/kg/hora, podendo repetir por até 3 vezes.

Em crianças, SF 0,9 % ou ringer 20 ml/kg/hora, podendo repetir por até 3 vezes.

Não utilizar: Salicilatos, antiinflamatórios não hormonais, drogas com potencial hemorrágico, medicações intramusculares.

** Na ausência de hematócrito basal, considerar os seguintes valores como aumento de até 10%.

- Crianças: >38% e <42%
- Mulheres: >40% e <44%
- Homens: >45% e <50%

** Na ausência de hematócrito basal, considerar os seguintes valores como aumento > 10%

- Crianças: >42%
- Mulheres: >44%
- Homens: >50%

Para crianças considerar os seguintes valores normais de hematócrito:

- <1 mês: Ht 51%
- 02 meses a 06 meses: Ht 35%
- 06 meses a 02 anos: Ht 36%
- 02 anos a 06 anos: Ht 37%

Referência da normalidade para pressão arterial em crianças

- recém-nascido até 92 horas: sistólica = 60 a 90 mmHg; diastólica = 20 a 60 mmHg
- Lactentes < de 01 ano: sistólica = 87 a 105 mmHg; diastólica = 53 a 66 mmHg

Pressão média sistólica (percentil 50) para crianças > de 01 ano = idade em anos x 02 + 09

Para determinar hipotensão arterial, considerar: pressão sistólica limite inferior (percentil 05) para crianças > de 01 ano: idade em anos x 2 + 70. achados de pressão arterial sistólica abaixo deste percentil ou valor sinaliza hipotensão arterial.

- Em crianças, usar manguito apropriado para idade e peso.

Prova de Laço:

- Verificar Pressão arterial (deitada ou sentada).
- Calcular o valor médio: $(PAS+PAD)/2$
- Insuflar novamente o manguito até o calor médio e manter por cinco minutos em adultos, em crianças, 3 minutos, ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses.
- Desenhar um quadrado de 2,5 cm de lado (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no lugar do antebraço da pessoa onde mais aparecem petéquias.

Contar o número de petéquias no quadrado. A prova será positiva se houver 20 petéquias ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria do Estado do Paraná. Superintendência em Vigilância Sanitária. **Guia para elaboração de Plano de Contingência para Epidemias de Dengue**. Curitiba. SESA, 2009.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: Diagnóstico e manejo clínico** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
3. 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. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

