

# **PLANO MUNICIPAL DE CONTINGÊNCIA PARA ARBOVIROSES**

**2025**

## **SÃO JOSÉ DO INHACORÁ**

### **INTRODUÇÃO**

A dengue trata-se de uma arbovirose, atingindo principalmente os países tropicais e subtropicais, onde as condições climáticas favorecem a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, vetor deste agravo. É caracterizada como uma doença febril aguda, que normalmente apresenta uma forma leve, com evolução clínica benigna, porém podendo evoluir a forma grave, inclusive ocasionando óbitos. A infecção por este agravo pode se manifestar de maneira assintomática ou sintomática, sendo que aproximadamente 25% dos casos apresentam manifestações clínicas (Guia de Vigilância em Saúde, 2021).

## **1 DENGUE**

### **1.1 DEFINIÇÃO DE CASO**

#### **1.1.1 Caso suspeito de dengue**

Indivíduo que resida em área onde se registram casos de dengue ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão ou presença de *Aedes aegypti*. Deve apresentar febre, usualmente entre dois e sete dias, e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea/vômitos, exantema, mialgia/artralgia, cefaleia/dor retro orbital, petéquias/prova do laço positiva, leucopenia.

Também pode ser considerado caso suspeito toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias, e sem sinais e sintomas indicativos de outra doença.

#### **1.1.2 Caso suspeito de dengue com sinais de alarme**

É todo caso de dengue que, no período de efervescência da febre, apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme: dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua ou sensibilidade, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico), hipotensão postural e/ou lipotimia, hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal, letargia/irritabilidade, sangramento de mucosa, aumento progressivo do hematócrito.

#### **1.1.3 Caso suspeito de dengue grave**

É todo caso de dengue que apresenta uma ou mais das condições a seguir:

- Choque ou desconforto respiratório em função do extravasamento grave de plasma; choque evidenciado por taquicardia, pulso débil ou indetectável, taquicardia, extremidades frias e tempo de perfusão capilar >2 segundos, e pressão diferencial convergente <20 mmHg, indicando hipotensão em fase tardia;
- Sangramento grave segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa e sangramento do sistema nervoso central);
- Comprometimento grave de órgãos, a exemplo de dano hepático importante (AST/ALT > 1.000 U/L), do sistema nervoso central (alteração da consciência), do coração (miocardite) ou de outros órgãos.

#### **1.1.4 Caso confirmado**

- a. **Por critério laboratorial:** É aquele que atende à definição de caso suspeito de dengue e que foi confirmado por um ou mais testes laboratoriais e seus respectivos resultados.
- b. **Por critério clínico-epidemiológico:** Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica ou para casos com resultados laboratoriais inconclusivos, deve-se considerar a confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente, após avaliação da distribuição espacial dos casos confirmados.

#### **1.1.5 Caso descartado**

Todo caso suspeito de dengue que possui um ou mais dos seguintes critérios:

- Diagnóstico laboratorial não reagente/negativo, desde que as amostras tenham sido coletadas no período oportuno, além de armazenadas e transportadas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Diagnóstico laboratorial negativo para dengue e positivo para outra doença;
- Caso sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com outras doenças;
- Todo caso suspeito, principalmente gestantes, casos graves e óbitos, deve ser descartado a partir do resultado de duas sorologias não reagentes ou PRNT, em função da possibilidade de reação cruzada entre DENV e ZIKV.

## **2 CHIKUNGUNYA**

A chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus. A viremia persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas.

A transmissão se dá através da picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* infectadas pelo CHIKV. Casos de transmissão vertical podem ocorrer quase que exclusivamente no intraparto de gestantes virêmicas e, muitas vezes, provoca infecção neonatal grave.

Pode ocorrer transmissão por via transfusional, todavia é rara se os protocolos forem observados.

Os sinais e sintomas são clinicamente parecidos aos da dengue – febre de início agudo, dores articulares e musculares, cefaleia, náusea, fadiga e exantema.

A principal manifestação clínica que a difere são as fortes dores nas articulações, que muitas vezes podem estar acompanhadas de edema. Após a fase inicial a doença pode evoluir em duas etapas subsequentes: fase subaguda e crônica.

A chikungunya tem caráter epidêmico com elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, tendo como consequência a redução da produtividade e da qualidade de vida.

### **2.1 DEFINIÇÃO DE CASO**

## **Caso suspeito**

Paciente com 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 duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado.

## **Caso confirmado**

É todo caso suspeito com positividade para qualquer um dos seguintes exames laboratoriais: isolamento viral, PCR, presença de IgM (coletado durante a fase aguda ou de convalescença); ou aumento de quatro vezes o título de anticorpos demonstrando a soroconversão entre amostras nas fases aguda e convalescente, preferencialmente de 15 a 45 dias após o início dos sintomas ou 10 a 14 dias após a coleta da amostra na fase aguda

Já os óbitos suspeitos são de notificação imediata, em até 24 horas. Dessa forma, o profissional deve comunicar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em até, no máximo, 24 horas a ocorrência de suspeita de óbito por chikungunya.

## **Espectro Clínico**

O período de incubação intrínseco, que ocorre no ser humano, é em média de três a sete dias (podendo variar de 1 a 12 dias). O extrínseco, que ocorre no vetor, dura em média dez dias. O período de viremia no ser humano pode perdurar por até dez dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes da apresentação dos sintomas, podendo perdurar por mais oito dias.

A maioria dos indivíduos infectados pelo CHIKV desenvolve sintomas, alguns estudos mostram que até 70% apresentam infecção sintomática. Esses valores são altos e significativos quando comparados às demais arboviroses.

Dessa forma, o número de pacientes que necessitarão de atendimento será elevado, gerando sobrecarga nos serviços de saúde. A doença pode evoluir em três fases: aguda, subaguda e crônica. Após o período de incubação inicia-se a fase aguda ou febril, que dura até o 14º dia.

Alguns pacientes evoluem com persistência das dores articulares após a fase aguda, caracterizando o início da fase subaguda, com duração de até três meses.

Quando a duração dos sintomas persiste além dos três meses atinge a fase crônica. Nestas fases, algumas manifestações clínicas podem variar de acordo com o sexo e a idade. Exantema, vômitos, sangramento e úlceras orais parecem estar mais associados ao sexo feminino. Dor articular, edema e maior duração da febre são mais prevalentes quanto maior a idade do paciente.

### **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. Ocionalmente, 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 (BORGHERINI et al., 2008; SCHILTE et al., 2013; WAYMOUTH; ZOUTMAN; TOWHEED, 2013). 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.

### **3 ZIKA VIRUS**

Infecção pelo Vírus Zika Doença aguda pelo vírus Zika A infecção pelo vírus Zika pode ocasionar um espectro clínico que varia de manifestação inaparente, sem a percepção da apresentação de sinais ou sintomas, passando por um quadro clínico com manifestações brandas e autolimitadas, e podendo se manifestar com complicações neurológicas e também por doença congênita.

Segundo os poucos estudos disponíveis, as manifestações clínicas em decorrência da infecção pelo vírus Zika são percebidas em cerca de 20% dos casos infectados. Na maioria das vezes, a doença é autolimitada, durando aproximadamente de 4 a 7 dias, podendo estar acompanhada das seguintes manifestações mais comuns: exantema maculopapular, febre, artralgia, conjuntivite não purulenta, cefaleia, mialgia e prurido. Além dessas manifestações, também foram descritos casos de síndrome de Guillain-Barré e outras manifestações neurológicas. Na literatura há referência de poucos casos apresentando icterícia, constipação e hematúria.

Quando infectada, mesmo não apresentando sinais e sintomas aparentes da doença, uma gestante poderá transmitir o vírus para o feto, podendo ocasionar desde o aborto espontâneo óbito fetal ou anomalias congênitas.

Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika.

Além da microcefalia congênita, uma série de manifestações, incluindo desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade, disfunção do tronco encefálico, como problemas de deglutição, contraturas de membros, anormalidades auditivas e oculares, e anomalias cerebrais detectadas por neuroimagem têm sido relatadas entre neonatos que foram expostos ao vírus Zika durante a gestação.

Os achados de neuroimagem incluem calcificações corticais, subcorticais, malformações corticais, padrão simplificado de giro, alterações migratórias, hipoplasia do tronco cerebral, cerebelo e ventriculomegalia. Embora a microcefalia congênita seja o achado inicial para o reconhecimento da síndrome, algumas dessas manifestações neurológicas ocorreram sem a microcefalia associada e só se tornaram evidentes após o nascimento. Esse achado foi percebido no início das epidemias em decorrência da adoção da definição de caso operacional de 33 cm pelo Ministério da Saúde.

As anormalidades relatadas de forma consistente nestes lactentes, incluindo achados anormais de neuroimagem, sugerem que uma síndrome congênita, semelhante à da rubéola congênita ou infecção por citomegalovírus (CMV), é atribuível à infecção pelo vírus Zika durante a gestação. Com base numa revisão de estudos observacionais, de coorte e de caso-controle, há atualmente um forte consenso científico de que o vírus Zika é uma causa de microcefalia e outras complicações neurológicas que, em conjunto, constituem a Síndrome Congênita do vírus Zika (SCZ).

### **3.1 DEFINIÇÃO DE CASO**

#### **3.1.1 Caso suspeito:**

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de DOIS ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

febre ou hiperemia conjuntival sem secreção e com ou sem prurido ou poliartralgia ou edema periarticular.

**3.1.2 Caso confirmado:** caso suspeito com um dos seguintes testes positivos/reagentes específicos para diagnóstico de Zika:

Teste rápido para detecção zika vírus realizados conforme preconização do fabricante, Isolamento viral; Detecção de RNA viral por reação da transcriptase reversa (RT-PCR) em soro;

**3.1.3 Caso descartado:** caso suspeito que possua um ou mais dos critérios a seguir: exame laboratorial negativo (RT-PCR) para ZIKAV ou teste rápido para detecção zika vírus não reagente, desde que a amostra tenha sido colhida em tempo oportuno, acondicionada e transportada adequadamente; caso suspeito sem exame laboratorial, cuja investigação clínica e epidemiológica seja compatível com outras doenças; caso suspeito com diagnóstico de outra enfermidade.

### **4 OBJETIVO**

Objetivos do plano são:

- Notificar e investigar casos suspeitos de Dengue.
  - Garantir o apoio à organização da Rede Ambulatorial de Saúde do Município para o atendimento dos casos suspeitos de Dengue,
  - Apoiar a estruturação da Rede local ( PADU São Francisco de Assis),
  - Capacitar profissionais de saúde no diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos suspeitos de Dengue,
  - Evitar a letalidade,
- Envolver os demais setores públicos nas ações programadas.
- Realizar ações de mobilização da sociedade para o envolvimento na busca das soluções.
- Divulgar os protocolos clínicos de diagnóstico e tratamento de dengue e cartão de acompanhamento dos doentes na rede pública e privada.
- Alimentar com dados os sistemas de informação: Sinan e SisPncd.

## **5 COMITÊ DE ENFRENTAMENTO**

Comitê Municipal de enfrentamento ao Aedes Aegypti teve sua composição empossada através da Portaria nº 1.155/2025 deste município. E apreciação no conselho Municipal de Saúde

## **6 DESCRIÇÃO DO TERRITÓRIO**

De acordo com o censo populacional do Instituto Brasileiro de geografia e estatística ( IBGE) de 2010 a população de São José do Inhacorá é de 2.200 habitantes, pertence a mesorregião noroeste Riograndense e a 14º região de Saúde do Rio Grande do Sul.

O município de São José do Inhacorá está localizado na fronteira Noroeste, distante aproximadamente a 500 Km da capital Porto Alegre. As cidades limítrofes são: Boa Vista do Buricá, três de Maio, Alegria.

A Distribuição da população por zona Urbana: 752 habitantes e Rural : 1.384 habitantes. Predomina a raça branca na população do município.

## 7 REDE DE ATENÇÃO/CAPACIDADE INSTALADA

CAPACIDADE INSTALADA ÁREA DA ASSISTÊNCIA	
01 Unidade	01 Unidade
Nº de Equipes ESF	01 Equipe
Nº de consultas clínicas por dia	45
Nº de unidades sentinela para doença febril	A Unidade Sanitária irá atuar como sentinela para a doença febril tipo dengue no município, infestado pelo Aedes aegypti;
Nº PA 24 horas	01 PADU
Nº de leitos enfermaria adulto	8
Nº de leitos enfermaria pediatria	02
Nº de leitos UTI adulto	Referência Três de Maio / Santa Rosa
Nº de leitos UTI pediatria	Santa Rosa
Referência Hospitalar (citar local)	Padu São Francisco de Assis / Referência Regional Três de Maio
Laboratório próprio para análises clínicas (sim/não)	NÃO; posto de coleta no PADU São Francisco de Assis
Previsão de aumento medicamento (sim/não)	SIM
Nº profissionais capacitados em dengue	Equipe de Atenção Básica

Previsão de transporte	Transporte para transferências inter-hospitalares.
------------------------	--

## 8 AÇÕES DE PREVENÇÃO/PERÍODO NÃO ENDÊMICO

- LIA (levantamento de índices conforme 14º CRS)
- Capacitações conforme disponibilização pela CRS, UNASUS, AVASUS e outros.
- Visitação aos domicílios para orientação, inspeção, bem como eliminação do criadouro.
- Visitação é realizada pelo agente de endemias e agentes comunitários de saúde.
- Monitoramento dos pontos estratégicos.
- Parceria com outras secretarias, como obras e educação.
- Trabalho preventivo através do programa saúde na escola.
- Educação para a população através de mídia social, anúncios, informativo municipal.
- Vistoria semanal dos prédios públicos.
- Mutirão limpeza ACE e ACS

## 9 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO E NÍVEIS DE ALERTA

### 9.1.1 Vigilância Epidemiológica

- Estrutura disponível para atenção à Dengue; 01 UBS e 01 PADU para atendimento dos casos de dengue locais.
- Fluxos locais para notificação (incluindo a comunicação imediata e inserção no sistema de informação oficial);

As notificações serão realizadas pela equipe de vigilância epidemiológica do município no SINAN On LINE na UBS e através de contato diário com equipe responsável do PADU.

- Monitoramento de casos:

Os casos suspeitos e confirmados para dengue, zika vírus e chikungunya serão monitorados diariamente na UBS, será pactuado com o usuário o retorno do mesmo para reavaliação e controle laboratorial.

Será disponibilizado o cartão de acompanhamento do paciente suspeito de Dengue. Para monitoramento da equipe da vigilância foi criada uma planilha onde constam os dados do usuário com a finalidade de averiguar o retorno destes, bem como a ficha de investigação e notificação, e encerramento dos casos.

- Descrição de normas e protocolos

Em casos de notificação e investigação de óbitos suspeitos de dengue, a notificação será imediata SINAN On Line, na ficha individual de notificação e investigação, se houver óbito, a investigação será feita conforme protocolo técnico do Ministério da saúde, automaticamente os da dos alimentam o SINAN, possibilitando divulgação das informações para interessados, permitindo acesso amplo e restrito.

#### Integração da VE com outros setores

- Previsão de fluxo de repasse de informações e retroalimentação;
- Possui reunião semanal com toda equipe da SMS,
- O hospital e o posto de coleta funcionam no mesmo prédio da Unidade Sanitária Sede e SMS, facilitando a troca de informações,
- A equipe que integra a equipe mínima da vigilância epidemiológica é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um agente de endemias.

- Capacidade operacional

#### Controle vetorial:

Equipe técnica capacitada, estrutura física adequada, estrutura operacional bem equipada com computadores, acesso a internet, sistemas de informação, veículos à disposição da equipe, equipamentos solicitados pela mesma, Uniforme, EPIs.

#### Redução da transmissão

Procura, localização e eliminação de possíveis criadouros do vetor, Evitando a disseminação do vetor.

Monitoramento de áreas de risco (pontos estratégicos).

## Redução de Pendências

Em caso de residência fechada, a visita domiciliar é recuperada em horário que o proprietário ou responsável pelo imóvel encontra-se no mesmo, podendo ser após o expediente normal ou em outro horário pré- determinado.

## Integração do controle vетorial com outros setores

- Descrição de fluxo de repasse de informações e retroalimentação:
- VE – investigação das notificações para estratificação de áreas de risco e perfil epidemiológico:
- Atenção primária – fluxo oportuno das notificações, investigação de casos, atividades Inter setoriais com EACS ESF.

### 9.1.2 Ações de assistência à saúde/Atenção Primária em Saúde

Caracterização da rede: 01 Unidade Sanitária e 01 PADU

Capacidade da rede: atendimento da demanda

A Unidade Sanitária irá atuar como sentinel para a doença febril tipo dengue no município, infestado pelo Aedes aegypti:

Serão realizados testes rápidos para Dengue em todos os casos suspeitos ( NS1 ou IgG /IgM) testes rápido Zika Vírus e Chikungunya.

Será disponibilizado o cartão de acompanhamento para casos de Dengue,

Haverá atendimento disponível 24 horas, incluindo fins-de-semana, com capacidade para atender os casos de dengue, com objetivo de reduzir a letalidade. O atendimento será realizado na Unidade de Saúde, 08 horas diárias e plantão do PADU São Francisco de Assis.

Haverá integração e fluxo entre a unidade de saúde do município, de modo que as UBS funcionem como porta de entrada para os casos com complicações e encaminhamento ao PADU, Observação até 24 horas, e Hospitais para aqueles que necessitarem de internações e para os casos graves, os que necessitarem de UTI, serão encaminhados para a Referência Regional.

Há existência de equipamentos mínimos para atendimento como esfigomanômetro adulto e pediátrico, garrotes, medicamentos; bem como transporte sanitário para remoção dos pacientes quando necessário.

**Suporte Laboratorial:**

Posto de coleta de exames: 01

Laboratório conveniado ao Sistema Único de Saúde

- Definir porta de entrada de casos suspeitos;  
Unidade Básica de Saúde e Padu São Francisco de Assis
- Previsão de insumos, medicamentos e equipamentos para pacientes em acompanhamento ambulatorial e em internação;  
Foi realizado uma compra de insumos e medicamentos para casos suspeitos de dengue.
- Elaboração e implantação de protocolos clínicos;  
Constam nesse plano
- Prever local para hidratação na UBS;  
A hidratação endovenosa será realizada no PADU São Francisco de Assis
- Descrever como se dará o monitoramento dos casos  
Monitoramento compartilhado de casos com a equipe de atenção básica e vigilância epidemiológica.
- Descrever fluxo de atendimento a populações vulneráveis (crianças, gestantes, imunossuprimidos);  
Serão atendidos na demanda espontânea.
- Estabelecer forma de comunicação com demais pontos da RAS (Hospitais, laboratórios...);
- A comunicação será feita sempre que houver suspeito ou confirmado.

**9.1.3 Vigilância Ambiental**

Procura, localização e eliminação de possíveis criadouros do vetor, Evitando a disseminação do vetor.

Monitoramento de áreas de risco (pontos estratégicos).

Em caso de residência fechada, a visita domiciliar é recuperada em horário que o proprietário ou responsável pelo imóvel encontra-se no mesmo, podendo ser após o expediente normal ou em outro horário pré- determinado.

#### **9.1.4 Vigilância Laboratorial**

- Descrever os fluxos laboratoriais da rede de diagnóstico (coletas, exames e comunicação de resultados para o serviço de saúde);

Normatização para coleta e entrega de exames em tempo oportuno,

As coletas de material para exames são realizadas diariamente, na parte da manhã, mas, quando há necessidade são realizadas de imediato, e levadas até o laboratório que realiza os exames.

- - Se houver sorologia para isolamento viral, as respectivas amostras serão encaminhadas também para o nível regional para acondicionamento na temperatura apropriada, 70º.
- A coleta de exames é realizada no mesmo prédio da UBS e PADU, pois o posto de coleta está localizado no mesmo prédio em uma sala anexa.

O resultado de exames é fornecido no mesmo dia para o paciente e profissionais de saúde.

- A equipe de vigilância é informada imediatamente quando há resultado positivo para dengue, zika ou chikungunya.
- Identificar laboratórios privados que realizam exame diagnóstico para dengue. Laboratório FUHR;
- Quando resultado reagente para dengue, o laboratório informa o resultado para equipe de vigilância epidemiológica.

#### **9.1.5 Gestão**

Realização de reunião semanal com toda equipe da Secretaria Municipal da Saúde, na qual são discutidos assuntos de cada setor, na qual todo funcionário de determinado setor tem a palavra a disposição para relatar o trabalho desenvolvido durante a semana, problemas e estratégias para saná-los.

Todos os profissionais envolvidos com a Vigilância em Saúde foram capacitados em “DENGUE”, cada qual na sua função, inclusive os agentes comunitários em saúde.

Em caso de epidemia municipal estão previstos gastos com contratação de pessoal, equipamentos de proteção individual, insumos necessários.

Espera-se também, repasse do nível Estadual e Federal.

Articular com as secretarias de obras e educação ações como mutirão de limpeza, educação sobre medidas preventivas, sinais e sintomas das doenças.

Orientar o fluxo em caso de sinais e sintomas, porta de entrada a UBS ou PADU São Francisco de Assis, em casos mais graves encaminhamento para hospital de referência.

Realizada compra de material, como testes rápidos para dengue, zika e chikungunya, medicamentos, soro para hidratação.

Estabelecido com o Conselho Municipal de Saúde ações e recursos necessários em caso de epidemia.

## **10 PRÁTICAS EM SAÚDE NAS EMERGÊNCIAS**

- Referência para internação (referência já estabelecida) Nível de Alerta 1
- Referência para internação (referência já estabelecida) Nível de Alerta 2
- Referência para internação (referência já estabelecida) Nível de Alerta 3

## **11 ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO/CAPACITAÇÃO**

A divulgação é realizada em programa de rádio (informativo municipal), nas Escolas do município (1 Estadual e 2 municipais), grupos de Educação de Saúde da secretaria de Saúde, grupos da Assistência Social, no comércio e indústria local, setores da prefeitura Municipal, Hospital..., 100 % de ESF/EACS, e na página da SMS no Facebook e Instagram.

São realizadas Palestras, entrega de folders, mobilização dos participantes.

## 12 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

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.

- <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190453/15165349-27092825-ms-2013-diretrizes-para-a-organizacao-dos-servicos-de-atencao-a-saude-em-situacao-de-aumento-de-casos-ou-de-epidemia-de-dengue.pdf>

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMmNmNjkzODMtZTEzZC00Y2U1LWI2NTMtNThlMTZjYzdhNDBIiwidCI6IjE1ZGNkOTA5LThkYzAtNDBIOS1hMWU1LWNIY2lwNTNjZGQxYSJ9&pageName=ReportSection>

São José do Inhacorá, 05 de fevereiro de 2025.

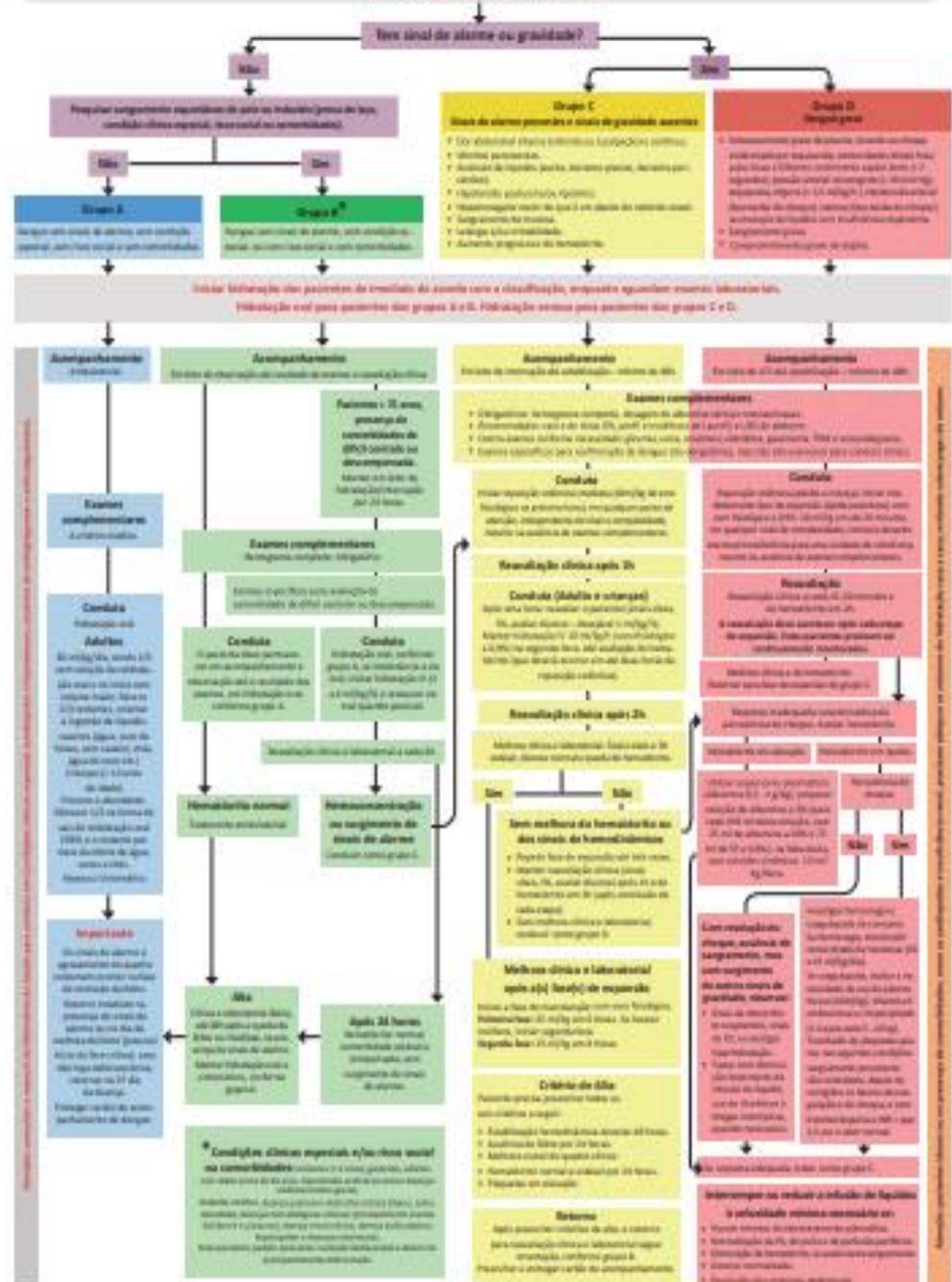
*Michele Meyer*

*Secretaria Municipal de Saúde*



SUSPEITA DE DENGUE

[Modifică numărul de disponibile](#)



reus os diversos administradores por causa, Morellei Bellone  
e outras pessoas. Gregorio de Andrade, tanto e  
muito mais que o presidente da comunidade, é um dos  
pessoas Bellone,

#### ATA 02/2025

AOS 20 (VINTE) DIAS DO MÊS DE FEVEREIRO DE 2025, ÀS 14 HORAS, NA  
SALA DE REUNIÕES DA PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO INHORÓ,  
BERNARDO-SE O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, COM A PRESENÇA  
DOS MEMBROS E OUTRAS PARTICIPANTES. A REUNIÃO FOI CONVOCADA  
COM O INTUITO DE ANALISAR, DISCUTIR E APROVAR O RELATÓRIO  
DETALHADO QUADRIMESTRAL ANTERIOR (RQDA) REFERENTE AO 3º QUADRIMESTRE  
QUADRIMESTRE DE 2024. A EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO  
DO RELATÓRIO, COMPOSTA PELA SECRETARIA DA SAÚDE, SECRETARIO PA  
FATIGADA, TÉCNICOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSESSORIAS.  
INICIOU A APRESENTAÇÃO DETALHADA DO CONTEÚDO, EXPLICANDO QUE  
O RELATÓRIO É UM DOCUMENTO DEDICADO A UTILIZAR PARA O AGRUPA-  
MAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS AÇÕES DE SAÚDE REALI-  
ZADAS NO PERÍODO. O RELATÓRIO TEM COMO PRINCIPAL OBJETIVO  
INFORMAR A COMUNIDADE E OS GESTORES PÚBLICOS SOBRE AS  
AÇÕES ESTABELECIDAS NO INÍCIO DO PERÍODO, OS RESULTADOS ALCAN-  
CIADOS E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS. ELE TAMBÉM VISA  
MOSTRAR A APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS NO SETOR  
DA SAÚDE, ALÉM DE SER UM INSTRUMENTO DE TRANSPARÊNCIA E  
RESPONSABILIDADE PÚBLICA DA GESTÃO PÚBLICA. FOI EXPLICADO QUE  
O RELATÓRIO SERVE PARA MONITORAR A EFETIVIDADE DAS AÇÕES  
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO, IDENTIFICANDO SE OS METAS PROCLAMADAS  
FORAM (OU) CUMPRIDAS, SE OS RECURSOS FORAM BEM UTILIZADOS  
E QUais ÁREAS NECESSITAM DE MILHORIAS PARA GARANTIR O  
BOM ATENDIMENTO À POPULAÇÃO. DURANTE A REUNIÃO, FOI RES-  
ALTADO QUE, COM BASE NO RELATÓRIO, O CONSELHO MUNICIPAL  
DE SAÚDE TEM A RESPONSABILIDADE DE FAZER A ANÁLISE  
CRÍTICA E SUGERIR CORREÇÕES OU AJUSTOS NOS ESTA-...



LEGIAS ADOTADAS, A FIM DE MELHORAR CONTINUAMENTE OS SERVIÇOS OFERECIDOS À POPULAÇÃO. APOS DISCUSSÕES DETAILEDADAS E ESCLARECIMENTOS SOBRE O CONTRA DO RELATÓRIO, TODOS OS MEMBROS PRESENTES APROVARAM O CONTEÚDO DO RELATÓRIO. DETALHADO QUADRIMESTRAL ANTERIOR (RQDA), DESTACANDO QUE AS METAS FORAM MINGIDAS EM 90% (NOVENTA), MAS QUE AINDA EXISTEM AINDA QUE PRECISAM DE ATENÇÃO E MELHORIA. CONFORME AS SUGESTÕES LEVANTADAS DURANTE A REUNIÃO, NO 3º (TERCEIRO) QUADRIMESTRE, O MUNICÍPIO APPLICOU R\$ 17.281,00 VITRIPASSAGENS E PERCENTUAL MÍNIMO EXIGIDO PELA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE GASTOS COM SAÚDE. EM SEGUIDA, FOI PRESENTADA A PROPOSTA DO PLANO MUNICIPAL DE CONTINGÊNCIA CONTRA A DENGUE, QUE DESCRIVE AS AÇÕES A SEREM REALIZADAS, AS PROVISÓRIAS TOMADAS ATÉ O MOMENTO E O DIAGNÓSTICO DE EXAMES REALIZADOS DESDE 2015, INCLUINDO OS CASOS CONFIRMADOS DA DENGUE. A IMPORTÂNCIA DESTE PLANO FOI RESSALTADA POR TODOS. UMA Vez QUE VISA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE NO MUNICÍPIO, PRESERVANDO A SAÚDE DA POPULAÇÃO. APOS OCORRER A APROVAÇÃO UNÂNIME DO RELATÓRIO QUADRIMESTRAL ANTERIOR (RQDA) E DO PLANO MUNICIPAL DE CONTINGÊNCIA CONTRA A DENGUE. EM SEGUIDA FOI PASSADA A PALAVRA PARA A MARCELI MEYER, PARA QUE ESTA PROCEDAS A APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE MERCIMENTO DE GESTÃO REFERENTE AO 3º (TERCEIRO) QUADRIMESTRE DE 2014. EM SEGUIDA MARCELI MEYER PROCEDeu AS EXPLICAÇÕES DO RELATÓRIO DE GESTÃO, QUE CORRESPONDE AO PERÍODO DE 01 DE SETEMBRO A 31 DE DEZEMBRO DE 2014. A MESMA INICIA FALANDO QUE NA FONTE MUNICIPAL NO QUAL HAVIA UM SALDO NOS RECEBIMENTOS DE SAÚDE UM SALDO DE R\$ 112.834,51 (CENTO E DOZE MIL REAIS E DIFERENTES E TRINTA EQUATOR (CENTAVOS) REAIS COM CINQUENTA E UM CENTAVOS) NO QUAL OBTIVEU DE RECEITA O VALOR DE R\$ 1.643.404,52 (UM MILHÃO SEISCENTOS E QUARENTA E TRÊS MIL E QUATROCENTOS E QUATRO REAIS COM CINQUENTA E ODIS CENTAVOS). G

DESPESAS NO PERÍODO R\$ 1.536.895,20 (UM MILHÃO QUINHENTOS E TRINTA CINCO MIL E OITOCENTOS E NOVENA E CINCO REAIS COM Vinte CENTAVOS), E FICANDO UM SALDO DE R\$ 109.835,31 (CENTRO E NOVE MIL E OITOCENTOS E TRINTA E CINCO REAIS COM TRINTA E UM CENTAVOS) EM ALIENADAÇÃO DE BENS ADQUIRIDOS, HAVIA UM SALDO NAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SÓ DE UM SALDO DE R\$ 91.173,25 (NOVENA EUM MIL ECENTO E SETENTA TRÊS REAIS COM Vinte E CINCO REAIS (RENTÍQUIS DIZER CENTAVOS)), RECEITAS NO PERÍODO DE R\$ 9.325,97 (NOVE MIL TREZENTOS E Vinte E Cinco REAIS COM Vinte E SETE CENTAVOS) E DESPESAS NO PERÍODO R\$ 89.467,00 (DITENTA EDOIS Mil COM QUATROCENTOS E SESSENTO E SEIS REAIS) E FICANDO UM SALDO DE 18.031,59 (DEZMIL EITAMIL E TRINTA E UM REAIS COM CINQUENTA EDOIS CENTAVOS) TERMINANDO O PERÍODO COM UM SALDO DE 129.876,83 (CENTRO E Vinte SETE MIL E OITOCENTOS E SETENTA E Vinte REAIS COM DITENTA E TRÊS CENTAVOS) DA FONTE MUNICIPAL NA FONTE ESTADUAL HAVIA UM SALDO DE R\$ 275.175,81 (TREZENTOS E SETENTA E CINCO MIL E CENTO E SETENTA E CINCO REAIS (COM DITENTA E UM CENTAVOS)). NO PERÍODO OBREVÉ-SE A RECEITA DE R\$ 78.842,99 (SETENTA EDOIS MIL E DITUCENTOS E QUARENTA DOIS REAIS COM Vinte E NOVE CENTAVOS), E DESPESAS DE R\$ 185.089,70 (DUZENTOS E DITENTA EDOIS MIL COM DITENTO DE SEVE REAIS COM SETENTA CENTAVOS) PERMANECENDO UM SALDO DE R\$ 165.928,40 (CENTO E SESSENTA E CINCO E NOVESCENTOS E Vinte OITO REAIS COM QUARACONTA CENTAVOS). NA FONTE FEDERAL, O SALDO R\$ 796.814 (SETESESCENTOS E NOVENTA E SEIS MIL E DITOCENTOS E SEZ REAIS (COM SETENTA E QUATRO CENTAVOS)) UMAS RECEITA DE R\$ 497.336,37 (QUATROCENTOS E Vinte E SEIS MIL E DITENTOS E TRINTA SEIS REAIS COM TRINTA E SEIS

CENTAVOS), E COM UMA DESPESA DE R\$ 579.822,71  
(QUINHENTOS E SETENTA E NOVE MIL E DITOCENTOS CRUZ  
DOIS REAIS COM SETENTA EUM CENTAVOS) E FICANDO  
UM SALDO EM 31 DE DEZEMBRO DE R\$ 644.324,41  
(SEISCENTOS E QUARENTA E QUATRO MIL E VIRECENTOS  
E VINTE E QUATRO REAIS COM QUARENTA EUM CENTAVOS)  
E FAZENDO UM SOMOCARIO DAS TRÊS FONTES  
PERMANECEU UM SALDO POSITIVO DE R\$ 937.128,64  
(NOVECENTOS E TRINTA E SEIS MIL E CENTRO E Vinte E  
DITO REAIS COM SESSENA E QUATRO CENTAVOS) E QUE  
FORAM INVESTIDOS 17.301,10 REAIS SOLTOS INTEIROS E  
TRINTA PORCENTO DOS RECURSOS DO MUNICIPIO A  
SAÚDE. ATENENDO A DETERMINAÇÃO CONSTITUCIONAL  
QUE OBLIGA O MUNICIPIO A INVESTIR NO MÍNIMO  
15.007,10 (CINQUATE MIL REAIS) NA SAÚDE. FICOU APRE  
SENTAÇÃO PARA CONSTAR FOI LEVADA A PRESENTE  
ATA, QUE LEVARÁ AS ASSINATURAS DO PRESIDENTE  
E DO CONSELHO DE SAÚDE E DA MARKETI MEYER. AS  
ASSINATURAS DOS PRESENTES SE DEU CONFORME LISTA  
PRESença EM ANEXO A ESTA ATA. NADA MAIS HAVENDO  
A TRATAR, A REUNIÃO FOI ENCERRADA AS 15 HORAS  
HORAS. ENCERRO A PRESENTE ATA QUE APÓS 1500  
E APROVADA, SERÁ ASSINADA POR TODOS OS  
MEMBROS PRESENTES E POR MIM: *José Ferreira Flora, no  
topo da Montanha, Inacio, J. B. Oliveira, Walter, Silv  
er, José da Silva, D. J. L. da Cunha, Gólio, Pedro  
e Hugo*

10

11

12

A  
13