



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA O CONTROLE DO DENGUE NO ESTADO DE SERGIPE – 2015/2016

SERGIPE

Revisado em Outubro de 2015

SUMARIO

Gestores	3
Grupo Técnico	4
1. Aspectos Epidemiológicos	5
2. O Sistema	8
3. Justificativa	9
4. Componentes do Plano	11
4.1. Eixo do Controle do Vetor	12
4.2. Eixo da Vigilância Epidemiológica	21
4.3. Eixo da Assistência ao Paciente	28
4.4. Eixo da Promoção e Mobilização Social	56
Bibliografia Consultada	65
Anexos	66

Governador do Estado de Sergipe

Jackson Barreto

Secretário de Estado da Saúde

José Macedo Sobral

Diretora Estadual de Vigilância Epidemiológica

Giselda Melo Fontes Silva

Gerente do Núcleo de Endemias

Sidney Lourdes César Souza Sá

GRUPO TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PLANO

1. Vigilância Epidemiológica/SES

- Giselda Melo Fontes Silva
- Sidney Lourdes César Souza Sá
- José Eraldo Santana Fontes
- Marco Aurélio de Oliveira Goes

e-mail: dengue@saude.se.gov.br

e-mail: sidney.sa@saude.se.gov.br

Fone contatos:(79) 3226-8323/8300/8309

2. Laboratório Central - LACEN – FPH - SES

- Danuza Duarte Costa
- Cliomar Alves dos Santos

e-mail: danuza.costa@fsph.se.gov.br

e-mail: cliomar.santos@fsph.se.gov.br

Fone contatos:(79) 3234-6000

3. Rede de Atenção Primária - SES

- Aurea de Meneses Torres Oliveira

e-mail: a.basica.ses@gmail.com

Fone contato: (79) 3226-8351

4. Coordenação de Atenção Hospitalar e de Urgência - SES

- Rosely Rocha
- Neuzice Lima
- Marli Francisca

e-mail: motarosely@hotmail.com

e-mail: marlifrancisca70@yahoo.com.br

e-mail: neuzice.lima@saude.se.gov.br

5. Diretoria de Comunicação – SES

- Alberto Jorge

e-mail: comunicaçao@saude.se.gov.br

1. ASPÉCTOS EPIDEMIOLÓGICOS

No início do século XXI, o controle do *Aedes aegypti*, mosquito transmissor do dengue ainda é um desafio. A doença é hoje a mais importante arbovirose que acomete o ser humano e constitui um sério problema de saúde pública no mundo. A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que existam 80 milhões de pessoas infectadas por ano, 550 mil doentes necessitem de internação hospitalar e 20 mil morram em consequência da doença. No Brasil, o mosquito fora erradicado em meados do século XX, reaparecendo em 1976, o que levou o Ministério da Saúde a desenvolver políticas de erradicação, porém sem sucesso.

Em 1996, o retorno da meta de erradicação é proposta através do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa) que, baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe a descentralização das ações e incorpora à estrutura de erradicação – centrada no combate químico – as atividades de informação, educação, comunicação e mobilização social como pilares fundamentais para que a nova estratégia venha a ter êxito. Esta proposta ao prever a necessidade de atuação multisetorial visa não apenas o combate ao dengue através da eliminação do seu vetor, mas também a redução da incidência de patologias diretamente ligadas à falta de saneamento básico. Ao ser implantado o programa, no entanto, deu-se ênfase às ações preventivas centradas no uso de inseticidas, não tendo o mesmo, correspondido às expectativas diante da complexidade epidemiológica da doença.

Diante da ascendência do número de casos de dengue, o Ministério da Saúde institui em julho de 2002, o Programa Nacional de Controle do Dengue (PNCD), que traz dentre os dez componentes que o constituem, operações de combate ao vetor com ênfase em ações de educação e mobilização social, com o propósito de promover

mudanças de hábitos da população para que se mantenha o ambiente domiciliar isenta do *Aedes aegypti* reduzindo assim o impacto da doença.

No Estado de Sergipe, a infestação pelo *Aedes aegypti* é iniciada pelas cidades de Aracaju (capital) e Laranjeiras (cidade histórica) no ano de 1977. Ao longo dos anos o mosquito foi se dispersando de maneira tal que em 1999 já se fazia presente nos 75 municípios.

O atual quadro epidemiológico reflete bem a dificuldade de se controlar a virose, evidenciada na disseminação do vetor em todo o Estado, com circulação de um dos quatro sorotipos (DEN 1, DEN 2, DEN 3, DEN 4), às vezes simultânea, e a ocorrência de forma mais agressiva da doença em alguns municípios. O dengue vem ocorrendo no Estado de forma continuada com transmissão durante todos os meses do ano caracterizando um processo de endemização.

Os primeiros casos de dengue foram notificados no estado de Sergipe em 1996, com a primeira grande epidemia em 1998 (**figura 1**). A dengue vem ocorrendo no estado de forma continuada com transmissão durante todos os meses do ano (com maiores indicadores nos meses de: Janeiro a Abril) caracterizando um processo de endemização. Esta situação entomo-epidemiológica associada ao caráter epidêmico da doença constitui grande fator de risco para o adoecimento da população do Estado de Sergipe.

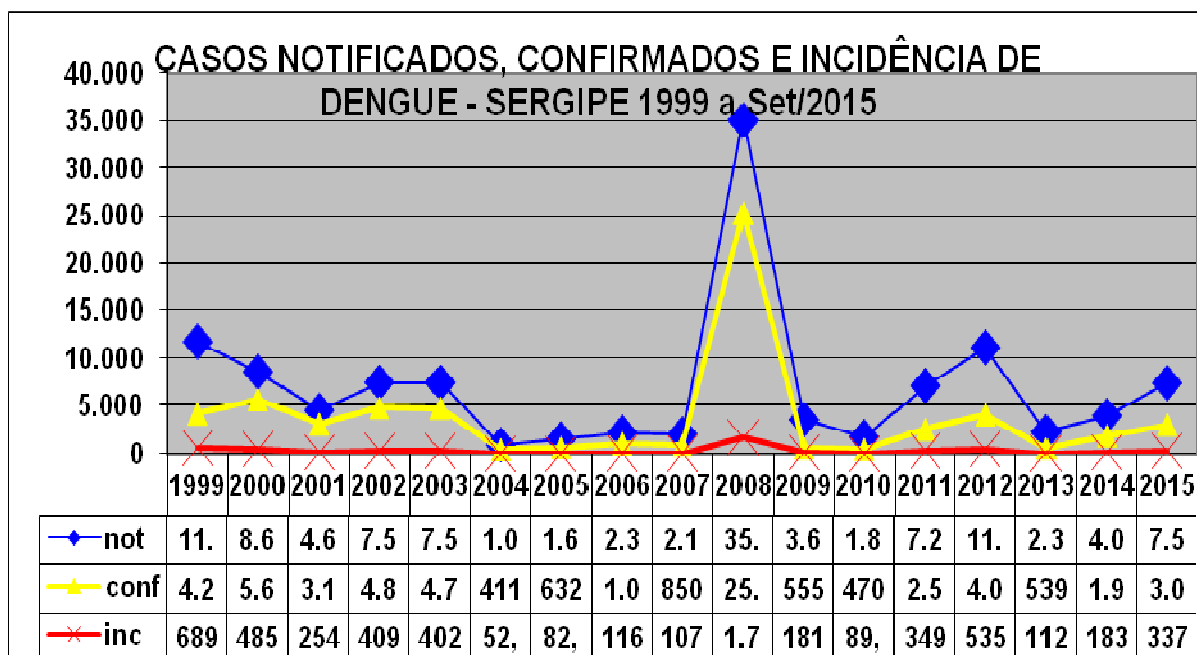


Figura 1. Distribuição anual das taxas de incidência (por 100 mil habitantes).
Sergipe, 1990 a Set. 2015

No ano de 2008, ocorreu a última grande epidemia no estado, com aumento dos casos graves e presença de óbitos (Tabela1). Foram notificados **35.596 casos suspeitos** com **25.596** confirmados com **59 óbitos**. No ano de 2009 foram notificados **3.528 casos** e **595 confirmados**, e em 2010 foram notificados **1974 casos** com **543 casos** confirmados (498 Dengue clássico, 23 Dengue com complicações e 22 Dengue Hemorrágica).

Observa-se ainda que os municípios com histórico de índices de infestação mais elevados ou com problemas na estrutura/operacionalização das ações de controle do mosquito transmissor da doença foram os que apresentaram maiores numero de casos, principalmente das formas graves e de óbitos, no ano de 2008.

O desenvolvimento das ações de rotina no combate do *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da doença, de forma efetiva, torna possível manter níveis seguro de infestação do vetor (abaixo de 1%), bastando que o Programa Municipal de Controle do Dengue - PMCD seja devidamente estruturado, conduzido e avaliado por técnicos municipais e estaduais.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SERGIPE:

Com cerca de dois milhões de habitantes, o modelo gerencial do SUS adotado em Sergipe considera o estado como uma macro-região subdividida em sete regiões:

REGIÕES DE SAÚDE – Municípios X População 2015

N	REGIÕES DE SAÚDE	N MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	% POP 2015
01	ARACAJU	08	829.683	36,99%
02	NOSSA SRA DO SOCORRO	12	335.364	14,95%
03	LAGARTO	06	257.633	11,48%
04	ITABAIANA	14	248.646	11,08%
05	ESTÂNCIA	10	243.459	10,85%
06	NOSSA SRA DA GLÓRIA	09	169.269	7,55%
07	PROPRIÁ	16	158.868	7,08
TOTAL		75	2.242.937	100%



Fonte : IBGE Diário Oficial da União, em 28 de agosto de 2015

Prça General Valadão, 32 - Centro | Cep: 49010-520 - Aracaju/SE
www.saude.se.gov.br



Para dar conta desta demanda, a Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe normatiza as relações interfederativas (Rede Interfederativa de Saúde - RIS) e institucionaliza na forma de leis estaduais um sistema de saúde amplo e participativo, integrado com as normas que regulamenta o Sistema Único de Saúde

3. JUSTIFICATIVA:

No ano de 2007 a área técnica responsável pelo Programa Estadual de Controle do Dengue constatou diversos problemas dentre os quais se destaca:

- 40,5% dos municípios com infestação predial de médio risco e 40% com infestação de alto risco;
- 62% dos municípios com problemas no fechamento de ciclos e envio de dados para a SES;
- 40% dos municípios com agentes insuficientes para as ações de controle da dengue;
- 50% dos municípios com material de trabalho e veículos indisponíveis.

Através de supervisões *in loco* e do acompanhamento dos sistemas de informação foi constada a fragilidade do sistema em municípios de todas as regiões do Estado com destaque para a região metropolitana. Fez-se necessária então uma reavaliação do papel dos municípios como gestores plenos da atenção básica (que inclui os programas de controle de endemias com um olhar criterioso para as ações de controle da dengue) com apoio da Secretaria Estadual de Saúde, SES/SE e da Secretaria de Vigilância à Saúde, SVS/MS.

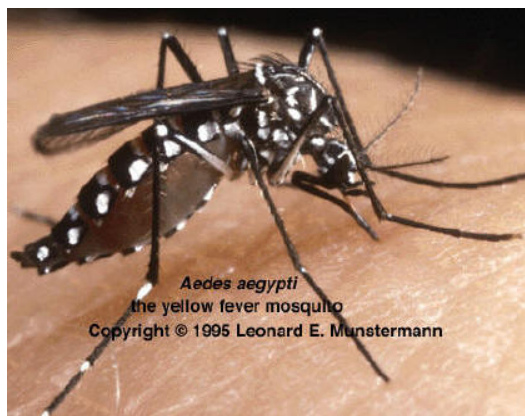
Diante da situação enfrentada pelo Estado de Sergipe no **1º semestre do ano de 2008**, caracterizada como uma das maiores epidemias registrada onde tivemos **35.596 casos notificados** e a **confirmação de 25.596**, com o registro de **59 óbitos**, além do risco iminente de termos novas epidemias em virtude da baixa qualidade das ações de campo verificada, principalmente, pelos indicadores entomológicos é que a Secretaria de Estado da Saúde através da Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Núcleo de Endemias reafirma a necessidade de implementarmos o

Plano de Contingência Para Dengue do Estado de Sergipe elaborado no ano de 2008 onde o mesmo estabelece parcerias com os Municípios e Governo Federal seguindo quatro importantes eixos: **CONTROLE DO VETOR; VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA; COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO; E ASSISTENCIA AO PACIENTE.**

Na aplicação do Plano de Contingência Estadual para as ações de Controle e Prevenção a Dengue incluindo enfrentamento para Epidemias de Dengue, serão realizadas atividades específicas a serem implementadas em quatro níveis(Nível zero, nível 1, nível 2 e nível 3) norteadas pelos indicadores entomológicos e epidemiológicos.



EIXO DO CONTROLE DO VETOR



CONTROLE DO VETOR

1. OBJETIVOS:

1.1. Geral

- Diminuição dos índices de infestação predial para menos de 1% nos 75 municípios do Estado de Sergipe.

1.2. Específicos:

- Reestruturação dos Programas Municipais de Controle do Dengue através do apoio técnico institucional e do aporte de recursos humanos e materiais de acordo com a necessidade de cada município.
- Bloqueio da transmissão de casos de dengue em áreas com aumento de incidência através da aplicação de inseticida por meio de nebulização espacial a frio (UBV).
- Manter os índices de infestação do vetor em nível de baixo risco de transmissão.

2. PROPOSTA:

O **Programa Nacional do Controle da Dengue/SVS-MS** avalia que o Estado de Sergipe possui **12 municípios prioritários**, mas o plano de contingência da dengue do estado para o controle do vetor instrumentaliza os **75 municípios**, sendo todos esses considerados prioritários para o governo estadual. Esses têm sido contemplados, desde 2009, com recursos humanos através das ações da Brigada Estadual Itinerante de Controle e Prevenção a Dengue, para que possam manter as ações de controle continuada e com qualidade.

Para o ano de 2015/2016, após avaliação técnica dos resultados obtidos, a Secretaria de Estado da Saúde resolve então renovar a proposta, mas, com algumas mudanças. Manutenção apenas da Brigada Itinerante Estadual, hoje formada por 50 agentes contratados e 02 supervisores e 04 apoiadores. O objetivo desse grupo é intensificar as ações de controle sempre que houver necessidade, dependendo do nível de estratificação que se encontrar o município.

3. DIRETRIZES PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO VETOR:

O *Aedes aegypti* e o *Aedes albopictus* são espécies de mosquito pertencente a família dos Culicídeos proveniente da África, hoje encontra-se distribuído por quase todo o mundo com maiores ocorrências nos países das regiões tropicais e subtropicais, sendo dependente da concentração humana no local para se estabelecer. Encontra-se bem adaptado às áreas urbanas, mais precisamente ao domicílio humano, onde consegue reproduzir-se e pôr os seus ovos em pequenas quantidades de água limpa, isto é, pobres em matéria orgânica em decomposição e sais (que confeririam

características ácidas à água), que preferencialmente estejam sombreados e no peridomicílio.

3.1. Controle do Vetor (Ações para período não epidêmico e epidêmico)

O controle do *Aedes* é difícil, por ser muito versátil na escolha dos criadouros onde deposita seus ovos, que são extremamente resistentes, podendo sobreviver vários meses até que a chegada de água propicie a incubação. Como em quase todos os outros mosquitos, somente as fêmeas se alimentam de sangue para a maturação de seus ovos; os machos se alimentam apenas de substâncias vegetais e açucaradas.

Dentre as atividades do Programa de Controle e Prevenção a Dengue, a de controlar o vetor é uma das mais difíceis de ser desenvolvida. Fatores determinantes e que não estão ligados diretamente à saúde, são os que mais dificultam na manutenção e dispersão do vetor.

Independente do período, seja ele epidêmico ou não as atividades a serem desenvolvidas pelos municípios infestado pelo *Aedes* são as seguintes:

- Pesquisa larvária utilizando o LIRAA(levantamento rápido de índice de infestação) com principal ferramenta. Atualmente 45 municípios do Estado de Sergipe utilizam o LIRAA como ação de rotina.
- Visita bimestral nos domicílios existentes(100% dos imóveis).
- Atividades de educação e comunicação.
- Pesquisa larvária em PE(Pontos estratégicos) e tratamento com larvicida ou inseticida sempre que for necessário.

- Articulação intersetoriais e interinstitucionais, principalmente com órgãos ligados a limpeza com o objetivo de melhorias no destino final do lixo.
- Bloqueio de transmissão se necessário.

3.1.1. Métodos de Controle

- **Controle legal**

- Utilizando instrumentos legais que possibilite melhorias nas ações de controle do vetor.

- **Controle biológico**

- Utilizando produtos biológicos que tragam menos dano ao meio ambiente e resistência dos vetores

- **Controle mecânico**

- Utilizam-se mecanismos onde impeça a proliferação do vetor, ou seja, destruição dos possíveis locais onde o inseto possa se proliferar.

- **Controle Químico**

- Uso de larvicida para combater o inseto na sua fase larvária e utilização de adulticidas(inseticidas) para o controle na fase adulta.

3.1.2. Trabalhos de Intensificação de Controle do Dengue

- A Secretaria de Estado da Saúde continuará com as ações de combate e controle do dengue em parceria com os municípios intensificando as ações através dos agentes da brigada itinerante conforme indicadores entomológicos e epidemiológicos.
- Os municípios serão visitados conforme estratificação do risco, independente do período epidêmico ou não.

- Os trabalhos de intensificação serão feitos com aporte de recursos humanos (brigada itinerante) e insumos estratégicos visando, à redução da infestação do *Aedes aegypti*.
- Os trabalhos de intensificação realizados em parceria com os municípios, deverão ter ações voltadas para: eliminação de criadouros (controle mecânico); tratamento químico de todos os potenciais criadouros não passíveis de controle mecânico e que oferecem condições favoráveis a oviposição do vetor; além de atividades educativas e de mobilizações social.
- Os critérios de avaliação de risco para definição da programação das ações de intensificação nos municípios terão como parâmetro: “**ALTO RISCO**” – índice de infestação igual ou acima de **3%** dos imóveis existentes e inspecionados e municípios que se encontram sem informação dos dados entomológicos registrado no Sistema de Informação Oficial do Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue (PCFAD); “**MEDIO RISCO**” – índice de infestação entre **1 e 2,9%** dos imóveis existentes e inspecionados no município.

Anexo encontra-se o Protocolo de Intensificação das Ações de Controle do *Aedes aegypti*.

3.1.3. Tratamento a Ultra Baixo Volume – UBV (FUMACÊ)

- Dentro das ações de intensificação do Controle do Vetor, destacamos também a de Ultra Baixo Volume (FUMACÊ).
- O Estado de Sergipe, hoje possui uma **Central de UBV** com estrutura de:
 - **17 carros** com Bombas de Ultra Baixo Volume, sendo 15 carros adquiridos no ano de 2008 com recursos próprios e 03 cedidos pelo Ministério da Saúde.

- Sede própria com garagem para guardar os veículos, os insumos (inseticidas), abrigo para os servidores que executam as atividades de controle referente às atividades de Ultra Baixo Volume (UBV);
- Equipe de **62 servidores**, sendo **56** para dirigir os veículos e operar as máquinas de UBV (30 contratados e 26 cedidos da FUNASA/MS); 01 técnica de nível superior contratada para coordenar as ações da UBV; **01** servidor administrativo, **01** mecânico e **03** supervisores também cedidos da FUNASA/MS.
- A ação de Ultra Baixo Volume consiste na aplicação espacial de inseticidas a baixíssimo volume. Nesse método as partículas são muito pequenas, geralmente situadas abaixo de 30 micras de diâmetro, sendo de 10 a 15 micras de diâmetro médio, o ideal para o combate ao *Aedes aegypti*, quando o equipamento for do tipo UBV pesado.
- Essa ação será restrita a bloqueio de transmissão e para controle de surtos e epidemias, como forma complementar para promover a rápida interrupção da transmissão de dengue ou de febre amarela, de preferência associado o mutirão de limpeza e eliminação de depósitos.
- Por ser uma ação complexa recomendam-se alguns cuidados especiais que devem ser observados para obter êxito na aplicação de inseticida a Ultra Baixo Volume. Para isso, a pulverização com equipamento pesado deverá ser feita sempre na parte da manhã, bem cedo, ou ao anoitecer, uma vez que nesses períodos do dia normalmente não existe correntes de ar significativas, que poderiam influenciar a eficácia da aplicação, além de facilitar a operacionalidade

do conjunto UBV devido à menor intensidade do tráfego urbano de veículos nesses horários.

3.1.4. Tratamento com Equipamento Costal Motorizado

- O uso desse equipamento, no controle do vetor na sua forma adulta complementa as atividades do equipamento pesado, principalmente nos locais de difícil acesso.
- É utilizado nas operações de emergências em momentos de surtos ou epidemias e nos bloqueios de transmissão.
- O uso desse equipamento tem uma eficácia muito maior que a do equipamento pesado. Isso ocorre porque pode direcionar melhor a nevoa de inseticida que é eliminada pelo equipamento para o ambiente onde realmente está necessitando de tratamento, ou seja, no intra e no peridomicílio.

Importante

Esses equipamentos devem ser utilizados como medidas complementares e em conjunto com as demais ações de controle. É fundamental que todos tenham a consciência e compreendam que equipamentos de aspersão de inseticidas têm alcance limitado, além de causar danos ao meio ambiente.

4. MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CAMPO PARA O CONTROLE VETORIAL

- Em cada região de saúde a SES possui supervisores e transporte próprio com a finalidade de acompanhamento das atividades de rotina e de intensificação no controle do vetor;
- Os supervisores regionais deverão dar suporte diário aos supervisores locais, acompanhando o desenvolvimento das ações dos agentes de endemias da região, emitindo relatórios semanais para a área técnica do dengue. Os Relatórios de Intensificação serão analisados pela área técnica e apresentados a Gerência do Núcleo de Endemias/DIVEP/SES que recomendará as medidas necessárias à continuidade das ações e sugerirá novas intervenções quando necessário.
- Pela equipe técnica do Programa Estadual de Controle da Dengue/Núcleo de Endemias será feito monitoramento dos indicadores entomológicos através das informações compiladas semanalmente, pelos municípios, no Sistema de Informação Oficial(SIS-FAD) bem como do LIRAa.

5. INVESTIMENTOS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

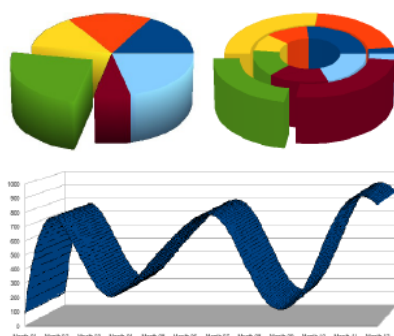
5.1 - Investimento Financeiro com a Contratação dos Agentes:

- Os agentes são contratados através da Fundação Estadual de Saúde (FUNESA) mediante seleção simplificada de agentes de endemias e motoristas.
- A remuneração desses agentes dar-se-á baseado no salário mínimo vigente no país acrescido de 10% de insalubridade, além dos encargos financeiros próprio do regime de contratação (CLT).

- Contratação em 2013 de: 50 agentes de endemias; 30 motoristas para UBV;
Previsão de manter esse mesmo grupo para 2015/2016.



EIXO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



EIXO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Este componente do plano de contingência tem como prioridade garantir, com qualidade, a notificação dos casos suspeitos de dengue e sua posterior confirmação para que se detectem oportunamente alterações no padrão endêmico da doença, para que se possa disparar de forma articulada as medidas de bloqueio de transmissão pelo controle vetorial, comunicação e mobilização, e, assistência adequada aos casos suspeitos de dengue. Compreende as ações de vigilância dos casos e exames específicos para confirmação de casos.

1. OBJETIVOS:

1.1. Geral

- Detectar de forma oportuna alterações nos padrões epidemiológicos da dengue no estado de Sergipe.

1.2. Específicos:

- Garantir a notificação oportuna dos casos suspeitos de dengue em toda rede assistencial do estado de Sergipe;
- Garantir a notificação imediata de todos os casos graves (dengue hemorrágica e dengue com complicações) e óbitos suspeitos de dengue;
- Garantir qualidade no encerramento dos casos suspeitos de dengue no SINAN;
- Identificar os sorotipos circulantes no estado de Sergipe.

1.3 Justificativa:

Tendo em vista a magnitude e relevância desta problemática, o Programa Estadual de Controle do Dengue propõe a organização de um Sistema de Vigilância sensível capaz de proporcionar um real conhecimento do padrão epidemiológico da

doença no território sergipano, para que se possam efetivar ações oportunas e efetivas para alcançar uma situação epidemiológica de controle.

2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

As ações de Vigilância Epidemiológica são descentralizadas para os 75 municípios, sendo todas as unidades de saúde consideradas fontes de notificação de casos. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi implantado em todos os municípios desde 1999, sendo em 2007 implantados o SINAN NET. No final de dezembro de 2010 todas as equipes das vigilâncias epidemiológicas municipais foram capacitadas na utilização do SINAN ONLINE, sendo a partir de 1º de janeiro de 2011 implantado em todos os municípios sergipanos.

2.1. Sistema de Informação de Agravos de Notificação:

➤ Nível Municipal:

- **Registro dos casos (notificações compulsórias) e avaliações da informação em tempo hábil:** Os 75 municípios operam o SINAN localmente desde 1999. Até o final de 2010 notificações vinham recebidas semanalmente e digitadas, mas com a implantação do Sinan Online hoje acontece diariamente. Em situação especial (epidemia), o fluxo de casos de FHD e dengue com complicações, bem como seu acompanhamento, deverão ser diário e imediato, realizado pela(s) equipe(s) de epidemiologia.
- **Estratégia de controle de casos:** Caso suspeito notificado deverá ser repassado à equipe de controle de endemias para realização do bloqueio de transmissão, após avaliação técnica da coordenação do Programa (aspersão de inseticida com equipamento costal motorizado, em raio de 300m de ocorrência do caso) e acompanhado de equipe de inspeção predial para eliminação mecânica e química (larvicida) de focos.

➤ Nível Estadual:

- **Registro dos casos (notificações compulsórias) e avaliações da informação em tempo hábil:** As notificações são compiladas pelos municípios e

acompanhadas pela área técnica do Programa Estadual do dengue diariamente com o objetivo de prestar suporte aos municípios em caso de subnotificação, aumento súbito de casos e possíveis epidemias.

- As notificações relativas aos casos atendidos no Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE são realizadas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica localizado no respectivo serviço. A Coordenação de Epidemiologia acompanha as notificações do núcleo semanalmente em períodos não epidêmicos e diariamente em períodos epidêmicos.
- **Estratégias de controle de casos:** Havendo indicação técnica (índice de infestação e transmissão) a Gerência de Endemias procede à aplicação espacial de inseticida por Ultra Baixo Volume (fumacê).

2.2. Vigilância Epidemiológica dos Casos Graves

A notificação dos casos graves deve ser feita imediatamente, utilizando, preferencialmente ao CIEVS/Sergipe através do telefone **0800-2822822** ou e-mail: **notifica@saude.se.gov.br**.

O CIEVS funciona 24 horas todos os dias da semana, inclusive feriados.

2.3. Investigação de óbitos suspeitos de dengue

Todo caso de óbito, suspeito de dengue deverá ser notificado imediatamente, investigado através da ficha de investigação de óbito padronizada(pelo MS); Coleta de material para isolamento viral e sorologia.

Casos de óbitos suspeitos de dengue que não foi possível a coleta de amostras para diagnostico laboratorial, deverão ser encerrados após análise do grupo técnico.

As medidas de controle devem ser realizadas conforme descrito no eixo do controle do vetor.

Encerramento de casos:

➤ *Em período epidêmico*

- A coleta de sangue para diagnóstico sorológico e de virologia será restrita a 10% dos casos suspeitos
- O encerramento dos casos ocorrerá por critério clínico-epidemiológico;

➤ **Em período não epidêmico:**

- As notificações deverão ser feitas através do SINAN-ONLINE, diariamente para que possa monitorar a evolução do comportamento da doença;
- Deverá ser feito sorologia em 100% dos casos suspeitos;
- O exame de virologia deverá ser feito em 10% dos casos suspeitos e que estejam em tempo apropriado para coleta (protocolo anexo)

3. APOIO LABORATORIAL

3.1 - Tipos de Exames Ofertados

3.1.1 - Dengue

- Exames sorológicos: IgM
- Isolamento viral. Substituir por RT-PCR em tempo real
- Pesquisa da Proteína NS1

Importante

Amostras para PCR devem ser encaminhadas ao Lacen/SE que as enviará à Fiocruz laboratório de referência para virologia.

Obs: O equipamento de PCR já está no Lacen e em 2016 estaremos realizando o PCR.

3.1.2 - Chikungunya

- Exames sorológicos: IgM

3.1.1 - Zika

- RT-PCR em tempo real

Importante

As amostras para diagnóstico de Chikungunya e Zika Vírus serão encaminhadas para o Lacen/CE e IEC/PA, respectivamente e os resultados serão liberados no Gal (Gerenciador de Ambiente Laboratorial).

Laboratórios de referência:**LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública de Sergipe – FSPH**

Endereço: Rua Campo do Brito, 558, São José

Horário de funcionamento: Das 7:00 às 19:00h

Dias de funcionamento: 2ª à 2ª (finais de semana temos plantão de sobreaviso)

3.2 - Fluxo/ transporte e tempo para devolução dos exames–Nota Técnica (em anexo)

3.2.1- Exames complementares: Serão realizados nos hospitais de referência, UPA's ou nos laboratórios municipais ou credenciados.

3.2.2 - Exames sorológicos: Depois de constatada epidemia, as coordenações municipais de Vigilância Epidemiológica deverão colher e enviar ao LACEN amostras de sangue de 10% dos casos suspeitos de dengue.

Importante

Atentar para o preenchimento da notificação do SINAN no GAL corretamente, ao encaminhar as amostras ao LACEN/SE.

3.2.3- Exame PCR

Todas as amostras com resultado Reagente no NS1 e 10% daquelas com resultados Não Reagentes serão encaminhadas para o Laboratório de Referência Nacional para execução da técnica de PCR.

A coleta de material para PCR será realizada, a principio, em 3 Unidades Sentinelas(**Hospital de Urgência do Estado –HUSE; os Hospitais Municipais de Aracaju**), podendo ser ampliada para os **Hospitais Regionais** e municípios sedes de região, conforme redefinição baseado em dados clínicos e epidemiológicos.

Importante

As Notas Técnicas do LACEN-SE, onde orientam sobre os procedimentos de coleta, armazenamento e encaminhamento das amostras, disponibilizada no site: www.fsph.se.gov.br/lacen

3.2.4 - Exames específicos:

A confirmação laboratorial é orientada de acordo com a situação epidemiológica:

- Em períodos não epidêmicos, solicitar o exame de todos os casos suspeitos;
- Em períodos epidêmicos, solicitar o exame conforme a orientação da vigilância epidemiológica.
- Solicitar o diagnóstico diferencial para Rubéola sempre que a paciente for gestante (Rubéola Notificação – Enzimaimunoensaio).

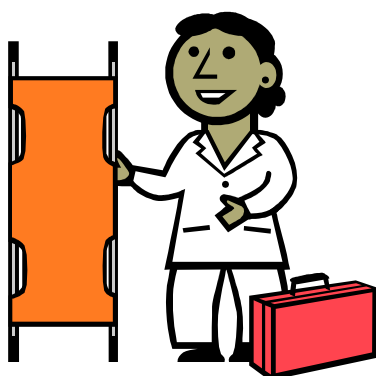
A - Métodos de diagnóstico:

- **Sorologia IgM**
Metodologia Elisa - a sorologia é utilizada para a detecção de anticorpos IgM antidengue e deve ser solicitada a partir do sexto dia do início dos sintomas.
- **Detecção da Proteína NS1**
Metodologia Elisa - Tem por objetivo detectar a proteína NS1 do vírus da Dengue que é evidente até o quinto dia do início dos sintomas.
- **Detecção de vírus ou antígenos virais** tem por objetivo identificar o DENV (Vírus da Dengue) para monitorar o sorotipo viral circulante. Para a realização da técnica de PCR, a coleta deve ser solicitada até o quinto dia de início dos sintomas:
 - Isolamento viral
 - RT-PCR
 - Imunohistoquímica.
- **Anatomopatológico** - Todo óbito deve ser investigado. Todo paciente grave, que potencialmente pode evoluir para óbito, deve ter seu soro armazenado ou sangue colhido para a realização de exames específicos. Fragmentos de fígado, pulmão, baço, gânglios, timo e cérebro podem ser retirados por ocasião da necropsia ou, na impossibilidade, por punção de víscera (viscerotomia), devendo ser feita tão logo seja constatado o óbito.

Para a realização dos exames histopatológicos e imunohistoquímica, o material coletado deve ser armazenado em frasco com formalina tamponada, mantido e transportado em temperatura ambiente.



EIXO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM SUSPEITA DENGUE



ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM SUSPEITA DENGUE

Este componente do plano de contingência tem como prioridade garantir, com qualidade, uma assistência humanitária aos pacientes e consequentemente reduzir a letalidade das formas graves doença. Esse eixo compreende as ações de Assistência na Atenção Primária, Hospitalar e Rede de Urgência e Emergência.

1. OBJETIVOS:

1.1. Geral:

- Reduzir a morbimortalidade de possíveis epidemias de dengue.

1.2. Específicos:

- **Melhorar o acesso através de:**
 - Ampliação das portas de entrada através das Unidades de Saúde da Família; Unidades de saúde da Família 24 horas; UPA's e Hospitais.
 - Classificar os casos através de protocolos de estadiamento clínico-evolutivo do paciente.
 - Definir fluxos de encaminhamento do paciente.
 - Articulação com rede privada e conveniada para garantir atendimento de qualidade em toda a rede.
 - Garantir a adequada regulação dos casos que necessitem de transferência para unidades de maior complexidade e leitos de UTI;
- **Qualificar a atenção primária e hospitalar:**

- Implementação e/ou implantação de protocolos clínicos de manejo do paciente com dengue;
 - Garantir a utilização do cartão de acompanhamento de casos de dengue em todos os serviços de saúde;
 - Aplicando atualização dos profissionais em Manejo Clínico do Paciente com Dengue.
-
- **Prever:**
 - Recursos Humanos
 - Insumos
 - Leitos de Retaguarda
 - Exames Laboratoriais complementares

2. REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

A partir do conceito de Redes Interfederativas de Saúde (**RIS**), o Governo do Estado está trabalhando com a idéia de que todas as redes se completam de forma horizontal (na cobertura territorial) e vertical, de acordo com a diversidade e densidade tecnológicas existente.

As Redes de Saúde se complementam de forma:

- **Horizontal** – cobertura territorial de populações. Todas as redes são horizontais porque se complementam na perspectiva de atender uma determinada população num território definido.
- **Vertical** – quando os estabelecimentos se complementam tecnologicamente na perspectiva de garantir o atendimento integral a populações num determinado território.

As redes de saúde podem ser:

- **Municipal** - conjunto de estabelecimentos que se complementam horizontal e verticalmente no território do município.
- **Regional** - conjunto de estabelecimentos que se complementam e se articulam horizontal e verticalmente numa determinada área geográfica para uma população adscrita com diversidade e densidade tecnológica definidas de acordo com a escala e particularidades históricas e sócio-econômicas de cada região.
- **Estadual** – integração complementar das redes regionais de forma vertical e horizontal no território do estado.

A articulação em rede no estado de Sergipe nesse plano de contingência visa ofertar ao cidadão todos os serviços de que ele necessita de acordo com a necessidade específica de cada situação.

A figura abaixo demonstra a distribuição da rede assistencial no Estado de Sergipe, com Clínicas de Saúde da Família, Clínicas de Saúde da Família 24 horas, Hospitais Locais, Hospitais Regionais, Bases do SAMU. Nessas clínicas que estão representadas na figura abaixo há um novo modelo de padrão de ambiência, incluindo salas de hidratação para suporte em casos de surtos e epidemias.



Figura. Distribuição da rede assistencial no estado de Sergipe.

3. HIERARQUIZAÇÃO DA ASSISTENCIA AO PACIENTE COM DENGUE

Por ser uma doença com característica dinâmica, para finalidade de assistência a pessoa com suspeita de dengue a SES adota o estadiamento clínico-evolutivo preconizado pelo Ministério da Saúde.

A classificação de risco (estadiamento), a organização da rede e serviços são componentes essenciais para o enfrentamento de uma epidemia de Dengue, garantindo prioridade no atendimento das formas mais graves.

A porta de entrada do paciente poderá ser qualquer tipo de Serviço de Saúde, mas após estadiamento e preenchimento do Cartão de Acompanhamento deverá ser encaminhado para que possa fornecer o acompanhamento adequado, conforme orientações abaixo:

a) **GRUPO A (AZUL)** – Suspeito de dengue com prova do laço negativa, ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas e ausência de sinais de alarme:

- ✓ Deverão ser mantidos em atendimento nas unidades da Atenção Primária à Saúde com acompanhamento contínuo, agendamento de retorno (cartão de acompanhamento) e com todas as informações sobre os sinais de alerta.

Atendimento de acordo com horário de chegada.

b) **GRUPO B (VERDE)** - Suspeito de dengue com manifestações hemorrágicas induzidas (prova do laço) ou espontâneas se repercussão hemodinâmica e ausência de sinal de alarme.

- ✓ Deverão ser encaminhados para Unidade de Saúde que possa colher hemograma com resultado para o mesmo dia, com leito de observação (macas e/ou poltronas). **Prioridade não-urgente.**
- ✓ Se os exames estiverem sem alterações deverá permanecer nas unidades da atenção primária com todas as observações e acompanhamentos pertinentes.
- ✓ Se há presença de plaquetopenia ou hemoconcentração (segundo critérios do protocolo clínico estabelecido) deverá ser mantido em leito de observação, após hidratação deverá ser re-estadiado para reavaliar conduta.

c) GRUPO C (AMARELO) – Suspeito de dengue com presença de algum sinal de alarme e/ou derrame cavitário. **Urgência, atendimento o mais rápido possível.**

- ✓ Após um primeiro atendimento em Serviço de Saúde de qualquer nível de complexidade, onde **deverá ser iniciada a hidratação venosa vigorosa**, e deverá ser encaminhado para Hospital de Referência Regional.
- ✓ A regulação das transferências deverá ser realizada pelo SAMU.

d) GRUPO D (VERMELHO) – Suspeito de dengue com sinais de choque. **Emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato.**

- ✓ Após um primeiro atendimento em Serviço de Saúde de qualquer nível de complexidade, onde **deverá ser iniciada a hidratação venosa vigorosa**, e deverá ser encaminhado para Hospital de Referência com leitos de UTI.
- ✓ A regulação das transferências deverá ser realizada pelo SAMU.

Todas as unidades de saúde deverão ter de forma visível a disponibilização dessa Classificação de Risco. Em todos os consultórios deverá constar o adesivo com classificação de risco e orientações para o adequado manejo clínico distribuídos pela Secretaria de Estado da Saúde.

4. CARACTERIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL DO ESTADO E NOS MUNICÍPIOS.

4.1. Organização da Rede de Atenção à Saúde da Família

- A rede de atenção à saúde da família está composta hoje por 526 equipes de saúde com agentes de saúde, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. (relação anexa).
- No momento não epidêmico as UBS funcionarão em dias e horários normais.

- Em períodos epidêmicos, haverá funcionamento de algumas UBS que sejam estratégicas para os municípios com a finalidade de atender a demanda de pacientes 24 horas independente das UBS 24 horas já existentes.
- A SES disponibilizará para os municípios, conforme necessidade medicamento (paracetamol), soro de hidratação oral e venoso.
- Anexo segue endereço de todas a unidades básicas de saúde por município.

4.2. Atendimento de Urgência nos Hospitais Regionais, Hospitais Locais, UPA's, USF 24hs e no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE)

Unidade com prestação de atendimento imediato aos usuários em urgência ou emergência clínica, pediátrica e traumática durante 24 horas. O atendimento será baseado nas tecnologias de acolhimento com avaliação e classificação de risco objetivando:

- Melhoria do acesso ao usuário do serviço, através de uma escuta qualificada por todos os membros da equipe;
- Agilidade no atendimento das necessidades do usuário a partir da análise e estratificação do risco, pautados em protocolos clínicos pré-estabelecidos e não por ordem de chegada;
- Qualificação da produção de saúde através da responsabilização do serviço no direcionamento seguro das demandas que extrapolam sua capacidade de resolução;
- Garantia de atendimento de todos os usuários mesmo os que necessitam de atendimento primário, redirecionando-o para as UBS.

As unidades da Rede de Urgência e Emergência deverão ter suas áreas classificadas por nível de complexidade:

- **Área vermelha:** área devidamente equipada com dois leitos e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências. (média e alta complexidade)
- **Área amarela:** destinada à assistência de pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoção para outros hospitais.

- **Área verde:** atendimento de consultas de baixa complexidade e procedimentos (administração de medicamentos, inalação etc.)
- **Área azul:** atendimento de triagem, sem necessidade de procedimentos.

O Fluxo externo de atendimento das urgências poderá ser espontâneo ou direcionado pela central de regulação de urgências, podendo dar entrada diretamente na área vermelha de acordo com a gravidade.

O transporte dos pacientes deverá ser feito, pelo SAMU Estadual a depender da classificação do risco ou por ambulâncias das Secretarias Municipais de Saúde.

Fluxo Interno:

Acolhimento: Se inicia a partir da entrada do paciente na unidade.

Recepção administrativa: Procede ao atendimento, encaminhando à sala para avaliação e classificação de risco, onde são direcionados aos setores conforme a classificação.

Vermelho: prioridade zero, necessidade de atendimento imediato dos pacientes graves visando afastar o risco imediato de morte, garantindo a vida até a transferência para unidades de maior complexidade.

Amarelo: Atendimento indicado para pacientes não críticos, para observação ou internação clínica.

Verde: Atendimento médico com prioridade não-urgente.

Azul: Atendimento de acordo com horário de chegada.

5. ESTRUTURAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL PARA O ATENDIMENTO AOS CASOS SUSPEITOS DE DENGUE

5.1. Rede de Atenção Primária à Saúde

REDE DE ATENÇÃO	LOGÍSTICA	MUNICÍPIOS DE APOIO
BAIXA GRAVIDADE		
UBS, CSF, CSF 24 h	- Salas de Hidratação Venosa com duas (02) Poltronas e/ou Cadeiras; - Os recursos deverão ser adquiridos por cada Município;	- Aracaju – Todas as UBS; - UBS e CSF dos 75 Municípios de Sergipe farão Acolhimento dos casos Suspeito de Dengue com cartão/ficha de seguimento ambulatorial.
SUPERVISÃO TÉCNICA	Supervisão realizada pelas equipes da Diretoria de Atenção Primária estadual e apoio das coordenações municipais.	

5.2. Rede Hospitalar e de Urgência e Emergência

5.2.1. REGIONAL DE ARACAJU – Unidades Assistenciais de Media Complexidade

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MÉDIA GRAVIDADE	LOGÍSTICA
Hospital Zona Norte - Aracaju	- Manter 04 (quatro) Poltronas e/ou Cadeiras para Hidratação (1ª Fase) - Manter duas (02) macas para Hidratação por até 24 horas; Caso não apresente melhora do Quadro Clínico, solicitar Remoção para uma UNIDADE DE SAÚDE DE MAIOR COMPLEXIDADE na Capital; - Monitorar Diurese e Dados Vitais do paciente e identificar sinais clássicos de sangramento e/ou outras complicações.
Hospital Zona Sul - Aracaju	
Hospital e Maternidade Santa Isabel (Pronto Socorro Pediátrico) - Aracaju	
Clinica da Saúde da Família 24 h com Sala de Estabilização - Itaporanga	
Hospital Local de Laranjeiras	
Hospital Local de São Cristóvão	
Clinica da Saúde da Família 24 do Conj.Ed. Gomes – São Cristovão	
Hospital Local de Riachuelo	
Clínica da Saúde da Família 24h com Sala de Estabilização – Barra dos Coqueiros	
SUPERVISÃO TÉCNICA	Supervisão realizada pelas equipes da Diretoria de Atenção Especializada Estadual e apoio das coordenações municipais e Fundação Hospitalar de Saúde.

5.2.2.REGIONAL DE SOCORRO – Unidades Assistenciais de Media Complexidade

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MÉDIA GRAVIDADE	LOGÍSTICA
Hospital Regional de Socorro	- Manter 04 (quatro) Poltronas e/ou Cadeiras para Hidratação (1ª Fase) - Manter duas (02) macas para Hidratação por até 24 horas; Caso não apresente melhora do Quadro Clínico, solicitar Remoção para uma UNIDADE DE SAÚDE DE MAIOR COMPLEXIDADE na Capital; - Monitorar Diurese e Dados Vitais do paciente e identificar sinais clássicos de sangramento e/ou outras complicações.
Hospital Local de Capela	
Clínica de Saúde da Família 24Hs de: - Maruim, Carmópolis, Japaratuba, N. Sra das Dores e Rosário do Catete	
SUPERVISÃO TÉCNICA	Supervisão realizada pelas equipes da Coordenação estadual de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência e apoio das coordenações municipais e Fundação Hospitalar de Saúde.

5.2.3. REGIONAL ITABAIANA – Unidades Assistenciais de Media Complexidade

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE <u>MÉDIA GRAVIDADE</u>	LOGÍSTICA
Hospital Regional de Itabaiana Clinica de saúde da Família 24Hs - Ribeirópolis, Carira, Frei Paulo e Areia Branca	- Manter 04 (quatro) Poltronas e/ou Cadeiras para Hidratação (1ª Fase) - Manter duas (02) macas para Hidratação por até 24 horas; Caso não apresente melhora do Quadro Clínico, solicitar Remoção para uma UNIDADE DE SAÚDE DE MAIOR COMPLEXIDADE na Capital; - Monitorar Diurese e Dados Vitais do paciente e identificar sinais clássicos de sangramento e/ou outras complicações.
SUPERVISÃO TÉCNICA	Supervisão realizada pelas equipes da Coordenação estadual de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência e apoio das coordenações municipais e Fundação Hospitalar de Saúde

5.2.4. REGIONAL DE ESTÂNCIA – Unidades Assistenciais de Media Complexidade

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE <u>MÉDIA GRAVIDADE</u>	LOGÍSTICA
Hospital Regional Amparo de Maria	- Manter 04 (quatro) Poltronas e/ou Cadeiras para Hidratação (1ª Fase)
Hospital Local Boquim (UPA)	- Manter duas (02) macas para Hidratação por até 24 horas; Caso não apresente melhora do Quadro Clínico, solicitar Remoção para uma UNIDADE DE SAÚDE DE MAIOR COMPLEXIDADE na Capital; - Monitorar Diurese e Dados Vitais do paciente e identificar sinais clássicos de sangramento e/ou outras complicações.
Hospital Local de Itabaianinha	
Clínica de Saúde da Família 24Hs – Umbaúba, Arauá, Tomar do Gerú, Indiaroba e Cristinópolis	
SUPERVISÃO TÉCNICA	Supervisão realizada pelas equipes da Coordenação estadual de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência e apoio das coordenações municipais e Fundação Hospitalar de Saúde

5.2.5. REGIONAL DE LAGARTO – Unidades Assistenciais de Media Complexidade

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE <u>MÉDIA GRAVIDADE</u>	LOGÍSTICA
Hospital Regional Mons. Daltro	- Manter 04 (quatro) Poltronas e/ou Cadeiras para Hidratação (1ª Fase)
Hospital Local N. Srª Conceição	
Hospital Local de Tobias Barreto	- Manter duas (02) macas para Hidratação por até 24 horas; Caso não apresente melhora do Quadro Clínico, solicitar Remoção para uma UNIDADE DE SAÚDE DE MAIOR COMPLEXIDADE na Capital; - Monitorar Diurese e Dados Vitais do paciente e identificar sinais clássicos de sangramento e/ou outras complicações.
Hospital Local de Simão Dias (UPA)	
Hospital Local de Riachão Dantas	
Clínica de Saúde da Família 24Hs - Poço Verde	
SUPERVISÃO TÉCNICA	Supervisão realizada pelas equipes da Coordenação estadual de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência e apoio das coordenações municipais e Fundação Hospitalar de Saúde

5.2.6. REGIONAL DE GLÓRIA – Unidades Assistenciais de Media Complexidade

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE <u>MÉDIA GRAVIDADE</u>	LOGÍSTICA
Hospital Regional Glória	- Manter 04 (quatro) Poltronas e/ou Cadeiras para Hidratação (1ª Fase)
Hospital Local Canindé	
Hospital Local de Poço Redondo(UPA)	- Manter duas (02) macas para Hidratação por até 24 horas; Caso não apresente melhora do Quadro Clínico, solicitar Remoção para uma UNIDADE DE SAÚDE DE MAIOR COMPLEXIDADE na Capital; - Monitorar Diurese e Dados Vitais do paciente e identificar sinais clássicos de sangramento e/ou outras complicações.
Hospital Local de Porto da Folha(UPA) Clinica de Saúde da Família 24Hs - Monte Alegre	
SUPERVISÃO TÉCNICA	Supervisão realizada pelas equipes da Coordenação estadual de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência e apoio das coordenações municipais e Fundação Hospitalar de Saúde

5.2.7. REGIONAL DE PROPRIÁ – Unidades Assistenciais de Media Complexidade

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE <u>MÉDIA GRAVIDADE</u>	LOGÍSTICA
Hospital Local Propriá	- Manter 04 (quatro) Poltronas e/ou Cadeiras para Hidratação (1ª Fase) - Manter duas (02) macas para Hidratação por até 24 horas; Caso não apresente melhora do Quadro Clínico, solicitar Remoção para uma UNIDADE DE SAÚDE DE MAIOR COMPLEXIDADE na Capital; - Monitorar Diurese e Dados Vitais do paciente e identificar sinais clássicos de sangramento e/ou outras complicações.
Hospital Local Aquidabã	
Hospital Local de Japoatã	
Hospital Local de Neópolis	
SUPERVISÃO TÉCNICA	Supervisão realizada pelas equipes da Coordenação estadual de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência e apoio das coordenações municipais e Fundação Hospitalar de Saúde

Importante

As Clínicas de saúde da Família 24 horas possui:

- *Sala de estabilização;*
- *Funcionam como PSF durante o dia;*
- *Possui medico plantonista à noite*

5.3. Unidade Assistencial de Alta Complexidade para o Estado de Sergipe

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE <u>ALTA GRAVIDADE</u>	LOGÍSTICA
HUSE – Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho	- Estrutura com classificação de risco dos casos suspeitos de dengue, eixo crítico adulto composto por: 54 leitos de UTI adulto, 16 leitos na Área vermelha. Eixo crítico pediátrico contendo 10 leitos de UTI pediátrica e 05 leitos na área vermelha <u>Apesar de não ser referência</u> pra média nem baixa complexidade em DENGUE, dispõe também de área para hidratação, 16 leitos extras (área para catástrofes);, , 10 poltronas e 30 macas na Área Azul, 30 leitos na verde clínica, no eixo adulto e poltronas de hidratação e macas na área azul, 15 berços na área verde e 08 na amarela da pediatria. Serão admitidos pacientes adultos e pediátricos com DENGUE com manifestações e/ou complicações Agudas (Derrame Pleural, Sangramentos, Choque Hipovolêmico, Insuficiência Respiratória) dentre outras manifestações.
SUPERVISÃO TÉCNICA	Supervisão realizada pelas equipes da Coordenação estadual de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência e apoio das coordenações municipais e Fundação Hospitalar de Saúde

5.5. Regulação e Transferências dos Casos Suspeitos de Dengue.

- Todos os encaminhamentos de pacientes devem ser realizados com preenchimento do cartão /ficha de acompanhamento de casos que devem estar disponíveis em todos os consultórios;
- Casos suspeitos de dengue com estadiamento A e B poderão ser transferidos conforme necessidade e indicação clínica pelas vias rotineiras;
- Casos estadiados com C ou D devem ser transferidos após regulação com equipe de SAMU **192 Sergipe** em Unidade de Suporte Avançado (USA);
- Independente do estadiamento do caso o tratamento indicado conforme classificação de risco deve ser iniciado imediatamente no local de atendimento.

5.6. Diretrizes para o atendimento do caso suspeito de Dengue

5.6.1. Pressupostos

- A dengue é uma doença com manifestações clínicas complexas, mas o seu manejo é relativamente simples, barato e muito eficaz;
- Acompanhar e tratar corretamente esta doença pode salvar vidas, desde que seja adotada intervenção adequada e oportuna;
- A dengue pode apresentar quadros clínicos diversos, que variam desde uma infecção inaparente, passando por manifestação febril aguda e chegando a quadros mais graves;
- Os quadros graves ocorrem em geral em menos de 2% dos casos, mas cursam com uma letalidade que pode atingir 10% ou mais;
- O reconhecimento precoce dos SINAIS DE ALARME pode ser decisivo para instituição imediata da conduta adequada;
- A reposição volêmica adequada e vigorosa é a terapia de escolha, pois pode reduzir a mortalidade a menos de 1% dos casos graves
- A equipe deve observar os pacientes atentamente, especialmente quando do desaparecimento da febre, para a identificação dos primeiros sinais de agravamento da doença.
- O correto estadiamento (Classificação de Risco) favorece a priorização do atendimento conforme necessidade do paciente e complexidade do serviço,

evitando que serviços de maior complexidade tenham aumento da sua demanda por casos que poderiam ser atendidos em unidades de menor complexidade.

5.6.2. Assistência ao usuário com suspeita de dengue na Atenção Primária à Saúde.

- A abordagem ao paciente com suspeita de dengue deve seguir uma rotina mínima de anamnese e exame físico, com ênfase na busca por sinais de alerta. Essas informações são necessárias para o estadiamento e assistência adequados.
- Por ser uma doença dinâmica, o quadro do paciente evolui de um estágio a outro rapidamente. Por isso é importante o reconhecimento precoce dos sinais de alarme, o contínuo monitoramento, o reestadiamento dos casos e a pronta reposição hídrica. Com isso, torna-se necessário a revisão da história clínica, acompanhado do exame físico completo a cada reavaliação do paciente, com o devido registro em instrumentos pertinentes (prontuários, ficha de atendimento, cartão de acompanhamento).

ROTEIRO DA CONSULTA MÉDICA E DE ENFERMAGEM

Anamnese

História da doença atual:

- Cronologia dos sinais e sintomas (data do início dos sintomas);
- Caracterização da febre;
- Pesquisa de sinais de alerta.
- Pesquisa de manifestações hemorrágicas: hematêmese (vômitos com raia de sangue ou tipo “borra-de-café”), melena (fezes escuras). Na criança podem passar despercebidas.

Epidemiologia:

- Presença de casos semelhantes no local de moradia ou de trabalho;
- História de deslocamento nos últimos 15 dias.

História patológica pregressa:

- Doenças crônicas associadas: hipertensão arterial, diabetes melito, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença severa do sistema cardiovascular; doença ácido-péptica e doenças auto-imunes;
- Uso de medicamentos, sobretudo antiagregantes plaquetários, anticoagulantes, anti-inflamatórios e imunossupressores
- Na criança, além das doenças de base já citadas, valorizar as manifestações alérgicas (asma, dermatite atópica, etc.)
- Pesquisar episódio prévio de dengue

Exame Físico (detalhado)

Exame Físico Geral

- Ectoscopia: Destacar a pesquisa de edema subcutâneo (palpebral, de parede abdominal e de membros), assim como manifestações hemorrágicas na pele. Avaliar o estado de hidratação.
- Segmento da pele: pesquisar pele fria ou quente, sinais de desidratação, exantema, petéquias, hematomas, sufusões e outros.

6- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTROLE DO DENGUE

6.1 - Agente Comunitário de Saúde

- Identificar e encaminhar os casos suspeitos de dengue à Unidades Básicas de Saúde (UBS), de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive os com sinais de alarme e de choque;
- Atuar junto aos domicílios, informando aos seus moradores sobre a doença – seus sintomas e sinais de alerta – o agente transmissor e medidas de prevenção;
- 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;
- Vistoriar o domicílio e peridomicílio, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de objetos que sejam ou possam se transformar em criadouros de mosquito transmissor da dengue;
- Orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos;
- Caso seja necessário, remover mecanicamente os ovos e larvas do mosquito;
- Encaminhar ao Agente de Controle de Endemias (ACE) os casos de verificação de criadouros de difícil acesso ou que necessitem do uso de larvicida/biolarvicidas;
- Promover reuniões com a comunidade com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue, bem como conscientizar quanto à importância de que todos os domicílios em uma área infestada pelo *Aedes aegypti* sejam trabalhadas (garantir o acesso do ACE);
- 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 interveniência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;
- Comunicar ao enfermeiro supervisor do ACS e ao ACE os imóveis fechados e recusas;
- Notificar os casos suspeitos de dengue, em ficha específica e informar a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS);

- Reunir semanalmente 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 deverão ser adotadas para melhorar a situação.
- Acompanhar os casos suspeitos em tratamento no domicílio (hidratação oral) e relatar alguma alteração à ESF.

6.2 - Agente de Controle de Endemias:

- Encaminhar os casos suspeitos de dengue à UBS, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde;
- Atuar junto aos domicílios, informando os seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – e o agente transmissor e medidas de prevenção;
- Vistoriar imóveis, acompanhado pelo responsável, para identificar locais de existência de objetos que sejam ou possam se transformar em criadouros de mosquito transmissor da dengue;
- Orientar e acompanhar o responsável pelo imóvel na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos;
- Informar o responsável pelo imóvel, sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue;
- Vistoriar e tratar com aplicação de larvicida, caso seja necessário, os pontos estratégicos;
- Vistoriar e tratar com aplicação de larvicida/biolarvicidas, quando necessário, os criadouros de mosquitos;
- Vistoriar e tratar os imóveis cadastrados e encaminhados pelo ACS que necessitem do uso de larvicida e/ou remoção mecânica de difícil acesso que não pode ser eliminado pelo ACS;
- Nos locais onde não existir ACS, seguir a rotina de vistoria dos imóveis e, quando necessário, aplicar larvicida/biolarvicidas;
- Elaborar e/ou executar estratégias para o encaminhamento/resolução das pendências;

- Orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco quanto a formação de criadouros do *Aedes aegypti*;
- Promover reuniões com a comunidade com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue;
- Notificar os casos suspeitos de dengue, informando a equipe da UBS;
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação da dengue, conforme estratégia local;
- Reunir semanalmente com o agente comunitário de saúde 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 deverão ser adotadas para melhorar a situação.

6.3 - Enfermeiro:

- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- Fazer classificação de risco (estadiamento);
- Garantir o acesso venoso, conforme prescrição médica e o transporte imediato do caso à Unidade hospitalar de referência;
- Identificar sinais de alarme da dengue;
- Realizar a prova do laço nos casos sem sangramento espontâneo;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- Enviar ao setor competente semanalmente as informações epidemiológicas referentes à dengue da área de atuação da UBS. Analisar os dados para possíveis intervenções;
- Notificar os casos suspeitos de dengue e completar a ficha após confirmação, encaminhando ao setor competente a ficha de notificação da dengue, conforme estratégia local;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Orientar os Auxiliares/técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento;

- Capacitar membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças.
- Solicitar exames específicos conforme indicação do protocolo e recomendações da Vigilância Epidemiológica da SES.

6.4 - Auxiliar/Técnico de Enfermagem

- Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados para o exercício de sua profissão;
- Realizar prova do laço; identificar sinais de alerta e de choque;
- Realizar tratamento supervisionado, quando necessário, conforme orientação do enfermeiro e/ou médico;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária;
- Notificar os casos suspeitos de dengue;
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação da dengue, conforme estratégia local.
- Realizar coleta de exames quando indicado.

6.5 - Médico

- Realizar consulta MÉDICA, solicitar exames complementares conforme protocolos;
- Fazer classificação de risco (estadiamento) de todos os casos suspeitos atendidos;
- Prescrever tratamento conforme protocolo do Ministério da Saúde;
- Identificar sinais de alarme da dengue;
- • Realizar a prova do laço;
- Providenciar transferências dos casos conforme necessidade;
- Analisar os dados da unidade para propor possíveis intervenções locais;
- Notificar os casos suspeitos de dengue e completar a ficha após confirmação, encaminhando ao setor competente a ficha de notificação da dengue, conforme estratégia local;
- Orientar a equipe de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento;
- Capacitar membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças.

- Realizar o diagnóstico diferencial de outras doenças febris.
- Orientar os pacientes e familiares sobre a possibilidade de criadouros do *Aedes aegypti* na residência e peridomicílio.
- Solicitar exames específicos conforme indicação do protocolo e recomendações da Vigilância Epidemiológica da SES.

Importante

Todo paciente com dengue (e sua família) deve ser orientado sobre a possibilidade do aparecimento dos sinais de alerta e a procurar imediatamente atendimento médico no caso de apresentá-los.

7 – RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

- Devem ser encaminhados à consulta médica todos os casos em que houver dúvida se é dengue e os casos com febre acrescidos de pelo menos um dos quadros abaixo:
 - Vômitos e rigidez de nuca
 - Tosse, catarro e dor torácica
 - Sintomas respiratórios (coriza, tosse, dor de ouvido, dor de garganta)
 - Icterícia
 - Linfonodos atrás do pescoço e orelhas
 - Casos com episódio prévio de dengue
 - Casos com manifestações hemorrágicas ou Prova do Laço positiva
 - Casos com sinais de alerta
 - Pacientes no 1º dia de melhora da febre ou 5º dia de doença
 - Todas as crianças, idosos e gestantes (poderá ser garantida a manutenção do acesso venoso)
- **Na criança**, o início da doença pode passar despercebido e o quadro grave ser identificado como a primeira manifestação clínica. O agravamento geralmente é súbito,

diferente do adulto, no qual os sinais de alarme de gravidade são mais facilmente detectados, podendo apresentar síndrome febril com sinais e sintomas inespecíficos: apatia, sonolência, recusa da alimentação, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas. Nos menores de 2 anos de idade, especialmente em menores de 6 meses, os sintomas como cefaléia, mialgias e artralgias podem manifestar-se por choro persistente, adinamia e irritabilidade, geralmente com ausência de manifestações respiratórias, podendo confundir com outros quadros infecciosos febris, próprios desta faixa etária.

As formas graves sobrevivem geralmente em torno do terceiro dia de doença, acompanhadas ou não da defervescência da febre. O exantema, quando presente, é maculopapular, podendo apresentar-se sob todas as formas (pleomorfismo), com ou sem prurido, precoce ou tardiamente

- O usuário com suspeita de dengue deve ser atendido na Unidade Básica de Saúde (UBS) pelo médico ou na ausência deste, pelo enfermeiro, devido à necessidade de atendimento precoce e imediato, para evitar as complicações e o risco aumentado de febre hemorrágica do dengue (FHD), evoluindo para o óbito.
- Realizado o estadiamento, todos os usuários o **Grupo A** deverão ser atendidos e acompanhados na Unidade Básica de Saúde com acompanhamento e agendamento, sendo liberados com o cartão de acompanhamento.
- Os classificados do **Grupo B** poderão receber o cuidado recomendado neste protocolo, seguindo rigorosamente as técnicas de enfermagem concernentes a cada atendimento e levando em consideração as condições de estrutura física (leitos de hidratação), quantidade de profissionais para o atendimento – 24h, presença de material necessário e adequado, transporte assegurado para o imediato deslocamento dos casos que necessitem de internação(Grupo B, C e D),o tempo de deslocamento para a unidade hospitalar mais próxima(de referência), a existência de laboratório-24 horas e pessoal treinado.
- O auxiliar de enfermagem também poderá prestar o atendimento inicial (prova do laço, identificação de sinais de alerta e de choque,iniciar hidratação oral) desde que esteja adequadamente treinado e sempre sob supervisão do médico e/ou enfermeiro.
- Os profissionais de saúde são responsáveis por notificar todos os casos suspeitos.

- Todos os funcionários da UBS devem estar capacitados a reconhecer os sinais e sintomas da dengue e, principalmente os sinais de alarme – o vigilante, o auxiliar de limpeza, a recepção, etc.
- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são atores importantes na localização de focos do vetor, na identificação de casos suspeitos e dos sinais de alarme e de choque nos domicílios do seu território e acompanhamento dos casos após alta hospitalar.
- Na maioria das vezes ocorre uma nítida progressão entre as três situações, ou seja, o paciente inicia com os sintomas de Dengue Clássico – Grupo A (febre alta de início abrupto, seguido de um ou mais dos seguintes sintomas: cefaléia, mialgias, artralgias, dor retro orbitária, prostração, náuseas, vômitos e exantema). A partir do terceiro dia da doença (mais comumente entre o quarto e sexto dias), podem-se observar alguns pequenos sinais de sangramento (petéquias, epistaxes, gengivorragias), o que configura o quadro de Dengue Clássico com Hemorragia, que, se for acompanhado de um ou mais dos sinais de alerta, deve-se levantar a suspeita de Dengue Hemorrágico (Grupo B) e ser iniciada a terapêutica adequada, que é a reidratação parenteral.
- O enfermeiro deve ser criterioso quanto à importância de garantir o acesso e a manutenção do acesso venoso aos usuários do Grupo B, conforme prescrição médica, ou com sinais de alarme (vômitos persistentes, por exemplo), seguido de um imediato encaminhamento (com transporte assegurado) a uma Unidade Hospitalar mais próxima de sua região. Este procedimento simples agilizará o atendimento no serviço de emergência e salvará vidas.
- É de competência do profissional de enfermagem coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no prontuário do paciente e realizar encaminhamento acompanhado de relatório da assistência prestada na UBS. Esses dados são necessários para o planejamento e a execução dos serviços de assistência de enfermagem na Unidade Hospitalar que receberá o usuário. Deve ser considerado episódio prévio de dengue, pacientes com história pregressa de sorologia positiva para dengue e sintomatologia de dengue sem resultado de exame negativo.
- Qualquer Unidade Básica de Saúde com condições de realizar hidratação venosa e hemograma (ou coletar o material para que este seja feito de urgência em

outra unidade – laboratório 24h) pode atender aos casos de Dengue Hemorrágico (Grupo B).

- É importante lembrar que em períodos de epidemia, principalmente para os municípios mais distantes, o tempo de chegada a uma unidade hospitalar e um acesso venoso assegurado e criterioso pode salvar uma vida.

Importante

Segue anexa modelo de cálculo para organização das ações assistenciais seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde



EIXO DA COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO



COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Essa etapa do plano contempla ações de comunicação e mobilização que tem como objetivo aumentar a adesão das pessoas e da sociedade organizada no enfrentamento da dengue no estado.

1. OBJETIVOS:

1.1 - Geral:

- Tornar a população e a sociedade organizada cada vez mais consciente do seu papel para o enfrentamento da dengue.

1.2- Específicos:

- Divulgar informações sobre a dengue;
- Manter atualizado os dados no site Sergipe contra dengue;
- Desenvolver ações educativas para a população e os atores que atuam na área da saúde;
- Desenvolver ações educativas articulada com as secretarias municipais e estadual de educação;
- Assessorar os gestores estaduais junto à imprensa;
- Mobilizar a população através de campanhas educativas.

2 . COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

- Desde 2009 o Governo do Estado criou uma logomarca específica para divulgar as ações preventivas e de controle da dengue e, desde então, vem trabalhando em campanhas de mobilização e comunicação.



- Desde novembro de 2009 foram realizadas:
 - ⇒ Propagandas de TV. Foram colocadas, de segunda a sexta, 8 propagandas no intervalo do Jornal Nacional e 95 anúncios em diversos horários;
 - ⇒ Veiculação de 1008 anúncios em rádios de todo o Estado;
 - ⇒ Confeção de 200 mil cartilhas para ser distribuídas com a população onde constam orientações preventivas para os cuidados com a dengue;



- ⇒ Reprodução de mais 10 mil adesivos sobre Conduta e Diagnóstico da Dengue para os consultórios públicos e privados de todo o estado;

Sergipe contra a dengue

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

Mais informações: www.sergipecontradengue.com.br
0800-286-3000

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERGIPE
ESTADO DE SERGIPE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL – GRUPO A

Sinais e sintomas clássicos

Febre com duração máxima de sete dias e pelo menos dois dos seguintes sintomas inespecíficos:
Cefaleia
Mialgia e artralgia
Prurido
Dor retro-orbitária
Aumento de sinais de alarme
Aumento de sinais de choque
Prisão de Lado e fimo
Aumento de manifestações hemorrágicas

Em lactentes, síndrome, instabilidade e choro persistente podem caracterizar sintomas como cefaleia e náusea.

Unidades de Atenção Primária de Saúde

Conduta

Sinais e sintomas clássicos (sem agravamento e sem sinais de alarme)

- Orientar o paciente em domicílio.
- Prescrever hidratação via oral de forma sistemática.
- Prescrever analgésicos e antitérmicos, se necessário, evitando o paciente para o risco de automedicação.
- E contraindicado o uso de salicilatos e anti-inflamatórios não hormonais (aspirina, diclofenaco, ibuprofeno, entre outros).
- Orientar o paciente quanto à necessidade de repouso.
- Orientar o paciente e sua família/cuidadores sobre os sinais de alarme, especialmente no primeiro dia de acompanhamento do caso, e orientar sobre o que fazer frente ao agravamento do caso.
- Após consulta e avaliação clínica, informar ao paciente que ele poderá realizar o tratamento em domicílio, porém devendo-o e retornar a unidade de saúde identificada no "Cartão de Acompanhamento do Paciente com Sinal de Dengue", se possível diariamente ou de acordo com o plano de acompanhamento de caso ou em caso de agravamento de sinais de alarme.
- Organizar o serviço com fluxo diferenciado para aplicar as condutas de retorno.
- Orientar sobre a importância de cuidados de higiene pessoal.
- Prescrever a ficha de notificação individual dos casos.
- Presenciar visita domiciliar dos ACS, para acompanhamento dos pacientes e seus familiares, em sua residência de abrangência.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERDE – GRUPO B

Manifestações hemorrágicas espontâneas ou Prova de Lado positiva

Febre com duração máxima de sete dias e pelo menos dois dos seguintes sintomas inespecíficos:
Cefaleia
Mialgia e artralgia
Prurido
Dor retro-orbitária
Aumento de sinais de alarme
Aumento de sinais de choque
Prisão de Lado e fimo
Aumento de manifestações hemorrágicas

Em lactentes, síndrome, instabilidade e choro persistente podem caracterizar sintomas como cefaleia e náusea.

Unidades de Atenção Secundária de Saúde com suporte para observação

Conduta

Conduta para os pacientes com manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas (Prova de Lado positiva)

- Hidratação oral de forma sistemática.
- O paciente com manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas deve ser acompanhado em observação por 24 horas, com exames de hematócrito oral ou venoso realizados pelo menos a cada 12 horas e avaliação clínica.
- A unidade deve ser capaz de realizar a realização do hemograma completo, com liberação de resultado em tempo hábil (no máximo 24h) para avaliação e manejo clínico adequado e imediato.
- Na impossibilidade de realizar o hemograma na unidade de saúde, as amostras coletadas devem ser enviadas para unidade que dispore desse serviço, com prioridade de realização do exame no estratêgia que garantir a realização e retorno do resultado para a unidade de origem no mesmo dia.
- Após realização supervisão e avaliação médica, o paciente poderá realizar o tratamento em domicílio e deve ser orientado para retornar diariamente a unidade de saúde identificada no "Cartão de Acompanhamento do Paciente com Sinal de Dengue" ou em caso de agravamento de sinais de alarme.
- Presenciar visita domiciliar dos ACS, para acompanhamento dos pacientes e seus familiares, em sua residência de abrangência.

O paciente do Grupo B deve aguardar o resultado do hemograma em sala de observação, com hidratação oral e venosa.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AMARELO – GRUPO C

Sinais de alarme

Dor abdominal intensa e contínua
Vômitos persistentes
Hipotensão postural e/ou hipotensão
Síndrome de instabilidade
Hepatomegalia dolorosa
Hemorragias espontâneas hemodinamicamente relevantes
Diminuição da diurese
Diminuição rápida da temperatura corpórea no hipotermia
Desconforto respiratório
Aumento repetido da hematócrito
Queda abrupta dos plaquetas

Unidades de Atenção Terciária de Saúde com leitos de internação

Conduta

Pacientes com sinais de alarme

- Fase de expansão com sinais fisiológicos no Finger Lactado: 20ml/kg/hidratação, podendo ser reposta em três vezes.
- Reavaliação clínica de hora em hora e hematócrito após 2h.
- Monitorar sinais e sintomas de desidratação.
- Melhorar sinais e sintomas de desidratação.
- Adulto – 25 ml/kg, de 8h em 8h (de acordo com a melhor, podendo estabelecer frequência de 8h em 8h a cada 12h em 12h).
- Criança – frequência de hidratação de 8h em 8h a cada 12h em 12h (de acordo com a melhor, podendo estabelecer frequência de 8h em 8h a cada 12h em 12h).
- Avaliar após cada etapa de hidratação.
- Paciente com melhorias clínicas/monitorar, tratar como Grupo D – Vermelho.

ATENÇÃO

De acordo com as condições clínicas do paciente e caso a unidade de saúde não apresente o perfil necessário para diagnóstico, transferir o paciente com hidratação venosa vigorosa, de imediato, para uma unidade de saúde com leito de internação e capacidade de monitoramento e supervisão médica contínua.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO – GRUPO D

Sinais de choque

Pressão arterial convergente (PA diferencial < 20 mmHg)
Hipotensão arterial
Extremidades frias
Cianose
Pulso rápido e fino
Excrementos escuros > 2 segundos

Unidades de Atenção Terciária de Saúde com leitos em Unidade de Terapia Intensiva

Conduta

Pacientes com sinais de choque

- Assegurar bom acesso venoso, de preferência em dois locais diferentes.
- Iniciar hidratação venosa com solução isotônica (20 ml/kg em até 20 minutos, sendo em adulto com em choque imediatamente).
- Se necessário, repetir o procedimento por até três vezes.
- Realizar hemocultura sanguínea de hemocultura.
- Reavaliação clínica a cada 15-30 minutos e hematócrito após 2h.
- Avaliar melhora do choque hematocriticamente (PA, diurese e estado clínico, pulso e respiração).
- Em caso de melhora clínica e laboratorial, tratar o paciente conforme descrito para conduta do Grupo C, em unidade com leito de internação e com capacidade de realizar hidratação venosa, até estabilização clínica, por um período mínimo de 24h.
- Se a melhora for insatisfatória, avaliar hemocultura.
- Realizar em unidade e choque após hidratação adequada, utilizar oxigênio úmido em máscara – 10 ml/kg/h, se não melhor, usar oxigênio úmido 2 ml/kg/h, oxigênio 0,5 g/l e 1 g/l/h.
- Realizar em unidade e choque após hidratação adequada, avaliar hemocultura em unidade de terapia intensiva (UTI).
- Realizar em unidade e choque após hidratação adequada, avaliar hemocultura em unidade de terapia intensiva (UTI).
- Na fase de choque do choque extremo, investigar tipo de choque: choque de insuficiência cardíaca congestiva e feto com choque, se necessário.
- A presença de insuficiência cardíaca congestiva e feto com choque de 12-24 horas após reavaliação de choque, pode levar ao agravamento do quadro de choque.
- Observar a presença de sinais clínicos e corrigir, para evitar a desidratação imediata (assimilação).
- Corrigir hipotermia e hipocalcemia.

ATENÇÃO

Quando o grupo C e D podem apresentar sinais clínicos de insuficiência cardíaca congestiva e feto com choque de 12-24 horas após reavaliação de choque, pode levar ao agravamento do quadro de choque.

⇒ Reprodução de 5 mil protetor de bandejas para distribuição nos shoppings da cidade e restaurantes;

Sergipe contra a dengue

WWW.SERGIPECONTRADENGUE.COM.BR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERGIPE
ESTADO DE SERGIPE

A DENGUE É UM PROBLEMA DE TODOS. VEJA ALGUNS CUIDADOS PARA COMBATER A DOENÇA:

JUNTOS, VAMOS VENCER A DENGUE.

MAIS INFORMAÇÕES:
0800-286-3000

1. Eliminar os criadouros de mosquito: limpar e tampar lixo, evitar água parada, lavar pratos e copos.

2. Usar repelente: aplicar repelente em áreas expostas do corpo e roupas.

3. Usar telas e mosquiteiros: instalar telas nas portas e janelas, e usar mosquiteiros na cama.

4. Evitar picadas: usar roupas de manga longa e calça fechada, e evitar sair de casa no horário de pico do mosquito (entre 8h e 18h).

5. Evitar água parada: não deixar água parada em vasos, pneus, baldes, etc.

6. Usar protetor solar: usar protetor solar com fator de proteção solar (FPS) 30 ou superior.

- ⇒ Produção de 100 mil adesivos para distribuição nas casas visitadas pelos agentes.
- ⇒ Produção de 18 outdoors que foram colocados na capital;
- ⇒ Produção 30 *busdoors* nas linhas de transporte da capital e interior.
- ⇒ Atualização do hot site da dengue (www.sergipecontradengue.com.br).

Este foi construído com o intuito de divulgar a situação da dengue, através

de boletins; informações educativas e esclarecedoras sobre dengue; divulgar as ações que os municípios e estado vem desenvolvendo; divulgação do Plano de Contingência da Dengue; divulgação de material educativo utilizado em capacitações para os profissionais, além de outros.

No ano de 2011, a Secretaria de Estado da Saúde implementou as ações instituídas nos anos anteriores reproduzindo os seguintes materiais:

- Adesivo de Parede (colocar nas residências visitadas pelos agentes de endemias) – 500 mil adesivos;
- Protetor de Bandeja para distribuir nos bares e restaurantes da cidade – 100 mil protetores;
- Adesivo de classificação de risco para atendimento do paciente suspeito de dengue (adulto e pediátrico) – 5 mil adesivos;
- Folder – 200 mil folders;
- Praguinha – 500 mil praguinhas;
- Banner – 150 banner
- Cartão de acompanhamento do paciente com dengue – 100 mil
- Campanha educativa junto as **Rádios Regionais** dos municípios que se encontra com classificação em Médio e Alto Risco para epidemias de dengue;
- Utilização de **Carros de Som** transmitindo informações sobre a dengue, nos municípios de Médio e Alto Risco.

3 – AÇÕES INTEGRADAS

Foi criado um Grupo Executivo da Secretaria de Estado da Saúde, formado por diversas coordenadorias e gerências da SES. O objetivo maior é fortalecer o Programa Estadual de Controle do Dengue com um incremento, principalmente, dos trabalhos de monitoramento, acompanhamento e supervisão.

Além do Grupo Executivo, foi instituído através de portaria estadual o Comitê Interinstitucional da Dengue formada por várias secretarias estaduais. Esse comitê se reúne trimestralmente em momentos não epidêmico e em períodos epidêmicos semanalmente. O objetivo de se criar esse comitê foi de criar mecanismos que possam melhorar a qualidade de vida da população e os riscos que o meio oferece para novas epidemias de dengue tais como: desabastecimento de água, lixo no meio ambiente, além de outros.

A Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde articulada como o Programa Estadual de Controle da Dengue desenvolve ações de comunicação com a população com esclarecimento de dúvidas sobre a doença, fluxos e encaminhamentos de pacientes suspeitos; além do registro de reclamação de ocorrência de focos e criadouros do mosquito mediante o uso do serviço de **Ouvidoria da SES (0800- 286-3000)**.

A Diretoria de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde tem responsabilidade em divulgar para imprensa todas as informações inerentes a situação da dengue, seja em período epidêmico ou não epidêmico. Essas informações são repassadas através da sala de situação virtual da dengue disponível do site da SES, ou através de boletins, informes e notas técnicas quando houver necessidade.

4- ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O Comitê Intersetorial de Controle de Epidemias, composto por técnicos de diversos setores da Secretaria Estadual de Saúde, é responsável pela análise diária de informações e emissão de boletins em período epidêmico.

Os interlocutores municipais serão responsáveis pela análise e acompanhamento locais, recebendo capacitação prévia para:

- Análise de distribuição de casos suspeitos de dengue por bairro, diariamente;
- Avaliar taxas de mortalidade e letalidade
- Divulgação de dados epidemiológicos.

4.1.1 - Informação para usuários e profissionais de saúde:

Usuários e profissionais de saúde (denúncias de focos e casos suspeitos):

- **Nos municípios:** Secretaria de Saúde do Município de residência do usuário. (relação das Sms's em anexo)
- **No Estado:** Comitê Intersetorial de Controle de Epidemias – Edifício Estado de Sergipe 17 andar. Centro Aracaju - SE. Fone: (79) 32268300 /3226-8323 e-mail: dengue@saude.se.gov.br
- **Unidade de Resposta Rápida:** Para notificação de suspeita de surtos de dengue em qualquer período. Telefone: **0800- 282-2822**
- **Ouvidoria da SES:** para denuncia e notificação de casos suspeita de dengue. Telefone: **0800- 286-3000**

4.1.2- Sala de Situação

Esse é um instrumento adotado pela Secretaria de Estado da Saúde com a finalidade de publicar e manter de forma clara a situação da dengue nos municípios do Estado. É uma ferramenta importante, para que os gestores visualizem semanalmente o comportamento dos indicadores de maior relevância para intensificar ações de controle.

O acesso para essas informações é facilitado, visto que são publicados no site da Secretaria Estadual de Saúde e os dados são alimentados diariamente pela área técnica responsável pelo Programa Estadual de Controle do Dengue.

5 - CAPACITAÇÕES

5.1 – Capacitações para os agentes de saúde e endemias

Essa atividade será realizada pela Escola Técnica do SUS(ETSUS/SE), onde a mesma estará capacitando todos os profissionais de nível médio do SUS que desenvolvem ações de vigilância em saúde.

As capacitações são realizadas focando nas seguintes linhas de ação:

- Risco Individual e Coletivo no território;
- Acolhimento de Risco no Território (Vigilância à saúde) ;
- Promoção, prevenção, redução de Danos e Educação em saúde para adquirir ganhos de autonomia.

Além das capacitações realizadas pela Escola Técnica do SUS, a equipe estadual responsável pelo Programa Estadual de Controle e Prevenção a Dengue também estará realizando capacitações/atualizações para os agentes de endemias

5.2 – Capacitação para Profissionais na Assistência

- No ano de 2009, os profissionais da rede pública e privada dos hospitais e atenção básica (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) foram capacitados no Manejo Clínico e Diagnostico do Paciente com Dengue.
- Essa capacitação foi ampliada para os coordenadores de vigilância epidemiológica e atenção básica.
- Em 2010, foi feito uma atualização em Diagnostico e Manejo Clínico Para o Diagnostico em Dengue para os profissionais da rede básica.
- Atualização para coordenadores de vigilância para nos meses de fevereiro e março do ano de 2011.

- No ano de 2012, foram realizados dois momentos de encontro com os profissionais da rede básica, sendo um no primeiro semestre e o outro no segundo semestre. No mesmo ano foi realizado, com os profissionais da rede de urgência uma atualização no que diz respeito ao manejo clínico do paciente suspeito de dengue.
- Em 2013, foram realizados, no primeiro semestre, duas capacitações para os profissionais da rede básica de saúde. Nesse primeiro momento foram selecionados 32 municípios e o público foi médico e enfermeiro das ESF. Para novembro de 2013 serão contemplados os demais municípios.
- Em novembro de 2014 foi realizado um momento de encontro com os coordenadores de vigilância epidemiológica e atenção básica, cujo objetivo foi avaliar a situação epidemiológica da dengue, além de chamar a atenção para possível entrada de casos de Febre de Chikungunya.
- No final do ano de 2014 foi feito um encontro com médicos e enfermeiros (sendo um médico e um enfermeiro/município) .

Bibliografia:

1. BRUNNER, Lillian Sholtes & SUDDARTH Doris Smith – Enfermagem Médica Cirúrgica. 70ª Ed. Guanabara RJ, 1993
2. Ministério da Saúde .Secretaria de Vigilância em Saúde. Dengue- Diagnóstico e manejo clínico. Adulto e criança. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3ª edição. Brasília/DF, 2007.
3. Ministério da Saúde .Secretaria de Vigilância em Saúde. Cadernos de Atenção Básica –Vigilância em Saúde. 2ª edição. Brasília/DF, 2008.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. DENGUE, Manual de Enfermagem, adulto e criança. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1ª. Ed. Brasília/ DF, 2008.
5. PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. - Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde de Adultos - Serviço de Atividades Assistenciais - Protocolo para atendimento dos casos de dengue numa epidemia - janeiro de 1998
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 1ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

ANEXOS

ANEXOS:

ANEXO – 1: Relação das Secretarias Municipais de Saúde com endereço, fone Fax , e-mail.

ANEXO – 2: Relação da Rede Hospitalar do Estado incluindo os Hospitais regionais

ANEXO – 3: Plano de Contingência – Suporte laboratorial (com protocolos e encaminhamentos)

ANEXO – 4: Lista de Material de Campo para utilização no controle e combate ao vetor.

ANEXO – 5: Relação dos supervisores de endemias e distribuição por região

ANEXO – 6: Roteiro do Grupo Técnico da SES para acompanhamento das atividades dos municípios

ANEXO – 7 Cálculo do gotejamento do soro

ANEXO – 8 Modelo do Cartão de Acompanhamento do Paciente com Dengue

ANEXO – 9 Conduta de Enfermagem para Atendimento ao Paciente com Suspeita de Dengue nas Unidades básicas de Saúde

ANEXO – 10 Nota Técnica nº 04/2012 – LACEN-SE

ANEXO - 11 Protocolo de Intensificação das Ações de Controle do *Aedes aegypti*

ANEXO – 12 Modelo de base de cálculo para organização das ações assistenciais

ANEXO – 13 Ações Desenvolvidas pelo Governo do Estado de Sergipe em 2007/2008/2009/2010/2011

Anexo - 1**ENDEREÇO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE****AMPARO DE SÃO FRANCISCO**

ENDEREÇO: Av. Abrão freire, s/n Cep: 49920-000

TELEFONE: (79) 3361-1099 / 3361-1078

E-MAIL: saudeasf@infonet.com.br

AQUIDABÃ

ENDEREÇO: General Ademar M. Aragão 317 - Cep: 49790-000

TELEFONE: (79) 3341-1397 / 3341-1145

ARACAJU

ENDEREÇO: R. Sergipe, 1310, Siqueira Campos - Cep: 49075-540

TELEFONE: (79) 3179-1035 / 3179-1018 / 3179-1060

ARAUÁ

ENDEREÇO: R. Temistócles C.Carvalho Nº 129 - Cep: 49220-040

TELEFONE: (79) 3547-1255 / 3547-1242 / 3648-1551

AREIA BRANCA

ENDEREÇO: Av. Heraclito Diniz, S/N - No.17 - Cep: 49580-000

TELEFONE: (79) 3288-1876 / 3288-1198 / 3288-1800

BARRA DOS COQUEIROS

ENDEREÇO: R. Cabo Rezende, Nº 17 - Cep: 49140-000

TELEFONE: (79) 3262-1217 / 3262-1493

BOQUIM

ENDEREÇO: Pq. Citricola Gov. Joao A. Filho, S/N - Cep: 49360-000

TELEFONE: (79) 3645-1337 / 3645-1117 / 3645-1919

BREJO GRANDE

ENDEREÇO: Pç. Marechal Deodoro 116 - Cep: 49995-000

TELEFONE: (79) 3366-1371 / 3366-1257 / 3366-1250

CAMPO DO BRITO

ENDEREÇO: Av. José Carlos R. De Oliveira, S/N - Cep: 49520-970

TELEFONE: 3443-1227 / 3443-1300 / 3443-1300

CUMBE

ENDEREÇO: Rua. José Arquibaldo De Mendonça S/N - Cep. 49.060.000

TELEFONE: (79) 3362-1098 / 3362-1099 / 3362-1215

CANHOBA

ENDEREÇO: Av. Eronilde F. Carvalho S/N - Cep: 49880-000
TELEFONE: 3363-1102 / 3363-1100 / 3363-1140

CANINDÉ DO SÃO FRANCISCO

ENDEREÇO: Av. Aide De Carvalho, S/N - Cep: 49820.000
TELEFONE: (79) 3346-1900 / 3346-1901

CAPELA

ENDEREÇO: Rua Quitino Bocaiuva, S/N, Cep: 49700.000
TELEFONE: (79) 3263-2089 / 3263-2480 / 3263-1279

CARIRA

ENDEREÇO: Pça: José Durval Matos, 276 - Cep: 49550.000
TELEFONE: (79) 3445-1444

CARMÓPOLIS

ENDEREÇO: Pça. Olimpio Rabelo De Moraes, 56 - Cep. 49740-000
TELEFONE: (79) 3277/1405 / 3277-1330

CEDRO DE SÃO JOÃO

ENDEREÇO: Rua Jonas Trindade, 49 - Cep: 49980-000
TELEFONE: (79) 3347-1459/3347-1474 / 3347-1233

CRISTINÁPOLIS

ENDEREÇO: Pça. Da Bandeira, 81
TELEFONE: (79) 3542-1270 / 3542- 1205
E-MAIL: saudecristinapolis@hotmail.com

DIVINA PASTORA

ENDEREÇO: Praça Da Matriz S/N Centro - Cep: 49650-000
TELEFONE: (79) 3271-1206 / 3271-1258

ESTÂNCIA

ENDEREÇO: Rua José Venancio Cruz, 66 São João 226 - Cep: 49200-000
TELEFONE: (79) 3522-6001 / 3522-1416 / 3522-1419

FEIRA NOVA

ENDEREÇO: Praça Tancredo Neves, 81 Centro - Cep: 49670-000
TELEFONE: (79) 3313-1107 / 3313-1325

FREI PAULO

ENDEREÇO: Rua José Rezendo dos Santos 171 - Centro - Cep: 49514-000
TELEFONE: (79) 3447-1341 / 3447-1664 / 3447-1638

GARARU

ENDEREÇO: Rua do Sesi - Cep: 49.830.000
TELEFONE: (79) 3354-1121

GENERAL MAYNARD

ENDEREÇO: Pça. Coronel Ernesto, 15 - Centro - CEP: 49.750.000

TELEFONE: (79) 3268-1254

GRACCHO CARDOSO

ENDEREÇO: Av: Getulio Vargas, 56 - Cep:49.860.000

TELEFONE: (79) 3319-1277 / 3217-0986

ILHA DAS FLORES

ENDEREÇO: Pça. São Roque, Nº 115 - Cep: 49.990.000

TELEFONE: (79) 3377-1136 / 3377-1068

INDIAROBA

ENDEREÇO: Pça. Presidente Vargas , S/N CEP: 49.250-000

TELEFONE: (79) 3543-1226 / 3543-1230

ITABAIANA

ENDEREÇO: Rua Antônio Herginio, 244 - Cep: 49.500-000

TELEFONE: (79) 3431-3212 / 3431-3366

ITABAIANINHA

ENDEREÇO: José M^a Costa, 208 - Cep:49290.000

TELEFONE: (79) 3544-2338 / 3544-1524

ITABI

ENDEREÇO: Rua: Manoel Alves de Lima, 103 - Cep:49.870-000

TELEFONE: (79) 3314-1258 / 3314-1252 / 3314-3354 / 3354-1076

ITAPORANGA D'AJUDA

ENDEREÇO: Pça. Getúlio Vargas, 22 - Cep: 49.870-000

TELEFONE: (79) 3264-2728 / 3264-2723 / 3264-2700

JAPOATÃ

ENDEREÇO: Rua Getulio Vargas S/N - Cep: 49870.000

TELEFONE: (79) 3348-1254 / 3348-1030

JAPARATUBA

ENDEREÇO: Pça Da Bandeira, 26 - Cep: 49960-000

TELEFONE: (79) 3272-1866 / 3272-1212 / 3272-1993

LAGARTO

ENDEREÇO: Pça Da Bandeira, 26 - Cep: 49960-000

TELEFONE: (79) 3272-1866 / 3272-1212 / 3272-1993

LARANJEIRAS

ENDEREÇO: Rua Sagrado Coração De Jesus, 90 - Cep: 49.170-000

TELEFONE: (79) 3281-1432 / 3281-1453 / 3281-1469 / 3281-1217

MACAMBIRA

ENDEREÇO: Rua Padre Francisco Freire S/N - Cep: 49.565-000
TELEFONE: (79) 3457-1302 / 3467-1300

MARUIM

ENDEREÇO: R. Alvaro Garcez, S/N – Sede, Cep: 49770-000
TELEFONE: 3275-1244 / 3275-2316

MOITA BONITA

ENDEREÇO: Rua Ribeirópolis S/N - Cep: 49560-000
TELEFONE: (79) 3453-1255 / 3453-1374

MALHADA DOS BOIS

ENDEREÇO: Rua Do Comércio S/N - Cep: 49.940.000
TELEFONE: (79) 3365-1153 / 3365-1151

MURIBECA

ENDEREÇO: Rua: Almirante Barroso S/N - Cep: 49780-000
TELEFONE: (79) 3342- 1215 / 3342-1416

MALHADOR

ENDEREÇO: Trav. Municipal - Cep: 49.570.000
TELEFONE: (79) 3442-1306 / 8119-7923

MONTE ALEGRE DE SERGIPE

ENDEREÇO: Pça. Francisco Rolemberg, 200 Centro - Cep: 49690-000
TELEFONE: (79) 3318-1612 / 3318-1610

NOSSA SENHORA APARECIDA

ENDEREÇO: Av. Abdon Jose Barreto, S/N - Cep: 49540-000
TELEFONE: (79) 3483-1205 / 3483-1419

NOSSA SENHORA DE LOURDES

ENDEREÇO: Rua: 21 De Abril, S/N B.Caixa D'Agua - Cep: 49890-000
TELEFONE: (79) 3316-1288

NOSSA SENHORA DO SOCORRO

ENDEREÇO: Pça Getulio Vargas, 36 - Cep: 49160-000
TELEFONE: (79) 2106-7423 / 2106-7425 / 2106-7422 / 2106-7424

NOSSA SENHORA DAS DORES

ENDEREÇO: Av: Liberdade 226 Cruzeiro Moças - Cep: 49600-000
TELEFONE: (79) 3265-1402 / 3265-1044 / 3265-1384
E-MAIL: saudedores@bol.com.br / smsdores@hotmail.com

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

ENDEREÇO: Pça Getúlio Vargas, 120 - Cep: 49820-000

TELEFONE: (79) 3411-3099 / 3411-1100 / 3411-1245
E-MAIL: sms.gloria@infonet.com.br

NEÓPOLIS

ENDEREÇO: Rua Do Bomfim, 565 - Cep: 49980-000
TELEFONE: (79) 3344-1749 / 3344-1277 / 3344-2670

PACATUBA

ENDEREÇO: R. Arnaldo Garcez, 402 - Cep: 49970-000
TELEFONE: (79) 3343-1613

PEDRA MOLE

ENDEREÇO: Pça: João Lucas De Santana, 167 - Cep: 49612-000
TELEFONE: (79) 3459-1240

PEDRINHAS

ENDEREÇO: Av. Jacira, S/N - Cep: 49350-000
TELEFONE: (79) 3648-1263 / 3648-1070 / 3648-1371

PINHÃO

ENDEREÇO: Trav. Municipal, 22 - Cep: 49511-000
TELEFONE: (79) 3461-1133 / 3461-1380 / 3461-1047 / 3461-1332

PIRAMBU

ENDEREÇO: Rua B, 222 Lot P.Belo - Cep: 49190-000
TELEFONE: (79) 3276-1799 / 3276-1616

PORTO DA FOLHA

ENDEREÇO: Rua Dr. Augusto Cesar Leite, S/N - Cep: 49800-000
TELEFONE: (79) 3349-1463 / 3349- 1284

POÇO REDONDO

ENDEREÇO: Pça. Lourival Batista, 83 - Cep: 49810-000
TELEFONE: (79) 3337-1282 / 3337-1415 / 3337-1332 / 3337-1405 / 3337-1281

POÇO VERDE

ENDEREÇO: R. Gabriel Benedito Rosário, 18 - CEP. 49.400-00
TELEFONE: (79) 3549-1949 / 3549-1946

PROPRIÁ

ENDEREÇO: Rua Pça Da Bandeira S/N - Cep: 49900-0
TELEFONE: (79) 3322-1948 / 3322-1727 / 3322-1919

ROSÁRIO DO CATETE

ENDEREÇO: Rua Dr. Clodoaldo Passos, 38 - Cep: 49760-000
TELEFONE: (79) 3274-1318/ 3274-1757

RIACHÃO DO DANTAS

ENDEREÇO: Av. Dr. Luiz Garcez, 171 - Cep: 49.320-000
TELEFONE: (79) 3643-1930

RIACHUELO

ENDEREÇO: Rua Laranjeiras, S/N - Cep: 49130-000
TELEFONE: (79) 3269-2236 / 3269-2233 / 3269-1479

RIBEIRÓPOLIS

ENDEREÇO: Rua Laranjeiras, S/N - Cep: 49530-000
TELEFONE: (79) 3449-1480 / 3449-1304 / 3449-1055

SALGADO

ENDEREÇO: Pça. Bem Vinda Costa S/N - Cep: 49390-000
TELEFONE: (79) 3651-1499

SANTA LUZIA DO ITANHY

ENDEREÇO: Rua Boa Viagem, S/N - Cep: 49230-000
TELEFONE: (79) 3548-1218 / 3548-1252 / 3548-1210

SANTA ROSA DE LIMA

ENDEREÇO: Pça. Antonio Dantas do Prado, 26 - Cep: 49640-000
TELEFONE: (79) 3273-1349 / 3273-1347

SANTO AMARO DAS BROTAS

ENDEREÇO: Rua Irmã Euvira Del Vechio, 773 - Cep: 49180-000
TELEFONE: (79) 3266-1215

SANTANA DO SÃO FRANCISCO

ENDEREÇO: Rua A, Nº 30, Albano Franco Cohab Nova - Cep: 49.985-000
TELEFONE: (79) 3339- 1314 / 3339-1061

SÃO CRISTÓVÃO

ENDEREÇO: Praça Getúlio Vargas Cep: 49108-000
TELEFONE: (79) 3261-3261 / 3261-1513

SÃO DOMINGOS

ENDEREÇO: Rua Senador L. Batista, S/N - Cep: 49525-000
TELEFONE: (79) 3455-1414 / 3455-1485

SÃO MIGUEL DO ALEIXO

ENDEREÇO: Pça. Barão de Sta. Rosa - Cep: 49535-000
TELEFONE: (79) 3465-1021 / 3465-1024 / 3465-1063 / 3465-1436

SIMÃO DIAS

ENDEREÇO: Rua Gov. C. Carvalho, 14 - Cep: 49480-000
TELEFONE: (79) 3611-3662 / 3611-1804

SIRIRI

ENDEREÇO: Pça Dr. Mário Pinotti, 306 - Cep: 49630-000

TELEFONE: (79) 3297-1232 / 3297-1544 / 3297-1255 / 3297-1232

SÃO FRANCISCO

ENDEREÇO: R. José Dias Guimaraes, 330 - Cep: 49945-000

TELEFONE: (79) 3367-1112 / 3367-1146

TELHA

ENDEREÇO: Rua Antonio Mota, 50 - Cep: 49910-000

TELEFONE: (79) 3364-1128 / 3364-1064 / 3364-1080

TOBIAS BARRETO

ENDEREÇO: Rua 7 De Junho, S/N - Cep: 49.300-000

TELEFONE: (79) 3541-1220 / 3541-1496

TOMAR DO GERU

ENDEREÇO: Rua: Robério Dias, 44 - Cep: 49280-000

TELEFONE: (79) 3545-1904

UMBAÚBA

ENDEREÇO: Praça Gil Soares, 272 - Cep: 49269-000

TELEFONE: (79) 3546-2926

Anexo - 2

REDE HOSPITALAR DO ESTADO DE SERGIPE INCLUINDO OS HOSPITAIS REGIONAIS

HOSPITAIS DA CAPITAL

Associação Aracajuana de Beneficência (HOSPITAL SANTA IZABEL)

Av. Simeão Sobral, s/n B. Santo Antônio – Aracaju/SE, CEP: 49060-640

Telefone: (79) 3212-4904

Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Av. Des. Maynard, 174 - B. Getúlio Vargas – Aracaju/SE, CEP: 49055-210

Telefone: (79) 2106-7244 / 2106-7266

Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE)

Avenida Tancredo Neves, s/nº, bairro Capucho, CEP: 49080-470 - Aracaju (SE)

Telefone: (79) 3216-2600

Maternidade Nossa Senhora de Lourdes

Av. Tancredo Neves, s/n, bairro Capucho, CEP: 49095-000 - Aracaju (SE)

Telefone: (79) 3225-8650

HOSPITAIS DO INTERIOR

Associação Beneficente Hospital de Caridade de Riachuelo

Associação Beneficente Maternidade de Riachuelo

Rua Padre Padilha, s/n - Riachuelo/SE, CEP: 49130-000

Telefone: (79) 3269-1245 / 3269-1246

Associação Beneficente Bom Jesus

Praça José Barreto, nº 07 - Simão Dias, CEP: 49480-000

Telefone: (79) 3611-1351

Associação Beneficente Nossa Senhora Santana

Rua Júlio Manoel Oliveira, s/n - Simão Dias/SE, CEP: 49480-000

Telefone: (79) 3611-1321 / 3611-1194

Associação de Assistência e Proteção Materno-Infantil de Lagarto

(Maternidade Zacarias Junior)

Associação de Caridade de Lagarto Hospital Nossa Senhora da Conceição

Rua Hipólito Santos, s/n - Lagarto/SE, CEP: 49400-000

Telefone: (79) 3631-2725 / 3631-2723 / 3631-9319

Associação de Caridade de Japaratuba – Hospital São José

Praça Cel. José F M Barreto, 327 - Japaratuba/SE, CEP:49960-000
 Telefone: (79) 3272-1234

Associação de Caridade São Vicente de Paulo

Praça Francisco Menezes, s/n - Tobias Barreto/SE, CEP: 49300-000
 Telefone: (79) 3541-1294

Associação de Caridade Rosário do Catete

Vila Assunção, s/n - Rosário do Catete/SE, CEP: 49760-000
 Telefone: (79) 3274-1256 / 3274-7243

Associação de Caridade Nossa Senhora da Boa Hora (Hospital e Maternidade)

Rua Rodrigues Dórea, 170 - Campo do Brito/SE, CEP: 49520-000
 Telefone: (79) 3443-1158

Associação Beneficente Hospital São João de Deus

Rua Tramandaí, s/n - Laranjeiras/SE, CEP: 49170-000
 Telefone: (79) 3281-1149

Associação das Senhoras de Caridade São V. Paula - Hosp. São Pedro de Alcântara

Rua Adroaldo Campos, 68 - Capela/SE, CEP: 49700-000
 Telefone: (79) 3263-1434 / 3263-1237

Associação Caridade N. Srª das Dores – Hospital e Maternidade São Francisco

Praça 23 de Outubro, 456 Centro - N. Srª das Dores/SE, CEP: 49600-000
 Telefone: (79) 3265-1930 / 3265-1211

Associação de Proteção e Maternidade Inf. Arnaldo Garcez

Av. José Conde Sobral, 196 - Itaporanga D`Ajuda/SE, CEP: 49120-000
 Telefone: (79) 3264-1268 / 3264-1625

Fundação de Beneficência São Francisco

Rua Gumercindo Bessa, s/n - Neópolis/SE, CEP:49980-000
 Telefone: (79) 3244-1450

Hospital Amparo de Maria

Rua Dr. Jesse Fontes, 197 Centro - Estância/SE, CEP: 49200-000
 Telefone: (79) 3522-1314 / 3522-2354 / 3522-5888

Hospital Haydde Cavalho Leite Santos

Rua Haydde de Carvalho, s/n - Canidé de São Francisco/SE, CEP: 49820-000
 Telefone: (79) 3346-1950

Hospital de Carmópolis

Rua Alto Nossa Senhora de Fátima, s/n - Carmópolis/SE, CEP: 49740-000

Hospital Regional José Franco

Praça Principal do Complexo Marcos Freire - N. Sr. Do Socorro/SE, CEP: 49160-000

Telefone: (79) 3254-8074 / 3279-1125

Hospital e Maternidade Santa Cecília

Av. Leonor Barreto Franco, 370 - Aquidabã/SE, CEP: 49790-000

Hospital e Maternidade N. Sr. Dos Passos

Avenida Paulo Barreto de Menezes, s/n - São Cristovão/SE, CEP: 49100-000

Telefone: (79) 3261-1501/ 3261-1441

Hospital e Maternidade Maria Soares Dutra

Praça José Durval Matos, 32 – Carira/SE, CEP: 49550-000

Hospital São Luiz Gonzaga

Praça Orlando Ferreira Alves, 101 B. Conviniência - Itabaianinha/SE, CEP: 49290-000

Hospital Regional São Viscente de Paulo

Rua Elmiro Costa, s/n - Propriá/SE, CEP: 49900-000

Telefone: (79) 3322-1902

Hospital Regional Governador João Alves Filho

Rodovia Engenheiro Jorge Neto, s/n - N. Sr. Da Gloria/SE, CEP: 49680-000

Telefone: (79) 3411-1335/ 3411-1783 / 3411-7007

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno

Av. 13 de Julho, s/n - Itabaiana/SE, CEP: 49500-000

Telefone: (79) 3431-1430/ 3431-2086/ 3431-2710/ 3431-5597

Hospital Regional Maria do Carmo Nascimento Alves

Rua Gabriel Benevides do Rosário, s/n - Poço Verde/SE, CEP: 49490-000

Telefone: (79) 3549-1717

Hospital Dr. Francisco Rollemberg

Praça Antonio Pinto de Rezende, 226 - Porto da Folha/SE, CEP: 49800-000

Telefone: (79) 3349-1296

Hospital e Maternidade Santa Mônica

Av. Engenheiro Carlos Reis, s/n - Frei Paulo/SE, CEP: 49514-000

Hospital e Maternidade Dr. Carlos Firpo

Rua Antonio Mendonça, s/n - Ribeirópolis/SE, CEP: 49530-000

Telefone: (79) 3449-2400 / 3449-2427

Hospital e Maternidade São José

Rua Jackson de Figueiredo, 401 - Itabaiana/SE, CEP: 49500-000

Telefone: (79) 3431-2290

Hospital Maria José Viegas Mendonça de Araujo

Praça Jackson Figueiredo, 02 - Indiaroba/SE, CEP: 49250-000

Maternidade Luzia Nascimento Silva

Praça Professora Diva, s/n - Arauá/SE, CEP: 49220-000

Maternidade São Vicente de Paula

Rua Manoel dos Santos, 69 - Boquim/SE, CEP: 49360-000

Unidade Mista de Saúde D. Zulmira Soares

Rua Projetada Alto de Gado Manso, s/n - Poço Redondo/SE, CEP: 49810-000

Telefone: (79) 3337-1308 / 3337-1208

Unidade de Pronto Atendimento de Rosário do Catete

Av. Cecílio Felizola, 59 - Rosário de Catete/SE, CEP: 49760-000

Unidade Mista Celuta Silva Pereira

Praça Dr. Francisco Rollemberg, 200 - Monte Alegre/SE, CEP: 49690-000

Unidade Mista de Saúde Dr^a. Angélica Guimarães

Associação Comunitária N. Sr^a. Do Desterro Av. João Augusto Falção, 1000 - Japoatã/SE, CEP: 49950-000

Unidade Mista de Saúde Dona Caçula

Av. Dr^o. Luiz Garcia, 500 - Riachão do Dantas/SE, CEP: 49320-000

Unidade Mista Governador João Alves Filho

Rua da Estação, s/n - Tomar do Geru/SE, CEP: 49280-000

HOSPITAIS REGIONAIS E SEUS SERVIÇOS**HOSPITAL REGIONAL DE GLÓRIA (Gerenciado pelo Governo do Estado)**

Hospital Regional Governador João Alves Filho

Rodovia Engenheiro Jorge Neto, s/n – Nossa Senhora da Glória/SE

Telefones: (79) 3411-1335 / 3411-1783 / 3411-7007

Serviços Prestados

Atendimento de Urgência/Emergência 24 Horas, Internamento em Clínica Cirúrgica, médica, Obstétrica e Pediatria.

Especialidades

Cardiologia, Cirurgia Geral, Ortopedia.

Exames

Patologia Clínica, Raio-X e Ultra-sonografia.

HOSPITAL REGIONAL DE SOCORRO (Gerenciado pelo Governo do Estado)

Hospital Regional José Franco Sobrinho

Praça Principal do Complexo Marcos Freire - N. Sr. Do Socorro/SE

Telefones: (79) 3254-8074 / 3279-1125

Serviços Prestados

Atendimento de Urgência/Emergência 24 Horas, Internamento em Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica e Obstétrica.

Exames

Patologia Clínica, Ultra-sonografia e ECG

HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA (Gerenciado pelo Governo do Estado)

Hospital Regional Dr. Pedro Garcia Moreno

Av. 13 de Julho, s/n - Itabaiana/SE

Telefones: (79) 3431-1430 / 3431-2086 / 3431-2710 / 3431-5597

Serviços Prestados

Atendimento de Urgência/Emergência 24 Horas, Internamento em Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica e Obstétrica.

Especialidades

Cardiologia, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia e Fisioterapia ambulatorial.

Exames

RX, ECG, Patologia Clínica

MATERNIDADE ZACARIAS JUNIOR - LAGARTO

Associação de Assistência e Proteção Materno-Infantil de Lagarto

Rua Hipólito Santos, s/n - Lagarto/SE

Telefones: (79) 3631-2725 / 3631-2723 / 3631-9319

Serviços Prestados

Atendimento de Urgência/Emergência 24 Horas, Internação em Clínica Médica, Pediátrica, Cirúrgica e Obstétrica.

Exames

Ultra-sonografia, Raio-X e Patologia Clínica.

HOSPITAL REGIONAL DE ESTÂNCIA

Hospital Regional Amparo de Maria

Rua Dr. Jessé Fontes, 197 – Centro - Estância/SE

Telefones: (79) 3522-1314 / 3522-2354 / 3522-5888

Serviços Prestados

Atendimento de Urgência/Emergência 24 Horas, Internamento em Clínica Médica, Pediátrica, Cirúrgica, Obstétrica(parto normal e cirúrgico)

Exames

Raio-X, Patologia Clínica

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ

Hospital Regional São Vicente de Paula

Rua Elmiro Costa, s/n - Propriá/SE

Telefone: (79) 3322-1902

Serviços prestados

Atendimento de Urgência/Emergência 24 horas

HOSPITAIS LOCAIS E SEUS SERVIÇOS**HOSPITAL E MATERNIDADE DR. CARLOS FIRPO – RIBEIRÓPOLIS (Gerenciado pelo Governo do Estado)**

Rua Antonio Mendonça, s/n - Ribeirópolis/SE

Telefones: (79) 3449-2400 / 3449-2427

Serviços prestados

Atendimento de Urgência/Emergência 24 horas, Internação em Obstetrícia (em parto normal), Clínica Médica e Pediátrica, Fisioterapia Ambulatorial

Exames

Patologia Clínica e Raio-X

HOSPITAL NOSSO SENHOR DOS PASSOS – SÃO CRISTÓVÃO

Avenida Paulo Barreto de Menezes, s/n - São Cristovão/SE

Telefone: (79) 3261-1501 / 3261-1441

Serviços Prestados

Atendimento de Urgência/Emergência 24 horas, Internamento em clínica Médica, Pediátrica, Cirúrgica e Obstétrica.

Exames

Patologia Clínica e Ultra-sonografia.

HOSPITAL SÃO PEDRO DE ALCANTARA E CENTRO OBSTÉTRICO LEONOR FRANCO – CAPELA

Rua Adroaldo Campos, 68 - Capela/SE

Telefone: (79) 3263-1237

Serviços Prestados

Urgência/Emergência 24 horas, Internamento Clínico, Pediátrico, Cirúrgico e Obstétrica

Exames

Raio-X, Ultra-sonografia e Patologia Clínica

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA SÃO FRANCISCO (HOSPITAL DE NEÓPOLIS)

Rua Gumercindo Bessa, s/n - Neópolis/SE

Telefone: (79) 3244-1450

Serviços Prestados

Urgência/Emergência 24 horas, Internação em Clínica Médica, Pediátrica, Cirúrgica e Obstétrica

Exames

Raio-X, Patologia Clínica e Ultra-sonografia

UNIDADE MISTA D. ZULMIRA SOARES – POÇO REDONDO

Rua Projetada Alto do Gado Manso, s/n - Poço Redondo/SE

Telefone: (79) 3337-1308

Serviços Prestados

Atendimento de Urgência/Emergência 24 horas, Internação em Clínica Médica, Pediátrica, Cirúrgica e Obstétrica

Exames

Patologia Clínica

HOSPITAL HAYDDE CARVALHO LEITE SANTOS - CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO

Rua Haydde de Carvalho, s/n - Canide de São Francisco/SE

Telefone: (79) 3214-1986

Serviços Prestados

Atendimento de Urgência/Emergência 24 horas, Internamento em Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica e Obstétrica.

Exames

Raio-X

HOSPITAL DR. FRANCISCO ROLLEMBERG – PORTO DA FOLHA

Praça Antonio Pinto de Rezende, 226, Porto da Folha/SE

Telefone: (79) 3349-1296

Serviços Prestados

Atendimento de Urgência/Emergência 24 Horas, Internamento em clínica Médica, Pediatria e Obstétrica

Exames

Patologia Clínica e Raio-X

ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO - TOBIAS BARRETO

Praça Francisco Menezes, s/n - Tobias Barreto/SE

Telefone: (79) 3541-1294

Serviços Prestados

Urgência/Emergência 24 horas, Internamento em Clínica Médica, Pediátrica e Obstétrica

Exames

Raio-X e Patologia Clínica

UNIDADE MISTA DR. BERNADINO MITIDIERE – BOQUIM

Av. Antônio Fernandes Viana de Assis, 286 – Boquim/SE

Telefone: (79) 3645-2248

Serviços Prestados

Urgência/Emergência 24 horas

Exames

Patologia Clínica

HOSPITAL PEDRO VALADARES – SIMÃO DIAS

Rua Júlio Manoel Oliveira, s/n Simão Dias/SE

Telefone: (79) 3611-1320

Serviços Prestados

Urgência/Emergência 24 horas Internamento em Clínica Médica, Pediátrica, Cirúrgica e Obstétrica.

Anexo - 3

SUPORTE LABORATORIAL

Diagnóstico Laboratorial da Dengue

1. Introdução

A dengue é uma doença febril aguda, de etiologia viral e de evolução benigna na forma clássica, e grave quando se apresenta na forma hemorrágica. A dengue é, hoje, a mais importante arbovirose (doença transmitida por artrópodes) que afeta o homem e constitui-se em sério problema de saúde pública no mundo, especialmente nos países tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti*, principal mosquito vetor.

A classificação da dengue, segundo a Organização Mundial de Saúde é retrospectiva e depende de critérios clínicos e laboratoriais que nem sempre estão disponíveis precocemente, sobretudo para os casos de dengue clássica com complicações. Estes critérios não permitem o reconhecimento de formas potencialmente graves, para as quais é crucial a instituição precoce de diagnóstico e tratamento.

2. Diagnóstico Diferencial

Considerando que a dengue tem um amplo espectro clínico, as principais doenças que fazem diagnóstico diferencial são: influenza, rubéola e outras doenças exantemáticas, meningococcemia, febre amarela, leptospirose, malária, hepatite infecciosa, hantavirose, riquetsioses. Além das doenças citadas, outros agravos devem ser considerados de acordo com a situação epidemiológica da região.

3. Diagnóstico Laboratorial

• 3.1.Exames Específicos

A comprovação laboratorial das infecções pelo vírus da dengue pelo emprego de métodos sorológicos - demonstração da presença de anticorpos da classe IgM em única amostra de soro ou aumento do título de anticorpos IgG em amostras pareadas (conversão sorológica).

Sorologia: os testes sorológicos complementam o isolamento do vírus e a coleta de amostra de sangue deverá ser feita após o sexto dia do início da doença.

3.2. Exames Inespecíficos

3.2.1. Dengue clássica:

Hemograma: a leucopenia é um achado usual, embora possa ocorrer leucocitose. Pode estar presente linfocitose com atipia linfocitária. A trombocitopenia é observada ocasionalmente.

3.2.2. Febre Hemorrágica da Dengue - FHD:

Hemograma: a contagem de leucócitos é variável, podendo ocorrer desde leucopenia até leucocitose leve. A linfocitose com atipia linfocitária é um achado comum. Destacam-se a concentração de hematócrito e a trombocitopenia (contagem de plaquetas abaixo de 100.000/mm³).

Hemoconcentração: aumento de hematócrito em 20% do valor basal (valor do hematócrito anterior à doença) ou valores superiores a 38% em crianças, a 40% em mulheres e a 45% em homens).

Trombocitopenia: contagem de plaquetas abaixo de 100.000/mm³.

Coagulograma: aumento nos tempos de protrombina, tromboplastina parcial e trombina. Diminuição de fibrinogênio, protrombina, fator VIII, fator XII, antitrombina e α antiplasmina.

Bioquímica: diminuição da albumina no sangue, albuminúria e discreto aumento dos testes de função hepática: aminotransferase aspartato sérica (conhecida anteriormente por transaminase glutâmico-oxalacética - TGO) e aminotransferase alanina sérica (conhecida anteriormente por transaminase glutâmico pirúvica - TGP).

4. Estadiamento e Diagnóstico

Os dados de anamnese e exame físico serão utilizados para estadiar os casos e para orientar as medidas terapêuticas cabíveis. É importante lembrar que a dengue é uma doença dinâmica, o que permite que o paciente evolua de um estágio a outro rapidamente. O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce de sinais de alerta, do contínuo monitoramento e re-estadiamento dos casos e da pronta reposição hídrica. Com isso torna-se necessária a revisão da história clínica, acompanhada do exame físico completo a cada reavaliação do paciente, com o devido registro em instrumentos pertinentes (prontuários, ficha de atendimento, cartão de acompanhamento). Atenção: os sinais de alerta e agravamento do quadro costumam ocorrer na fase de remissão da febre.

4.1. Grupo A

4.1.1 Conduta diagnóstica

a) Exames específicos:

- A confirmação laboratorial é orientada de acordo com a situação epidemiológica:

- Em períodos não epidêmicos:
 - Solicitar o exame em todos os casos suspeitos;
- Em períodos epidêmicos:
 - Solicitar o exame conforme a orientação da vigilância epidemiológica;
- Solicitar sempre nas seguintes situações:
- Gestantes (diagnóstico diferencial com rubéola);

b) Exames inespecíficos:

- Hematócrito, hemoglobina, plaquetas e leucograma:
 - Recomendado para pacientes que se enquadrem nas seguintes situações: gestantes; idosos (>65 anos); hipertensão arterial, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença severa do sistema cardiovascular, doença ácido-péptica e doenças auto-imunes;
- Coleta no mesmo dia e resultado em até 24 horas.

4.2. Grupo B

4.2.1. Conduta diagnóstica

a) Exames específicos:

- Obrigatório;

b) Exames inespecíficos:

- Hematócrito, hemoglobina, plaquetas e leucograma;
- Obrigatório para todos os pacientes do grupo;
- Coleta e resultado no mesmo dia.

4.3 Grupos C e D

4.3.1. Conduta diagnóstica

a) Exames específicos:

- Obrigatório;

b) Exames inespecíficos:

- Hematócrito, hemoglobina, plaquetas, leucograma e outros, conforme necessidade (gasometria, eletrólitos, transaminases, albumina, Rx de tórax, ultra-sonografia de abdome);
- Outros, orientados pela história e evolução clínica: uréia, creatinina, glicose, eletrólitos, provas de função hepática, líquido, urina, etc

5. Confirmação laboratorial

5.1. Diagnóstico sorológico

- a) Método de escolha para o diagnóstico da dengue;
- b) Detecta anticorpos antidengue;

- c) Coleta **a partir do sexto dia** do início dos sintomas;
- d) Outras técnicas como Inibição de hemaglutinação, teste neutralização não são utilizadas na rotina.

5.2. Diagnóstico por detecção de vírus

- a) NS1
- b) Detecção de antígenos virais pela imuno-histoquímica de tecidos;
- c) Diagnóstico molecular feito pelo RT-PCR.

5.3. Diagnóstico laboratorial nos óbitos suspeitos

- a) Todo óbito deve ser investigado;
- b) Deve-se coletar sangue para isolamento viral e/ou sorologia e tecidos para estudo anatomopatológico e isolamento viral;
- c) O procedimento deve ser feito tão logo seja constatado o óbito e fragmentos de fígado, pulmão, baço, gânglios, timo e cérebro devem ser retirados;
- d) Para isolamento viral o material deve ser colado em recipiente estéril, enviado imediatamente para o laboratório, acondicionado em nitrogênio líquido ou gelo seco. Caso não seja possível o envio imediato, acondicionar em geladeira (+4°C) por até seis horas;
- e) Para a histopatologia o material deve ser colocado em frasco com formalina tamponada, mantendo e transportando em temperatura ambiente.

Coleta, rotulagem, conservação e transporte das amostras para o diagnóstico laboratorial sorológico e ou virológico da dengue

Tipos de amostras	Exames	Volume da amostra	Momento da coleta	Retração do Coágulo	Armazenamento	Transporte
SANGUE <i>Fase Aguda</i>	Isolamento viral	Adulto – 10 ml Crianças - 2 a 5 ml	1º ao 5º dias	2 a 6 horas 4°C	Soro a -70°C	Nitrogênio líquido ou Gelo seco
	Diagnóstico sorológico		≥ 5 dias	2 a 24 horas Temperatura ambiente	Soro a -20°C	Gelo seco ou comum
SANGUE Fase Convalescente	Diagnóstico sorológico	Adulto – 10 ml Crianças - 2 a 5 ml	14º ao 30º dias (14 a 21 dias após 1ª coleta)	2 a 24 horas Temperatura ambiente	Soro a -20°C	Gelo seco ou comum
TECIDOS Óbitos	Isolamento viral		Ideal: <8h pós-óbito Máximo: 24h pós-óbito Colher amostra o mais cedo possível		A -70°C	Nitrogênio líquido ou Gelo seco
	Histopatologia / Detecção de antígenos				Em formalina tamponada	Temperatura ambiente

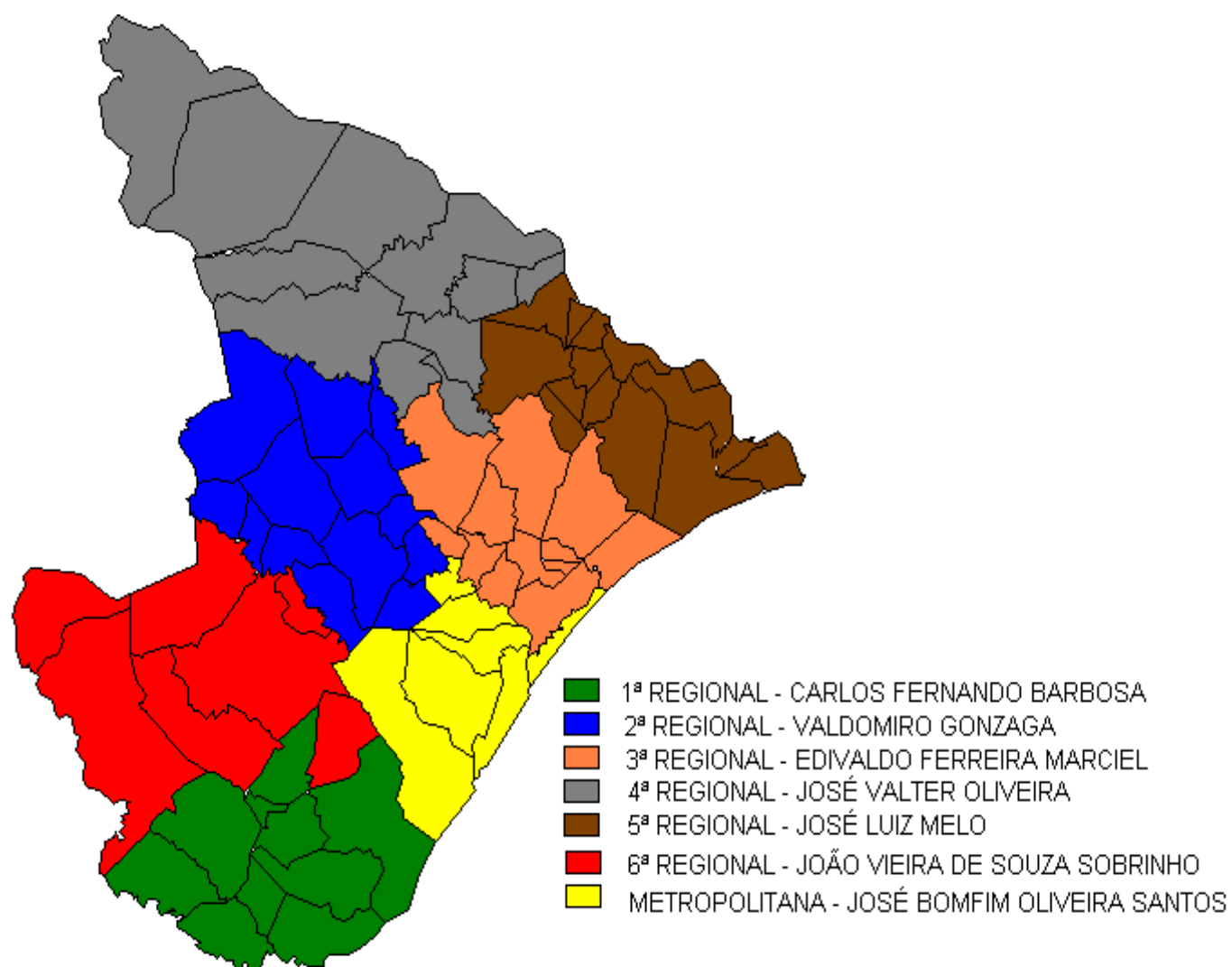
Em caso de óbito:	SANGUE: coleta de 10 ml de sangue	Punção cardíaca ou outra via	Colocar na geladeira por, no máximo, 24 horas após separar o soro
	TECIDOS	Sempre que possível realizar necropsia	
		Quando não for possível: maior Isolamento viral: imediatamente. Histopatologia: mantendo à	colher material por viscerótomo ou punção aspirativa (visando obter Quantidade possível de tecidos - preferencialmente fígado e baço). colocar cada amostra em frascos estéreis separados e levar ao freezer colocar separadamente cada amostra em frasco com formalina tamponada, temperatura ambiente.

O rótulo das amostras deve conter, obrigatoriamente:

Nome completo do paciente
Data da coleta
Natureza da amostra

Anexo – 4**RELAÇÃO DE MATERIAL DE CAMPO PARA UTILIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE E PREVENÇÃO AO VETOR PELO AGENTE DE ENDEMIAS**

DESCRIÇÃO DO MATERIAL
Bacia plástica cap. 250 ml.
Bandeira em vinil , na cor amarela, c/haste de madeira medindo 30 cm e com local para fixar arame para pendurar a bandeira e base de 5cm. Logomarca do SUS pintada na flâmula. Flâmula medindo 30cm x 20 cm
Picadeira de ferro c/2 extremidades sendo uma pontiaguda e outra rombuda. Mede 25 cm de comprimento. Cabo envolvido com material plástico.
Pesca larvas em ferro galvanizado medindo 40cm. Em uma das extremidades uma circunferência de 10cm revestida com um filo com uma profundidade de 10 cm.
Pipeta tipo conta gotas em plástico cap. 3 ml.
Lanterna tamanho grande cap. para 2 ou 3 elementos
Colher de café em aço inox (capacidade 5 gramas)
Colher de sopa em aço inox (capacidade 20 gramas)
Prancheta de elcatex medindo 30cm de comprimento com prendedor de papel em ferro
Flanela tamanho 50x60 com costura nas laterais
Espelho pequeno de circunferência 7cm x5cm
Bateria (pilha) alcalina grande para lanterna com capacidade para dois ou três elementos. 1,5V
Luva de látex nitrílico , resistente a agentes químicos, cortes e abrasão, flocada, anatômica e antideslizante (tamanhos P, M e G)
Potes de polipropileno, com parede fina na cor preta. Diâmetros variando entre 90 e 100 mm e a altura em função do volume. Volume com capacidade para 500 ml. Tampa em polipropileno em rosca rápida.

Anexo - 5**DISTRIBUIÇÃO DOS SUPERVISORES REGIONAIS DE ENDEMIAS/SES**

Anexo – 6

ROTEIRO DO GRUPO TECNICO DA SES PARA ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES NOS MUNICIPIOS.

I . ESTRATEGIA DE ATENDIMENTO NO MUNICIPIO

1. Estão prestando quais atendimentos aos casos suspeitos de dengue?
 - Onde está sendo feito o atendimento?
 - Acontece a classificação de risco? Qual o grupo?
 - A hidratação oral esta acontecendo em que momento?
 - UBS?
 - HPP?
 - Sala de espera?
 - Quando é suspeita de dengue a hidratação começa na sala de espera, antes do atendimento?
 - A prova do laço é realizada na sala de espera?
 - É realizada a hidratação venosa na UBS?
 - No caso de necessidade de transferência os usuários já saem com hidratação EV em curso?
 - Quantos leitos(cadeiras de hidratação) estão disponíveis no município?
 - Possui laboratório no município?
 - Onde esta sendo realizado o hemograma?
 - Esta solicitando a sorologia? Como esta sendo feita esta solicitação? Em que tempo?
 - No caso de necessidade de internação/ acompanhamento mais especializado como está acontecendo o transporte?
 - Qual o hospital de referência?
2. Como as ESF estão estruturadas para dar suporte aos usuários?
 - Cumprimento de carga horária?
 - Sistema de plantão entre as ESF?
 - A equipe de enfermagem esta realizando a triagem do usuário e tratamento inicial através da hidratação oral e prova do laço, antes do atendimento medico?

II. ESTRATEGIA DE COMBATE AO VETOR NOS MUNICIPIOS

- 1 . Quais as ações estão sendo realizadas para o combate a dengue no município?
 - Qual a população?
 - Quantos Imóveis?
 - Qual o índice de infestação do município?
 - Quantos Agentes?
 - ACS –
 - Endemias –
- Está acontecendo integração das atividades
- ACS e Agentes de endemias?

- Agentes de endemias – dengue, esquistossomose, chagas e outros?
- Estes profissionais estão mobilizados para a guerra contra a dengue?

III. ESTRATEGIAS DE INTERSETORIALIDADE

1 .Quais as parcerias firmadas?

- Na própria secretaria?
- Com as outras secretarias?
- Promotoria Publica?
- Com os movimentos sociais?
 - Igrejas?
 - Associações?
 - MST?
 - Conselho Municipal de Saúde?
 - Comunidade?
- Quais as estrategias de comunicação? Radio? Carro de som? Bicicleta?

IV. COMO ESTÃO ACONTECENDO AS NOTIFICAÇÕES

- Estão notificando? Quem ?
- Como estão acontecendo estas notificações? Em que momento?
- Quantos casos notificados de dengue no município?
- Quantos casos comprovados de dengue no município? Tem colhido a sorologia? E o isolamento viral?
- A Secretaria municipal confeccionou formulário de notificação das visitas que as famílias não estão cuidando dos seus reservatórios de água/terreno?
- Houve algum óbito?

Anexo – 7**CÁLCULO DE GOTEJAMENTO DO SORO****Em equipo macrogotas:**

$$\frac{\text{Nº de gotas/ min} = \text{vol (ml)}}{\text{Nº de horas x 3}}$$

Em equipo microgotas:

$$\frac{\text{Nº de microgotas / min} = \text{vol (ml)}}{\text{Nº de horas}}$$

Anexo – 8**MODELO DO CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM DENGUE**

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE
Município _____

CASO SUSPEITO						
Paciente que tenha doença febril aguda com duração máxima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração, exantema associados à história epidemiológica compatível.						
IDENTIFICAÇÃO						
Unidade de Atendimento: _____						
Nome do Paciente: _____ Prontuário: _____						
Idade: ____ Sexo: () Masc. () Fem						
DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS						
Data						
PA em pé						
PA sentado						
Prova do Laço						
Hematócrito						
Plaquetas						
Sorologia						
Profissional que atendeu						

RECOMENDAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES

As complicações da DENGUE se apresentam geralmente entre o 3º e o 5º dia de doença e os familiares devem manter observação até 2 dias após o desaparecimento da febre.

1. Dar muito LÍQUIDO (soro caseiro, água, suco de frutas, água de coco, sopas, leite, chá, etc) e fazer repouso,
2. Procurar Atendimento Médico se aparecerem:
 - PONTOS ou MANCHAS AVERMELHADAS ou ROXAS na pele;
 - SANGRAMENTO de nariz, boca ou outros
3. Procurar imediatamente ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA, se aparecerem:
 - DOR ABDOMINAL intensa e contínua,
 - VÔMITOS persistentes,
 - Dificuldade RESPIRATÓRIA,
 - Muito sono ou agitação,
 - Fezes pretas,
 - TONTURA, VISTA ESCURA, DESMAIO,
 - Pele PÁLIDA, FRIA, SECA.

4. Siga Rigorosamente as orientações e o tratamento ofertado pela equipe de saúde

Anexo 09

Conduta de Enfermagem para Atendimento ao Paciente com Suspeita de Dengue nas Unidades básicas de Saúde

SUSPEITA DE DENGUE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.



A abordagem ao paciente com suspeita de dengue deve seguir uma rotina mínima de anamnese e exame físico, com ênfase na busca por sinais de alerta. Essas informações são necessárias para o estadiamento e assistência adequados. Por ser uma doença dinâmica, o quadro do paciente evolui de um estágio a outro rapidamente. Por isso é importante o reconhecimento precoce dos sinais de alarme, o contínuo monitoramento, o reestadiamento dos casos e a pronta reposição hídrica. Com isso, torna-se necessário a revisão da história clínica, acompanhado do exame físico completo a cada reavaliação do paciente, com o devido registro em instrumentos pertinentes (prontuários, ficha de atendimento, cartão de acompanhamento).

1 - Anamnese

A - História da doença atual:

- Cronologia dos sinais e sintomas (data do início dos sintomas);
- Caracterização da curva febril;
- Pesquisa de sinais de alerta.
- Pesquisa de manifestações hemorrágicas: hematêmese(vômitos com raia de sangue ou tipo “borra-de-café”), melena(fezes escuras). Na criança podem passar despercebidas.

B - .Epidemiologia:

- Presença de casos semelhantes no local de moradia ou de trabalho;
- História de deslocamento nos últimos 15 dias.

C - História patológica pregressa:

- Doenças crônicas associadas: hipertensão arterial, diabetes melito, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica,

doença severa do sistema cardiovascular; doença ácido-péptica e doenças auto-imunes;

- Uso de medicamentos, sobretudo antiagregantes plaquetários, anticoagulantes, antiinflamatórios e imunossupressores
- Na criança, além das doenças de base já citadas, valorizar as manifestações alérgica (asma, dermatite atópica, etc.)
- Pesquisar episódio prévio de dengue

2- Exame Físico (detalhado)

A – Exame Físico Geral

- Ectoscopia: Destacar a pesquisa de edema subcutâneo (palpebral, de parede abdominal e de membros), assim como manifestações hemorrágicas na pele. Avaliar o estado de hidratação.
- Segmento da pele: pesquisar pele fria ou quente, sinais de desidratação, exantema, petéquias, hematomas, sufusões e outros.
- Segmento cabeça: observar sensibilidade à luz, edema subcutâneo palpebral, hemorragia conjuntival, petéquias de palato, epistaxe e gengivorragia.
- Segmento torácico: pesquisar sinais de desconforto respiratório, de derrame pleural e pericárdico.
- Segmento abdominal: pesquisar dor, hepatomegalia, ascite, timpanismo, macicez e outros.
- Segmento neurológico: pesquisar cefaléia, convulsão, sonolência, delírio, insônia, inquietação, irritabilidade e depressão.
- Sistema músculo-esquelético: pesquisar mialgias, artralgias e edemas.

B – Verificação de Sinais Vitais:

- Verificar a Pressão Arterial (PA) em duas posições para adultos e crianças maiores (sentado/deitado e em pé) ; em crianças, usar manguito apropriado para a idade.

Referência de normalidade para pressão arterial em crianças
(Pediatric Advanced Life Support, 1997; Murahovschi, J. 2003.)

Recém-Nascido até 92 horas: sistólica = 60 a 90mmHg / diastólica = 20 a 60mmHg

Lactentes < 1ano: sistólica = 87 a 105mmHg / diastólica= 53 a 66mmHg

Pressão média sistólica (percentil 50) para crianças > 1 ano = idade em anos X 2 + 90.

Para determinar hipotensão arterial, considerar:

Pressão sistólica limite inferior (percentil 5) para crianças > de 1 ano: idade em anos x 2 + 70.

Achados de pressão arterial sistólica abaixo deste percentil ou valor sinaliza hipotensão arterial.

ATENÇÃO! *Diferentemente do que ocorre em outras doenças que levam ao choque, na dengue, antes de haver uma queda substancial na PAS(<90mmHg), em adultos) poderá haver um fenômeno de pinçamento da PA, ou seja, a diferença entre a PAS e a PAD será ≤ 20 mmHg-pressão arterial convergente.*

- Verificar pulso, temperatura, frequência respiratória, enchimento capilar, peso. Ver quadro abaixo:

Sinal	Valores
Pulso	Recém-nascido: 120 a 170bpm; lactente: 80 a 160 bpm; criança 1-5 anos: 80 a 110bpm; criança 6 a 10 anos: 90bpm; adolescentes: 60 a 90bpm; adultos: 60 a 100bpm
Temperatura	Axilar: 35,9° C a 36,7° C; Variações anormais: Hipotermia: abaixo de 36° C; estado febril: 37,5° C a 37,7° C; febre: 37,8° C a 39° C; hiperpirexia: 39,1 a 42° C
Freq. respiratória	Recém-nascido: 38-42irpm; 3 meses a 6 meses: 30-35 e 24-29irpm; 1 ano: 23-24irpm; 5 anos: 18-22irpm; 15 anos: 16-18irpm; adulto: 16-18irpm
Enchim.capilar	Se faz em um tempo de até dois segundos. Para sua verificação, comparar o tempo do enchimento do paciente com o do examinador.
Peso	Quando não for possível aferir o peso utilizar as fórmulas: (MS, 2008) Lactentes de 3 a 12 meses: $P = \text{idade em meses} \times 0,5 + 4,5$ Crianças de 1 a 8 anos: $P = \text{idade em anos} \times 2 + 8,5$

C – Prova do Laço

Realizar a prova do laço, obrigatoriamente, em todos os casos suspeitos de dengue, durante o exame físico. Ela é de vital importância para a triagem, pois pode ser a única manifestação hemorrágica de casos complicados ou FHD, podendo representar a presença de plaquetopenia ou de fragilidade capilar. Pode ser realizado pelo médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem. **ATENÇÃO! Esta prova não pode ser realizada com garrote ou torniquete!**

Como realizar a Prova do Laço:

- 1º - Desenhar um quadrado de 2,5cm de lado (ou uma área ao redor do polegar no antebraço do paciente e verificar a PA (sentada ou deitada);
- 2º - Calcular o valor médio = $(PAS + PAD) / 2$;
- 3º - Insuflar novamente o manguito até o valor médio calculado e manter por **5 minutos em adultos e 3 minutos em crianças** ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses;
- 4º - Contar o número de petéquias no quadrado:

Prova POSITIVA: 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

A prova do laço é importante para a triagem de pacientes com potencial alteração da permeabilidade vascular e não há contra-indicações em doenças crônicas (DM, HAS, etc.).

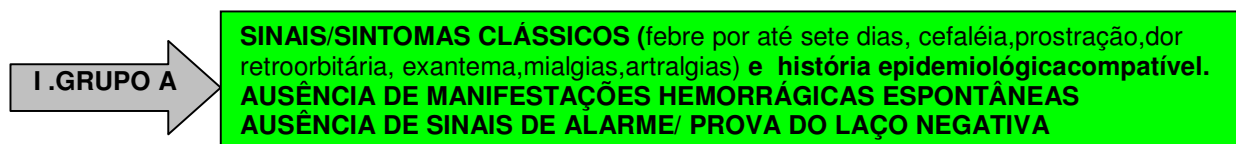
Importante:

1. Todo paciente com dengue (e sua família) deve ser orientado sobre a possibilidade do aparecimento dos sinais de alerta e a procurar imediatamente atendimento médico no caso de apresentá-los.
2. Para seguimento do paciente, recomenda-se a adoção do “Cartão de Identificação do Paciente com Dengue”, que é entregue após a consulta e onde constam as seguintes informações: dados de identificação, unidade de atendimento, data de início dos sintomas, PA em duas posições, prova do laço, hematócrito, plaquetas, sorologia, orientações sobre sinais de alerta e local de referência para atendimento de casos graves na região (modelo em anexo).

3 - ESTADIAMENTO/CONDUTA

ATENÇÃO:

Os sinais de alarme e o agravamento do quadro costumam ocorrer na fase de remissão da febre



CONDUTA:

1. Conduta Diagnóstica

1.1. Exames específicos:

A confirmação laboratorial é orientada de acordo com a situação epidemiológica:

- em períodos não epidêmicos, solicitar o exame de todos os casos suspeitos;
- em períodos epidêmicos, solicitar o exame conforme a orientação da vigilância epidemiológica. Solicitar sempre na seguinte situação: gestantes (diagnóstico diferencial de rubéola).

A - Métodos de diagnóstico:

- Sorologia – Método Elisa - a sorologia é utilizada para a detecção de anticorpos antidengue e deve ser solicitada a partir do sexto dia do início dos sintomas.
- Detecção de vírus ou antígenos virais - tem por objetivo identificar o patógeno e monitorar o sorotipo viral circulante. Para a realização da técnica de isolamento viral, a coleta deve ser solicitada até o quinto dia de início dos sintomas:
 - » Isolamento viral
 - » RT-PCR
 - » Imunohistoquímica.
- Anatomopatológico - Todo óbito deve ser investigado. Todo paciente grave, que potencialmente pode evoluir para óbito, deve ter seu soro armazenado ou sangue colhido para a realização de exames específicos. Fragmentos de fígado, pulmão, baço, gânglios, timo e cérebro podem ser retirados por ocasião da necropsia ou, na impossibilidade, por punção de víscera (viscerotomia), devendo ser feita tão logo seja constatado o óbito.
 - » Para a realização dos exames histopatológicos e imunohistoquímica, o material coletado deve ser armazenado em frasco com formalina tamponada, mantido e transportado em temperatura ambiente.

1.2 - Exames inespecíficos:

Hematócrito, hemoglobina, plaquetas e leucograma (quadro no item Grupo B)

- recomendado para pacientes que se enquadrem nas seguintes situações: gestantes, >65 anos, com hipertensão arterial, diabetes melito, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença grave do sistema cardiovascular, doença acidopéptica e doenças auto-imunes;

- coleta no mesmo dia e resultado em até 24 horas

2. Conduta Terapêutica

2.1. HIDRATAÇÃO ORAL

Adultos: Calcular o volume de líquidos de 60 a 80ml/kg/dia, sendo um terço com solução salina e no início com volume maior. Para os dois terços restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, sucos de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, etc.), utilizando-se os meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente. Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para um adulto de 70kg, orientar:

- 1.º dia: 80ml/kg/dia 6,0L:

- » período da manhã: 1L de SRO e 2L de líquidos caseiros;

- » período da tarde: 0,5L de SRO, 0,5L de líquidos caseiros;

- » período da noite: 0,5L de SRO e 0,5L de líquidos caseiros.

- 2.º dia: 60ml/kg/dia 4,0L, distribuídos ao longo do dia, de forma semelhante:

- » a alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, mas administrada de acordo com a aceitação do paciente;

- » não existe contra-indicação formal para o aleitamento materno.

Crianças: Hidratação oral a domicílio, de forma precoce e abundante com líquidos e soro de forma abundante com líquidos e soro de reidratação oral, oferecendo com frequência, de acordo com a aceitação da criança. Orientar sobre sinais de alarme e desidratação.

Quadro de Hidratação

Estadiamento da dengue	Hidratação
Grupo A e grupo B	Hidratação oral (em casa):
Ht até 10% do basal	• Oferecer líquidos e soro de reidratação oral de acordo com a aceitação da criança. • Repor as necessidades básicas (regra de Holliday-Segar). • Repor eventuais perdas (vômitos e diarreia): » abaixo de 24 meses: 50-100ml (1/4 – 1/2 copo) » acima de 24 meses: 100-200ml (1/2 – 1 copo)

Cadernos de Atenção Básica, MS, 2008

ATENÇÃO!

CASO O PACIENTE APRESENTE VÔMITOS PERSISTENTES (SINAL DE ALERTA), NA PRESENÇA OU AUSÊNCIA DO MÉDICO (ENFERMEIRO PRESENTE), INICIAR A HIDRATAÇÃO VENOSA – COMO GARANTIA DO ACESSO VENOSO, REGISTRAR E ENCAMINHAR O USUÁRIO ACOMPANHADO DE RELATÓRIO À UNIDADE HOSPITALAR DE REFERÊNCIA (modelo em anexo)

Calcular o volume de líquidos em 80ml/kg/dia, sendo 1/3 na forma de solução salina e 2/3 com solução glicosada a 5%.

Ex. para um adulto de 55 kg, prescrever: Volume: 80ml x 55 kg = 4.400ml.

VOLUME A SER PRESCRITO: 4.500ml em 24 h, sendo 1.500ml de SF 0,9% e 3000 de SG a 5%

Crianças: Soro fisiológico ou Ringer Lactato – 20 ml/kg em 2 horas.

(MS.Cadernos da Atenção Básica,2008).

NO SURGIMENTO DE SINAIS DE ALARME OU AUMENTO DO HEMATÓCRITO MESMO COM A DE HIDRATAÇÃO ADEQUADA, É INDICADA A INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

PACIENTES COM PLAQUETOPENIA $<20.000\text{MM}^3$ SEM REPERCUSSÃO , CLÍNICA DEVEM SER INTERNADOS E REAVALIADOS CLÍNICA E LABORATORIALMENTE A CADA 12 HORAS.

2.2 - SINTOMÁTICOS

Estas drogas sintomáticas são recomendados para pacientes com febre elevada ou com dor;administrar sob prescrição médica. Deve ser evitada a via intramuscular.

Antitérmicos e analgésicos

- Dipirona
 - Crianças: 1 gota/kg até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade);
 - Adultos: 20 a 40 gotas ou 1 comprimido (500mg) até de 6/6 horas.
- Paracetamol
 - Crianças: uma gota/kg até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade);
 - Adultos: 20 a 40 gotas ou um comprimido (500mg a 750mg) até de 6/6 horas
- Em situações excepcionais, para pacientes com dor intensa, pode-se utilizar nos adultos a
 - associação de paracetamol e fosfato de codeína(7,5 a 30 mg) até de 6/6horas;
- Os salicilatos não devem ser administrados, pois podem causar sangramentos;
- Em situações excepcionais, para pacientes com dor intensa, pode-se utilizar, nos adultos, a associação de paracetamol e fosfato de codeína (7,5 a 30mg) até de 6/6 horas.
- Os salicilatos não devem ser administrados, pois podem causar sangramento.

- Os antiinflamatórios não hormonais e drogas com potencial hemorrágico não devem ser utilizados.
- Em situações em que há ausência de médico e somente a presença do enfermeiro, recomenda-se a prescrição criteriosa levando-se em consideração a temperatura e as condições gerais do paciente.

Antieméticos

- Metoclopramida
 - Adultos: 1 comprimido de 10mg até de 8/8 horas;
 - Crianças < 6 anos: 0,1 mg/kg/dose até 3 doses diárias.

Antipruriginosos

O prurido na dengue pode ser extremamente incômodo, mas é autolimitado, durando em torno de 36 a 48 horas. A resposta à terapêutica antipruriginosa usual nem sempre é satisfatória, mas podem ser utilizadas as medidas a seguir: banhos frios, compressas com gelo, pasta d'água, etc.

Drogas de uso sistêmico (prescrição médica):

Dexclorfeniramina

- Adultos: 2 mg até de 6/6 horas;
- Crianças: 0,15mg/kg/dia até de 6/6 horas.

Cetirizina

- Adultos: 10mg uma vez ao dia;
- Crianças de 6 a 12 anos: 5ml(5mg) pela manhã e 5ml à noite.

Loratadina

- Adultos: 10 mg 1 vez ao dia;
- Crianças: 5 mg 1 vez ao dia para paciente com peso <30kg;

Hidroxizine

- Adultos (> 12 anos): 25 a 100 mg, via oral, 3 a 4 vezes ao dia
- Crianças de 0-2 anos: 0,5 mg/kg/dose, até 4 vezes ao dia;
- Crianças de 2-6 anos: 25-50 mg/dia, em 2 a 4 vezes ao dia;
- Crianças de 6-12 anos: 50-100 mg/dia.

Orientações aos pacientes e familiares

- Todos os pacientes (adultos e crianças) devem retornar IMEDIATAMENTE em caso de aparecimento de sinais de alarme.
- O desaparecimento da febre (entre o segundo e sexto dia de doença) marca o início da fase crítica, razão pela qual o paciente deverá retornar para nova avaliação, no primeiro dia desse período.
- Crianças: retornar ao serviço 48 horas após a primeira consulta.
- Quanto às formas de prevenção(controle do vetor).

II. GRUPO B

SINAIS/SINTOMAS CLÁSSICOS (febre por até sete dias, cefaléia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias, artralgias) **e história epidemiológica compatível.**
MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS ESPONTÂNEAS SEM REPERCUSÃO HEMODINÂMICA – PROVA DO LAÇO POSITIVA
AUSÊNCIA DE SINAIS DE ALARME

CONDUTA:

1 - Conduta diagnóstica

Devem ser atendidos inicialmente nas Unidades de Atenção Básica, podendo necessitar de leito de observação, na dependência da evolução.

1.1 - Exames Específicos

A confirmação laboratorial é orientada de acordo com a situação epidemiológica:

- em períodos não epidêmicos, solicitar o exame de todos os casos suspeitos;
- em períodos epidêmicos, solicitar o exame conforme a orientação da vigilância epidemiológica. Solicitar sempre na seguinte situação: gestantes (diagnóstico diferencial de rubéola).

A - Métodos de diagnóstico:

- Sorologia – Método Elisa - a sorologia é utilizada para a detecção de anticorpos antidengue e deve ser solicitada a partir do sexto dia do início dos sintomas(OBRIGATÓRIO)
- Detecção de vírus ou antígenos virais - tem por objetivo identificar o patógeno e monitorar o sorotipo viral circulante. Para a realização da técnica de isolamento viral, a coleta deve ser solicitada até o quinto dia de início dos sintomas(OBRIGATÓRIO):
 - » Isolamento viral
 - » RT-PCR
 - » Imunohistoquímica.
- Anatomopatológico - Todo óbito deve ser investigado. Todo paciente grave, que potencialmente pode evoluir para óbito, deve ter seu soro armazenado ou sangue colhido para a realização de exames específicos. Fragmentos de fígado, pulmão, baço, gânglios, timo e cérebro podem ser retirados por ocasião da necropsia ou, na impossibilidade, por punção de víscera (viscerotomia), devendo ser feita tão logo seja constatado o óbito.
 - » Para a realização dos exames histopatológicos e imunohistoquímica, o material coletado deve ser armazenado em frasco com formalina tamponada, mantido e transportado em temperatura ambiente.

1.2 - Exames Inespecíficos:

- Hemograma completo: obrigatório - A coleta deve ser imediata, com resultado no mesmo período.(ver quadro de valores hematócrito e plaquetas item conduta terapêutica)

2. Conduta Terapêutica:

1ª CONDIÇÃO: CASO O MUNICÍPIO NÃO POSSUA UM LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA 24 horas, LEITO DE OBSERVAÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COM CAPACIDADE PARA REALIZAR HIDRATAÇÃO VENOSA SOB SUPERVISÃO MÉDICA, POR UM PERÍODO MÍNIMO DE SEIS HORAS E O PACIENTE APRESENTE OU NÃO VÔMITOS, RECOMENDA-SE :

- INICIAR A HIDRATAÇÃO PARENTERAL , SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA, REGISTRAR E ENCAMINHAR O USUÁRIO ACOMPANHADO DE RELATÓRIO À UNIDADE HOSPITALAR DE REFERÊNCIA. NOTIFICAR A SECRETARIA DE SAÚDE.

Calcular o volume de líquidos em 80ml/kg/dia, sendo 1/3 na forma de solução salina e 2/3 com solução glicosada a 5%.

Ex. para um adulto de 55kg, prescrever: Volume: 80ml x 55kg = 4.400ml.

VOLUME A SER PRESCRITO: 4.500ml em 24 hs, sendo 1.500ml de SF0,9% e 3000 de SG a 5%

(MS. Cadernos da Atenção

Básica, 2008).

2ª CONDIÇÃO: CASO O MUNICÍPIO POSSUA UM LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA 24 horas, LEITO DE OBSERVAÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, COM CAPACIDADE PARA REALIZAR HIDRATAÇÃO VENOSA COM PRESCRIÇÃO MÉDICA, POR UM PERÍODO MÍNIMO DE SEIS HORAS E O PACIENTE APRESENTE VÔMITOS OU NÃO, RECOMENDA-SE:

Seguir conduta de acordo com os resultados dos exames inespecíficos:

2.1. Paciente com hemograma normal, tratamento em regime ambulatorial, como Grupo A.

2.2. Paciente com hematócrito aumentado em até 10% acima do valor basal ou, na ausência deste, as seguintes faixas de valores:

crianças	>38% e <42%;
mulheres	>40% e <44%
homens	>45% e <50%
e/ou plaquetopenia	50 e 100.000 céls/mm ³
e/ou leucopenia	<1.000 céls/mm ³ :

Conduta:

- Hidratação oral (80 ml/kg/dia), conforme orientado no grupo A;
- Sintomáticos;
- Orientar sobre sinais de alarme;

- Retorno para reavaliação clínico laboratorial em 24 horas e reestadiamento.

2.3. Paciente com hematócrito aumentado em mais de 10% acima do valor basal ou, na ausência deste, os seguintes valores:

crianças	>42%;
mulheres	>44%
homens	>50%
e/ou plaquetopenia	<50 céls/mm ³

Adultos:

- Leito de observação em unidade de emergência, unidade hospitalar ou unidade ambulatorial com capacidade de realizar hidratação venosa sob supervisão médica por período mínimo de seis horas;
- Hidratação oral supervisionada ou parenteral: 80 ml/kg/dia, sendo 1/3 do volume infundido nas primeiras quatro a seis horas e na forma de solução salina isotônica. (Ver quadro de Hidratação parenteral)
- Sintomáticos, conforme grupo A;
- Reavaliação clínica e de hematócrito após a etapa de hidratação;
- Se normal, tratamento ambulatorial com hidratação rigorosa e retorno para reavaliação clínico-laboratorial em 24 horas;
- Se a resposta for inadequada, repetir a conduta caso a unidade tenha condições.
- Se não, manter hidratação parenteral até transferência para unidade de referência.

Crianças:

- Ht normal e plaquetas > 100.000 mm³: hidratação oral em casa. Ver quadro de necessidades hídricas diárias.
- Ht > 10% do basal ou > 42%: hidratação oral em observação (ver quadro) ou se necessário parenteral. Fazer expansão com 20 ml/kg de SF ou Ringer lactato em 2 horas. Reavaliação clínica e da diurese (observando volume e densidade urinária). Se normal: retorno à conduta do grupo A. Refazer Ht com 4 horas. Se não melhorar, conduta inicial do grupo C e D.

Considerar os seguintes valores normais de hematócrito:

Idade	Valor hematócrito(Ht)
< 1 mês	51%
2 meses a 6 meses	35%
6 meses a 2 anos	36%
2 anos a 6 anos	37%
6 anos a 12 anos	38%

**Adaptado de Nelson e Dalman PR. In: Rudolph Pediatrics, New York, Appleton, 1997

Quadro de hidratação

Grupo B	Hidratação oral (em observação):
Ht > 10% do basal ou	• Oferecer soro de reidratação oral: 50–100ml/kg de 4 a 6 horas. Se necessário, HV.
Ht > 38%	• HV: soro fisiológico ou Ringer Lactato – 20ml/kg em 2 horas.

Quadro do Cálculo da Hidratação Parenteral Adulto

1. Calcular o volume de líquidos em 80ml/kg/dia, sendo 1/3 na forma de solução salina e dois com solução glicosada a 5%;

Por exemplo, para um adulto de 55kg, prescrever:

Volume: $80\text{ml} \times 55\text{kg} = 4.400\text{ml}$. Volume a ser prescrito: 4.500ml em 24 horas, sendo 1.500ml de soro fisiológico e 3.000ml de soro glicosado a 5%.

Primeira fase (4 horas):

- soro fisiológico – 500ml
- soro glicosado a 5% – 1.000ml.

Segunda fase (8 horas):

- soro fisiológico – 500ml
- soro glicosado a 5% – 1.000ml.

Terceira fase (12 horas):

- soro fisiológico – 500ml
- soro glicosado a 5% – 1.000ml.

2. Outra forma de calcular o volume de hidratação, é utilizar a fórmula 25ml/kg para cada fase a ser administrada. Por exemplo, para o mesmo paciente:

Primeira fase: $25\text{ml} \times 55\text{kg} = 1.375\text{ml}$.

Volume prescrito: 1.500ml em 4 horas:

- soro fisiológico – 500ml
- soro glicosado a 5% – 1.000ml.

Segunda fase: $25\text{ml} \times 55\text{kg} = 1.375\text{ml}$.

Volume prescrito: 1.500ml em 8 horas:

- soro fisiológico – 500ml
- soro glicosado a 5% – 1.000ml.

Terceira fase: $25\text{ml} \times 55\text{kg} = 1.375\text{ml}$.

Volume prescrito: 1.500ml em 12 horas:

- soro fisiológico – 500ml
- soro glicosado a 5% – 1.000ml.

IMPORTANTE:

Em crianças que apresentem o quadro como grupo B (manifestações hemorrágicas presentes) fazer expansão com 20 ml/kg de SF0,9% ou Ringer lactato em 2 horas. Reavaliação clínica e da diurese (observando volume e densidade urinária). Se normal: retorno à conduta do grupo A. Refazer Ht com 4 horas. Se não melhorar, garantir acesso venoso e encaminhar ao hospital de referência acompanhado de relatório.



SINAIS/SINTOMAS CLÁSSICOS (febre por até sete dias, cefaléia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias, artralgias) e história epidemiológica compatível.
PRESENÇA DE ALGUM SINAL DE ALARME
PRESENÇA DE ALGUM SINAL DE CHOQUE
MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS PRESENTES OU AUSENTES

III. GRUPO C e D

CONDUTA:

Esses pacientes devem ser atendidos inicialmente em qualquer nível de complexidade, sendo obrigatória a hidratação venosa imediata e encaminhados para unidade de referência, acompanhados de relatório.

ANEXO – 10 Nota técnica nº 04/2012 do LACEN-SE

ORIENTAÇÃO PARA COLETA E ENVIO DA AMOSTRA PARA PESQUISA DO ANTÍGENO NS1 E IDENTIFICAÇÃO VIRAL(PCR) PARA DENGUE NO LACEN/SE

EMENTA: Revoga a Nota de N°02/2011 e mantém a Orientação para coleta e envio da amostra para Pesquisa do Antígeno NS1 e Identificação Viral(PCR) para Dengue no LACEN/SE

OBJETIVO: Visando orientar as unidades que enviam amostras para o diagnóstico da Dengue no LACEN/SE, informamos os procedimentos a serem adotados para coleta e o envio de amostras para Pesquisa do Antígeno NS1 e PCR para Dengue:

1- COLETA DAS AMOSTRAS:

1.1- Coletar as amostras (soro) até o 5º dia do início dos sintomas, preferencialmente até o 3º dia;

1.2- Coletar à vácuo 02 tubos com gel (mínimo de 5 ml) respeitando as condições do paciente, a fim de que as amostras não sejam manipuladas;

1.3- Esperar a retração do coágulo (aprox. 15') e centrifugar (2.500 RPM por 10 min) para separar o soro;

1.4- Manter a amostra separada no tubo de origem. Não transferir o soro para outro tubo;

1.5-A amostra deve ser enviada ao Lacen preferencialmente no mesmo dia e mantida na geladeira (2º a 8ºC) por até 6(seis) horas até o envio. Se não for possível, congelar a amostra imediatamente a – 20ºC(freezer) ou congelador da geladeira, por no máximo 24 horas até o envio;

1.6- As amostras colhidas nos feriados e finais de semana, devem ser enviadas no primeiro dia útil para o LACEN, mantendo-as acondicionadas conforme instruções acima.

2-ENVIO DAS AMOSTRAS:

2.1-Enviar as amostras o mais breve possível, de segunda à sexta-feira, com recebimento das 7:00 às 15 :00 horas no LACEN;

GOVERNO DE SERGIPE

2.2- Colocar as amostras em caixa térmica com bastante gelo reciclável para Virologia de Dengue, a fim de garantir a viabilidade das mesmas;

2.3- Não colocar papel entre o recipiente contendo as amostras e o gelo, pois isso impede que a amostra chegue em temperatura adequada (congelada);

2.4- Encaminhar as amostras cadastradas no GAL com as requisições impressas contendo o número do SINAN(obrigatório) em um envelope, para serem entregues junto com amostras no LACEN;

2.5-Todos os pacientes que colherem sangue para Virologia de Dengue, devem colher uma segunda amostra (soro) para a Sorologia, 10 a 14 dias após a primeira coleta e encaminhar para o LACEN;

Obs.: Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Recepção do LACEN nos telefones:

Erika Teles (Gerente da Recepção de Coleta e Amostras)
(79) 8854-4249/ (79) 3234-6034 / 3234-6007

Kariny Souza Pinheiro
Coordenadora Técnica
FSPH/LACEN/SE

Danuza Duarte Costa
Superintendente LACEN/ FSPH

Importante

As informações mencionadas acima foram extraídas da versão Original da Nota Técnica nº 04/2012. A mesma encontra-se no LACEN-SE e na Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Núcleo de Endemias/SES

ANEXO - 11 Protocolo de Intensificação das Ações de Controle do *Aedes aegypti*

1 – Tratamento domiciliar:

AÇÃO: Tratamento Focal em 100% dos imóveis existentes no município.

- Destruição de criadouros;
- Vedação de depósito de água (com uso de telas ou alvenaria)
- Destinação adequada (lixo, entulhos, pneus etc.)
- Aplicar o larvicida (abate) em todos os potenciais criadouros/focos onde NÃO seja possível controle mecânico (destruição, vedação, ou destinação adequada);

NÃO SERÃO TRATADOS:

- Latas, plásticos e outros depósitos descartáveis que podem ser eliminados;
- Garrafas, que devem ser viradas e ao abrigo de chuvas;
- Utensílios de cozinha que sirvam para acondicionar e cozer alimentos;
- Depósitos vazios (sem água);
- Aquários ou tanques que contenham peixes;
- Vasos sanitários, caixa de descarga e ralo de banheiro, (a não ser que a casa estiver desabitada);
- Bebedouros de animais (escovar e trocar a água diariamente).
- Piscinas com tratamento de cloro

2 – Tratamento em Pontos Estratégicos.

AÇÃO:

- Visita Semanal;
- Tratamento mecânico, destruindo criadouros;
- Tratamento dos criadouros com larvicida, se necessário;
- Aplicação de uma camada de inseticida em depósitos situados em pontos estratégicos por meio de aspersor (bomba) manual, como medida complementar ao tratamento focal com o objetivo de reduzir a população adulta do vetor.
- Aplicação de inseticida com bombas portáteis de Ultra Baixo Volume.

⇒ **Pontos Estratégicos que devem ser tratados quimicamente:**

- Borracharias
- Ferros Velhos
- Transportadoras (garagens e depósitos de carga)

**Obs: Não utilizar larvicida em depósitos que possam ser destruídos.
Não tratar Pontos Estratégicos de alta rotatividade**

⇒ **Pontos Estratégicos que não devem ser borrifados:**

- Cemitérios;
- Rodoviárias, portos e aeroportos.
- Depósitos de material de construção
- E paredes internas de reservatório de água

3 – Manejos de grandes depósitos (caixas d'água, cisternas e tanques)

AÇÃO: Vedação

- Criação de equipe (dois agentes equipados de veículo e escada) de levantamento, inspeção e vedação de depósitos;
- Após a identificação dos depósitos, os agentes discutirão com o proprietário a melhor forma de vedação. Após acordo o proprietário terá um prazo de 10 dias para executar a ação;
- Após o prazo, os endereços dos proprietários que NÃO VEDAREM os depósitos serão encaminhados ao ministério público mediante acordo previamente firmado.

4 – Ações que NÃO devem ser realizadas pelo agente.

- O agente NÃO DEVE utilizar larvicida para satisfazer o proprietário da residência;
- O agente NÃO DEVE deixar de observar um possível depósito por pressa de terminar a visita (o depósito que não foi eliminado pode gerar uma fatalidade);
- O agente NÃO DEVE utilizar larvicida em filtros de água, calhas, pneus, ralos ou qualquer depósito que possa ser eliminado ou vedado manualmente;
- O agente NÃO DEVE utilizar larvicida sem a devida proteção individual, máscara, luvas e colher;
- O agente NÃO DEVE esquecer as residências onde não conseguiu entrar. Voltando depois para resgatar a visita e não permitir que uma casa não inspecionada contamine as outras;
- O agente NÃO DEVE registrar no formulário visita que não realizou sob o risco de mascarar um potencial risco à vida e à saúde de sua comunidade.
- O agente NÃO DEVE entregar larvicida a qualquer pessoa, sob o risco de ser responsabilizado pela má utilização, intoxicação etc.

5 – Manutenção:

Após finalizada a intensificação (tratamento) retornar imediatamente com a ação de Levantamento de Índice e Tratamento (LI+T).

6 – Ações de Mobilização e Educação em Saúde:

Trabalhar com escolares enfatizando os cuidados que devem tomar em relação ao mosquito.

Mobilizar a comunidade através de: caminhadas, palestras, feiras livres, reuniões com conselhos locais de saúde, etc

Integrar as ações de combate ao vetor juntamente com as ações de limpeza

Anexo 12 – Modelo de cálculo para organização das ações assistenciais

1 – Estimativa de casos notificados de dengue:

Considerar três cenários de risco de acordo com as informações e acompanhamento da vigilância epidemiológica local. Para efeito de cálculo do dimensionamento de insumos, equipamentos e materiais, considerar a distribuição dos casos em seis meses do ano com concentração maior em três meses

Risco 1 – 1% da população

Risco 2 – 2% da população

Risco 3 – 4% da população

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 01 – 1.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Mês 01 – 130 casos	Mês 04 – 200 casos
Mês 02 – 140 casos	Mês 05 – 200 casos
Mês 03 – 200 casos	Mês 06 – 130 casos

Risco 02 – 2.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Mês 01 – 260 casos	Mês 04 – 400 casos
Mês 02 – 280 casos	Mês 05 – 400 casos
Mês 03 – 400 casos	Mês 06 – 260 casos

Risco 03 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Mês 01 – 520 casos
 Mês 02 – 560 casos
 Mês 03 – 800 casos
 Mês 04 – 800 casos
 Mês 05 – 800 casos
 Mês 06 – 520 casos

2 - Estimativa de pacientes com necessidade de hidratação venosa (observação).

Considerar 15% dos casos estimados de dengue.

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 03 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Mês 01 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa;
 Mês 02 – 560 casos – 84 pacientes com necessidade de hidratação venosa;
 Mês 03 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa;

Mês 04 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa;
 Mês 05 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa;
 Mês 06 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa.

3 - Estimativa de pacientes com necessidade de internação em enfermaria (retaguarda).

Considerar o número de internações: 7% dos casos de dengue.
 Considerar que para cada leito no mês temos 7 internações (taxa de ocupação – 4 dias).

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 03 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

1º passo: Dimensionamento de internações: 280 internações durante o período de transmissão:

Mês 01 – 520 casos – 36 internações;
 Mês 02 – 560 casos – 40 internações;
 Mês 03 – 800 casos – 56 internações;
 Mês 04 – 800 casos – 56 internações;
 Mês 05 – 800 casos – 56 internações;
 Mês 06 – 520 casos – 36 internações.

2º passo: Dimensionamento de leitos: 1 leito / 7 internações:

Mês 01 – 520 casos – 36 internações – 5 leitos de internação;
 Mês 02 – 560 casos – 40 internações – 6 leitos de internação;
 Mês 03 – 800 casos – 56 internações – 8 leitos de internação;
 Mês 04 – 800 casos – 56 internações – 8 leitos de internação;
 Mês 05 – 800 casos – 56 internações – 8 leitos de internação;
 Mês 06 – 520 casos – 36 internações – 5 leitos de internação.

4 - Estimativa de pacientes com necessidade de internação em terapia intensiva ETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SITUAÇÃO DE AUMENTO DE CASOS OU DE EPIDEMIA DE DENGUE

Considerar o número de internações: 0,7% dos casos de dengue.
 Considerar que para cada leito de terapia intensiva no mês temos 6 internações (taxa de ocupação – 5 dias).

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

1º passo: Dimensionamento de internações: 28 internações durante o período de transmissão:

Mês 01 – 520 casos – 3 internações;

Mês 02 – 560 casos – 4 internações;
 Mês 03 – 800 casos – 6 internações;
 Mês 04 – 800 casos – 6 internações;
 Mês 05 – 800 casos – 6 internações;
 Mês 06 – 520 casos – 3 internações.

2º passo Dimensionamento de leitos: 1 leito / 6 internações:

Mês 01 – 520 casos – 3 internações – 1 leito de UTI;
 Mês 02 – 560 casos – 4 internações – 1 leito de UTI;
 Mês 03 – 800 casos – 6 internações – 1 leito de UTI;
 Mês 04 – 800 casos – 6 internações – 1 leito de UTI;
 Mês 05 – 800 casos – 6 internações – 1 leito de UTI;
 Mês 06 – 520 casos – 3 internações – 1 leito de UTI.

5 Previsão de insumos, medicamentos e equipamentos para pacientes em acompanhamento ambulatorial e em internação:

a) Hemograma:

Considerar o número de casos estimados de dengue no período (06 meses de transmissão) x

2 exames por pacientes

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Necessidade de 8.000 exames durante o período de transmissão.

Mês 01 – 520 casos – 1.040 exames de hemograma;
 Mês 02 – 560 casos – 1.120 exames de hemograma;
 Mês 03 – 800 casos – 1.600 exames de hemograma;
 Mês 04 – 800 casos – 1.600 exames de hemograma;
 Mês 05 – 800 casos – 1.600 exames de hemograma;
 Mês 06 – 520 casos – 1.040 exames de hemograma.

b) Sais de reidratação oral:

Considerar o número de casos de dengue estimados no período x 2 x 3 (2 sachês por dia para 3 dias de hidratação)

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Necessidade de 24.000 sachês de reidratação oral.

Mês 01 – 520 casos – 3.120 sachês;
 Mês 02 – 560 casos – 3.360 sachês;
 Mês 03 – 800 casos – 4.800 sachês;
 Mês 04 – 800 casos – 4.800 sachês;
 Mês 05 – 800 casos – 4.800 sachês;
 Mês 06 – 520 casos – 3.120 sachês.

c) Soro fisiológico:

Considerar 15% de casos de dengue estimados no período x 8 frascos de 500 ml

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

600 pacientes com necessidade de hidratação oral – necessidade 4.800 frascos de 500 ml

Mês 01 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 624 frascos de 500 ml;

Mês 02 – 560 casos – 84 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 672 frascos de 500 ml;

Mês 03 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 960 frascos de 500 ml;

Mês 04 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 960 frascos de 500 ml;

Mês 05 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 960 frascos de 500 ml;

Mês 06 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 624 frascos de 500 ml.

d) Poltronas para hidratação venosa:

Considerar 15 % do número de casos de dengue atendidos por dia útil/mês

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

**DIRTRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE
MSITUAÇÃO DE AUMENTO DE CASOS OU DE EPIDEMIA DE DENGUE**

Mês 01 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 4 poltronas;

Mês 02 – 560 casos – 84 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 4 poltronas;

Mês 03 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 6 poltronas;

Mês 04 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 6 poltronas;

Mês 05 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 6 poltronas;

Mês 06 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 4 poltronas;

É importante destacar, caso seja necessário, essas poltronas podem equipar diferentes

unidades de saúde, de acordo com a ocorrência e distribuição dos casos. Também é necessário avaliar a quantidade de suporte para soro, considerando que o suporte pode servir a duas poltronas. Considerar o mês com a maior ocorrência de casos para avaliar a quantidade do equipamento e garantir um quantitativo de reserva.

e) Medicamentos:

Dipirona / Paracetamol: considerar o número de casos previstos no período x 3g (dose diária) x 3 dias (período febril)

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Necessidade de 36.000 g do medicamento durante o período de transmissão.

Mês 01 – 520 casos – 4.680 gramas do medicamento;
Mês 02 – 560 casos – 5.040 gramas do medicamento;
Mês 03 – 800 casos – 7.200 gramas do medicamento;
Mês 04 – 800 casos – 7.200 gramas do medicamento;
Mês 05 – 800 casos – 7.200 gramas do medicamento;
Mês 06 – 520 casos – 4.680 gramas do medicamento.

Anexo – 13

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO GOVERNO DO ESTADO NO PERÍODO DE : 2007 A OUTUBRO DE 2013

Dengue - O Desafio é de Todos!

O Governo de Sergipe, através da Secretaria de Estado da Saúde, vem tomando desde o ano de 2007 uma série de medidas para combater a dengue. Num esforço conjunto com o Governo Federal e as prefeituras sergipanas, o Governo tem trabalhado intensamente para colocar em prática todas as medidas necessárias de combate ao mosquito vetor da doença, o *Aedes Aegypti*. A população também tem papel fundamental nesta luta. O trabalho de combate à dengue é contínuo e não cessa. Conheça as ações que o Governo do Estado vem desenvolvendo:

AÇÕES REALIZADAS PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE NO ANO DE 2007

- Diagnostico situacional feito nos municípios do estado com o objetivo de verificar como estava sendo desenvolvida as atividades de controle do dengue e a necessidade de cada município;
- Realização da “**I Reunião Estadual de Avaliação dos Programas Municipais de Controle do Dengue**”, com participação de Técnico da Coordenação Nacional do Programa da Dengue do Ministério da Saúde. Foi feita uma

avaliação dos programas municipais alertando os gestores para o risco iminente de uma epidemia no verão 2007/2008, tendo em vista a gravidade encontrada no diagnóstico feito pela equipe técnica da SES, através do Núcleo de Endemias. O alerta foi dado principalmente aos municípios da região metropolitana e municípios de fronteira

- Capacitação para médicos e enfermeiros de toda rede básica de saúde e rede hospitalar (tanto publica quanto privada); - vê documentos em anexo.
- Capacitação para agentes comunitários de saúde, agentes de endemias para multiplicadores de informações sobre dengue;
- Capacitação para técnicos e coordenadores de programas municipais de controle do dengue, no que se refere ao sistema de informação.
- Educação continuada para todos os agentes de endemias, conforme necessidade dos municípios.
- Acompanhamento supervisionado, pelas equipes técnicas da SES nos 75 municípios.

AÇÕES REALIZADAS PELO ESTADO NO MOMENTO DA EPIDEMIA NO ANO DE 2008

Contratação de 37 enfermeiros e 72 auxiliares de enfermagem;

Investimento de R\$ 1.090.318,95 para auxiliar municípios no combate;

Distribuição de soro de hidratação e medicamento – 55 mil frascos soros fisiológicos, 65

mil envelopes de soro de rehidratação oral e 40 mil comprimidos de paracetamol;

Capacitações in loco para médicos e enfermeiros nos municípios com casos graves detectados;

EDUCASAÚDE - Projeto em parceria com a Secretaria de Estado da Educação que capacitou mais de 2 mil alunos e professores da rede estadual de ensino;

Brigada Contra a Dengue - Mobilização com centenas de escolas para conscientizar a população sobre a importância de combater os criadouros do mosquito da dengue;

Agregação de veículos à frota existente;

Empréstimo de 20 profissionais ao município de Aracaju;

Ampliação da frota de 12 para 14 carros fumacê;

Capacitação de médicos e enfermeiros do PSF em todo o Estado, e de hospitais das redes pública e privada;

Confecção e distribuição de 1,6 mil adesivos gigantes para os médicos com orientação para o diagnóstico e tratamento da dengue;

Abertura de mais de 300 leitos de hidratação para pacientes suspeitos de dengue no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) e hospitais do interior;

Funcionamento do Hemose também aos sábados;

Organização do fluxo de atendimento;

Elaboração e aprovação do Plano de Contingência de Assistência aos pacientes com dengue;

Apoio técnico e institucional do Ministério para a área técnica de dengue da SES;

Formação de um grupo técnico da SES para apoio aos programas de dengue municipais;

Mobilizações sociais e comunicação;

Aplicação de UBV (Fumacê) nos municípios que se encontravam em epidemia;

Envio de projeto ao Ministério da Saúde para implantação de um laboratório de Virologia para dengue;

Convocação de 102 médicos em editais publicados em Sergipe, Bahia, Alagoas e Pernambuco;

Prestação de contas das ações do Estado veiculada na TV ;

Veiculação de peças educativas em rádio e carros de som na capital e interior;

Envio de profissional do estado para auxiliar na coordenação de ações em cada município;

Criação de equipe itinerante com membros da atenção básica, vigilância epidemiológica e rede hospitalar para ampliar suporte técnico aos municípios;

Acolhimento com classificação de risco, início da rehidratação e prova do laço ainda na recepção dos hospitais;

Implantação de protocolo para classificação de risco e hidratação nas unidades básicas de saúde;

Contratação temporária de mais profissionais de enfermagem para todos os hospitais regionais - acolhimento com classificação de risco, hidratação e prova do laço ainda na recepção;

Mobilização intersetorial de combate à dengue - parceria com Secretaria de Estado da Segurança Pública (SSP), Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Petrobras e prefeituras de Aquidabã, Tobias Barreto, Carira, Laranjeiras, Feira Nova, Tomar do Geru e Itabaiana;

AÇÕES REALIZADAS PELO ESTADO APÓS MOMENTO DA EPIDEMIA NO ANO DE 2008

- Reunião com os Secretários Municipais de Saúde e o Secretario de Estado da Saúde, para alertar aos mesmos os riscos que o Estado corre de uma nova epidemia no verão de 2008/2009.
- Capacitação para agentes de saúde no manejo e operacionalização de bombas costais portáteis para serem utilizadas nas ações de Bloqueio de Foco e de Casos de dengue.
- Elaboração e distribuição de Notas Técnicas para nortear os municípios nas ações de controle e prevenção.
- Ofício circular alertando os gestores municipais sobre o risco iminente de uma epidemia no verão 2008/2009, visto a situação dos indicadores de relevância epidemiológica.
- Ofício circular com todos os cálculos explicando as duas linhas de ação da proposta para o controle do vetor, onde se deu um prazo de 08 dias para os municípios se pronunciarem.
- Ofício circular individual alertando os gestores municipais sobre a situação do seu município e a classificação de baixo, médio e alto risco, dentro dos critérios estabelecidos pelo próprio Ministério da Saúde.

AÇÕES REALIZADAS PELO ESTADO NO PRIMEIRO SEMESTRE DO ANO DE 2009

- Distribuição de material (estetoscópio e tenciometro adulto e infantil, suporte de soro) para os profissionais das ESF dos 75 municípios;
- Distribuição de material de campo para os agentes de endemias e os agentes de saúde dos 75 municípios, para estruturar as atividades de controle do dengue;
- Capacitação para os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) das ESF no Diagnostico e Manejo Clinico do Paciente com Dengue;
- Capacitação para os 600 agentes de endemias contratados pelo Governo do Estado para reforçar os programas municipais de controle da dengue;
- Distribuição de adesivos para serem fixados nos consultórios das ESF e
- Hospitais regionais e particulares;

AÇÕES REALIZADAS PELO ESTADO NO PRIMEIRO SEMESTRE DO ANO DE 2010

- Propaganda em radio, televisão(Meses janeiro, fevereiro de 2010)
- Foram colocados outdoor em pontos estratégicos de Aracaju e alguns municípios;
- Em 2010, foram atendidos com o FUMACÊ, 38 municípios incluindo o os bairros do município de Aracaju;
- Capacitações com médicos e enfermeiros no Manejo Clinico do Paciente Suspeito com Dengue;
- Reuniões trimestrais de avaliação da situação da dengue, coma a presença dos secretários municipais e prefeitos dos 75 municípios do estado;
- Mantido o contrato dos 600 agentes de endemias, agora sendo feito pela FUNESA(Fundação Estadual de Saúde);
- Distribuição de 15 mil uniformes(Camisa, Bolsa e Boné) para os agentes de endemias do Estado)

- Distribuição de todo material de campo necessário para o agente de endemias desenvolverem as atividades de controle e prevenção da dengue. Essa distribuição foi feita para todos os agentes, não só para os do município como os contratados pelo estado.
- Em 2010 foram visitados, pelos agentes da brigada itinerante, **53 (70.66%) municípios** classificados como de médio e alto risco. Trabalho realizado não só na zona urbana como na zona rural.

AÇÕES REALIZADAS PELO ESTADO NO PRIMEIRO SEMESTRE DO ANO DE 2011

- Atualização e readequação do Plano de Contingência para o Enfrentamento de Epidemias de Dengue em Sergipe;
- Criação do Comitê Estadual de Mobilização contra Dengue através de decreto governamental;
- Criação de Grupo Técnico integrado da vigilância epidemiológica, atenção primária, atenção hospitalar e de urgência e Fundação Hospitalar de Saúde para implantação da classificação de risco em todas as unidades de saúde;
- Elaboração e distribuição de adesivos e banners sobre a classificação de risco dos casos de dengue para todas as unidades de saúde bem como folders e revistas educativas;
- Campanha publicitária com ênfase na eliminação dos criadouros mais comuns em Sergipe e nos sinais clínicos e sinais de Alarme da doença;
- Assessoria técnica aos municípios;
- Contratação de forma complementar de agentes de endemias para os municípios através da Fundação Estadual de Saúde (FUNESA)
- Manutenção de agentes de endemias da Força Tarefa estadual contratada pela FUNESA para ações em municípios com aumento de índice de infestação;

- Implantação da notificação imediata de casos graves e óbitos através do 08002828281 (Cievs – Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde);
- Manutenção do Centro de Retaguarda para Epidemias através da FHS com leitos de retaguarda para eventual aumento de casos;
- Distribuição de Soro de Reidratação Oral, Soro Fisiológico e paracetamol para todos os municípios;
- Ação de prevenção e controle em **45(60%)** municípios de risco iminente, feita pelos agentes da Brigada Itinerante de Combate a Dengue;
- Aplicação de **UBV pesado(FUMACÊ)** em **21 municípios**, incluindo **27 Bairros** do Município de Aracaju;
- Implantação do LIRAA em **12 municípios**, considerados prioritários para o Ministério da Saúde;
- Introdução de um novo Larvicida(DIFLUBENZURON- inibidor de crescimento)) em municípios da regional de Aracaju além dos municípios de Itabaiana e Nossa Senhora do Socorro;
- Reunião técnica com os municípios em risco para avaliar dados e intensificar ações;
- Capacitação para agentes de endemias e agentes comunitários, perfazendo um total de 1039 agentes distribuídos em 12 municípios;

AÇÕES REALIZADAS PELO ESTADO NO PRIMEIRO SEMESTRE DO ANO DE 2012

- Atualização e readequação do Plano de Contingência para o Enfrentamento de Epidemias de Dengue em Sergipe;
- Criação do Comitê Estadual de Mobilização contra Dengue através de decreto governamental(criado em 2011);
- Criação de Grupo Técnico integrado da vigilância epidemiológica, atenção primária, atenção hospitalar e de urgência e Fundação Hospitalar de Saúde para implantação da classificação de risco em todas as unidades de saúde;
- Elaboração e distribuição de adesivos e banners sobre a classificação de risco dos casos de dengue para todas as unidades de saúde bem como folders e revistas educativas;
- Assessoria técnica aos municípios;
- Contratação de forma complementar de agentes de endemias para os municípios através da Fundação Estadual de Saúde (FUNESA)
- Manutenção de agentes de endemias da Força Tarefa estadual contratada pela FUNESA para ações em municípios com aumento de índice de infestação;
- Implantação da notificação imediata de casos graves e óbitos através do 08002828281 (Cievs – Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde);
- Manutenção do Centro de Retaguarda para Epidemias através da FHS com leitos de retaguarda para eventual aumento de casos;
- Foram realizados trabalhos de controle e prevenção à Dengue em 23 municípios do estado. As ações foram realizadas levando em conta a quantidade de casos notificados ou confirmados, bem como os índices de infestação do *Aedes aegypti*. Entre as cidades visitadas pelos agentes da Brigada Itinerante estão: **Aracaju, São Cristovão, Barra dos Coqueiros, Laranjeiras, Itaporanga, Riachuelo, Divina Pastora, Santa Rosa de Lima, maruim, Areia Branca, Pedra Mole, General Maynard, Tobias Barreto, Itabaianinha, Japoatã, Cedro de São João, Gracho Cardoso, Nossa Senhora Aparecida, Poço Verde, Tomar do Geru, Nossa Senhora das Dores, Cumbe e Malhada dos Bois.** Ainda foram visitados pela segunda vez os municípios de **São Cristovão, Maruim e Areia Branca.** Nos 23 municípios foram visitados um total de **73.000 imóveis** de áreas de risco com tratamento de **119.395 criadouros**(locais prováveis onde encontra o mosquito) do mosquito transmissor da dengue.
- Aplicação de **UBV pesado (FUMACÊ)** em **13 municípios**, incluindo **19 Bairros** do Município de Aracaju e **17 localidades** do município de Nossa Senhora do Socorro ;

- Implantação do LIRAA em **13 municípios**, considerados prioritários para o Ministério da Saúde (Portaria 25.557) além de Simão Dias e Nossa Senhora da Glória que aderiram a esse novo modelo de levantamento do indicador entomológico de forma mais rápida;
- Introdução de um novo Larvicida (DIFLUBENZURON- inibidor de crescimento)) em municípios da regional de Aracaju além dos municípios de Itabaiana e Nossa Senhora do Socorro;
- Reunião técnica com os municípios em risco para avaliar dados e intensificar ações;
- Capacitação para agentes de endemias contratados pela FUNESA
- Manutenção diária dos indicadores de acompanhamento e avaliação presentes na **SALA DE SITUAÇÃO** da Dengue com informações epidemiológicas e entomológicas.

AÇÕES REALIZADAS PELO ESTADO NO PRIMEIRO SEMESTRE DO ANO DE 2013

- Elaboração e distribuição de adesivos e banners sobre a classificação de risco dos casos de dengue para todas as unidades de saúde bem como folders e revistas educativas;
- Assessoria técnica aos municípios;
- Manutenção de agentes de endemias da Força Tarefa estadual contratada pela FUNESA para ações em municípios com aumento de índice de infestação;
- Aplicação de **UBV pesado (FUMACÊ)** em **09 municípios**, incluindo **16 Bairros** do Município de Aracaju.
- Até outubro/2013 já foram realizados trabalhos de controle e prevenção à Dengue em **40 municípios** do estado. As ações foram realizadas levando em conta a quantidade de casos notificados ou confirmados, bem como os índices de infestação do *Aedes aegypti*.
- Implantação do LIRAA em **32 municípios**. Atualmente o Estado de Sergipe possui **45 municípios** que desenvolve essa atividade.
- Capacitação para agentes de endemias contratados pela FUNESA
- Reunião técnica com os municípios em risco para avaliar dados e intensificar ações;
- Capacitação em 14 municípios para os agentes de endemias municipais, perfazendo um total de 263 agentes capacitados em dengue.

Ações Realizadas no Ano de 2014

- Capacitação para novos agentes para compor a Brigada Itinerante;
- Capacitação para motoristas para suprir o quadro de motoristas da Central de UBV;
- Visita da Brigada Itinerante em 30 municípios que estiveram em médio e alto risco de classificação de acordo com os resultados do LIRAA
- Aplicação de UBV em 15 municípios, sendo que no município de Aracaju está trabalhando em 17 bairros;
- Confecção de uma nova campanha publicitária;
- Compra de medicação;
- Compra de EPI's para os servidores da Central de UBV.