

# **PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA DENGUE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**



**REVISÃO DEZEMBRO 2013**

# **ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

## **PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA DENGUE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Secretário Estadual da Saúde: Sandra Maria Sales Fagundes

Diretora do Centro Estadual de Vigilância em Saúde: Laura Londero Cruz

Diretor do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial: Marcos Antonio de Oliveira Lobato

Diretora do Departamento de Ações em Saúde: Károl Veiga Cabral

Diretor do Departamento de Administração: Marina Gomes

Diretora da Coordenação da Política de Atenção Farmacêutica: Irene Porto Prazeres

Assessoria de Comunicação Social

Diretora do LACEN/FEPPS: Raquel Fiori de Souza

Chefe da DVAS/CEVS: Salzano Barreto de Oliveira

Chefe da DVE/CEVS: Marilina Bercini

Coordenadora do PNCD/RS: Sílvia Medeiros Thaler

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	5
2. Aspectos Epidemiológicos.....	5
3. Justificativa.....	9
4. Objetivos.....	12
5. Estratégias de Ação.....	12
5.1 Vigilância Epidemiológica.....	13
5.1.1 Vigilância de Casos.....	13
5.1.2 Vigilância Laboratorial.....	15
5.1.3 Integração com Atenção Básica.....	18
5.1.4 Vigilância em Áreas de Fronteira.....	20
5.2 Controle Vetorial.....	21
5.2.1 Período Não Epidêmico.....	23
5.2.1.1 Municípios Infestados.....	23
5.2.1.2 Municípios Não Infestados vizinhos de 1ª grandeza.....	25
5.2.1.3 Municípios Não Infestados.....	27
5.2.2 Período Epidêmico.....	28
5.2.2.1 Atribuições da Esfera Municipal.....	28
5.2.2.2 Atribuições da Esfera Estadual.....	29
5.2.3 Vigilância Entomológica.....	30
5.3 Assistência aos Pacientes.....	31
5.3.1 Estrutura da SES/RS.....	31
5.3.2 Rede de Serviços de Saúde.....	32
5.3.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	33
5.3.4 Estruturação da Rede de Assistência aos Pacientes com Dengue...	34
5.3.4.1 Nível Primário.....	35
5.3.4.2 Nível Secundário – URA.....	35
5.3.4.2.1 Critérios de Identificação da URA.....	36
5.3.4.2.2 Estrutura da URA.....	36
5.3.4.3 Nível Terciário.....	39
5.3.5 Recursos para Área Assistencial.....	40
5.3.5.1 Relacionados à Estrutura e Funcionamento da Central Estadual de Regulação Hospitalar e Ambulatorial.....	40
5.3.5.2. Relacionados à Rede Hospitalar.....	40
5.3.5.3. Criação das Unidades Intermediárias de Atendimento	41
5.4 Comunicação e Mobilização.....	41
5.4.1 Ações Integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social.....	41
5.4.1.1 Ações de Educação e Mobilização Social.....	42
5.4.1. 2 Ações de Comunização Social.....	42
6. Capacitação de Recursos Humanos.....	44
7. Ações de Saneamento Ambiental.....	45
8. Legislação.....	46
9. Sustentação Político Social.....	47
9.1 Comitê Estadual de Controle da Dengue.....	47
9.2 Comissão da SES/RS para Enfrentamento da Dengue.....	51

10. Acompanhamento e Avaliação do Plano de Contingência.....	52
10.1 Gabinete de Crise.....	52
11. Níveis de Acionamento do Plano Estadual de Contingência.....	53
11.1 Nível 1 – Município Infestado com Casos Importados de Dengue.....	53
11.2 Nível 2 – Município Infestado com confirmação de até 01 casos autóctone..	54
11.3 Nível 3 – Município Infestado com transmissão viral sustentada (acima de 01 caso autóctone).....	55
11.4 Nível 4 – Município Infestado com Epidemia.....	56
12 Conclusão.....	57
13. Bibliografia.....	58
Lista de Anexos.....	59

# **PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA DENGUE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

## **1. INTRODUÇÃO**

O Estado do Rio Grande do Sul vem enfrentando surtos de dengue autóctone desde 2007, com aumento progressivo do número de municípios com infestação e com casos da doença, o que vem impondo a necessidade de elaboração e atualização dos Planos de Contingência Estadual, Regionais e Municipais.

Considerando a pequena magnitude da circulação viral em nosso meio, o presente Plano aborda a organização da assistência à saúde, contemplando, com o mesmo nível de importância, a questão do controle ambiental/vetorial. A definição de estratégias, além das relativas à assistência, passa pela qualificação da vigilância epidemiológica e entomológica, apoio laboratorial, ações integradas de educação, comunicação e mobilização social, saneamento e suporte legal para as ações.

A organização do sistema para atender às demandas impostas por uma epidemia de Dengue deve manter a coerência com a estrutura proposta no Plano Diretor de Regionalização do Estado e com a criação das Regiões de Saúde, de acordo com o Decreto 7508/11.

## **2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Em 1995, após várias décadas sem a presença do vetor, foi registrado foco de *Aedes aegypti* no Rio Grande do Sul, no município de Caxias do Sul. A partir de então, a FUNASA executou o combate e eliminação do vetor na referida área e implantou a vigilância entomológica no território gaúcho, sob sua coordenação.

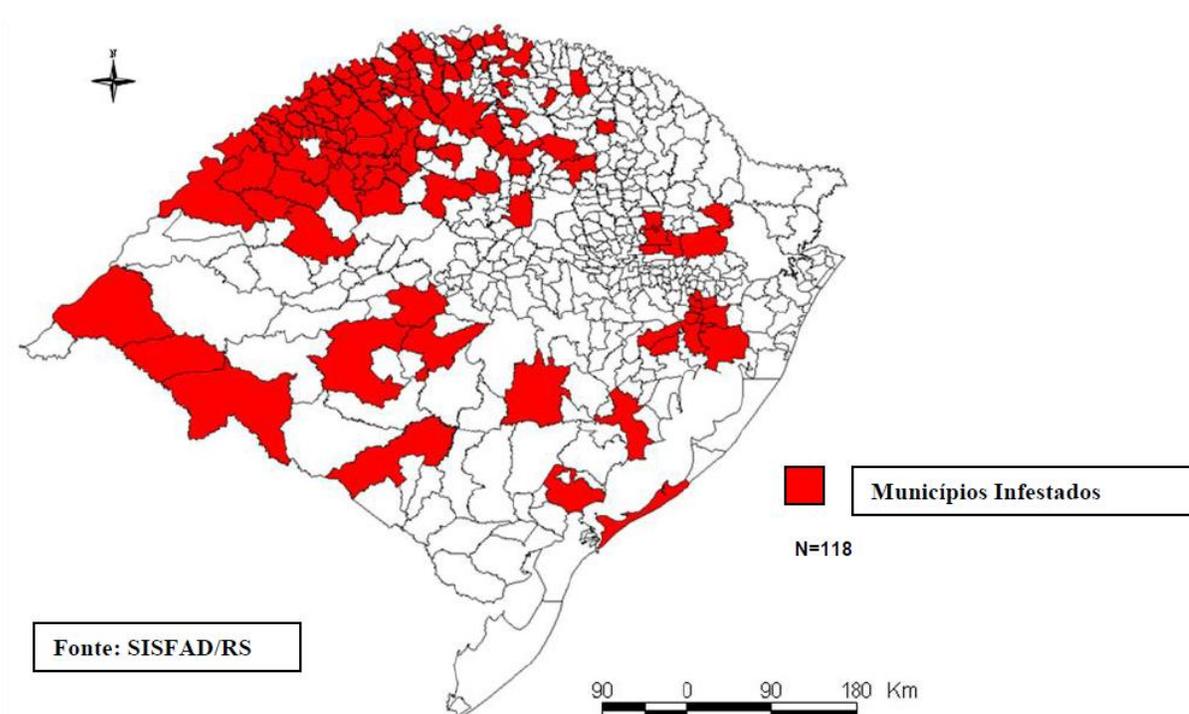
A partir do ano 2000, a vigilância entomológica foi sensivelmente ampliada, dentro do processo nacional de descentralização das ações da FUNASA para Estados e Municípios, conforme se observa na tabela 1.

**Tabela 1 - Municípios com vigilância entomológica implantada, RS,  
1995-2013\***

Ano	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*		
Nº de municípios	19	145	106	105	99	169	275	427	440	496	491	496	496	496	496	496	496	496	470	439	
trabalhados																					

Até outubro de 2013, o Estado apresenta 118 municípios na condição de infestados para *Aedes aegypti*, distribuídos em 16 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), a maioria (65,3%) na Região Noroeste Ampliada. Configura-se uma situação de alerta, por tratar-se do maior número de municípios nesta condição no histórico recente do programa, conforme Mapa 1 e lista de municípios no Anexo 1.

**Mapa 1 - Municípios Infestados por *Aedes aegypti*, nos últimos 12 meses  
Rio Grande do Sul, 2013**

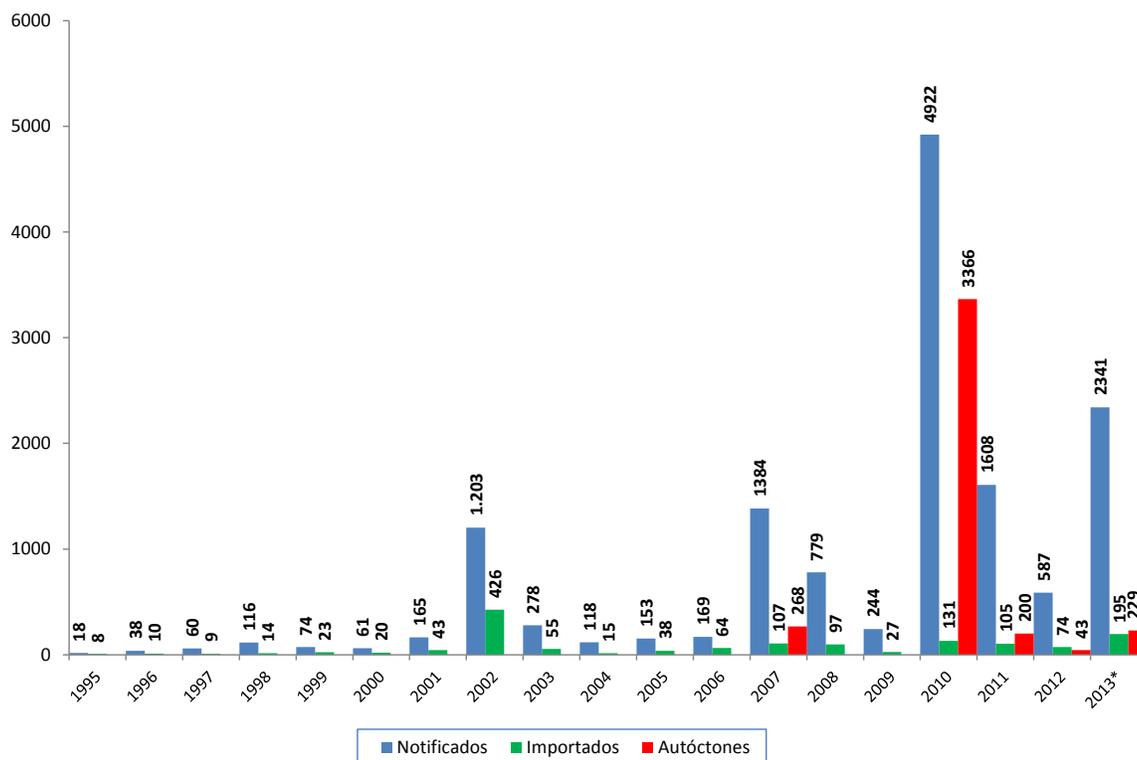


Ao longo desse período, as vigilâncias epidemiológica e entomológica foram se estruturando, por meio da capacitação de profissionais de saúde de várias categorias, incluindo agentes comunitários de saúde, além de centenas de servidores de instituições de outras áreas. Contando, no momento, com uma força de trabalho em torno de 2.000 Agentes de Campo.

Atualmente, também os municípios têm desenvolvido atividades de capacitação para seus profissionais de saúde, incluindo as equipes de ESF.

Em relação aos casos de dengue, o Rio Grande do Sul, em sua série histórica, somente registrava casos importados até o ano de 2006 (figura 1).

**Figura 1 - Casos Notificados e Confirmados de Dengue no RS, 1995 – 2013\***



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS  
\*Dados preliminares

A partir do mês de abril de 2007, o Estado mudou sua situação epidemiológica, devido à ocorrência de dengue autóctone em municípios da região

noroeste (Giruá, Horizontina, Tuparendi e Três de Maio) e região norte (Erechim). Naquele ano, foram notificados 1384 casos suspeitos de dengue, dos quais 107 foram confirmados importados e 268 casos confirmados autóctones. O sorotipo circulante isolado, em caso do município de Giruá, foi o DenV 3, o mesmo identificado em outras regiões do país no período.

Nos anos de 2008 e 2009, todos os casos confirmados de dengue foram importados. Em fevereiro de 2010, foram confirmados casos autóctones no município de Ijuí e, concomitantemente, nos municípios de Santa Rosa e Santo Ângelo, todos localizados na Região Noroeste do Estado. Em maio do mesmo ano, o município de Porto Alegre registrou os primeiros casos autóctones. Ao final de 2010, foram notificados 4922 casos suspeitos de dengue e confirmados 3497, dos quais 131 foram importados e 3366 autóctones. A pesquisa de sorotipo viral evidenciou que o vírus circulante em Ijuí e em Santo Ângelo foi DenV 2 e o circulante em Santa Rosa foi DenV 1. Foi observado um aumento nas internações hospitalares e o registro de casos de dengue com complicações e dengue hemorrágico, sem ocorrência de óbitos.

No ano de 2011, foram notificados 1608 casos suspeitos de dengue, com 105 casos importados e 200 casos autóctones, concentrados novamente nas Regiões Metropolitana e Noroeste. Os sorotipos virais identificados foram DenV 1 em casos autóctones e DenV 2 e DenV 4 em casos importados.

O ano de 2012 registrou apenas 587 casos notificados da doença com 79 importados e 44 autóctones somente em municípios da Região Noroeste, onde foram identificados os sorotipos DenV 1 e DenV 4.

Em 2013, foram notificados, até a 50ª semana epidemiológica, 2341 casos suspeitos, com 195 casos importados e 229 casos autóctones, repetindo-se a concentração de casos nas regiões consideradas de risco para dengue no RS: Metropolitana e Noroeste. A maior proporção de casos autóctones registrou-se no município de Porto Alegre (66%), sendo o ano que a capital mais confirmou casos, projetando um cenário bastante preocupante para a próxima temporada de verão 2013-2014. No mês de novembro, ocorreu o primeiro óbito por dengue no RS,

contraído no Estado da Bahia, em decorrência de complicações neurológicas e falência de múltiplos órgãos.

### **3. JUSTIFICATIVA**

A dispersão do *Aedes aegypti*, a grande suscetibilidade da população ao vírus, a confirmação de circulação viral em diversos municípios do Estado e a situação da dengue no país apontam para a necessidade de um grande esforço intersetorial e interinstitucional e uma organização adequada da área da assistência, aliados ao amplo engajamento da população, para controlar o vetor e prevenir grandes epidemias da doença no Estado e, em especial, a ocorrência de óbitos.

Este Plano propõe estratégias e ações que deverão ser incorporadas e desenvolvidas em caráter permanente, em todo o território gaúcho e dar suporte aos municípios nos casos de epidemias que extrapolem a sua capacidade operacional. Também se propõe a servir de modelo para elaboração dos Planos Municipais de Contingência.

A situação vetorial e epidemiológica exige também, pelas suas características, a harmonização de planos de contingência entre os municípios que, por suas características, necessitarão desenvolver atividades conjuntas de enfrentamento da epidemia.

Considerando a persistência de infestação, os altos Índices de Infestação Predial rotineiramente encontrados e a ocorrência de circulação viral autóctone desde 2007, entre outras características, configuram-se duas regiões de maior risco para Dengue no Estado e para as quais é necessária a elaboração de Plano de Contingência: Região Metropolitana e Região Noroeste Ampliada (Figura 3 e Mapa 2).

Figura 3 – Municípios com circulação viral autóctone de dengue, RS, 2007-2013\*

CRS	Região de Saúde	Município	2007	2010	2011	2012	2013*
2	10	PORTO ALEGRE		SIM	SIM		SIM
2	10	VIAMÃO					SIM
11	16	ERECHIM	SIM				
12	11	CERRO LARGO			SIM		
12	11	SANTO ANGELO		SIM			
12	11	SAO LUIZ GONZAGA			SIM		
12	11	SAO NICOLAU			SIM		SIM
14	14	CAMPINA DAS MISSOES				SIM	
14	14	CANDIDO GODOI		SIM			
14	14	GIRUA	SIM				
14	14	SANTA ROSA		SIM	SIM	SIM	SIM
14	14	TRES DE MAIO	SIM	SIM	SIM	SIM	
14	14	TUPARENDI	SIM			SIM	
17	13	AJURICABA					SIM
17	13	CATUIPE					SIM
17	13	CRISSIUMAL		SIM			
17	13	IJUI		SIM			SIM
19	15	TENENTE PORTELA				SIM	
19	15	TRES PASSOS				SIM	

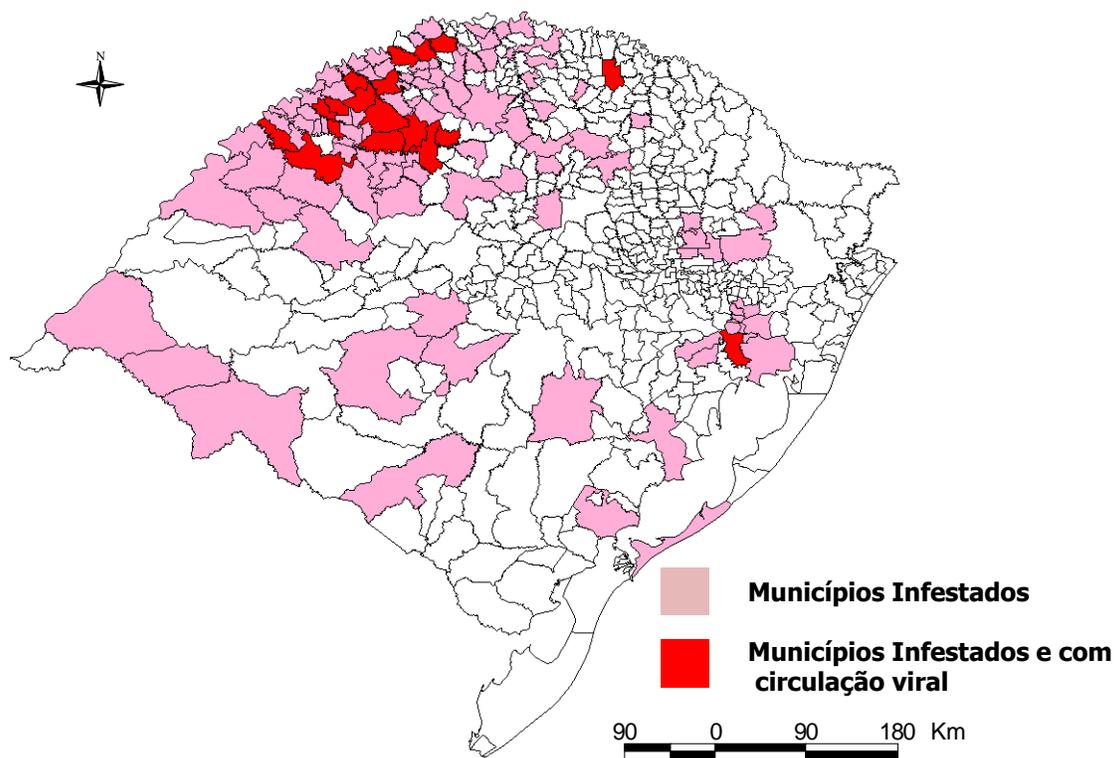
Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

\*Dados preliminares

Os municípios infestados que não pertencem às duas Regiões prioritárias deverão trabalhar seus Planos de Contingência de forma a dar conta de uma possível transmissão viral autóctone, utilizando as referências regionais previstas no Plano Diretor de Regionalização do Estado e na definição das 30 Regiões de Saúde.

Os municípios de Santana do Livramento, Bagé, Quaraí e Uruguaiana, além do proposto anteriormente, deverão ter a preocupação com as questões de fronteira com cidades uruguaias, especialmente em ações de controle do vetor a serem realizadas em conjunto, para garantir seus resultados, uma vez que são municípios contíguos.

**Mapa 2 - Áreas de Abrangência dos Planos de Contingência da Dengue:  
Regiões Metropolitana e Noroeste Ampliada e municípios infestados  
isolados, RS, 2013\***



Para fins de cálculo da população sob risco de epidemia e ações de assistência, foram considerados os municípios infestados que apresentaram circulação autóctone no período 2007-2013 e pertencentes às Regiões Metropolitana e Noroeste Ampliada.

Foram utilizados os parâmetros da publicação ministerial “Diretrizes para a Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em Situação de Aumento de Casos ou de Epidemia de Dengue” e a experiência acumulada no Estado desde 2007 para estimar o número de doentes e do número de casos com necessidades de hidratação, internação e UTI dos municípios sob risco de epidemia (Anexo 2).

#### **4. OBJETIVOS**

- 4.1 Manter o *status* sanitário de ausência de circulação de vírus da Dengue no Rio Grande do Sul, nos 379 municípios sem registro de infestação, por meio do controle vetorial e vigilância epidemiológica permanentes;
- 4.2 Minimizar a possibilidade de epidemias nos municípios onde já ocorreu circulação autóctone da Dengue, através de ações de impacto no controle vetorial e vigilância epidemiológica permanentes;
- 4.3 Promover ações para evitar a ocorrência de óbitos por dengue;
- 4.4 Garantir o apoio à organização da Rede Ambulatorial de Saúde dos Municípios para o atendimento dos casos suspeitos de Dengue, na possível ocorrência da circulação viral em nosso meio;
- 4.5 Garantir o apoio aos municípios nos qual a epidemia ultrapasse a sua capacidade operacional, tanto na área de assistência aos pacientes quanto no controle do vetor;
- 4.6 Apoiar a estruturação da Rede Hospitalar de Referência Municipal e Regional, para o atendimento aos casos graves da doença;
- 4.7 Capacitar profissionais de saúde no diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos suspeitos de Dengue;
- 4.8 Envolver os demais setores públicos nas ações programadas;
- 4.9 Realizar ações de mobilização da sociedade para o envolvimento na busca das soluções.

#### **5. ESTRATÉGIAS DE AÇÃO**

O Plano Estadual de Contingência para Dengue do RS está baseado nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). No Estado deverão ser realizadas adequações condizentes com as especificidades locais, inclusive com a possibilidade da elaboração de planos regionais, em sintonia com os objetivos e metas dos quatro componentes previstos nas Diretrizes Nacionais, apresentados a seguir.

## **5.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

A vigilância epidemiológica da dengue baseia-se nas atividades de notificação e investigação dos casos suspeitos, buscando acompanhar o padrão de transmissão da doença e detectar a ocorrência de epidemias, gerando informações para o desencadeamento oportuno das ações de prevenção e controle no nível local.

### **5.1.1 VIGILÂNCIA DE CASOS:**

- A notificação oportuna dos casos suspeitos de dengue é essencial para que o sistema de vigilância possa desencadear oportunamente as ações de controle e prevenção no nível local. De acordo com a portaria GAB/MS 104/11, a dengue é uma doença de notificação compulsória e os casos de dengue com complicações, síndrome de choque da dengue, febre hemorrágica da dengue e óbitos por dengue são considerados de notificação imediata (até 24 horas após a suspeita inicial). A partir de janeiro de 2014, passa a vigorar a nova definição de caso e classificação final, que abrangerá dengue, dengue com sinais de alarme e dengue grave;
- Todo o caso suspeito de dengue deve ser notificado na Ficha Individual de Notificação (FIN) do Dengue on line para o acompanhamento e análise dos dados e investigados através da Ficha de Investigação Epidemiológica. Na suspeita de caso autóctone, a notificação deve ser imediata, por telefone, à CRS e também no Dengue on line. É da responsabilidade da CRS notificar ao Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), para a mobilização de todos os recursos necessários ao controle da situação;
- Coletar amostra de sangue para exames laboratoriais, conforme preconizado no item Vigilância Laboratorial;
- A confirmação da autoctonia no município se dará a partir do resultado laboratorial positivo para dengue e da avaliação conjunta entre o Estado e Município da situação epidemiológica do caso, devendo a divulgação ser realizada em comum acordo entre os respectivos gestores das pastas;

- Garantir o monitoramento viral dos sorotipos circulantes, por meio da estratégia de Unidades sentinelas. No presente, está em funcionamento uma Unidade Sentinela para Isolamento Viral em Porto Alegre, localizada no Laboratório Municipal da SMS de Porto Alegre, podendo ocorrer ampliação conforme a situação epidemiológica;
- Em situação de epidemia, os casos de dengue poderão ser notificados somente através da FIN, não sendo necessário o preenchimento da ficha de investigação. Essa medida deverá ser implantada após acordo com o nível central, sendo que a digitação da FIN deve ser diária para subsidiar a tomada de decisão. Os casos suspeitos de dengue com sinais de alarme, dengue grave, gestantes e óbitos devem ser investigados com preenchimento da FIE;
- Investigar imediatamente os óbitos suspeitos de dengue, usando o protocolo de investigação de óbitos elaborado pelo PNCD/SVS/MS e disponível na página da SES/RS banner RS CONTRA DENGUE, para identificação dos seus fatores determinantes;
- Encerrar os casos no Dengue On line até 60 dias após a data da notificação, mantendo o banco de dados o mais fidedigno possível, de forma a garantir a qualidade da informação;
- Realizar busca ativa de outros casos na área de moradia, trabalho e/ou escola do caso suspeito de Dengue em todos os municípios independentes da presença do vetor no local. A área de abrangência da busca ativa compreende o quarteirão onde reside o paciente e os quarteirões circunvizinhos, de acordo com o Plano de Visita programado para esta atividade. Este Plano de Visita baseia-se na experiência desenvolvida pela vigilância entomológica, que determina a área a ser visitada segundo o RG (reconhecimento geográfico);
- Quando da utilização das estruturas de atendimento suplementar (ver adiante no item 5.3.5.3), o município deverá recolher diariamente as notificações registradas no local, para o acompanhamento adequado do número de casos;

- Consultar outras fontes de dados como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Internações Hospitalares (SIH) para complementar as informações existentes;
- Elaborar mapas e outros instrumentos para a análise e monitoramento da situação epidemiológica e entomológica.

É muito importante que a vigilância epidemiológica dos municípios, principalmente dos infestados, esteja atenta para identificar de forma oportuna os primeiros casos de dengue, com o objetivo de prevenir a ocorrência de epidemias. Indica-se, como estratégia de vigilância, a identificação de unidades de saúde nos municípios que atuem como **unidades sentinelas para doença febril aguda** com capacidade de detectar, precocemente, os primeiros casos autóctones da doença. O número de unidades deve acompanhar o porte populacional e as características dos municípios e os profissionais que atuam nestas unidades devem ser capacitados para tal.

#### **5.1.2 VIGILÂNCIA LABORATORIAL:**

Tem como objetivo, o aprimoramento da capacidade de diagnóstico laboratorial dos casos, para detecção precoce da circulação viral e monitoramento dos sorotipos circulantes. Será empregada para atender às demandas inerentes da Vigilância Epidemiológica, não sendo o seu propósito o diagnóstico de todos os casos suspeitos em situações de epidemia.

Recomenda-se a realização da sorologia em apenas uma amostra dos pacientes com dengue (uma coleta para cada 10 pacientes), pois a confirmação da maioria dos casos será feita pelo critério clínico-epidemiológico após a confirmação laboratorial da circulação viral na área. Todo paciente que apresente dengue com sinais de alarme ou dengue grave deverá ter diagnóstico sorológico realizado.

O diagnóstico laboratorial dos casos suspeitos de Dengue é realizado pelo IPB-LACEN-RS/FEPPS conforme segue:

O diagnóstico laboratorial dos casos suspeitos de Dengue é realizado pelo IPB-LACEN-RS/FEPPS conforme segue:

- **Pesquisa de anticorpos:** é realizada no IPB-LACEN/RS pela técnica de ELISA por captura de IgM na fase aguda da doença. Coleta-se uma amostra de soro dos casos suspeitos, preferencialmente no 7º dia após o início dos sintomas até o 30º dia. Além disso, o IPB-LACEN/RS realiza o teste de Mac-ELISA, considerado padrão ouro pela Coordenação Geral de Laboratórios (CGLAB/SVS/MS) para confirmação dos casos ou quando indicado pela investigação epidemiológica e/ou ambiental;
- **Pesquisa de Vírus por ELISA NS1** (Teste realizado para triagem do isolamento viral): É realizada pesquisa do antígeno dos vírus da Dengue por ELISA em coletas realizadas do 1º até o 5º dia de sintomas, para triagem das amostras destinadas a isolamento viral em unidades sentinela, em caso de pacientes graves internados ou quando indicado pela investigação epidemiológica e/ou ambiental. Em pacientes negativos para este teste coleta-se uma segunda amostra para testagem da IgM. As amostras para diagnóstico virológico a serem encaminhadas para o Instituto Adolfo Lutz em São Paulo (IAL/SP) serão previamente testadas para NS1 e somente as amostras reagentes serão enviadas, após definição em conjunto com a Vigilância Epidemiológica Estadual;
- **Diagnóstico virológico:** é realizado através da técnica de isolamento viral (cultivo celular) no IAL/SP; coleta-se amostra de sangue, soro ou tecidos dos casos suspeitos do 1º ao 5º dia da doença. É importante para a identificação do sorotipo viral circulante. Outras técnicas utilizadas são: PCR, imunofluorescência e histoquímica;
- **Diagnóstico Viroológico por PCR em Tempo Real:** é realizado no IPB-LACEN/RS para amostras reagentes no ELISA NS1, em coletas realizadas do 1º até o 5º dia de sintomas, ou quando indicado pela investigação epidemiológica e/ou ambiental. Comprovada a circulação viral, é importante a identificação do sorotipo circulante, que será realizado no IPB-LACEN/RS por PCR em Tempo Real (RT-PCR) e/ou enviado ao IAL/SP, para

realização da técnica de isolamento viral em células, com uma amostra de sangue do caso suspeito, até o 5º dia do início dos sintomas.

Visando à agilidade do diagnóstico sorológico da doença, o IPB-LACEN – RS/FEPPS descentralizará o teste ELISA, na medida da demanda e capacidade operacional instalada, para os Laboratórios Regionais de Saúde Pública, bem como para os Laboratórios Públicos Municipais (anexo 3) e aos Laboratórios de Fronteira, ficando as confirmações necessárias e o controle de qualidade do método a cargo do IPB-LACEN-RS/FEPPS.

Cabe registrar que a coleta de amostras (incluindo insumos necessários) para diagnóstico é de responsabilidade municipal, cabendo à Rede Estadual, o processamento, tendo em vista a necessidade na manutenção da rotina já existente (capacidade operacional instalada).

A Rede Laboratorial Conveniada do SUS (Laboratórios Clínicos Públicos e Privados) será responsável pelas análises relacionadas à Atenção Básica: Hemograma completo, contagem de plaquetas e demais exames hematobioquímicos solicitados conforme critério médico.

Como atividade complementar de Vigilância Laboratorial, o IPB/LACEN/RS/FEPPS, poderá investigar, através da realização de sorologia para dengue, todo caso descartado laboratorialmente para sarampo ou rubéola, independente de solicitação do município de origem.

Caso seja necessário que os municípios, devido ao elevado número de pacientes, utilizem a rede conveniada para realização do exame específico, estes laboratórios deverão ser contratados pelas Regulações Municipal ou Estadual mediante alguns compromissos a seguir:

- Notificação obrigatória pelo Laboratório contratado de todos os casos suspeitos para a Secretaria Municipal de Saúde;
- Estar cadastrado ou efetivar o cadastro do Laboratório conveniado no IPB-LACEN/RS;

- Armazenar as amostras positivas para dengue pelo menos por 30 dias para serem enviadas pelo município para o IPB-LACEN, caso seja necessário para o fechamento do caso.

Na área Entomológica, para a identificação larvária o IPB/LACEN/RS/FEPPS utilizará toda capacidade dos Laboratórios Municipais, Intermunicipais e Regionais na sua realização (anexo 4).

Na medida do possível, os municípios deverão estabelecer seu próprio laboratório para identificação de larvas, sendo a capacitação e o controle de qualidade de responsabilidade do IPB/LACENRS.

### **5.1.3 INTEGRAÇÃO COM ATENÇÃO BÁSICA**

A Atenção Primária, enquanto um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Utiliza processos de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

A Saúde da Família, estratégia prioritária para a organização da atenção primária, tem como um de seus preceitos desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população de seu território de abrangência, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Considerando a magnitude da dengue hoje no nosso país, a atenção primária tem importante papel a cumprir na prevenção, atenção e controle da doença. Constitui porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde e tem situação privilegiada para efetividade das ações, por estar próxima da comunidade em que atua.

É importante que se estabeleça, em cada município, a unificação das áreas geográficas de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Controle de Endemias, de acordo com a Portaria MS nº 1007 de 05/05/10,

possibilitando uma ação mais oportuna quando ocorrer a detecção de focos e/ou de casos de dengue. As atribuições dos ACS, de acordo com a Portaria MS nº 44, de 31/01/2002, são as seguintes:

1. Encaminhar os casos suspeitos de dengue à Unidade Básica de Saúde, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde;
2. Atuar junto aos domicílios, informando aos seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – sobre o agente transmissor e as medidas de prevenção;
3. Informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue no domicílio e peridomicílio, chamando a atenção para os criadouros mais comuns na sua área de atuação;
4. Vistoriar o domicílio e peridomicílio, acompanhado pelo morador, para identificar locais e objetos que sejam ou possam se transformar em criadouros de mosquito transmissor da dengue;
5. Orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos;
6. Caso seja necessário, remover mecanicamente os ovos e larvas do mosquito;
7. Encaminhar ao Agente de Controle de Endemias (ACE) os casos de verificação de criadouros de difícil acesso ou que necessitem do uso de larvicidas/biolarvicidas;
8. Promover reuniões com a comunidade, com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue, bem como conscientizá-la quanto à importância de que todos os domicílios em uma área infestada pelo *Aedes aegypti* sejam trabalhados pelo Agente de Controle de Endemias;
9. Comunicar ao enfermeiro supervisor e ao ACE a existência de criadouros de larvas e/ou do mosquito transmissor da dengue, que dependam de tratamento químico/biológico, da intervenção da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;

10. Comunicar ao enfermeiro supervisor do ACS e ao ACE os imóveis fechados e as recusas;
11. Notificar os casos suspeitos de dengue, em ficha específica, e informar a equipe da Unidade Básica de Saúde;
12. Reunir-se regularmente com o ACE para planejar ações conjuntas, trocar informações sobre febris suspeitos de dengue, a evolução dos índices de infestação por *Aedes aegypti* da área de abrangência, os índices de pendências, os criadouros preferenciais e as medidas que estão sendo ou serão adotadas para melhorar a situação;
13. Orientar sobre a importância da hidratação oral, desde os primeiros sintomas da doença;
14. Acompanhar os pacientes com dengue, após atendimento nos serviços de saúde, por meio de visitas domiciliares, orientando a família e a comunidade.

Segundo dados de agosto de 2013, o RS conta com 8.169 equipes de PACS implantadas, atingindo 38,9% da população gaúcha. Em relação aos ESF, existem 5.376 equipes (23 em área indígena), cobrindo 41,95% da população.

#### **5.1.4 VIGILÂNCIA EM ÁREAS DE FRONTEIRA**

Tem como objetivo a detecção precoce da introdução de novos vírus/cepas nas regiões de fronteiras. O Rio Grande do Sul tem extensa fronteira com o Uruguai e a Argentina, num total de 31 municípios, considerando portos e aeroportos internacionais, com ações conjuntas de controle do vetor já implantadas.

Atualmente três municípios infestados fazem fronteira seca com o Uruguai, Bagé, Uruguiana e Santana do Livramento. Nesses municípios, na questão do controle entomológico, ficou acertado a realização de LIRAA conjunto entre os dois países, para posterior planejamento das ações de controle, realizadas da mesma forma pelas duas equipes (Tabela 6).

A comunicação de circulação de dengue em áreas de fronteira deverá ser imediata, para diminuir o impacto nos municípios vizinhos e elaboração de

atividades conjuntas. O intercâmbio oportuno e regular de informações epidemiológicas com os países de fronteira será realizado com o apoio do Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

**Tabela 6 – Municípios infestados por *Aedes aegypti* de fronteira internacional, RS, até agosto de 2013**

<b>CRS</b>	<b>Região de Saúde</b>	<b>Municípios Infestados e de Fronteira Internacional / 2013</b>	<b>Fronteira com Argentina</b>	<b>Fronteira com o Uruguai</b>
14	14	ALECRIM	X	
7	22	BAGE		X
17	13	CRISSIUMAL	X	
19	15	DERRUBADAS	X	
14	14	DOUTOR MAURICIO CARDOSO	X	
19	15	ESPERANCA DO SUL	X	
12	11	GARRUCHOS	X	
14	14	NOVO MACHADO	X	
12	11	PIRAPO	X	
14	14	PORTO LUCENA	X	
14	14	PORTO MAUA	X	
14	14	PORTO VERA CRUZ	X	
12	11	PORTO XAVIER	X	
10	3	QUARAI		X
12	11	ROQUE GONZALES	X	
10	3	SANTANA DO LIVRAMENTO		X
12	11	SAO BORJA	X	
10	3	URUGUAIANA		X
12	11	SÃO NICOLAU	X	

Fonte: SIS-FAD-2013/DVAS/CEVS/SES-RS

## 5.2 CONTROLE VETORIAL

As atividades voltadas ao controle vetorial são consideradas de caráter universal e podem ser caracterizadas sob dois enfoques: as ações em períodos não epidêmicos e períodos epidêmicos.

Tem como objetivo:

1. Intensificar as ações de combate ao vetor em 100% dos municípios infestados;

3. Reduzir a menos de 1%, a infestação predial por *Aedes aegypti* em 100% dos municípios do Estado;
4. Manter o controle através dos resultados do uso de armadilhas em municípios não infestados;
5. Diminuir a população de insetos adultos nos momentos de transmissão vetorial, visando conter a epidemia.

As ações propostas são:

- Apoiar as Secretarias Municipais de Saúde com equipamentos necessários para as ações de combate ao vetor, incluindo a disponibilização de bombas costais, veículos para utilização de UBV, máscaras para aplicação de inseticidas e insumos;
- Supervisionar a correta utilização dos equipamentos disponibilizados para as ações de combate ao vetor;
- Apoiar os municípios em ações que permitam alcançar índices de pendência menores do que 10% na aplicação das metodologias de Levantamento de Índice;
- Apoiar os municípios na utilização da metodologia de Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA), ou Levantamento de Índice Amostral (LIA), para planejamento de ações de controle do vetor;
- Monitorar junto aos municípios o quantitativo de pessoal envolvido na execução das ações de combate ao vetor;
- Intensificar o combate ao vetor, em articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em portos, aeroportos e fronteiras;
- Realizar supervisões as equipes municipais, visando apoio na qualificação das ações de controle da dengue;
- Promover ações conjuntas de combate ao vetor em municípios de fronteira estadual;

- Promover ações conjuntas de controle vetorial em municípios de fronteira internacional.

A proposição de estratégias e a respectiva necessidade de recursos para sua implementação exigem a definição de critérios de priorização de municípios, a partir da avaliação de risco, cuja graduação de risco tem considerado: municípios infestados, municípios com histórico de infestação, manutenção do quantitativo da equipe prevista e Índice de Infestação Predial médio.

### **5.2.1 PERÍODO NÃO EPIDÊMICO:**

As diretrizes deverão ser utilizadas na elaboração ou adequação de estratégias estaduais e municipais, orientando a organização e desenvolvimento de rotinas das atividades de prevenção e controle da dengue no âmbito do sistema de saúde.

Para organização das ações consideram-se três tipos de municípios: os infestados, os vizinhos de infestados e os não infestados.

#### **5.2.1.1 Municípios Infestados**

São aqueles no qual o Levantamento de índice detectou a presença do *Aedes aegypti* domiciliado. O município infestado passa a ser considerado não infestado quando permanecer, pelo menos, 12 meses consecutivos sem a presença do vetor.

A vigilância entomológica deve ser implantada e mantida permanentemente.

Todo município deve estruturar equipe de agentes de campo, conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite, capaz de desenvolver as atividades propostas no Protocolo Técnico Nacional que são:

- Levantamento de Índice em 100% dos imóveis e tratamento focal em ciclos bimensais;

- Levantamento Rápido de Índice de *Aedes Aegypti* (LIRAA) a cada 3 meses, ou Levantamento de Índice Amostral (LIA), para apoiar no planejamento das ações;
- Pesquisa entomológica nos Pontos Estratégicos em ciclos quinzenais, com tratamento químico mensal, quando necessário;
- Incluir a vigilância sanitária municipal como suporte às ações de vigilância e controle vetorial, que exigem o cumprimento da legislação sanitária.
- Atividades de informação, educação e comunicação em saúde, buscando a conscientização e participação comunitária na promoção do saneamento domiciliar;
- Articulação com órgãos municipais de limpeza urbana, tendo em vista a melhoria da coleta e a destinação adequada de resíduos sólidos;
- Articulação com outros órgãos municipais governamentais e entidades não governamentais, tendo em vista a atuação intersetorial;
- Integrar as equipes de saúde da família nas atividades de controle vetorial, unificando os territórios de atuação de ACS e ACE;
- É fundamental que o sistema de informações vetoriais, a vigilância epidemiológica e as ESF utilizem a mesma base geográfica, para permitir que as ações de controle da dengue sejam executadas de forma articulada e as análises geradas tenham a mesma referência;
- Constituir Comitê Gestor Intersetorial, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, com representantes das áreas do município que tenham interface com o problema dengue (defesa civil, limpeza urbana, infraestrutura, segurança, turismo, planejamento, saneamento, etc), definindo responsabilidades, metas e indicadores de acompanhamento de cada área de atuação;
- Realizar bloqueio de transmissão, quando necessário:
  - Imediatamente à notificação de caso suspeito de dengue (mesmo no caso de casos importados), a equipe municipal deverá proceder:
    1. Pesquisa Vetorial Especial (PVE) realizada de forma complementar as atividades de rotina, que visa procura eventual do *Aedes aegypti*, na área do caso

suspeito, com eliminação mecânica dos possíveis criadouros do mosquito e pesquisa larvária.

## 2. Bloqueio da transmissão de dengue (quando necessário).

O bloqueio de transmissão baseia-se na aplicação de inseticida por meio de nebulização espacial a frio – tratamento a UBV – utilizando equipamentos portáteis ou pesados, em, pelo menos, uma aplicação, iniciando no quarteirão de ocorrência e continuando nos adjacentes, considerando um raio de 150m.

O bloqueio de transmissão é a estratégia de escolha para uma ação imediata, quando se faz necessário o combate ao vetor na forma adulta. Neste caso, será feita aplicação de inseticida em UBV, sempre concomitante com as medidas de controle larvário, segundo Protocolo Técnico Nacional estabelecido nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, nas seguintes situações:

- Município infestado, mas sem transmissão confirmada, sendo importante buscar a confirmação laboratorial de caso suspeito;
- Município com transmissão confirmada, em que a notificação de casos suspeitos é suficiente para desencadear o bloqueio, desde que o número de casos seja baixo;
- Quando da notificação de caso suspeito procedente de região ou país onde esteja ocorrendo a transmissão por um sorotipo não circulante naquele município;
- Quando da confirmação de caso importado em município infestado, mas sem a ocorrência de notificação de dengue.

O CEVS, em conjunto com as Coordenadorias Regionais de Saúde, apoiará o município no planejamento das ações de controle de insetos, visando impactar na possibilidade de transmissão da doença.

### **5.2.1.2 Municípios não Infestados Vizinhos de 1ª Grandeza:**

São aqueles no qual o Levantamento de Índice ou a rede de armadilhas (Larvitrap) não detecta a presença do vetor, porém são geograficamente limítrofes (vizinhos de 1ª grandeza) a um município na condição de infestado.

A vigilância entomológica deve ser mantida permanentemente, especialmente em áreas de aglomerados urbanos vizinhas de aglomerado urbano infestado.

As seguintes atividades são preconizadas para avaliar e controlar a situação vetorial no município:

- Pesquisa entomológica em Larvitrapas (armadilhas para larvas) em ciclos semanais. Alternativamente, realizar o levantamento de índice.
- Pesquisa larvária em pontos estratégicos (PE), em ciclos quinzenais, com tratamento focal e/ou residual, quando indicado tecnicamente.
- Atividades de educação e comunicação, com vistas à prevenção e controle da dengue pela população.
- Delimitação de focos, quando for detectada esporadicamente a presença do vetor em PE, armadilhas ou em função do resultado de pesquisa vetorial especial (PVE). Na persistência de focos, com a comprovação de domiciliação do vetor, o município passa a ser considerado como infestado.
- Levantamento de índice amostral em ciclos quadrimestrais.

Considerando os preceitos de responsabilização e vínculo estabelecidos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) com sua área de atuação, o gestor pode e deve rever os parâmetros definidos para o Agente de Controle de Endemias (ACE), considerando como domicílios visitados aqueles que tiveram a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS), de acordo com sua realidade e organização dos serviços de saúde.

Em situação de circulação viral confirmada em município limítrofe, acionar com toda agilidade, concomitantemente:

- **Atividades de educação em Saúde:** informação à população sobre a área de epidemia, mobilização da comunidade para intensificar a destruição dos criadouros potenciais do vetor; reunião com serviços de saúde da área e de todo município para discutir a situação e a estratégia do enfrentamento do problema.
- **Atividades de intensificação de Controle Vetorial:** intensificar a pesquisa em armadilhas, ou de Levantamento de Índice e eliminação

dos criadouros potenciais, pelas equipes de controle ao vetor. De acordo com a situação geográfica do município é aconselhável a realização de LIRAA ou LI Amostral para o planejamento das ações, especialmente na proximidade das estações do ano que favorecem a proliferação do vetor.

- **Alerta aos profissionais de saúde:** os profissionais de saúde locais deverão ser alertados para identificação precoce de casos suspeitos de dengue, que deverão ser imediatamente comunicados às autoridades de saúde, para acionarem as medidas necessárias, como realização de busca ativa de novos casos e Pesquisa Vetorial Especial, de acordo com o Protocolo Técnico Nacional estabelecido no PNCD.

### **5.2.1.3 Municípios Não Infestados**

São aqueles no qual o Levantamento de Índice ou a rede de armadilhas (Larvitrap) não detecta a presença do vetor.

A vigilância entomológica deve ser mantida permanentemente.

Todo município deve estruturar equipe de agentes de campo, conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite, capaz de desenvolver as atividades propostas no Protocolo Técnico Nacional que são:

- Pesquisa entomológica nos Pontos Estratégicos em ciclos quinzenais;
- Pesquisa entomológica em Larvitrapas (armadilhas para larvas) em ciclos semanais;
- Atividades de educação e comunicação, com vistas a prevenção e controle da dengue pela população;
- Atividades que busquem a conscientização e participação comunitária na promoção do saneamento domiciliar;
- Regularização da coleta pública de lixo;
- Articulação com outros órgãos municipais governamentais e entidades não governamentais, tendo em vista a atuação intersetorial.
- Delimitação de Foco: na delimitação de foco, a pesquisa larvária e o tratamento focal devem ser feitos em 100% dos imóveis incluídos em um raio de até 300 metros a partir do foco inicial, detectado em um Ponto

Estratégico ou Armadilha, bem como a partir de um levantamento de índice ou pesquisa vetorial especial que é a procura eventual de *Aedes aegypti* em função de denúncia de sua presença em áreas não infestadas ou sem transmissão da doença.

## **5.2.2 PERÍODO EPIDÊMICO**

O objetivo do controle do vetor é o de intensificar as medidas de combate e desenvolver atividades educativas, visando a diminuir o número de casos e o tempo de duração da epidemia:

### **5.2.2.1 Atribuições da Esfera Municipal:**

- Criar, onde não houver, a Sala de Crise, visando o gerenciamento integrado com as diversas áreas do município (controle entomológico, epidemiologia, assistência, atenção básica, entre outras) da situação de epidemia.
- Análise das notificações dos casos de dengue, detalhando as informações pela menor unidade geográfica possível (região administrativa, distrito, bairro, área de abrangência de unidades de saúde, estratos etc.), para identificação precisa dos locais em situação epidêmica.
- Caso o município não possua indicadores entomológicos atualizados, fornecidos pelo último ciclo de trabalho, deve realizar o LIRAA, com o objetivo de nortear as ações de controle.
- Com a informação entomológica atualizada, suspender o levantamento de índice (LI) de rotina e intensificar a visita domiciliar em 100% dos imóveis do município, com manejo dos criadouros passíveis de remoção/eliminação e tratamento focal dos depósitos permanentes.
- Realizar a aplicação de UBV, em articulação com a SES, utilizando equipamentos costais ou pesados, com cobertura de 100% da área de transmissão. Devem-se priorizar as áreas com registros de maior número de notificações por local de infecção, estratos em situação de risco de surto (IIP >3,9%) e de alerta (IIP >1 e <3,9%) e locais com grande

concentração/circulação de pessoas (tendas de hidratação, terminais rodoviários, hospitais etc.).

- Priorizar o uso de equipamentos de UBV portáteis em localidades com baixa transmissão.
- Planejar cinco a sete ciclos, com intervalos de três a cinco dias entre as aplicações, de acordo com a quantidade de equipamentos disponíveis. É importante ressaltar que essas aplicações têm caráter transitório, devendo ser suspensas quando a transmissão for interrompida.
- Intensificar a visita nos pontos estratégicos, com a aplicação mensal de inseticida residual.
- Publicar ato institucional convocando todos os profissionais de saúde envolvidos para intensificar as ações de controle (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle de vetores, atenção básica, assistência e administração). Se necessário esse ato deve indicar medidas, tais como a suspensão de férias e folgas, entre outras.
- Com base nos dados dos indicadores entomológicos, executar ações direcionadas, priorizando as áreas onde o LIRAA apontou estratos em situação de risco de surto ( $IIP > 3,9\%$ ) e de alerta ( $IIP > 1$  e  $< 3,9\%$ ), visando ao manejo e/ou eliminação dos depósitos com ações específicas, tais como mutirões de limpeza, instalação de capas de caixas d'água e recolhimento de pneumáticos.
- Designar um representante da entomologia/controle vetorial capacitado para realizar as análises de dados (mutirões de limpeza realizados, bloqueio, indicadores entomológicos, identificação e sinalização dos locais com maior risco de transmissão), que subsidiarão o grupo de monitoramento no âmbito do CIEVS, onde houver.

#### **5.2.2.2 Atribuições da Esfera Estadual:**

- Criar, junto a Coordenadoria Regional de Saúde dos municípios em situação de epidemia a sala de crise, para apoiar o gerenciamento

integrado de todas as áreas no controle da epidemia. Assessorando os municípios na elaboração de estratégias de controle de vetores.

- Designar um representante da entomologia/controle vetorial para realizar as análises dos dados provenientes dos municípios (mutirões de limpeza realizados, bloqueio, indicadores entomológicos, identificação e sinalização dos locais com maior risco de transmissão), que subsidiarão o grupo de monitoramento, no âmbito do CIEVS, onde houver.
- Assessorar os municípios no processo de vistoria e calibragem dos equipamentos de nebulização espacial (vazão, pressão e rotação), para garantir a qualidade durante a aplicação.
- Realizar manutenção periódica dos equipamentos de nebulização que fazem parte da central estadual de UBV.
- Apoiar os municípios, por intermédio das centrais de UBV, na realização das operações de UBV, bem como orientar a sua indicação, através da disponibilização dos equipamentos do estado.
- Assessorar os municípios na realização de avaliação de impacto das aplicações espaciais de inseticidas, utilizando metodologia recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), que preconiza o uso de ovitrampas, captura de adultos e provas biológicas com gaiolas.
- Apoiar e orientar tecnicamente a realização do LIRAA nos municípios de maior risco no estado.
- Manter os estoques dos inseticidas e larvicidas necessários às ações dos municípios.

### **5.2.3 VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA**

Tem como objetivo o monitoramento dos índices de infestação por *Aedes aegypti* para subsidiar a execução das ações apropriadas de eliminação dos criadouros de mosquitos e diminuição da população de insetos adultos nos momentos de transmissão viral. As ações propostas são:

1. Realizar a alimentação diária do SIS-PNCD e proceder à análise dos dados de vigilância e controle de vetores em todos os municípios;

2. Manter o SIS-PNCD como única fonte de informações vetoriais para a vigilância da dengue;
3. Realizar a consolidação e análise dos indicadores de acompanhamento da situação entomológica, em todos os municípios, para a identificação de municípios de maior risco;
4. Manter metodologia de levantamento rápido de índices de infestação (LIRAA) para monitoramento da situação entomológica dos municípios de risco;
5. Manter relações muito estreita com a Vigilância Epidemiológica para acompanhamento imediato da notificação dos casos suspeitos.

### **5.3 ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES**

#### **5.3.1 ESTRUTURA DA SES/RS**

O Estado do Rio Grande do Sul possui uma área territorial de 282.674 Km<sup>2</sup> e é constituído por 497 municípios. Segundo estimativas do IBGE para o ano de 2012, 46% dos municípios contavam com menos de 5.000 habitantes e 79% com menos de 20.000 habitantes.

A divisão administrativa na área da saúde é representada por 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). A Coordenadoria é a instância responsável pela coordenação dos sistemas de saúde existentes nos municípios de sua área de abrangência.

Por ocasião da elaboração do Plano Diretor de Regionalização, o Estado do Rio Grande do Sul foi dividido em sete macrorregiões de saúde com o objetivo de organizar a atenção à saúde e garantir um atendimento universal, equânime e integral a toda a população do estado. A definição das regiões foi precedida por um estudo da capacidade instalada e sua distribuição geográfica e do fluxo e acesso dos usuários aos serviços por nível de complexidade. A partir da análise da cobertura de serviços, foram identificados hospitais de referência.

A partir do Decreto Presidencial nº 7508/11, o Rio Grande do Sul está dividido em trinta Regiões de Saúde (Resolução CIB no 555/2012), distribuídas nas 19 Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde. Entende-se por Região de Saúde o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de

Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

### 5.3.2 REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A rede de serviços de saúde no RS é composta por unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família (ESF), clínicas e hospitais especializados, unidades e serviços de pronto-atendimento 24 horas. São unidades públicas, filantrópicas, privadas, conveniadas com o SUS.

A distribuição do quantitativo de unidades de saúde segundo tipo de estabelecimento, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, está apresentado na Tabela 8.

**Tabela 8 – Número e tipo de unidade de saúde, RS, 2013**

<i>Tipo de Unidade de Saúde</i>	<i>Número</i>
ACADEMIA DA SAÚDE	36
CENTRAL DE REGULAÇÃO	9
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	8
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	17
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	9
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	186
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	1950
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	5
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	2003
CONSULTORIO	12222
COOPERATIVA	13
FARMACIA	61
HOSPITAL ESPECIALIZADO	16
HOSPITAL GERAL	320
HOSPITAL DIA	12
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA - LACEN	5
POLICLINICA	291
OFICINA ORTOPEDICA	2
POSTO DE SAUDE	743
PRONTO ANTEDIMENTO	31
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	10
PRONTO SOCORRO GERAL	28
SECRETARIA DE SAUDE	484
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE)	10
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	9
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	2028
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	56
UNIDADE MISTA	21
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCIA	189
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	1
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	86
TELESAÚDE	2
<b>Total</b>	<b>20863</b>

Fonte: CNES/DATASUS/MS – novembro 2013

O Rio Grande do Sul conta com capacidade instalada de 22.836 leitos hospitalares para atendimento das necessidades da população SUS, o que atende aos parâmetros da Portaria MS/GM 1.101/02, que estabelece uma razão de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes. É preciso ressaltar, porém, que parte expressiva dos leitos (25,5%) esta localizada em pequenos hospitais, que são caracterizados pela baixa resolutividade e pela tendência a internações sensíveis à atenção básica (PES).

### **5.3.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**

O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um serviço de saúde, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. É responsável pelo componente Regulação dos atendimentos de Urgência, pelo Atendimento Móvel de Urgência e pelas transferências de pacientes graves. Faz parte do sistema regionalizado e hierarquizado, capaz de atender, dentro da região de abrangência, todo enfermo, ferido ou parturiente em situação de urgência ou emergência, e transportá-los com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até o nível hospitalar do sistema. Além disso, intermedia, através da central de regulação médica das urgências, as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, promovendo a ativação das equipes apropriadas e a transferência do paciente.

A coordenação do sistema é realizada através da Central de Regulação do Atendimento Pré-Hospitalar que opera no Hospital Sanatório Partenon em Porto Alegre, com profissionais Médicos Reguladores, Telefonistas e Rádio-Operadores 24 horas do dia, todos os dias da semana.

A Central de Regulação pode ser acionada pelo número 192 em qualquer um dos municípios atendidos; o Médico Regulador atende a chamada e despacha o veículo para realizar o atendimento.

### **5.3.4 ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM DENGUE**

A estruturação da rede de assistência ao paciente com dengue é fundamental para que, uma vez instalada a epidemia da doença, ocorra o atendimento dos doentes de modo a não sobrecarregar o sistema de atenção à saúde existente e a minimizar os óbitos. É importante lembrar que, durante as epidemias de dengue, as demais doenças e agravos continuam demandando os serviços de saúde.

Para tanto, Estado e municípios necessitam otimizar os recursos humanos, materiais e financeiros existentes e planejar o funcionamento da rede de assistência à saúde, tanto em capacitação dos profissionais de saúde como em previsão de alocação de recursos humanos extras, compra de medicamentos, equipamentos para hidratação, exames laboratoriais e outros insumos e estabelecimento do fluxograma de atendimento com definição das referências e contrarreferências, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.

É fundamental que cada município realize, preliminarmente, avaliação da sua rede de atenção à saúde, com caracterização da rede (número e tipo de unidade, se básica, pronto-atendimento, centro de especialidades ou hospitais) e identificação e programação das unidades intermediárias que possam atender 24 horas, incluindo fins de semana, e servir de referência para hidratação dos pacientes com dengue, evitando a sobrecarga da rede hospitalar e reduzindo a letalidade pela doença.

Deve haver integração e fluxo entre as unidades de saúde do município, de modo que as unidades de atenção básica funcionem como porta de entrada para os casos de dengue, com unidades intermediárias 24 horas para hidratação e encaminhamento aos hospitais apenas dos casos graves.

Todos os municípios devem elaborar/atualizar o Plano de Contingência Municipal para Dengue com ênfase na área de assistência aos doentes e levando em conta o Plano Estadual.

Os protocolos clínicos de diagnóstico e tratamento de dengue (adulto e criança e enfermagem), assim como os cartões de acompanhamento dos doentes (Cartão do Usuário – Dengue) e cartazes com a Classificação de Risco e Manejo do paciente devem estar distribuídos e divulgados amplamente em toda a rede de saúde pública e privada.

A seguir, descreve-se como os diferentes níveis devem estar organizados.

#### **5.3.4.1 Nível Primário**

Todas as unidades de saúde devem prestar o primeiro atendimento aos casos suspeitos de dengue e encaminhar aqueles que necessitem de hidratação venosa e/ou monitoramento laboratorial para as Unidades de Referência Ambulatorial de seu município. Deve ser avaliado o número de leitos de observação (existentes e necessários), além dos recursos humanos existentes e a possibilidade de contratação, remanejamento e aumento de carga ou pagamento de horas-extras.

O fluxo de atendimento deve ser organizado de modo a priorizar os pacientes com sinais de alarme e os pacientes portadores de comorbidades, com risco individual aumentado para dengue complicado como diabéticos, asmáticos, hipertensos, portadores de doenças autoimunes tipo lúpus. Deve ser oferecido soro de rehidratação oral (SRO) na sala de espera.

#### **5.3.4.2 Nível Secundário – Unidade de Referência Ambulatorial (URA)**

Em todos os municípios deve ser identificada uma ou mais Unidades de Referência Ambulatorial com capacidade para receber e tratar os casos de dengue que necessitem receber hidratação venosa e/ou monitoramento laboratorial.

Em caso de ocorrência de epidemia, cada município deve definir o número de Unidades de Referência Ambulatorial, conforme a sua necessidade, e divulgar amplamente por rádio, jornais, cartazes, folders, etc.

#### **5.3.4.2.1 Critérios para identificar a URA**

- As Unidades de Referência Ambulatorial para atendimento aos casos suspeitos de dengue deverão estar distribuídas estrategicamente dentro da área geográfica do município, a fim de cobrir toda sua extensão territorial, especialmente os municípios classificados como infestados;
- Os municípios com mais de 50.000 habitantes deverão conhecer sua demanda de atendimento por unidades de saúde e extensão geográfica para determinar número de Unidades de Referência. Cabe ao gestor municipal gerenciar esta demanda;
- As Unidades de Referência deverão disponibilizar atendimento 24h, inclusive nos finais de semana e nos feriados;
- A unidade deverá contar, preferencialmente, com laboratório próprio para realização de exames clínicos; caso isso não ocorra, será necessário prever sistema de coleta, transporte do material coletado e envio de resultados em tempo oportuno;
- Garantir sistema de transporte sanitário do paciente para serviço de maior complexidade;
- Na vigência de epidemia, uma vez esgotados os recursos municipais, a instância estadual poderá colocar em funcionamento as Unidades de Atendimento Intermediário (descrita no item 5.3.5.3).

#### **5.3.4.2.2 Estrutura da URA**

##### **A. Espaço Físico**

O espaço físico ideal será de no mínimo 02 (duas) salas, de acordo com a situação e disponibilidade de cada município.

As salas serão assim divididas:

- 01 sala de triagem;
- 01 sala de terapia de rehidratação oral – TRO e/ou hidratação venosa.

##### **B. Material**

###### **B.1 Equipamentos e medicamentos**

- Medicamentos: Soro de Rehidratação Oral, soro fisiológico 0,9%, soro glicosado 5%, ringer lactato, dipirona gotas, comprimidos e injetável e/ou paracetamol gotas e comprimidos, dexclorfeniramina comprimidos e solução oral e/ou loratadina comprimidos e solução oral, metoclopramida gotas, comprimidos e injetável;
- Material para punção venosa: agulhas, seringas, scalp, equipo de gotas, garrotes de látex, algodão, álcool a 70%, fita hipoalérgica;
- Cadeiras confortáveis para rehidratação oral;
- Macas com grade e colchonete;
- Escada com dois degraus;
- Termômetro de mercúrio;
- Esfigmomanômetro para adulto, criança e lactentes;
- Estetoscópio adulto e pediátrico;
- Material para coleta (tubos de ensaio, esparadrapo, seringas, agulhas, garrote, gelo e isopor);
- Suporte para soro;
- Balança;
- Roupa de cama, etc.

## **B.2 Apoio Administrativo**

- Linha telefônica;
- Aparelho de FAX;
- Impressos (cartão do usuário, fichas de notificação e investigação, receituários, pedido de exames, etc.);
- Veículos.

## **B.3 Recursos Humanos**

- Apoio administrativo;
- Técnico ou auxiliar de enfermagem para atendimento da sala de dengue e de rehidratação;
- Técnico de coleta laboratorial (quando existir laboratório);
- Enfermeiro;

- Médicos (incluindo, se possível, infectologista e pediatra).

#### **B.4 Recursos Técnicos**

- Capacitação de recursos humanos: o município deverá promover treinamento e educação permanente do seu corpo técnico e administrativo através dos multiplicadores do próprio município e/ou do Estado;
- Transporte: cada município deverá prover suas unidades de saúde de sistema de transporte de pacientes e das coletas laboratoriais;
- Comunicação: cada município deverá estabelecer um canal direto com a mídia, promovendo assim a divulgação dos locais de atendimento, situação epidemiológica e orientação à população. É importante a elaboração do Plano de Comunicação, integrando o Plano de Contingência Municipal.

#### **Fluxo de Atendimento dos níveis primário e secundário**

O fluxo de atendimento deverá apontar para duas linhas de definição de paciente: paciente de primeiro atendimento ou consulta de retorno.

#### **Paciente de Primeiro Atendimento:**

É o paciente que buscará a unidade de saúde pela demanda espontânea. Nenhum paciente com sintomas sugestivos de dengue deverá retornar sem atendimento médico.

No momento de epidemia, a dengue deverá ter prioridade de atendimento na unidade de saúde.

O paciente, ao dar entrada na unidade de saúde, será encaminhado à “sala de dengue” ou semelhante para o atendimento pela enfermagem, que verificará temperatura axilar, PA (Pressão Arterial) em duas posições (deitado, sentado e/ou em pé), peso, prova do laço e registrará no Cartão do Usuário – Dengue. Preencherá também a ficha de investigação epidemiológica de dengue.

A seguir será encaminhado ao consultório onde o médico procederá a avaliação clínica do caso e adotará conduta apropriada, conforme protocolo de diagnóstico e tratamento clínico e fluxograma de atendimento.

### **Consulta de Retorno:**

O paciente de retorno é atendido na “sala de dengue” ou semelhante onde serão mensurados a temperatura axilar, a pressão arterial em duas posições, peso, prova do laço e registrado no Cartão do Usuário – Dengue.

A seguir, o médico avaliará clinicamente o paciente e os seus resultados laboratoriais, procederá ao estadiamento e adotará a conduta necessária, conforme fluxograma de atendimento, anotando também na ficha de atendimento clínico ambulatorial do caso suspeito de dengue.

#### **5.3.4.3 Nível Terciário**

Em relação aos hospitais de referência, o RS não conta com hospital específico de referência em Infectologia, os doentes com doenças infecciosas internam em hospitais gerais. Todos os hospitais que atendem a rede SUS deverão estar capacitados a atender casos suspeitos de dengue, levando em conta a gravidade do quadro clínico e o potencial de resolutividade de cada serviço.

Conforme Protocolo de Diagnóstico e Manejo Clínico da Dengue, as referências hospitalares para os pacientes classificados nos grupos C / D e algumas situações específicas do grupo B (casos graves ou potencialmente graves) serão serviços com UTI.

Em relação à regulação do acesso aos leitos de UTI, a Central Estadual de Regulação Hospitalar e Ambulatorial criará rotina específica para dengue, de forma a garantir a internação de casos graves em serviços e tempos adequados.

Os recursos financeiros para o custeio das internações e procedimentos ambulatoriais relativos à dengue serão assegurados pelo FAEC estratégico, não incidindo sobre os tetos financeiros dos municípios. Nos municípios nos quais for declarada situação de epidemia, será estabelecido um aumento temporário do teto financeiro, que poderá ser revisto nas situações de maior gravidade. O repasse será automático (fundo a fundo) para os municípios em gestão plena e no caso de municípios não habilitados, os recursos serão transferidos para o fundo estadual.

## **5.3.5 RECURSOS PARA A ÁREA ASSISTENCIAL**

### **5.3.5.1 Relacionados à estrutura e funcionamento da Central Estadual de Regulação Hospitalar e Ambulatorial**

Na ocorrência de uma epidemia de dengue, a Central Estadual de Regulação Hospitalar e Ambulatorial deverá receber incremento de recursos humanos e equipamentos para coordenar o acesso dos pacientes à internação hospitalar. Abaixo, estão listadas algumas estratégias previstas:

- Reforço da equipe médica com previsão de horas extras e de 01 médico adicional por turno;
- Reforço da equipe de videofonistas com aditivo contratual emergencial;
- Utilização de nº telefônico exclusivo.
- Monitoramento das internações por dengue através do Sistema Informatizado de Regulação – AGHOS.
- Teleconsultoria através da equipe da regulação estadual e profissionais convidados.

### **5.3.5.2. Relacionados à Rede Hospitalar**

Todos os hospitais deverão atender casos suspeitos ou confirmados de dengue de acordo com seu potencial de resolutividade e receberão o valor de todas as internações por dengue que excederem o respectivo contrato.

Está prevista reserva de recursos financeiros extras sob a responsabilidade do Departamento de Atenção Hospitalar e Ambulatorial da SES/RS, a serem repassados aos municípios em caso de epidemia de dengue. Além disso, a SES/RS possui contrato com empresa terceirizada para montagem de leitos de UTI extras se necessário.

Além das medidas previstas neste plano, o Comitê Estadual da Dengue poderá convocar a rede hospitalar privada e conveniada, instando-os a disponibilizar, no mínimo, 30% do quantitativo de leitos programados na rede SUS. Caso ocorra intensificação da epidemia, com número de internações superior à estimativa, poderá ser decretada, pela Secretaria Estadual de Saúde, a suspensão

temporária das cirurgias eletivas pelo SUS.

### **5.3.5.3 Criação das Unidades Intermediárias de Atendimento**

Nos casos em que a epidemia superar a capacidade operacional da rede básica e hospitalar do município, o Estado apoiará com Unidades Intermediárias de Atendimento, de uso exclusivo para pacientes suspeitos de dengue, onde será possível o atendimento de paciente que necessitem de hidratação e monitoramento.

No momento atual, há disponibilidade de equipamentos para serem utilizados nas Unidades Intermediárias de Atendimento, como poltronas para hidratação, cadeiras e insumos diversos e estão em processo de compra quatro tendas infláveis para serem utilizadas em eventos de massa, desastres, acidentes com múltiplas e epidemias de doenças como dengue.

Quando necessário Estado e município deverão prover recursos humanos técnicos e administrativos e suporte laboratorial para atuação nessas Unidades. Também deverá ser planejado, em conjunto, o deslocamento e transporte dos pacientes, tanto rede de atenção básica para a Unidade, quanto da Unidade para as Referências Hospitalares.

Em relação ao aporte extra de medicamentos, o Estado conta com Ata de Registro de Preços para Soro de Rehidratação Oral, Soro Fisiológico 0,9%, Soro Glicosado 5% e antitérmicos, o que permitirá a compra emergencial em caso de epidemia de dengue para apoiar os municípios.

## **5.4 COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO**

### **5.4.1 AÇÕES INTEGRADAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL**

O objetivo é fomentar o desenvolvimento de ações educativas para a mudança de comportamento e a adoção de práticas para a manutenção do ambiente domiciliar preservado da infestação por *Aedes aegypti*, observadas a sazonalidade da doença e as realidades locais quanto aos principais criadouros.

A comunicação social terá como objetivo divulgar e informar sobre ações de educação em saúde e mobilização social para mudança de comportamento e de hábitos da população, buscando evitar a presença e a reprodução do *Aedes aegypti* nos domicílios, por meio dos recursos disponíveis na mídia. As ações propostas são:

#### **5.4.1.1 Ações de educação e mobilização social**

- Elaborar, em todos os municípios, um programa de educação em saúde e mobilização social, contemplando estratégias para:
  - Promover a remoção de recipientes nos domicílios que possam se transformar em criadouros de mosquitos;
  - Divulgar a necessidade de vedação dos reservatórios e caixas de água;
  - Divulgar a necessidade de desobstrução de calhas, lajes e ralos.
- Programar medidas preventivas para evitar proliferação de *Aedes aegypti* em imóveis desocupados;
- Promover orientações dirigidas a imóveis especiais (escolas, unidades básicas de saúde, hospitais, creches, igrejas, comércio, indústrias, etc.);
- Programar ações educativas contra a dengue na rede de ensino básico e fundamental;
- Incentivar a participação da população na fiscalização das ações de prevenção e controle da dengue, executadas pelo Poder Público;
- Intensificar a participação dos diversos segmentos da sociedade por intermédio do Comitê Estadual de Mobilização;
- Promover reunião com os gestores municipais de saúde da região Metropolitana e Região Noroeste Ampliada para elaboração dos planos regionais de contingência.

#### **5.4.1.2 Ações de comunicação social**

Tem como objetivo informar corretamente a sociedade sobre a gravidade da situação em caso de epidemia de dengue e divulgar as medidas e ações que o Governo do Estado, por meio da Secretaria Estadual da Saúde, em parceria com

as Prefeituras e Secretarias Municipais do Estado do Rio Grande do Sul, está realizando para o enfrentamento do problema, procurando orientar o cidadão e evitar o pânico da população.

É importante disponibilizar um canal de comunicação rápida e de qualidade aos usuários e profissionais de saúde, através de linha telefônica, que será o canal já existente da Vigilância em Saúde Estadual – DISQUE VIGILÂNCIA – número 150.

Os municípios também deverão prever um canal de comunicação rápida e de qualidade aos usuários e profissionais de saúde, através de linha telefônica – DISQUE DENGUE. Além disso, deve ser divulgada amplamente a disponibilidade da rede assistencial, com lista de endereços e telefones, em especial das unidades 24 horas.

➤ **Estratégias**

- Definir, em conjunto com o gestor e com a participação da área técnica, o porta-voz que será responsável pela interlocução com os veículos de comunicação;
- Acompanhar o porta-voz nas entrevistas concedidas à imprensa;
- Divulgar periodicamente resultados do levantamento dos índices de infestação do mosquito e de casos registrados, com base em informações repassadas pelos estados e municípios;
- Realizar coletiva de imprensa para anunciar ações do governo que objetivem controlar a epidemia;
- Orientar/subsidiar o porta-voz sobre os pontos de interesse da imprensa;
- Atender às demandas da imprensa de forma oportuna e coordenada;
- Participar das reuniões técnicas do CIEVS/CEVS/SES-RS, onde houver, ou grupo de monitoramento, para manter a articulação com as demais áreas técnicas e, assim, obter melhor desempenho. Essa integração possibilita a divulgação de respostas oportunas e de qualidade junto à mídia e à população;

- Divulgar sinais de alerta e sintomas da doença, a fim de evitar óbitos, bem como a organização dos serviços de referência para atendimento dos casos de dengue;
- Realizar a divulgação periódica da situação da doença no estado, em articulação com os municípios. Recomenda-se observar uma periodicidade semanal;
- Realizar a divulgação periódica da situação da doença nos bairros e no município. Recomenda-se observar uma periodicidade semanal;
- Criar Comissão de Comunicação Social: para comandar o processo de Comunicação necessário durante a epidemia de dengue. Composto por representantes da Assessoria de Comunicação Sociais (ACS) da SES e Governo do Estado, FAMURS e convidados;
- Rede de Assessores de Comunicação Social: das Prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde para agilizar a divulgação;
- Criar rede de e-mails de jornalistas, apresentadores, produtores, colunistas, editores, repórteres e blogs das áreas da saúde, geral, política, esporte com o auxílio das ACS;
- Realizar reuniões regionais com os assessores de Comunicação Social das Prefeituras e das Secretarias Municipais de Saúde e, se possível, com jornalistas de veículos de Comunicação;
- Veicular campanha publicitária, conforme plano de mídia estabelecido pelas três esferas de gestão, nas regiões onde há maior incidência de casos confirmados de dengue.

## **6. CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS**

Tem como objetivo capacitar profissionais das três esferas de governo, para maior efetividade das ações nas áreas de vigilância epidemiológica, entomológica, assistência ao doente e operações de campo.

Visando preparação dos profissionais de saúde, que estarão diretamente envolvidos na epidemia e de outros atores que participarão de forma intersetorial, estão programadas diversas capacitações:

1. Capacitação de profissionais que atuam na educação em saúde do Estado e dos Municípios no tema da dengue;
2. Incluir como tema transversal nos cursos promovidos pela Escola de Saúde Pública, abordagem do assunto dengue;
3. Capacitação para médicos, enfermeiras e demais profissionais de saúde no diagnóstico e manejo clínico da dengue;
4. Capacitação das equipes administrativas, sobre a temática da dengue, visando apoio nas atividades necessárias durante a possível epidemia;
5. Capacitação das equipes de PACS/PSF em dengue, tanto para apoio aos municípios nas metodologias de LIRA e LI Amostral, quanto nos sintomas clínicos para identificação dos casos suspeitos de dengue e primeiro atendimento;
6. Capacitação dos profissionais da área de saúde do Estado nos fluxos estabelecidos no caso de necessidade de utilização das Unidades Intermediárias de Atendimento;
7. Treinamento das equipes de UBV pelo Nível Central com apoio do PNCD/MS.

## **7. AÇÕES DE SANEAMENTO AMBIENTAL**

Tem como objetivo fomentar ações de saneamento ambiental para um efetivo controle do *Aedes aegypti*, buscando garantir fornecimento contínuo de água, a coleta e a destinação adequada dos resíduos sólidos e a correta armazenagem de água no domicílio, onde isso for imprescindível. Para tanto, poderão ser apresentados projetos de melhorias sanitárias em locais com infestação por *Aedes aegypti* para adequação e financiamento através do PROSAN/SES/RS. Ações propostas:

1. Realizar ações de melhorias sanitárias domiciliares, principalmente para a substituição de depósitos e recipientes para água existente no ambiente doméstico e a vedação de depósitos de água;
2. Fomentar a limpeza urbana e a coleta regular de lixo, buscando atingir coberturas adequadas, principalmente em área de risco;

3. Promover mutirões de limpeza na área urbana de bairros com alto índice de infestação;
4. Incentivar os municípios no cuidado com as áreas públicas, mantendo praças e outros locais de sua abrangência, em condições ideais de limpeza e conservação. Bem como, garantir a limpeza de terrenos baldios, tanto de propriedade particular quanto pública.

## **8. LEGISLAÇÃO**

Tem como objetivo fornecer suporte para que as ações de prevenção e controle da dengue sejam implementadas com a cobertura e intensidade necessária para a redução da infestação por *Aedes aegypti* a índices inferiores a 1%. As ações propostas são:

1. Elaborar instrumento normativo padrão para orientar a ação do Poder Público municipal na solução dos problemas de ordem legal encontrados na execução das atividades de prevenção e controle da dengue, tais como casas fechadas, abandonadas e aquelas onde o proprietário não permite o acesso dos agentes, bem como os estabelecimentos comerciais e industriais com repetidas infestações por *Aedes aegypti*;
2. Articular junto as Secretarias Municipais de Saúde, o atendimento das demandas oriundas das equipes de controle vetorial (não cumprimento pelos moradores às orientações dos agentes, com relação à eliminação mecânica de criadouros), em parceria com a Promotoria da Justiça nos casos de omissão, para penalizar de acordo com o Código Sanitário/Postura municipal;
3. Acompanhar a efetiva aplicação da Resolução CONAMA nº 258/1999, que dispõe sobre a destinação de pneus inservíveis e estabelece o recolhimento de pneus produzidos nas seguintes proporções: 2002 – 25%, 2003 – 50%, 2004 – 100% e a partir de 2005 – 125%;
4. Incentivar o não uso de sacolas plásticas descartáveis em estabelecimentos de comércio de alimentos e outros;

5. Desenvolver ações visando à aprovação de leis que estabeleçam normas para destinação final de garrafas plásticas do tipo PET.

Suporte bibliográfico recomendado é o livro "AMPARO LEGAL À EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE CAMPO – IMÓVEIS FECHADOS, ABANDONADOS OU COM ACESSO NÃO PERMITIDO PELO MORADOR", Ministério da Saúde/2006.

## **9. SUSTENTAÇÃO POLÍTICO-SOCIAL**

Tem como objetivo sensibilizar e mobilizar os setores políticos, com vistas a assegurar o aporte financeiro e a articulação intersetorial necessários à implantação e execução do Programa.

Para o estado, no sentido de desenvolver um trabalho interinstitucional, foram criados um comitê intersetorial - Comitê Estadual de Controle da Dengue e uma comissão intra-setorial – Comissão da SES/RS para Enfrentamento da Dengue. O Comitê fará a condução política do enfrentamento do agravo e a Comissão organizará e conduzirá as ações no âmbito de setor saúde.

### **9.1 O COMITÊ ESTADUAL DE CONTROLE DA DENGUE:**

1. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE;
2. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO;
3. SECRETARIA DE INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA;
4. SECRETARIA DE ESTADO DA HABITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO;
5. SECRETARIA DAS OBRAS PÚBLICAS E SANEAMENTO;
6. SECRETARIA ESTADUAL DO MEIO AMBIENTE;
7. SECRETARIA DA AGRICULTURA E ABASTECIMENTO;
8. SECRETARIA DO TRABALHO, CIDADANIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL;
9. SECRETARIA DOS TRANSPORTES;
10. SECRETARIA DE TURISMO, ESPORTES E LAZER;
11. SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA;
12. CASA CIVIL – GABINETE DA GOVERNADORA;

13. CASA MILITAR - COORDENADORIA ESTADUAL DE DEFESA CIVIL;

14. EMATER;

15. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA.

As atribuições do Comitê são:

- Discutir e articular politicamente ações que envolvam todos os segmentos sociais no combate a dengue;
- Coordenar a implementação, em nível estadual, das ações de educação em saúde e mobilização social voltadas ao controle da doença;
- Fomentar a criação e implantação da comissão intersetorial nos municípios;
- Compor o Gabinete de Crise em situação de epidemia de dengue
- Nas áreas específicas:

### **Comunicação Social**

- Coordenar a organização de ampla campanha de mídia envolvendo todas as assessorias de comunicação social dos distintos órgãos de governo identificadas na proposta de ação intragovernamental.

### **Educação**

- Identificar em cada escola professores responsáveis pela coordenação das ações contra a dengue/*Aedes aegypti*;
- Incluir no currículo escolar a temática dengue em todos os seus aspectos.
- Proporcionar, de modo sistemático e contínuo a vivência e organização dos alunos da rede pública de ensino, através de ações de quadras e bairros, e da constituição de “vigilantes escolares” na elucidação da população quanto à destruição de possíveis criadouros do vetor;
- Intensificar a mobilização da comunidade escolar em situação de epidemia.

### **Agricultura**

- Comprometer cada escritório regional da EMATER e Inspeção Veterinária e Zootécnica com a ação municipal de controle da dengue;
- Desenvolver ampla divulgação das medidas de prevenção da dengue através dos programas de rádio da EMATER;
- Realizar Dias de Campo com inclusão da temática dengue;
- Apoiar as equipes municipais no controle do *Aedes aegypti* em situação de epidemia.

### **Defesa Civil**

- Participar, junto com a Secretaria da Saúde do Estado, na coordenação e execução das ações previstas neste Plano.

### **Justiça e Segurança**

- Comprometer a PATRAM com ações de fiscalização e vigilância de criadouros do vetor;
- Desenvolver em todas as unidades (presídios, quartéis, delegacias...), amplo e contínuo controle de criadouros;
- Apoiar, na área de segurança, todas as ações previstas neste Plano.

### **Meio Ambiente**

- Desenvolver ampla campanha de educação e fiscalização de lixões, aterros sanitários e outros que possam conter coleções hídricas com potencialidade de se tornarem criadouros do inseto;
- Apoiar os municípios na coleta e destino de pneus e inservíveis.

### **Obras e Saneamento**

- Orientar usuários da rede pública de abastecimento de água e esgoto, quanto à necessidade de impedir criadouros, através da divulgação de mensagens em contas de água.
- Orientar responsáveis por obras e seus trabalhadores, quanto aos cuidados necessários para impedir possíveis criadouros do inseto;
- Orientar a população sobre a necessidade de manter as caixas d'água tampadas e periodicamente vistoriadas;
- Construir mapeamento de situações de risco em relação a potenciais criadouros do inseto, a partir da identificação das regiões em que a

população mantém reservatórios de água coletivos e/ou individuais, em função de ausência de abastecimento público ou intermitente.

### **Trabalho e Ação social**

- Promover de forma continuada o desenvolvimento de ações educativas em dengue, junto às agremiações de trabalhadores e indústrias propondo a integração das CIPAS no controle da dengue/*Aedes aegypti*;
- Desenvolver em todas as unidades da FASE, amplo e contínuo controle de criadouros, envolvendo toda a sua população em ações educativas.

### **Indústria e Comércio**

- Estudar, em conjunto com a Secretaria de Saúde do Estado, a elaboração de legislação referente ao controle de criadouros de *Aedes aegypti*, incluindo, na sua área de atuação, ações de fiscalização sobre esses;
- Promover ações educativas em dengue de forma integrada com as organizações ligadas ao comércio;
- Incentivar as organizações de comércio na diminuição do uso de embalagens plásticas.

### **Transportes e Turismo**

- Divulgar sistematicamente informações sobre prevenção da dengue à população viajante, principalmente com ênfase no trânsito interestadual e de veículos de carga;
- Articular com as empresas de transporte coletivo, de carga e outras empresas concedidas estratégias para a informação da população e a fiscalização de situações de risco (pontos de parada, rodoviárias, terminais de carga e garagens...);
- Promover ações educativas em dengue de forma integrada com as organizações ligadas ao turismo (rede hoteleira, agências de viagens...).

**OBS:** Participação de parceiros no apoio às ações em apoio às ações, com divulgação de informações em seus meios de contato com o público, Bannisul e CEEE, VIVO, COREN, entre outras.

## **9.2 A COMISSÃO DA SES/RS PARA ENFRENTAMENTO DA DENGUE TEM A SEGUINTE COMPOSIÇÃO:**

1. Centro Estadual de Vigilância em Saúde;
2. Departamento Administrativo;
3. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial;
4. Departamento de Ações em Saúde;
5. Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde/ Hemocentro;
6. Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde/LACEN;
7. Departamento de Coordenação das Regionais;
8. Coordenação da Política de Atenção Farmacêutica
9. Escola de Saúde Pública;
10. Assessoria de Comunicação Social.

As atribuições prioritárias da Comissão são:

- Identificar, disponibilizar, capacitar recursos humanos para executar ações de vigilância e atendimento;
- Definir e coordenar as ações de vigilância em saúde aplicáveis à população e ao vetor;
- Assegurar que os insumos necessários sejam fornecidos adequadamente;
- Estabelecer locais que servirão como referência para o atendimento ambulatorial e hospitalar, bem como fluxo de pacientes graves, quando o município tiver seus recursos esgotados;
- Documentar e divulgar informações para população, imprensa e profissionais da saúde.

Cada Secretaria Municipal de Saúde deverá constituir o Comitê Municipal de Mobilização Contra a Dengue com o objetivo de elaborar plano conjunto de

combate à epidemia de dengue. Este Comitê será composto por representantes das Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Limpeza Urbana, Saneamento e Meio Ambiente, de Associações de Moradores, Igrejas, Estabelecimentos de Ensino Público e Privado, Comando da Polícia Militar, Defesa Civil, CDL, SESC, SENAI e ONGs.

## **10 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA**

Tem como objetivo promover o permanente acompanhamento do Plano, da execução das ações, da avaliação dos resultados obtidos e eventuais redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas.

As ações propostas são:

1. Realizar o acompanhamento e a avaliação do Plano nos municípios prioritários, com base nos indicadores pré-estabelecidos.
2. Realizar o acompanhamento de todos os municípios a partir dos relatórios gerados na análise dos indicadores prioritários;
3. Elaborar relatório periódico de avaliação da implantação do Plano de Contingência;
4. Apoiar com ações complementares e suplementares aos municípios que apresentarem epidemias que ultrapasse suas capacidades operacionais.

### **10.1 GABINETE DE CRISE**

Para o acompanhamento, a avaliação da situação da epidemia de dengue no Estado e a sustentabilidade definitiva nas ações de controle é imprescindível a criação de um grupo executivo intersetorial, que comporá o Gabinete de Crise, coordenado pelo Secretário da Saúde e assessorado pelo Comitê Estadual de Controle da Dengue, com apoio operacional da Comissão da SES/RS para Enfrentamento da Dengue, definindo-se, oportunamente, as Coordenações para as diferentes frentes de trabalho que possam ser necessárias para o Estado atuar.

Caberá ao Gabinete de Crise prover o apoio necessário aos municípios no enfrentamento de possível epidemia de dengue.

## **11 NÍVEIS DE ACIONAMENTO DO PLANO ESTADUAL DE CONTINGÊNCIA**

O acionamento do Plano Estadual de Contingência para Dengue ocorrerá por níveis, de acordo com a situação epidemiológica da doença:

### **11.1 Nível 1 – MUNICÍPIO INFESTADO COM CASOS IMPORTADOS DE DENGUE**

As ações a serem desenvolvidas nas diversas áreas são as seguintes:

- Área: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ações: Monitoramento da investigação epidemiológica realizada pelo município (vigilância epidemiológica realizando busca ativa de casos suspeitos na residência por ocasião da PVE na residência, local trabalho, escola, etc e digitação oportuna no SINAN);

- Área: CONTROLE VETORIAL

Ações: Monitoramento da PVE, do bloqueio de transmissão viral e acompanhamento do IIP;

- Área: ATENÇÃO AO PACIENTE

Ações: Apoiar capacitações, disponibilizar equipe técnica para discussão de manejo clínico e classificação de risco do paciente com suspeita de dengue;

- Área: COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Ações: Divulgar informações;

- Área: GESTÃO

Ações: Manter supervisão continuada.

## **11.2 Nível 2 – MUNICÍPIO INFESTADO COM CONFIRMAÇÃO DE ATÉ 01 CASO AUTÓCTONE**

As ações a serem desenvolvidas nas diversas áreas são as seguintes:

- Área: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ações: Emitir alerta para todos os municípios do Estado, acompanhar a situação epidemiológica pelo SINAN e GAL/LACEN e elaborar boletins informativos;

- Área: CONTROLE VETORIAL

Ações: Monitoramento da PVE, do bloqueio de transmissão viral e acompanhamento do IIP;

- Área: ATENÇÃO AO PACIENTE

Ações: Apoiar capacitações, disponibilizar equipe técnica para discussão de manejo clínico e classificação de risco do paciente com suspeita de dengue;

- Área: COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Ações: Divulgar informações;

- Área: GESTÃO

Ações: Articular as várias áreas para execução das ações propostas, garantir estoque estratégico de insumos.

### **11.3 Nível 3 – MUNICÍPIO INFESTADO COM TRANSMISSÃO VIRAL SUSTENTADA (ACIMA DE 01 CASO AUTÓCTONE)**

As ações a serem desenvolvidas nas diversas áreas são as seguintes:

- Área: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ações: Emitir alerta para todos os municípios do Estado, acompanhar a situação epidemiológica pelo SINAN e GAL/LACEN, investigar óbitos suspeitos, elaborar boletins informativos;

- Área: CONTROLE VETORIAL

Ações: Monitoramento da PVE, do bloqueio de transmissão viral e acompanhamento do IIP;

- Área: ATENÇÃO AO PACIENTE

Ações: Acompanhar e orientar a organização da rede de atenção aos casos suspeitos de dengue, incentivar a implantação de protocolos e fluxos, disponibilizar equipe técnica para discussão de manejo clínico e classificação de risco do paciente com suspeita de dengue;

- Área: COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Ações: Divulgar informações, veicular campanha educativa nas regiões onde há maior incidência de casos de dengue, definir o porta-voz em conjunto com os gestores;

- Área: GESTÃO

Ações: Articular as várias áreas para execução das ações propostas, garantir estoque estratégico de insumos.

## 11.4 Nível 4 – MUNICÍPIO INFESTADO COM EPIDEMIA

As ações a serem desenvolvidas nas diversas áreas são as seguintes:

- Área: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ações: Criar Sala de Situação, emitir alerta para todos os municípios do Estado, acompanhar a situação epidemiológica pelo SINAN e GAL/LACEN, investigar óbitos suspeitos, elaborar boletins informativos;

- Área: CONTROLE VETORIAL

Ações: Monitoramento da PVE, do bloqueio de transmissão viral e acompanhamento do IIP, aporte de recursos humanos qualificados, aporte de insumos, equipamentos e veículos;

- Área: ATENÇÃO AO PACIENTE

Ações: Acompanhar e orientar a organização da rede de atenção aos casos suspeitos de dengue, incentivar a implantação de protocolos e fluxos, disponibilizar tendas, equipamentos como poltronas para hidratação, cadeiras, insumos diversos, medicamentos, avaliar liberação de recursos financeiros estaduais para apoiar os municípios;

- Área: COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Ações: Divulgar informações, veicular campanha educativa nas regiões onde há maior incidência de casos de dengue, definir o porta-voz em conjunto com os gestores;

- Área: GESTÃO

Ações: Articular as várias áreas para execução das ações propostas, garantir estoque estratégico de insumos e equipamentos, gerenciar o Gabinete de Crise, adquirir, se necessário, de forma emergencial insumos para garantir as ações,

apoiar os municípios na formulação de leis municipais emergenciais de amparo às ações de vigilância e controle vetorial.

## **12 CONCLUSÃO**

O maior desafio para o Estado do Rio Grande do Sul é manter a ausência da circulação do vírus da dengue no maior número de municípios possível, ou seja, seguir as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue de forma eficaz e eficiente.

Todos os esforços devem ser desenvolvidos para que não ocorram grandes epidemias, uma vez que contamos com um número razoável de municípios infestados pelo *Aedes aegypti*.

Porém, uma vez havendo a ocorrência de epidemia de dengue, a vigilância epidemiológica deve estar apta a identificar a modificação da situação e a vigilância ambiental deve imediatamente implementar as atividades de controle vetorial. Além disso, devemos ter a rede ambulatorial e hospitalar de assistência estruturada para fazer frente ao aumento do volume de atendimento de casos suspeitos de dengue e suas complicações.

Esta proposta visa prover alicerces para uma melhor organização dos serviços de saúde, estaduais e municipais, auxiliando os gestores nas tomadas de decisões importantes no momento de epidemia.

O êxito deste Plano está na dependência da formulação dos Planos Municipais de Contingência, adaptados à realidade local, bem como do pleno envolvimento dos municípios e da população em geral.

### 13. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor/ manual de normas técnicas. 3.ed, rev. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue: amparo legal à execução das ações de campo – imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo morador / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Prevenção, e Controle de Epidemias de Dengue – Série A. Normas e Manuais Técnicos, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. 1ª ed, Brasília/DF, 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e Criança. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 4.ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: manual de enfermagem – Adulto e Criança. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 2.ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
7. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2012/2015. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2013.

## ANEXOS

### Anexo 1 - Municípios infestados por *Aedes aegypti* nos últimos 12 meses, por CRS e Região de Saúde, RS, 2013

<b>CRS</b>	<b>Região de Saúde</b>	<b>Município</b>
17	13	AJURICABA
14	14	ALECRIM
19	15	ALPESTRE
2	10	ALVORADA
17	13	AUGUSTO PESTANA
7	22	BAGE
5	25	BENTO GONCALVES
14	14	BOA VISTA DO BURICA
19	15	BOM PROGRESSO
12	11	BOSSOROCA
2	10	CACHOEIRINHA
12	11	CAIBATE
19	15	CAICARA
2	9	CAMAQUA
14	14	CAMPINA DAS MISSOES
17	13	CAMPO NOVO
14	14	CANDIDO GODOI
1	8	CANOAS
6	20	CARAZINHO
17	13	CATUIPE
5	23	CAXIAS DO SUL
12	11	CERRO LARGO
15	20	CHAPADA
17	13	CHIAPETTA
15	20	CONSTANTINA
17	13	CORONEL BARROS
15	15	CORONEL BICACO
17	13	CRISSIUMAL
9	12	CRUZ ALTA
19	15	DERRUBADAS
12	11	DEZESSEIS DE NOVEMBRO
14	14	DOUTOR MAURICIO CARDOSO
2	9	ELDORADO DO SUL

8	27	ENCRUZILHADA DO SUL
12	11	ENTRE-IJUIS
11	16	ERECHIM
19	15	ERVAL SECO
19	15	ESPERANCA DO SUL
6	19	ESPUMOSO
1	8	ESTEIO
12	11	EUGENIO DE CASTRO
5	26	FARROUPILHA
19	15	FREDERICO WESTPHALEN
5	25	GARIBALDI
12	11	GARRUCHOS
14	14	GIRUA
2	10	GRAVATAI
2	9	GUAIBA
12	11	GUARANI DAS MISSOES
14	14	HORIZONTALINA
17	13	HUMAITA
9	12	IBIRUBA
17	13	IJUI
14	14	INDEPENDENCIA
17	13	INHACORA
19	15	IRAI
4	2	ITACURUBI
11	16	JACUTINGA
17	13	JOIA
6	17	MARAU
12	11	MATO QUEIMADO
6	20	NAO-ME-TOQUE
11	16	NONOAI
1	7	NOVO HAMBURGO
14	14	NOVO MACHADO
15	15	PALMEIRA DAS MISSOES
17	13	PANAMBI
6	17	PASSO FUNDO
3	21	PELOTAS
12	11	PIRAPO
2	10	PORTO ALEGRE
14	14	PORTO LUCENA
14	14	PORTO MAUA

14	14	PORTO VERA CRUZ
12	11	PORTO XAVIER
10	3	QUARAI
15	15	REDENTORA
19	15	RODEIO BONITO
12	11	ROQUE GONZALES
12	11	SALVADOR DAS MISSOES
4	1	SANTA MARIA
10	3	SANTANA DO LIVRAMENTO
14	14	SANTA ROSA
4	2	SANTIAGO
12	11	SANTO ANGELO
12	11	SANTO ANTONIO DAS MISSOES
17	13	SANTO AUGUSTO
14	14	SANTO CRISTO
12	11	SAO BORJA
10	3	SAO GABRIEL
14	14	SAO JOSE DO INHACORA
3	21	SAO JOSE DO NORTE
1	7	SAO LEOPOLDO
12	11	SAO LUIZ GONZAGA
17	13	SAO MARTINHO
12	11	SAO MIGUEL DAS MISSOES
12	11	SAO NICOLAU
14	14	SAO PAULO DAS MISSOES
12	11	SAO PEDRO DO BUTIA
4	1	SAO SEPE
1	8	SAPUCAIA DO SUL
15	20	SARANDI
19	15	SEBERI
17	13	SEDE NOVA
14	14	SENADOR SALGADO FILHO
12	11	SETE DE SETEMBRO
6	18	TAPEJARA
19	15	TENENTE PORTELA
14	14	TRES DE MAIO
19	15	TRES PASSOS
15	20	TRINDADE DO SUL
14	14	TUCUNDUVA
14	14	TUPARENDI

12	11	UBIRETAMA
10	3	URUGUAIANA
5	25	VERANOPOLIS
2	10	VIAMAO
12	11	VITORIA DAS MISSOES

Fonte: SIS-FAD-2013/DVAS/CEVS/SES-RS

**Anexo 2 - Municípios das Regiões Metropolitana e Noroeste ampliada sob risco de epidemia de dengue com as estimativas\* do nº de casos de dengue e do nº de casos com necessidade de hidratação, hospitalização e UTI, RS, 2013**

C R S	Município	Região	POP 2012	Estimativa nº casos (6 meses)			Estimativa nº de casos com necessidade de hidratação (6 meses)			Estimativa nº de casos com necessidade de internação (6 meses)			Estimativa nº de casos com necessidade de UTI (6 meses)		
				Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
				(1% da população)	(2% da população)	(4% da população)	(1% da população)	(2% da população)	(4% da população)	(1% da população)	(2% da população)	(4% da população)	(1% da população)	(2% da população)	(4% da população)
2	PORTO ALEGRE	Metropolitana	1.416.714	14.167	28.334	56.669	2.125	4.250	8.500	992	1.983	3.967	99	198	397
2	VIAMÃO	Metropolitana	241.190	2.412	4.824	9.648	362	724	1.447	169	338	675	17	34	68
12	CERRO LARGO	Noroeste Ampliada	13.384	134	268	535	20	40	80	9	19	37	1	2	4
12	SANTO ANGELO	Noroeste Ampliada	76.205	762	1.524	3.048	114	229	457	53	107	213	5	11	21
12	SAO LUIZ GONZAGA	Noroeste Ampliada	34.235	342	685	1.369	51	103	205	24	48	96	2	5	10
12	SAO NICOLAU	Noroeste Ampliada	5.625	56	113	225	8	17	34	4	8	16	0	1	2
14	CAMPINA DAS MISSOES	Noroeste Ampliada	5.982	60	120	239	9	18	36	4	8	17	0	1	2
14	CANDIDO GODOI	Noroeste Ampliada	6.451	65	129	258	10	19	39	5	9	18	0	1	2
14	GIRUA	Noroeste Ampliada	16.823	168	336	673	25	50	101	12	24	47	1	2	5
14	SANTA ROSA	Noroeste Ampliada	69.127	691	1.383	2.765	104	207	415	48	97	194	5	10	19
14	TRES DE MAIO	Noroeste Ampliada	23.665	237	473	947	35	71	142	17	33	66	2	3	7
14	TUPARENDI	Noroeste Ampliada	8.409	84	168	336	13	25	50	6	12	24	1	1	2
17	AJURICABA	Noroeste Ampliada	7.187	72	144	287	11	22	43	5	10	20	1	1	2
17	CATUIPE	Noroeste Ampliada	9.191	92	184	368	14	28	55	6	13	26	1	1	3
17	CRISSIUMAL	Noroeste Ampliada	13.919	139	278	557	21	42	84	10	19	39	1	2	4
17	IJUI	Noroeste Ampliada	79.396	794	1.588	3.176	119	238	476	56	111	222	6	11	22
19	TENENTE PORTELA	Noroeste Ampliada	13.625	136	273	545	20	41	82	10	19	38	1	2	4
19	TRES PASSOS	Noroeste Ampliada	23.861	239	477	954	36	72	143	17	33	67	2	3	7

Fonte: SES/RS

\*Estimativas baseadas na publicação "Diretrizes para a Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em Situação de Aumento de Casos ou de Epidemia de Dengue" (SAS/MS)

**Anexo 3 – Laboratórios Regionais e Municipais com capacidade de absorver a descentralização do diagnóstico sorológico de dengue, RS, 2013**

<b>UNIDADE</b>	<b>ELISA</b>	<b>MAC ELISA</b>
IPB-LACEN: 1ª e 2ª CRS	OK	OK
LACEN MUNICIPAL POA (PAM 3 - Vila dos Comerciantes)	OK	IPB-LACEN
LR Pelotas - 3ª CRS	OK	IPB-LACEN
LR Santa Maria - 4ª CRS	OK	IPB-LACEN
LR Caxias do Sul - 5ª CRS	OK	IPB-LACEN
LR Passo Fundo – 6ª CRS	OK	IPB-LACEN
LAB. - PREF. MUNICIPAL NÃO-ME-TOQUE – 6ª CRS	OK	IPB-LACEN
L R Bagé – 7ª CRS	LR PELOTAS	IPB-LACEN
LR Cachoeira do Sul – 8ª CRS	LR SANTA CRUZ DO SUL	IPB-LACEN
LAB. - PREF. MUNICIPAL ESTRELA VELHA – 8ª CRS	OK	IPB-LACEN
LR Cruz Alta – 9ª CRS	OK	IPB-LACEN
LR Alegrete - 10ª CRS	OK	IPB-LACEN
LAB. CENTRO DE SAÚDE - PREF. ITAQUI – 10ª CRS	OK	IPB-LACEN
LR Erechim – 11ª CRS	OK	IPB-LACEN
Laboratório do HOSPITAL DE ERECHIM - 11ª CRS	OK	IPB-LACEN
LR Sto. Ângelo – 12ª CRS	OK	IPB-LACEN
LR Sta. Cruz Sul - 13ª CRS	OK	IPB-LACEN
LAB. - PREF. VENÂNCIO AIRES - 13ª CRS	OK	IPB-LACEN
LR Santa Rosa – 14ª CRS	LR SANTO ÂNGELO	IPB-LACEN
LAB.- FUND. MUNICIPAL DE SAÚDE DE STA. ROSA	OK	IPB-LACEN
LR Palm. Missões – 15ª CRS	LR PASSO FUNDO	IPB-LACEN
LR Lajeado – 16ª CRS	LR SANTA CRUZ DO SUL	IPB-LACEN
LR Ijuí - 17ª CRS	OK	IPB-LACEN
LR Osório – 18ª CRS	IPB-LACEN	IPB-LACEN
LAB.- PREF. MUNICIPAL AMETISTA DO SUL – 19ª CRS	OK	IPB-LACEN
LABORATÓRIO DE FRONTEIRA DE SÃO BORJA	OK	IPB-LACEN
LABORATÓRIO DE FRONTEIRA DE URUGUAIANA	OK	IPB-LACEN
LABORATÓRIO DE FRONTEIRA DE LIVRAMENTO	OK	IPB-LACEN

Fonte: IPB-LACEN-RS/FEPPS

## Anexo 4 – Laboratórios Estaduais e Municipais de Entomologia do RS, 2013

Laboratórios Municipais			Laboratórios Intermunicipais			Laboratórios Estaduais
CRS	Região de Saúde	Município	CRS	Região de Saúde	Município	
1	7	CAMPO BOM	1	8	NOVA SANTA RITA	3ª CRS - PELOTAS
1	8	CANOAS	5	23	CANELA	4ª CRS - SANTA MARIA
1	7	DOIS IRMÃOS	6	17	MARAU	5ª CRS - CAXIAS DO SUL
1	7	ESTÂNCIA VELHA	9	12	BOA VISTA DO CADEADO	6ª CRS - PASSO FUNDO
1	8	ESTEIO	14	14	SANTO CRISTO	7ª CRS - BAGÉ
1	7	IVOTI	10	3	SÃO GABIEL	8ª CRS - CACHOEIRA DO SUL
1	7	LINDOLFO COLLOR	17	13	JOIA	9ª CRS - CRUZ ALTA
1	7	NOVA HARTZ				10ª CRS - ALEGRETE
1	8	NOVA SANTA RITA				11ª CRS - ERECHIM
1	7	NOVO HAMBURGO				12ª CRS - SANTO ÂNGELO
1	6	PAROBÉ				13ª CRS - SANTA CRUZ
1	7	PRESIDENTE LUCENA				14ª CRS - SANTA ROSA
1	6	ROLANTE				15ª CRS - PALMEIRA DAS MISSÕES
1	8	SÃO JOSÉ DO SUL				17ª CRS - IJUÍ
1	7	SÃO JOSÉ DO HORTÊNCIO				18ª CRS - OSÓRIO
1	7	SÃO LEOPOLDO				19ª CRS - FREDERICO WESTPHALEN
1	8	SÃO PEDRO DA SERRA				
1	7	SAPIRANGA				
1	8	SAPUCAIA DO SUL				
1	6	TAQUARA				
1	6	TRÊS COROAS				
2	10	ALVORADA				
2	10	CACHOEIRINHA				
2	9	CHARQUEADAS				
2	9	GUAIBA				
2	10	GLORINHA				
2	10	GRAVATAÍ				
2	9	MINAS DO LEÃO				
2	10	PORTO ALEGRE				
2	10	VIAMÃO				
3	21	CANGUÇU				
3	21	PELOTAS				
3	21	RIO GRANDE				
4	2	SÃO FRANCISCO DE ASSIS				
4	1	SANTA MARIA				
5	25	BENTO GONÇALVES				
5	23	CAXIAS DO SUL				
5	26	FARROUPILHA				
5	23	NOVA PETRÓPOLIS				
5	24	VACARIA				
5	25	VERANÓPOLIS				
5	25	NOVA PRATA				
6	20	CARAZINHO				
6	17	PASSO FUNDO				
7	22	BAGÉ				
8	27	CACHOEIRA DO SUL				
17	13	HUMAITÁ				
17	13	IJUÍ				
17	13	PANAMBI				
10	3	ALEGRETE				
10	3	ROSÁRIO DO SUL				
10	3	SANTANA DO LIVRAMENTO				
10	3	URUGUAIANA				
11	16	ERECHEM				
12	11	SANTO ÂNGELO				

12	11	SÃO BORJA
13	28	VENÂNCIO AIRES
13	28	VERA CRUZ
14	14	SANTA ROSA
14	14	TRÊS DE MAIO
16	29	LAJEADO
16	30	TEUTÔNIA
17	13	AJURICABA
17	13	CATUIPE
17	13	CHIAPETTA
17	13	CRISSIUMAL
17	13	SANTO AUGUSTO

Fonte: Seção de Reservatórios e Vetores/IPB-LACEN/FEPPS