



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**PLANO ESTADUAL DE CONTINGÊNCIA DAS ARBOVIROSES -  
DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA 2022**

**PARAÍBA  
2022**

Elaboração:

Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba  
Gerência Executiva de Vigilância em Saúde  
Núcleo de Doenças Transmissíveis Agudas  
Núcleo de Fatores Biológicos  
CEP: 58040-440 – João Pessoa/PB

Produção:

Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis -  
SES/PB  
Núcleo de Fatores Biológicos – SES/PB

Organização:

Carla Jaciara Jaruzo – SES/PB

Colaboração:

Talita Tavares Alves de Almeida (Gerente Executiva de Vigilância em Saúde), Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos (Gerente Operacional de Vigilância em Saúde), Luiz Francisco de Almeida (Chefe do Núcleo de Fatores Biológicos), Fernanda Carolina Rodrigues Vieira (Coordenadora NDAT), Sandra Gomes de Abreu (Geotecnóloga na GORR/SES/PB), Hélio Soares da Silva (Coordenador da equipe técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência). Eric Alves Peixoto (Técnico da Rede de Urgência e Emergência), Khallijah Farias Montenegro (Gerente Executiva de Atenção Especializada), Socorro Pires (Gerente Operacional da Atenção Básica), Júlia Freitas (Responsável pelo acompanhamento do RESP e Síndrome Congênita do Zika e outras STORCH).

## SUMÁRIO

<b>1. CARACTERIZAÇÃO AMBIENTAL DO VETOR NO ESTADO</b>	<b>10</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE NO ESTADO</b>	<b>11</b>
<b>3. CAPACIDADE INSTALADA:</b>	<b>12</b>
<b>3.1. Atenção Básica</b>	<b>12</b>
<b>3.2. Urgência e Emergência</b>	<b>14</b>
<b>3.2.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 no Estado da Paraíba</b>	<b>14</b>
<b>3.2.2. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h</b>	<b>15</b>
<b>3.3 Atenção Hospitalar</b>	<b>17</b>
<b>3.4 Componentes da rede de cuidados à pessoa com deficiência</b>	<b>20</b>
<b>3.5 Rede Laboratorial</b>	<b>29</b>
<b>3.6 Serviço de Verificação de Óbitos – SVO</b>	<b>29</b>
<b>3.7 Disponibilidade de Equipamentos Costais Motorizados e UBV Pesado para ações de Bloqueio de Transmissão</b>	<b>30</b>
<b>4. Caracterização das Arboviroses Dengue, Chikungunya e Zika vírus.</b>	<b>31</b>
<b>4.1 Dengue</b>	<b>32</b>
<b>4.1.1 Aspectos Epidemiológicos da Dengue no Estado</b>	<b>33</b>
<b>4.1.2 Coeficiente de incidência por Dengue por Regiões de Saúde</b>	<b>34</b>
<b>4.1.3 Distribuição dos coeficientes de incidência de dengue por regiões de saúde</b>	<b>35</b>
<b>4.2 Febre Chikungunya</b>	<b>37</b>
<b>4.3 Febre do Zika Vírus</b>	<b>40</b>
<b>4.3.1 Monitoramento das Gestantes com suspeita de Zika Vírus</b>	<b>43</b>
<b>5. Níveis de acionamento</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Níveis de acionamento da dengue, zika e chikungunya</b>	<b>46</b>
<b>6. ATRIBUIÇÕES ESTADUAL</b>	<b>46</b>
<b>7. AÇÕES DE CADA COMPONENTE PARA OS AGRAVOS: Dengue, Zika e Chikungunya.</b>	<b>47</b>
<b>7.1 Vigilância Epidemiológica</b>	<b>47</b>
<b>7.2 Controle Vetorial</b>	<b>48</b>
<b>7.3 Atenção ao paciente</b>	<b>53</b>
<b>7.4 Comunicação, Mobilização e Publicidade</b>	<b>55</b>
<b>7.5 Gestão</b>	<b>55</b>
<b>7.6 Rede Laboratorial</b>	<b>56</b>

<b>7.7 Educação Continuada</b>	<b>57</b>
<b>Referências</b>	<b>58</b>

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 01- Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família segundo Região de Saúde.</b>	<b>13</b>
<b>Tabela 02 – Centrais do SAMU</b>	<b>15</b>
<b>Tabela 03 – Capacidade Instalada de Equipamentos e Veículos</b>	<b>30</b>
<b>Tabela 04 – Coeficiente de Incidência por Dengue por Região de Saúde</b>	<b>34</b>
<b>Tabela 05- Número de casos prováveis e incidência de dengue (100 mil hab.), por Região de Saúde, Paraíba, 2020- 2021.</b>	<b>35</b>
<b>Tabela 06 - Número de casos prováveis e incidência de Chikungunya (100 mil hab.), por região de saúde, Paraíba, 2020 - 2021.</b>	<b>38</b>
<b>Tabela 07 - Número de casos prováveis e incidência de Zika (100 mil hab.), por região de saúde, Paraíba, 2020 e 2021.</b>	<b>42</b>

## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 01 – Unidades de Pronto Atendimento em funcionamento</b>	<b>16</b>
<b>Quadro 02 - Unidades Hospitalares que atendem os casos de Arboviroses</b>	<b>19</b>
<b>Quadro 03 - Serviços do Tipo CER (Centros Especializados em Reabilitação) Habilitados no Estado da Paraíba.</b>	<b>21</b>
<b>Quadro 04 - CER APROVADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EM CONSTRUÇÃO.</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 05 - PROPOSTAS DE OFICINAS ORTOPÉDICAS JÁ APROVADAS PARA O ESTADO.</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 06- Serviços do tipo CER (Centros Especializados em Reabilitação) Habilitados no Estado da Paraíba.</b>	<b>25</b>
<b>Quadro 07- CER aprovado pelo Ministério da Saúde, em construção.</b>	<b>27</b>
<b>Quadro 08- Serviços com proposta de habilitação como CER aguardando o Ministério da Saúde.</b>	<b>27</b>
<b>Quadro 09 - Propostas de oficinas ortopédicas já aprovadas para o Estado.</b>	<b>28</b>

## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 01 - Mapa do Estado da Paraíba</b>	<b>12</b>
<b>Figura 02 - Sugestão de esquema de estrutura hierárquica de área de controle de vetores.</b>	<b>31</b>
<b>Figura 03 – Diagrama de Controle</b>	<b>33</b>
<b>Figura 04 - Municípios com Isolamento Viral para Dengue - PB. 2016 - 2021.</b>	<b>33</b>
<b>Figura 05 - Distribuição dos Coeficientes de Incidência da Dengue por Regiões de Saúde - PB, 2020 e 2021.</b>	<b>35</b>
<b>Figura 06 - Distribuição dos Coeficientes de Incidência da Chikungunya nas Regiões de Saúde, 2020 e 2021.</b>	<b>39</b>
<b>Figura 07 - Distribuição dos Coeficientes de Incidência da Zika nas Regiões de Saúde, 2020 e 2021.</b>	<b>41</b>

## LISTA DE GRÁFICO

<b>Gráfico 01 - Óbitos por Dengue segundo ano de ocorrência 2014 a 2021, PB.</b>	<b>36</b>
<b>Gráfico 02 - Óbitos por Chikungunya segundo ano de ocorrência 2016 a 2021, PB.</b>	<b>39</b>
<b>Gráfico 03 - Óbitos por Zika vírus segundo ano de ocorrência 2016 a 2021, PB.</b>	<b>42</b>
<b>Gráfico 04 - Casos gestacionais suspeitos de Zika vírus, 2016 a 2021, PB.</b>	<b>43</b>
<b>Gráfico 05 - Casos Confirmados de Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus zika e outras STORCH segundo o sexo, 2015 a 2021.</b>	<b>44</b>



## APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba apresenta para pactuação na CIB desse Estado nova versão atualizada do Plano de Contingência para Prevenção, Controle e Monitoramento de Epidemias das Arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika Vírus), doenças que circulam no Brasil, de grande importância para a saúde pública. Este plano foi construído com o objetivo geral de preparar à Rede Estadual de Saúde nas ações de vigilância e assistência à saúde, onde estão definidas as responsabilidades e direcionamentos para atender as situações de emergência relacionadas às Arboviroses, abrangendo todos os componentes necessários para uma boa resposta e melhor resolutividade aos casos suspeitos.

Composta por uma equipe multiprofissional e seguindo as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle da Dengue, Zika e Chikungunya, este plano tem o entendimento que o trabalho não deve se limitar apenas na interrupção da transmissão da doença, sendo imprescindível que os serviços de saúde estejam preparados para o atendimento aos casos, evitando assim as formas graves e os óbitos. Essas diretrizes têm por objetivo auxiliar os serviços de saúde na contenção dos processos epidêmicos, na comunicação de risco e na redução de óbitos.

Sendo os objetivos específicos desse plano:

- Intensificar as ações de prevenção e controle do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* no Estado;
- Promover assistência adequada ao paciente com suspeita de Dengue, Chikungunya e Zika;
- Apoiar as ações de vigilância epidemiológica e ambiental nos municípios;
- Aprimorar a análise da situação epidemiológica e da organização da rede de atenção para orientar a tomada de decisão dos gestores municipais;
- Fortalecer e sistematizar as atividades de mobilização de forma intersetorial e interinstitucional;
- Fortalecer a rede laboratorial para diagnóstico da Dengue, CHIKV e Zika.

## 1. CARACTERIZAÇÃO AMBIENTAL DO VETOR NO ESTADO

No Brasil, entre as décadas de 1950 e 1970, a partir dos esforços para combater a febre amarela urbana, erradicou, também, a dengue, cujo vetor é o *Aedes aegypti*. Lembrando que, além deste, a dengue também é transmitida pelo *Aedes albopictus*, que é originado do sudeste asiático e bastante disseminado na Região Oriental do continente. Sua presença também foi confirmada nos continentes Europeu, Africano, Americano e Australiano, sendo encontrada em países como a Rússia, Itália, África do Sul, Nigéria, USA, países da América Central e América do Sul, incluindo o Brasil.

O primeiro registro da presença do *Aedes albopictus* no Brasil, na data de maio de 1986, em foco localizado na Universidade Rural do Rio de Janeiro no município de Itaguaí. Logo a seguir focos foram reportados na Universidade de Viçosa em Minas Gerais e nas proximidades das cidades de Vitória e Vila Velha, no Espírito Santo. Sua disposição no país foi muito rápida e no ano de 2002, o vetor já era encontrado em 22 unidades federadas.

O *Aedes albopictus* é uma espécie primariamente silvestre que se adaptou no meio urbano. Nesse ambiente, o inseto tem como criadouros recipientes como jarros, tambores, pneus e tanques. Além disso, está presente no meio rural, em ocos de árvores, na imbricação das folhas e em orifícios de bambus. Sua ampla distribuição e capacidade de adaptação a diferentes ambientes vêm dificultar o controle e/ou erradicação deste vetor. Os fatores favoráveis à sobrevivência do referido vetor são: sua alta prevalência ecológica, a diversidade de fonte alimentar, picando tanto o homem como de outros mamíferos e aves, e sua resistência a temperaturas mais frias em relação ao *Aedes aegypti*.

O ciclo biológico do *Aedes albopictus* é semelhante ao do *Aedes aegypti*. Sua fase aquática passa por ovo, 4 estágios larvários, pupa e desenvolve-se para a forma adulta. O desenvolvimento completo do ciclo de vida do vetor está entre 8 a 10 dias, dependendo principalmente da temperatura ambiental, de abundância de nutrientes e da densidade larvária no criadouro. A olho nu o *Aedes albopictus* e o *Aedes aegypti* têm aspectos semelhantes, a distinção de cada espécie, que só é possível com auxílio de uma Lupa entomológica. Os dois vetores também apresentam comportamentos similares em relação à atividade alimentar (Hematofagia e horário da picada).

O *Aedes aegypti*, “indesejável do Egito”, é um mosquito pequeno (cinco a sete milímetros), de cor escura, rajado, com manchas brancas no corpo e nas patas. Ele ataca somente durante o dia, de preferência de manhã cedo ou à tardinha. Prefere ficar em áreas fechadas e atacar na região das pernas, embaixo das mesas, próximo ao chão.

A fêmea deposita seus ovos em água limpa e parada que eclodem e surgem às larvas que evoluem para a forma de pupa (tem aparência de um casulo), daí emergem os mosquitos já plenamente formados. Seu ciclo de vida engloba quatro estágios: (1) Ovos - Os ovos do *Aedes aegypti* medem cerca de 1 mm de comprimento e são depositados, um a um pela fêmea, em recipientes de água parada, na sua superfície, aderindo a parede interna desses recipientes, imediatamente após serem depositados. Os ovos, até então brancos, adquirem a cor negra brilhante. O desenvolvimento completo do embrião se dá em 48 horas, em condições favoráveis de umidade e alta

temperatura. Completado o desenvolvimento embrionário, os ovos são capazes de resistir por mais de um ano, mesmo longe da água (o que chamamos resistência à dessecação).

Na Paraíba, nos 223 municípios do estado, o *Aedes aegypti* está presente e com índices de infestação alarmantes em vários deles. Já o *Aedes albopictus*, foi encontrado pela 1ª vez na cidade de Lagoa Seca, no ano de 2000, posteriormente, no mesmo ano, nos municípios de Queimadas, Cuitegi e Guarabira. No ano de 2001, constatou-se a presença do inseto em mais cinco municípios, incluindo João Pessoa. Entre os anos de 2007 a 2013, foi encontrado em 89 municípios, de acordo com dados coletados pelo programa de informação Sisfad e pelo Núcleo de Entomologia e Pesquisa Operacional, através de inquéritos específicos utilizando armadilhas de oviposição e exames de amostras enviadas pelos laboratórios regionais e municipais de entomologia para o controle de qualidade.

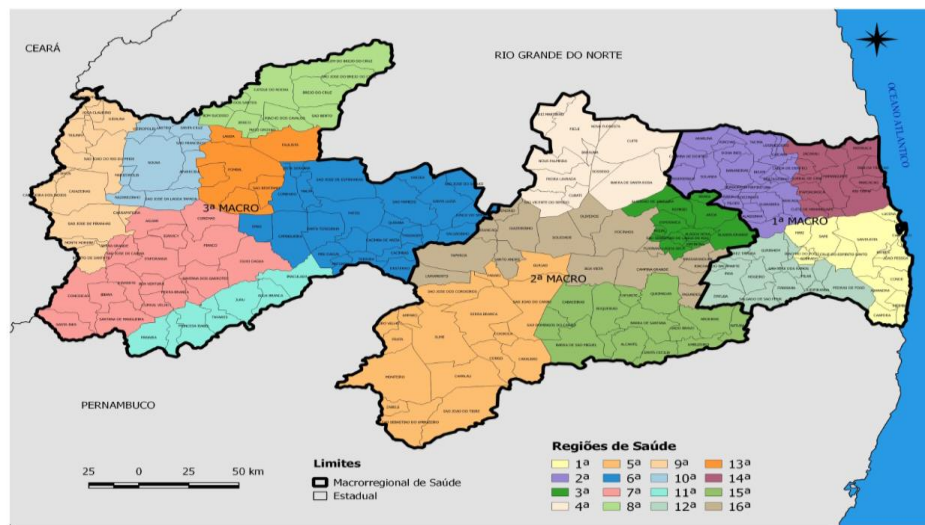
O clima paraibano é marcado pela presença de apenas duas estações climáticas: a chuvosa e a seca, de modo que a pluviometria é o principal fator de modificação climática da região ao longo do ano. O padrão espaço-temporal da temperatura média é caracterizado pela pequena variação anual, quase sempre inferior a 5°C. Essa homogeneidade térmica se contrasta com o alto grau de heterogeneidade espacial e temporal do regime pluviométrico, no qual a distância do litoral define um gradiente de umidade, sendo as áreas mais afastadas aquelas mais secas. Na Paraíba, o período chuvoso geralmente é curto, ocorrendo no verão nas regiões mais áridas e no inverno nas áreas mais úmidas. Na estação do outono as chuvas são pouco frequentes, no entanto, este período é o de maior incidência do dengue no estado. Esse fato não é o mesmo observado em outros estados do Brasil onde a sazonalidade do dengue coincide com a da chuva, segundo o Ministério da Saúde.

## **2-CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE NO ESTADO**

Localizada na parte leste da região nordeste do Brasil, a Paraíba possui em seu território 223 municípios divididos em quatro mesorregiões: Mata Paraibana, Agreste Paraibano, Borborema e Sertão Paraibano. O estado apresenta uma área de aproximadamente 56 467,239 km<sup>2</sup> e apresenta conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) uma população estimada em 4.018.127 de habitantes em 2019, e densidade demográfica 66,70 hab/km<sup>2</sup>. Limita-se geograficamente com três estados: Rio Grande do Norte (norte), Pernambuco (sul) e Ceará (oeste), além do Oceano Atlântico (leste).

Geoadministrativamente, segundo a Resolução CIB nº 43/2018 o estado está organizado em 16 regiões de saúde distribuídas em 03 Macrorregiões (figura 1), compreendendo os 223 municípios. A Paraíba possui ainda, 12 unidades técnico-administrativas da Secretaria Estadual da Saúde, denominadas de Gerências Regionais de Saúde (GRS) que têm a responsabilidade sanitária compartilhada no território de abrangência, fortalecendo assim o processo de regionalização estadual. O território da 1ª Região de Saúde, onde se localiza a área do litoral paraibano e a capital do estado, também é onde se concentra o maior percentual da população.

**Figura 01 – Mapa do Estado da Paraíba**



Fonte: GORR/SES

### 3 – CAPACIDADE INSTALADA:

#### 3.1. Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e outras ações que impactem na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, pautado no contexto de vigilância em saúde (PNAB 2017). Constitui-se como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde - RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

Este nível de atenção tem como modelo de organização a Estratégia Saúde da Família - eSF, contando também com as equipes de Atenção Primária - eAP Modalidades I e II.

Atualmente, segundo dados do e-Gestor APS, a Paraíba possui cobertura de APS de 86.48% da população com 1.526 Equipes de Saúde da Família (fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>) e 7.749 Agentes

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>).

Para auxiliar nas ações a serem efetivadas para o fortalecimento dos territórios um dos parâmetros utilizados é a cobertura da Estratégia de Saúde da Família por região de saúde, conforme tabela abaixo. Nela observa-se o atual cenário de cobertura estado apresenta uma ótima cobertura em todas as regiões.

**Tabela 01** - Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família por Região de Saúde.

<b>Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família segundo Região de Saúde.</b>							
<b>Região de Saúde</b>	<b>População</b>	<b>Qt. eAP fin.</b>	<b>Qt. eSF fin.</b>	<b>Qt. Cadastros eAP fin.</b>	<b>Qt. Cadastros eSF fin.</b>	<b>Qt. Total de cadastros (lim. pop. IBGE)</b>	<b>Cob. APS</b>
1 <sup>a</sup>	1.336.175	1	375	532	971.529	949.193	71,03%
2 <sup>a</sup>	307.517	0	133	0	315.284	299.307	97,33%
3 <sup>a</sup>	198.338	0	87	0	207.987	196.760	99,2%
4 <sup>a</sup>	114.111	0	51	0	112.525	108.672	95,24%
5 <sup>a</sup>	114.323	0	49	0	126.823	114.323	100%
6 <sup>a</sup>	239.548	0	102	0	246.624	233.002	97,26%
7 <sup>a</sup>	148.467	0	72	0	154.902	145.616	98,01%
8 <sup>a</sup>	119.599	1	48	6	116.167	1148.439	95,67%
9 <sup>a</sup>	178.797	0	85	0	183.437	175.625	98,22%
10 <sup>a</sup>	118.110	0	59	0	123.191	118.110	100%
11 <sup>a</sup>	85.509	0	41	0	79.944	79.944	93,49%
12 <sup>a</sup>	176.715	0	81	0	197.563	176.715	100%
13 <sup>a</sup>	60.792	0	27	0	63.388	57.155	94,01%
14 <sup>a</sup>	154.096	0	65	0	171.298	154.026	99,95%
15 <sup>a</sup>	151.796	0	69	0	156.534	147.512	97,17%
16 <sup>a</sup>	556.022	0	182	0	449.401	440.842	79,28%

**Fonte: e-gestor Atenção Básica**  
**Dado gerado em: 10 de maio de 2022 - 15:57h**

Os dados apresentados na tabela 01 referem-se à cobertura da Atenção Primária à Saúde-APS e contempla as equipes de Atenção Primária - eAP e equipes de Saúde da Família - eSF, financiadas pelo Ministério da Saúde-MS, estratificadas por Região de Saúde, no estado da Paraíba.

Oportuno ressaltar que neste ano de 2022 o Ministério da Saúde alterou a fórmula de cálculo para mensuração das coberturas, motivo pelo qual justifica-se a queda no dessas coberturas ao comparadas com os anos anteriores, o que não caracteriza a diminuição no quantitativo geral de equipes, pelo contrário, em 2021 o estado possuía 1.471 equipes de Saúde da Família - eSF e 01 equipe de Atenção Primária - eAP na competência

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>).

Os dados de cobertura representam o cenário atual, podendo sofrer alterações a cada competência.

### **3.2. Urgência e Emergência**

A organização da Rede de Urgência e Emergência tem o intuito de articular e integrar todos os equipamentos de atenção à saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e/ou emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

A Rede de Urgência e Emergência do estado da Paraíba segue em concordância com as diretrizes estabelecidas na Portaria de Consolidação nº 3, de 3 de outubro de 2017/GM/MS, Anexo I, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, destacando entre elas a ampliação do acesso, contemplando a classificação de risco no acolhimento em todos os pontos de atenção e garantindo o cumprimento dos princípios do SUS no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas, além das linhas prioritárias (BRASIL,2011).

#### **3.2.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 no Estado da Paraíba**

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funcionam 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O SAMU realiza o atendimento em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas.

Em torno de 100% da população do estado (4.018.127 habitantes) tem cobertura do SAMU 192, apresentando a cobertura necessária a um atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. Atualmente, a Paraíba dispõe de sete Centrais de Regulação Médica de Urgência (CRMU) do SAMU 192, instaladas e habilitadas nos municípios de João Pessoa (SAMU Metropolitano), Campina Grande (SAMU Regional), Patos (SAMU Regional), Monteiro (SAMU Regional), Piancó (SAMU Regional), Sousa (SAMU Regional) e Cajazeiras (SAMU Regional), que regulam as cento e duas bases descentralizadas. O Quadro 01 demonstra o quantitativo de Unidades do SAMU 192 por Central de Regulação.

**Tabela 02- Centrais do SAMU**

Macrorregião de Saúde	Município	Bases Descentralizadas	USA	USB	MOTOLÂNCIA
1°	João Pessoa	28	12	36	7
2°	Campina Grande	27	10	33	5
2°	Monteiro	06	1	6	2
3°	Patos	08	3	11	0
3°	Piancó	14	5	16	2
3°	Sousa	11	5	15	1
3°	Cajazeiras	08	2	8	0
<b>Total</b>		<b>102</b>	<b>39</b>	<b>125</b>	<b>17</b>

Fonte: Plano da Rede de Urgência e Emergência/SES-PB.

### 3.2.2. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h

As Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24 horas são estruturas do componente pré-hospitalar fixo, de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU uma vez que organiza o fluxo de atendimento, encaminhando o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, como raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas.

Na Paraíba todas as propostas de UPAS foram aprovadas antes de 2014. Sendo assim, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 3, art. 73 a 93 ainda é definida de acordo com a descrição abaixo:

**UPA Porte I (Opção III):** tem 07 leitos de observação e 02 leitos de urgência. Capacidade de atender até 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes.

**UPA Porte II (Opção V):** 11 leitos de observação e 03 leitos de urgência. Capacidade de atender até 300

pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes.

**UPA Porte III (Opção VIII):** 15 leitos de observação e 04 leitos de urgência. Capacidade de atender até 450 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

Em todo Estado da Paraíba, existem em funcionamento 17 Unidades de Pronto Atendimento 24h, conforme o quadro abaixo:

**Quadro 01 – Unidades de Pronto Atendimento em funcionamento.**

<b>Município</b>	<b>Nome da UPA</b>	<b>Porte</b>	<b>Gerência</b>	<b>Situação</b>
Cajazeiras	Upa Dra Valeria Macambira Guedes	I	Estadual	em funcionamento
Guarabira	Upa de Guarabira	I	Estadual/OS	em funcionamento
Monteiro	Upa Joaquina Pires Barbosa Henrique	I	Municipal	em funcionamento
Pombal	Upa de Pombal	I	Municipal	em funcionamento
Princesa Isabel	Upa de Princesa Isabel	I	Estadual/os	em funcionamento
Santa Rita	Upa Santa Rita	I	Estadual/os	em funcionamento
João Pessoa	Upa Oceania	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Celio Pires De Sa	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Cruz das Armas	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Bancários	II	Municipal	em funcionamento
Bayeux	Upa Baxeux	II	Municipal	em funcionamento
Piancó	Upa 24 Horas	II	Municipal	em funcionamento
Campina Grande	Upa 24 Horas Dr Maia	III	Municipal	em funcionamento
Campina Grande	UPA 24HS Dinamérica	II	Municipal	em funcionamento
Sousa	Upa Sousa	II	Municipal	em funcionamento
Patos	Upa 24hs Patos – Bairro de Jatobá	I	Municipal	em funcionamento
Ingá	Upa Ingá	I	Municipal	em funcionamento

Fonte: Plano da Rede de Urgência e Emergência/SES-PB

Entre as ações que devem ser desenvolvidas pelas UPA's 24h para assistência aos casos suspeitos de dengue, chikungunya e zika vírus podemos citar:

- Garantir atendimento oportuno dos pacientes por profissionais capacitados para o diagnóstico, manejo clínico e assistência ao paciente;
- Organizar o serviço para acolhimento do suspeito e classificação de risco, para que, de forma dinâmica e qualificada, o paciente com o potencial de risco possa receber atendimento imediato;



- Garantir a agilidade na execução de exames específicos (Isolamento viral ou sorologia) e exames inespecíficos como hemograma com contagem de plaquetas, que contribuem com o diagnóstico diferencial assegurando assim o manejo clínico correto do paciente;
- Garantir que a Unidade de Saúde mantenha os equipamentos básicos, em condições de uso e aferidos periodicamente (bebedouros, esfigmomanômetros adulto e infantil, estetoscópio, termômetro, balança, jarras para hidratação oral, suporte para hidratação venosa, leito ou poltrona para hidratação);
- Implantar protocolo de manejo clínico para dengue, chikungunya e zika em 100% dos Serviços de Saúde dos 223 Municípios do estado da Paraíba;
- Manter em local de fácil acesso nos consultórios, fixados de forma estratégica, material educativo contendo classificação de risco e manejo do paciente, garantindo assim, o estadiamento adequado dos pacientes com suspeita de doença por Arbovírus.

### **3.3 Atenção Hospitalar**

Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (janeiro de 2022) a Rede Hospitalar SUS conta com 199 instituições entre Unidades Hospitalares, destas, 33 são de esfera administrativa estadual e 166 de esfera administrativa municipal. Em relação à Média e Alta Complexidade, a concentração de serviços especializados ambulatoriais e hospitalares está localizada na 1ª e 16ª Região de Saúde, onde estão implantados dois grandes Hospitais de referência para Emergência e Trauma situados em João Pessoa e Campina Grande.

A rede de referência para atendimento aos casos suspeitos de dengue, chikungunya e zika vírus no Estado da Paraíba, é distribuída conforme a Classificação de Risco dos Agravos do Ministério da Saúde:

- Primeiro atendimento (população própria e referenciada): Unidade de Saúde da Família.
- Segundo Atendimento (população própria e referenciada): Unidade de Pronto Atendimento, PA.
- Terceiro Atendimento (população própria e referenciada): Hospitais Estaduais e Municipais.

Os pacientes com arboviroses têm como porta prioritária de entrada para atendimento a APS, porém alguns casos podem agravar e necessitam ser atendidos nos demais pontos da rede de atenção. Antes da ocorrência do agravamento da dengue, alguns sinais de alarme podem surgir e, por meio destes, se tem conseguido identificar precocemente os pacientes que podem evoluir para uma forma grave da doença ou ao óbito. A fase crítica tem início com a diminuição da febre, entre o 3º e o 7º dia da doença, acompanhada do surgimento dos sinais de alarme. Pode estar presente em alguns pacientes, e

em alguns casos evoluir para as formas graves. Por esta razão, medidas diferenciadas de manejo clínico e observação devem ser adotadas. As formas graves da doença podem manifestar-se com extravasamento de plasma, levando ao choque ou acúmulo de líquidos com desconforto respiratório, sangramento grave ou sinais de disfunção orgânica em órgãos como o coração, os pulmões, os rins, o fígado e o sistema nervoso central (SNC).

O atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado. A rede de serviços de saúde deve ser organizada para garantir acesso de qualidade em todos os níveis de atenção, de maneira a atender a comunidade, seja em período epidêmico ou em não epidêmico.

#### Período epidêmico

O objetivo principal nesse cenário é evitar óbitos. Dessa forma, recomenda-se que o foco das ações de comunicação e mobilização seja:

- divulgação dos sinais e sintomas da complicação da doença;
- alerta sobre os perigos da automedicação;
- orientação à população para procurar atendimento médico na unidade de saúde mais próxima ou informação sobre as unidades de referência indicadas pelos gestores, para que o cidadão tenha atendimento médico logo nos primeiros sintomas;
- esclarecimentos sobre medidas de autocuidado, especialmente sobre a hidratação oral; e
- reforço às ações realizadas no período não epidêmico, especialmente quanto à remoção de depósitos, com a participação intersetorial, interinstitucional e da sociedade.

#### Período não epidêmico

O objetivo é incentivar a divulgação de medidas de prevenção da dengue, como forma de mobilizar a população a adotar hábitos e condutas capazes de evitar a proliferação do mosquito transmissor. Dessa forma, recomenda-se que as mensagens de comunicação para esse cenário envolvam conteúdos educacionais e informativos sobre:

- a eliminação dos criadouros dos mosquitos;
- a biologia e os hábitos do *Aedes aegypti*;
- os locais de concentração do agente transmissor;
- os principais sintomas da doença; e

- recomendações para que a população, em caso da doença, recorra preferencialmente aos serviços de atenção primária à saúde.

É o momento ideal para manutenção de medidas que visem impedir epidemias futuras, sendo de fundamental importância a realização de atividades, como:

- utilizar larvicidas, quando indicados, nos recipientes que não possam ser removidos, destruídos, descartados, cobertos ou manejados;
- diminuição da população adulta de mosquitos, realizando-se a aplicação espacial de inseticidas com equipamento costal, na ocorrência dos primeiros casos notificados.

A porta de entrada preferencial para atendimento da pessoa com suspeita de Dengue é a Atenção Primária, porém, todos os serviços de saúde devem acolher os casos, classificar o risco, atender, orientar quanto ao retorno de acompanhamento e, se necessário, encaminhar para o serviço compatível com a complexidade/necessidade do paciente, responsabilizando-se por sua transferência. A realização de triagem, utilizando-se a classificação de risco baseada na gravidade da doença, é uma ferramenta fundamental para melhorar a qualidade da assistência. A classificação de risco tem por objetivo reduzir o tempo de espera do paciente por atendimento médico, a partir dos sinais e sintomas apresentados pelo mesmo, de forma a acelerar o diagnóstico, tratamento e internação, quando for o caso. Assim, contribui para a organização do fluxo de pacientes na unidade de saúde e prioriza o atendimento dos casos, de acordo com a gravidade.

O Quadro 02 demonstra o quantitativo de Unidades Hospitalares Estaduais que também irão atender aos casos de arboviroses de acordo com sua complexidade. Nele observa-se que o estado apresenta uma ótima cobertura em todas as regiões.

O Quadro 02 demonstra o quantitativo de Unidades Hospitalares Estaduais que atendem os casos de arboviroses. Nele observa-se que o estado apresenta uma ótima cobertura em todas as regiões.

#### **Quadro 02 - Unidades Hospitalares Estaduais que atendem os casos de arboviroses.**

<b>BAIXA COMPLEXIDADE</b>			
<b>HOSPITAIS ESTADUAIS</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>MACRO</b>	<b>REGIÃO</b>
Hospital Distrital Luiz Alexandrino da Silva	Belém	1ª	2ª
Hospital Distrital de Lagoa de Dentro	Lagoa de Dentro	1ª	2ª
Hospital Dr.Ovídio Duarte	Serraria	1ª	2ª
Hospital Dr. Francisco Assis de Freitas	Solânea	1ª	2ª
Hospital Estadual Prefeito José Felix de Brito	Itaporoca	1ª	14ª
Hospital Distrital de Taperoá	Taperoá	2ª	16ª

Hospital Distrital Sinhá Carneiro	Santa Luzia	3ª	6ª
Hospital Francisco Bento Cabral	Aguiar	3ª	7ª
Hospital e Mat. Estevam Marinho	Coremas	3	7ª
MÉDIA COMPLEXIDADE			
HOSPITAIS ESTADUAIS	MUNICÍPIO	MACRO	REGIÃO
Hospital Regional Sebastião Rodrigues de Melo	Itabaiana	1ª	12ª
Hospital Regional de Queimadas Dr. Patricio Leal e Melo	Queimadas	2ª	15ª
Hospital Dr. Américo Maia de Vasconcelos	Catolé do Rocha	3ª	8ª
INTERMEDIÁRIA COMPLEXIDADE			
HOSPITAIS ESTADUAIS	MUNICÍPIO	MACRO	REGIÃO
Hospital Regional de Guarabira	Guarabira	1ª	2ª
Hospital Geral de Mamanguape	Mamanguape	1ª	14ª
Hospital Regional Dr. Felipe Tiago Gomes	Picuí	2ª	4ª
Hospital e Maternidade Santa Filomena	Monteiro	2ª	5ª
Hospital Distrital dr. José G. da Silva	Itaporanga	3ª	7ª
Hospital Regional Wenceslau Lopes	Piancó	3ª	7ª
Hospital Regional de Cajazeiras	Cajazeiras	3ª	9ª
Hospital Manoel Gonçalves Abrantes	Sousa	3ª	10ª
Hospital Distrital Senador Ruy Carneiro	Pombal	3ª	13ª
ALTA COMPLEXIDADE			
HOSPITAIS ESTADUAIS	MUNICÍPIO	MACRO	REGIÃO
Complexo de Doenças Infectocontagiosas- Dr. Clementino Fraga	João Pessoa	1ª	1ª
Hospital Infantil Arlinda Marques	João Pessoa	1ª	1ª
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	João Pessoa	1ª	1ª
Hospital de Emergência e Trauma D. Luiz G.Fernandes	Campina Grande	2ª	16ª
Hospital Infantil Noaldo Leite	Patos	3ª	6ª
Maternidade Peregrino Filho	Patos	3	6ª
Maternidade Frei Damião	João Pessoa	1ª	1ª

### 3.4 Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

#### Principais Legislações Que Regulamentam A Rede De Cuidados À Pessoa Com Deficiência

- Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011- dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- Decreto de nº 7.612 de 17 de novembro de 2011 - Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Plano Viver sem Limite);
- PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. ANEXO VI

Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012 - Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde;

- PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. CAPÍTULO IV

Portaria nº. 835, de 25 de abril de 2012 - Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde;

- INSTRUTIVOS DE REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELLECTUAL E VISUAL (CER e serviços habilitados em uma única modalidade) de 10 de agosto de 2020.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes:

I - Atenção Básica;

II- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e

III- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

**Quadro 03 - Serviços do Tipo CER (Centros Especializados em Reabilitação) Habilitados no Estado da Paraíba.**

Município	Tipologia	Modalidade	Nome do Estabelecimento	Portaria Habilitação GM	CNES	GESTÃO	REGIÃO DE REFERÊNCIA
João Pessoa	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência - FUNAD	Portaria nº 778, de 9/05/2013	2343479	ESTADUAL	1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE *
João Pessoa	CER II	Física e Intelectual	Centro de Referência Municipal de Inclusão para Pessoas com Deficiência	Portaria GM nº 3.077, de 28/12/2016	3871002	MUNICIPAL	MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**

JOÃO PESSOA	CER II	Intelectual e Visual	Instituto dos Cegos da Paraíba Adalgisa Cunha	Portaria GM nº 3.164, de 03/12/2019	2755718	MUNICIPAL	1ª REGIÃO DE SAÚDE
Conde	CER II	Auditiva e Física	Centro de Reabilitação Antonio de Souza Maranhão	Portaria GM Nº 2.910 de 26/12/2016	5925207	MUNICIPAL	1ª REGIÃO DE SAÚDE ***
GUARABIR A	CER III	Física, Visual e Intelectual	Complexo Neurofuncional Maria Moura de Aquino	Portaria GM nº 3.164, de 03/12/2019	3360415	MUNICIPAL	2ª REGIÃO DE SAÚDE*****
ARARUNA	CER II	Auditiva e Física	Centro de Reabilitação Dr José Dácio	Portaria GM nº 3.531, de 17/12/2020	2608073	MUNICIPAL	2ª REGIÃO DE SAÚDE*****
Campina Grande	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	CER IV Centro Especializado em Reabilitação de Campina Grande	Portaria GM nº 2.918, de 26/12/2016	2362619	MUNICIPAL	2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE *
Monteiro	CER II	Física e Intelectual	Centro de Reabilitação Motora	Portaria GM nº 2.918, de 26/12/2016	6528880	MUNICIPAL	5ª REGIÃO DE SAÚDE *****
Patos	CER II	Física e Intelectual	CERPPOD	Portaria GM nº 3.077, de 26/12/2016	3015610	MUNICIPAL	6ª REGIÃO DE SAÚDE *****
Princesa Isabel	CER III	Física, Intelectual e Visual	Centro Especializado em Reabilitação Doutor Aloysio	Portaria GM nº 440, de	9562966	MUNICIPAL	11ª REGIÃO DE SAÚDE *****

			Pereira Lima	25/03/2019			
Piancó	CER II	Física e Intelectual	Policlínica Dr. Antônio Quinho	Portaria GM nº 3.213, de 29/12/2016	2609061	MUNICIPAL	7ª REGIÃO DE SAÚDE *****
Sousa	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	Reabilita - Centro Especializado em Reabilitação de Sousa		9585370	ESTADUAL	3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE *
Catolé do Rocha	CER II	Física e Intelectual	Centro de Reabilitação Física	Portaria GM Nº 2.918 26/12/2016	2606364	MUNICIPAL	8ª REGIÃO DE SAÚDE *****

\* Os CER IV são serviços com uma densidade tecnologia e profissional maior, desta forma assumindo a responsabilidade de atender os casos mais severos e de regiões que não possuem o atendimento previsto. Os CER IV devem ser referências nas Macrorregiões de Saúde, com apoio dos demais CER.

\*\* O CER II de João Pessoa (Físico e Intelectual), no momento, está atendendo pessoas com deficiência do próprio município, devido a existência de outros serviços na região. Essa pactuação deverá ser discutida em CIR;

\*\*\* O CER II do Conde (Físico e Auditivo), além do Conde, atende Alhandra, Pitimbu e Caaporã, isso ainda pode ser ampliado através de pactuação em CIR;

\*\*\*\*\*O CER II de Piancó (Físico e Intelectual) atende Piancó, Aguiar, Coremas, Igaracy, Olho d'Água, Serra Grande, Itaporanga, São José de Caiana, Santana dos Garrotes, Pedra Branca, Nova Olinda, Boa Ventura, Curral Velho, Diamante, Ibiara, Santana de Mangueira, Conceição e Santa Inês;

\*\*\*\*\* O CER II de Monteiro (Físico e Intelectual) atende Monteiro, Gurjão, Parari, Livramento, São José dos Cordeiros, Serra Branca, São João do Cariri, Amparo, Ouro Velho, Prata, Sumé, Coxixola, Caraúbas, Congo, Camalaú, Zabelê, São Sebastião de Umbuzeiro, São João do Tigre;

\*\*\*\*\* O CER II de Catolé do Rocha(Físico e Intelectual) atende Catolé do Rocha, Belém do Brejo do Cruz, São José do Brejo do Cruz, Brejo do Cruz, Brejo dos Santos, São Bento, Riacho dos Cavalos, Bom Sucesso, Jericó, Mato Grosso;

\*\*\*\*\* O CER II de Patos (Físico e Intelectual) atende Patos, Emas, Catingueira, Condado, Malta, Vista Serrana, Santa Terezinha, Mãe d'Água, Maturéia, São José de Espinharas, São José do Bomfim, Teixeira, Desterro, Cacimbas, Cacimba de Areia, Quixaba, Passagem, São Mamede, Areia de Baraúnas, Santa Luzia, Várzea, Salgadinho, Junco do Seridó, São José do Sabugi;

\*\*\*\*\* O CER III de Princesa Isabel (Físico, Intelectual e Visual) será referência para Água Branca, Juru, Manaíra, Princesa Isabel, São José de Princesa, Imaculada e Tavares. Poderá pactuar em CIR referências em outras regiões, com municípios próximos.

\*\*\*\*\* O CER II de Araruna (Físico e auditivo) e o CER III de Guarabira (Físico, Intelectual de Visual) devem pactuar em CIR a abrangência de sua atuação dentro da 2ª Região de Saúde, garantindo acesso a todos os municípios aos serviços.

**Quadro 04 - CER APROVADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EM CONSTRUÇÃO.**

Município	Tipologia	Modalidade	Nome do Estabelecimento	Portaria Habilitação SAS	Portaria Habilitação GM	CNE S	GESTÃO	REGIÃO DE REFERÊNCIA
CAJAZEIRAS	CER II	Física e Intelectual	Centro Especializado em Reabilitação		Obs.: Aguardando a resolução de diligências para a Habilitação pelo Ministério da Saúde			9ª REGIÃO DE SAÚDE

Abaixo, estes são os Serviços com proposta de habilitação como CER, aguardando o Ministério da Saúde.

**Quadro 05 - PROPOSTAS DE OFICINAS ORTOPÉDICAS JÁ APROVADAS PARA O ESTADO.**

Município	Tipologia	Observações	Nome do Estabelecimento	Portaria Habilitação GM	CNE S	GESTÃO	REGIÃO DE REFERÊNCIA
CAMPINA GRANDE	OFICINA ORTOPÉDICA FIXA	Habilitada pelo Ministério da Saúde -	CER IV - Centro Especializado em Reabilitação de	PORTARIA Nº 3.515, DE 26 DE OUTUBRO	23626	MUNICIPAL	2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE



		Aguarda repasse para equipamentos	Campina Grande	DE 2018	19		
JOÃO PESSOA	OFICINA ORTOPÉDICA FIXA	Obs.: Obra Iniciada 2021				ESTADUAL	1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE
SOUZA	OFICINA ORTOPÉDICA FIXA	Obs: Obra Iniciada em 2022				ESTADUAL	3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes:

I - Atenção Básica;

II- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e

III- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

**Quadro 06- Serviços do tipo CER (Centros Especializados em Reabilitação) Habilitados no Estado da Paraíba.**

Município	Tipologia	Modalidade	Nome do Estabelecimento	Portaria Habilitação GM	CNES	GESTÃO	REGIÃO DE REFERÊNCIA
João Pessoa	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência - FUNAD	Portaria nº 778, de 9/05/2013	2343479	ESTADUAL	1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE *
João Pessoa	CER II	Física e Intelectual	Centro de Referência Municipal de Inclusão para Pessoas com Deficiência	Portaria GM nº 3.077, de 28/12/2016	3871002	MUNICIPAL	MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**

Conde	CER II	Auditiva e Física	Centro de Reabilitação Antonio de Souza Maranhão	Portaria GM N° 2.910 26/12/2016	5925207	MUNICIPAL	1ª REGIÃO DE SAÚDE ***
Campina Grande	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	CER IV Centro Especializado em Reabilitação de Campina Grande	Portaria GM n° 2.918, de 26/12/2016	2362619	MUNICIPAL	2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE *
Monteiro	CER II	Física e Intelectual	Centro de Reabilitação Motora	Portaria GM n° 2.918, de 26/12/2016	6528880	MUNICIPAL	5ª REGIÃO DE SAÚDE ****
Patos	CER II	Física e Intelectual	CERPPOD	Portaria GM n° 3.077, de 26/12/2016	3015610	MUNICIPAL	6ª REGIÃO DE SAÚDE ****
Princesa Isabel	CER III	Física, Intelectual e Visual	Centro Especializado em Reabilitação Doutor Aloysio Pereira Lima	Portaria GM n° 440, de 25/03/2019	9562966	MUNICIPAL	11ª REGIÃO DE SAÚDE ****
Piancó	CER II	Física e Intelectual	Policlínica Dr. Antônio Quinho	Portaria GM n° 3.213, de 29/12/2016	2609061	MUNICIPAL	7ª REGIÃO DE SAÚDE ****
Sousa	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	Reabilita - Centro Especializado em Reabilitação de Sousa		9585370	ESTADUAL	3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE *
Catolé do Rocha	CER II	Física e Intelectual	Centro de Reabilitação Física	Portaria GM N° 2.918 26/12/2016	2606364	MUNICIPAL	8ª REGIÃO DE SAÚDE ****

Fonte: Coordenação de Assistência às Pessoas com Deficiência/SES/PB.

\* Os CER IV são serviços com uma densidade tecnologia e profissional maior, desta forma assumindo a responsabilidade de atender os casos mais severos e de regiões que não possuem o atendimento previsto. Os CER IV devem ser referências nas Macrorregiões de Saúde, com apoio dos demais CER.

\*\* O CER II de João Pessoa (Físico e Intelectual), no momento, está atendendo pessoas com deficiência do próprio município, devido a existência de outros serviços na região. Essa pactuação deverá ser discutida em CIR;

\*\*\* O CER II do Conde (Físico e Auditivo), além do Conde, atende Alhandra, Pitimbu e Caaporã, isso ainda pode ser ampliado através de pactuação em CIR;

\*\*\*\* O CER II de Piancó (Físico e Intelectual) atende Piancó, Aguiar, Coremas, Igaracy, Olho d'Água, Serra Grande, Itaporanga, São José de Caiana, Santana dos Garrotes, Pedra Branca, Nova Olinda, Boa Ventura, Curral Velho, Diamante, Ibiara, Santana de Mangueira, Conceição e Santa Inês;

\*\*\*\* O CER II de Monteiro (Físico e Intelectual) atende Monteiro, Gurjão, Parari, Livramento, São José dos Cordeiros, Serra Branca, São João do Cariri, Amparo, Ouro Velho, Prata, Sumé, Coxixola, Caraúbas, Congo, Camalaú, Zabelê, São Sebastião de Umbuzeiro, São João do Tigre;

\*\*\*\* O CER II de Catolé do Rocha (Físico e Intelectual) atende Catolé do Rocha, Belém do Brejo do Cruz, São José do Brejo do Cruz, Brejo do Cruz, Brejo dos Santos, São Bento, Riacho dos Cavalos, Bom Sucesso, Jericó, Mato Grosso;

\*\*\*\* O CER II de Patos (Físico e Intelectual) atende Patos, Emas, Catingueira, Condado, Malta, Vista Serrana, Santa Terezinha, Mãe d'Água, Maturéia, São José de Espinharas, São José do Bomfim, Teixeira, Desterro, Cacimbas, Cacimba de Areia, Quixaba, Passagem, São Mamede, Areia de Baraúnas, Santa Luzia, Várzea, Salgadinho, Junco do Seridó, São José do Sabugi;

\*\*\*\* O CER III de Princesa Isabel (Físico, Intelectual e Visual) será referência para Água Branca, Juru, Manaíra, Princesa Isabel, São José de Princesa, Imaculada e Tavares. Poderá pactuar em CIR referências em outras regiões, com municípios próximos.

#### Quadro 07- CER aprovado pelo Ministério da Saúde, em construção.

Município	Tipologia	Modalidade	Portaria Habilitação GM	REGIÃO DE REFERÊNCIA
SANTA RITA	CER II	Física e Visual	Obs.: Ordem de Serviço emitida	1ª REGIÃO DE SAÚDE (Municípios próximos)

Fonte: Coordenação de Assistência às Pessoas com Deficiência/SES/PB.

#### Quadro 08- Serviços com proposta de habilitação como CER aguardando o Ministério da Saúde.

Município	Tipologia	Modalidade	Nome do Estabelecimento	Portaria Habilitação SAS	Portaria Habilitação GM	CNE S	GESTÃO	REGIÃO DE REFERÊNCIA
GUARABIRA	CER III	Física, Visual e Intelectual	Complexo Neurofuncional Maria		Obs.: Aguardando			2ª REGIÃO DE SAÚDE

			Moura de Aquino		resolução de diligências para Habilitação pelo Ministério da Saúde		
ARARUNA	CER II	Física e Auditiva	Centro de Reabilitação Dr. José Dácio de Carvalho		Obs.: Aguardando resolução de diligências para Habilitação pelo Ministério da Saúde		2ª REGIÃO DE SAÚDE (MUNICÍPIOS PROXIMOS)
CAJAZEIRAS	CER II	Física e Intelectual	Centro Especializado em Reabilitação		Obs.: Aguardando resolução de diligências para Habilitação pelo Ministério da Saúde		9ª REGIÃO DE SAÚDE

Fonte: Coordenação de Assistência às Pessoas com Deficiência/SES/PB.

**Quadro 09 - Propostas de oficinas ortopédicas já aprovadas para o Estado.**

Município	Tipologia	Observações	Nome do Estabelecimento	Portaria Habilitação GM	REGIÃO DE REFERÊNCIA
CAMPINA GRANDE	OFICINA ORTOPÉDICA FIXA	Habilitada pelo Ministério da Saúde - Aguarda repasse para equipamentos	CER IV - Centro Especializado em Reabilitação de Campina Grande	PORTARIA Nº 3.515, DE 26 DE OUTUBRO DE 2018	2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE
JOÃO PESSOA	OFICINA ORTOPÉDICA FIXA	Obs.: Aguardando Licitação para Construção			

SOUSA	OFICINA ORTOPÉDICA FIXA	Obs.: Aguardando aprovação do MS			
-------	-------------------------------	---	--	--	--

Fonte: Coordenação de Assistência às Pessoas com Deficiência/SES/PB.

### 3.5 Rede Laboratorial

O Laboratório Central de Saúde Pública da Paraíba Dra. Telma Lobo (LACEN-PB) vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, com área geográfica de abrangência estadual (Art. 12 - Port. 2.031 de 23/09/04).

A missão do LACEN -PB é apoiar e fortalecer a rede de diagnóstico laboratorial, vinculada ao Sistema único de Saúde, expandindo, monitorando e realizando ensaios clínicos e sanitários de média e alta complexidade com interesse em saúde pública, contribuindo efetivamente com as ações de Vigilância em Saúde. Tem como visão manter-se atualizado com as inovações tecnológicas disponíveis, para ofertar soluções com elevado grau de confiabilidade, em ensaios clínicos e sanitários, multiplicando e consolidando metodologias modernas na rede de laboratórios do Estado.

Encontra-se estruturado para atender os 223 municípios do Estado da Paraíba, os quais dispõem do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) para cadastro de requisições e liberação de resultados dos agravos de saúde pública em tempo real.

O Núcleo da Biologia Médica e Biologia Molecular e seus respectivos setores realizam suas atividades por agravos ou programas de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à Vigilância em Saúde.

Para suporte da rede laboratorial a Paraíba dispõe do Centro de Referência Nacional para Arboviroses, o Instituto Evandro Chagas (IEC), no Pará, onde é realizado sequenciamento genético e outras análises complementares com a finalidade de finalização da investigação dos agravos.

### 3.6 Serviço de Verificação de Óbitos – SVO

O Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) é um órgão da Secretaria de Estado da Saúde, subordinado à Gerência Executiva de Vigilância em Saúde - GEVS, responsável pela execução de necropsias em vítimas de morte natural com ou sem assistência médica, emissão de laudos histopatológicos e apoio didático às atividades de ensino das disciplinas de patologia, anatomia humana e anatomia patológica de instituições de ensino parceiras. O SVO conta com a colaboração de laboratórios, como o CDC e o LACEN - João Pessoa, para a realização de exames (a exemplo de teste anatomopatológico e clínico) que corroboram com o diagnóstico do patologista no momento do exame necroscópico. Dessa forma o mesmo encontra-se atento para os possíveis casos

suspeitos com envio de amostras ao Centro de Referência Nacional para Arboviroses Instituto Evandro Chagas ou outros laboratórios conveniados.

### 3.7 Disponibilidade de Equipamentos Costais Motorizados e UBV Pesado para ações de Bloqueio de Transmissão

O estado da Paraíba possui 52 pulverizadores costais motorizados distribuídos nas 12 Gerências Regionais de Saúde, 22 como reserva estratégica na SES e 10 carros de UBV Pesado (Fumacê). A central de UBV está localizada e implementada no município de Itabaiana. No quadro 03 observa-se que o quantitativo necessário para efetivar uma boa resposta está de acordo com o cenário epidemiológico da doença.

**Tabela 03 – Capacidade Instalada de Equipamentos e Veículos**

GERÊNCIA	EQUIPAMENTOS COSTAIS		MOTOS	VEÍCULOS	VEÍCULOS/UBV PESADO
	BOMBA MANUAL	MOTORIZADA			
1ª	14	04	03		-
2ª	08	02	02		-
3ª	02	02	05		-
4ª	00	03	03		-
5ª	05	02	05		-
6ª	00	00	05		-
7ª	00	02	03		-
8ª	00	01	04		-
9ª	02	01	04		-
10ª	00	01	05		-
11ª	01	02	02		-
12ª	00	02	02		-
NEPO	03	00	04	02	-
GOSA	13	11	00	01	10
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>33</b>	<b>47</b>	<b>03</b>	<b>10</b>

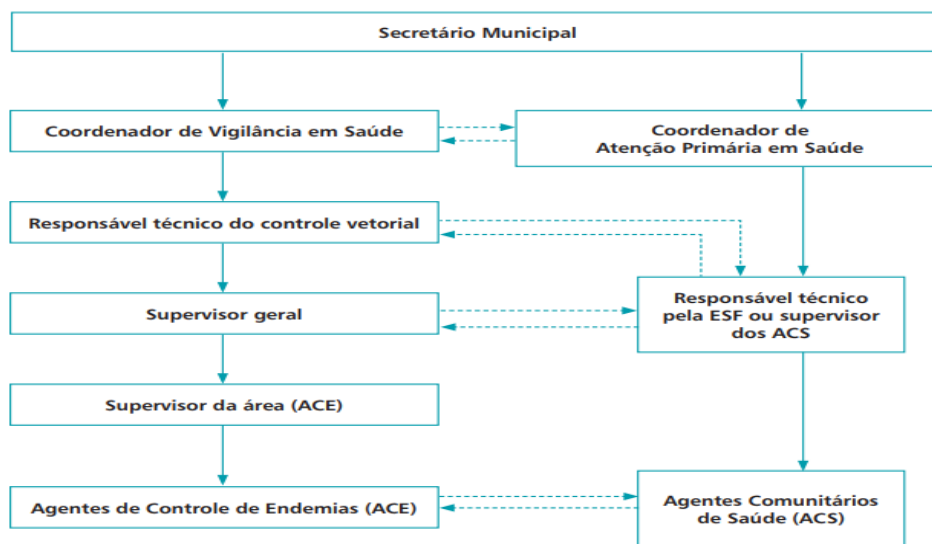
Fonte: GOVA/NFB/SES/PB, 2022.

O processo de trabalho do UBV Pesado (Carro Fumacê) está normatizado através da Nota Técnica Conjunta de n.º 01/2018, que estabelece critérios Epi-entomológicos para o uso deste Equipamento nos municípios solicitantes e/ou de acordo com avaliação das áreas técnica da SES. Essa medida visa racionalizar seu uso, diminuindo conseqüentemente, o impacto ambiental causado por essa operação, quando usado indiscriminadamente, devendo ser monitorada utilizando os dados obtidos através dos Levantamentos de Índices

do LIRAA/LIA e número expressivo de casos notificados e/ou confirmados laboratorialmente, conforme guias técnicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS).

A condução das ações de controle vetorial municipal pode ser realizada por um gerente, coordenador ou técnico vinculado à área de vigilância em saúde e tem caráter de gestão para que seja assegurada a realização de atividades pertinentes a vigilância ambiental.

**Figura 02. Sugestão de esquema de estrutura hierárquica de área de controle de vetores.**



Fonte: Ministério da Saúde/2009.

#### 4- Caracterização das Arboviroses Dengue, Chikungunya e Zika vírus.

As doenças causadas por arboviroses ocorrem geralmente sob a forma de epidemia e são semelhantes umas das outras na sua expressão clínica. A dengue é uma doença viral transmitida por mosquitos com maior presença nas Américas e com mais suspeição em pacientes que apresentem febre. Porém, com a introdução de dois novos arbovírus (vírus chikungunya no final de 2013 e do vírus Zika em 2014) criou-se um novo desafio para a saúde pública nas Américas. O quadro clínico apresentado em pacientes com um dos três arbovírus (dengue, chikungunya e zika) é muito semelhante, sobretudo durante a fase aguda (os primeiros dias da doença), dificultando o diagnóstico clínico por profissionais de saúde, criando assim, dificuldades para o manejo clínico adequado, que geram agravantes que podem ser fatais. Outra dificuldade encontrada está relacionada à vigilância

epidemiológica, devido à reação cruzada entre o vírus da dengue IgM / IgG e anticorpos contra o vírus Zika, dificultando a confirmação laboratorial (OMS, 2016).

Comumente doenças provocadas por arbovírus são naturalmente auto-limitante, mas, em alguns casos, podem manifestar-se da forma mais grave como: choque, hemorragia ou envolvimento de órgãos alvo (no caso da dengue) ou complicações neurológicas em infecções zika, elevando o risco de morte. A infecção pelo vírus chikungunya (CHIKV) também podem apresentar formas clínicas graves e incapacitantes, principalmente nos idosos. Todas as três arboviroses (dengue, chikungunya e zika) também podem ocasionar doença auto-imune do sistema nervoso central (síndrome de Guillain-Barré, encefalopatia ou outro) e dano visual por neuritis óptica (OMS, 2016).

Diante deste contexto, a efetivação do Plano Estadual de Contingência para Dengue, Zika e Chikungunya torna-se fundamental para o fortalecimento das ações de saúde.

#### **4.1 Dengue**

Doença febril aguda, que pode apresentar um amplo espectro clínico: enquanto a maioria dos pacientes se recupera após evolução clínica leve e autolimitada, uma pequena parte progride para doença grave. É a mais importante arbovirose que afeta o homem, constituindo-se em sério problema de saúde pública no mundo. Ocorre e é disseminada especialmente nos países tropicais e subtropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti* e do *Aedes albopictus*. A dengue é uma doença infecciosa causada por um vírus de genoma RNA, do gênero Flavivirus, família Flaviviridae, do qual são conhecidos quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4). O Mosquito do gênero *Aedes*, da espécie *aegypti*, é o mais importante na transmissão da doença e também pode ser transmissor dos vírus da febre amarela urbana, Chikungunya e do vírus zika.

A transmissão ocorre pela picada dos mosquitos, no ciclo homem – *A. aegypti*– homem. Foram registrados casos de transmissão vertical (gestante – bebê) e também, por transfusão sanguínea. O período de incubação varia de 4 a 10 dias, sendo em média de 5 a 6 dias. Sua transmissibilidade compreende dois ciclos: um intrínseco, que ocorre no homem, e outro extrínseco, que ocorre no vetor.

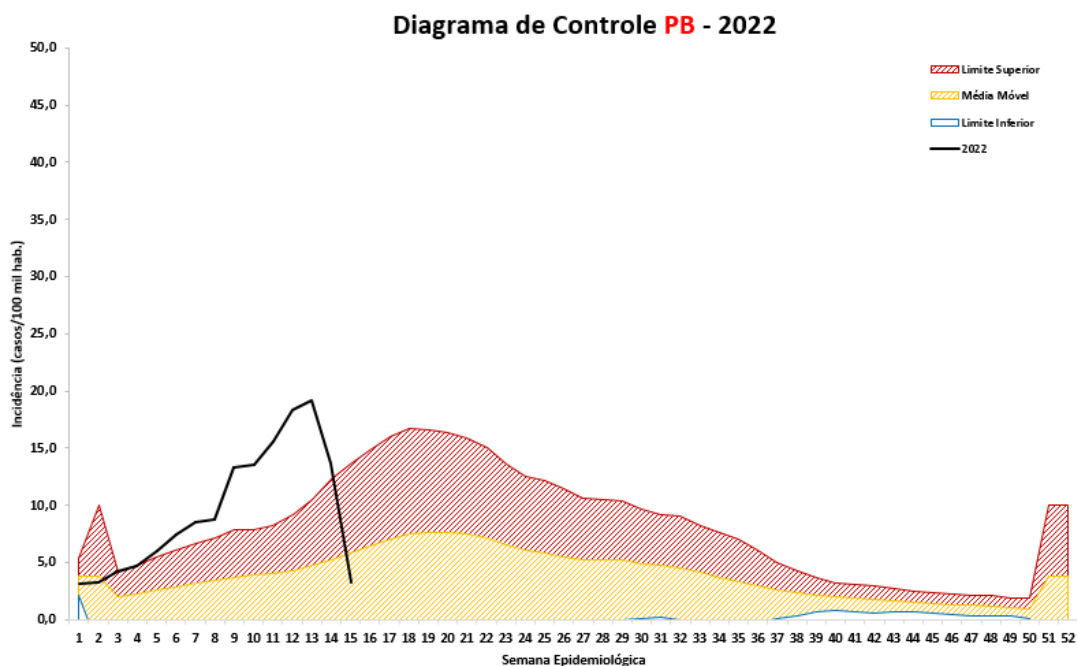
Quando o vírus da dengue circulante no sangue de um humano em viremia (geralmente um dia antes do aparecimento da febre até o 6º dia da doença) é ingerido pela fêmea do mosquito durante o repasto, o vírus infecta o intestino médio e depois se espalha sistemicamente ao longo de um período de 8 a 12 dias. Após esse período de incubação extrínseca, o vírus pode ser transmitido para humanos durante futuros repastos. Este período de incubação é influenciado por fatores ambientais, especialmente a temperatura. Em seguida o mosquito permanece infectante até o final da sua vida (6 a 8 semanas). A infecção por dengue pode ser assintomática ou causar doença cujo espectro inclui desde formas oligossintomáticas até quadros graves com choque, com ou sem hemorragia, podendo evoluir para o óbito. Normalmente, a primeira manifestação da dengue é a febre alta (39 a 40°C) de



início abrupto que geralmente dura de 2 a 7 dias, acompanhada de cefaléia, mialgia, artralgia, prostração, astenia, dor retro-orbital, exantema, e prurido cutâneo.

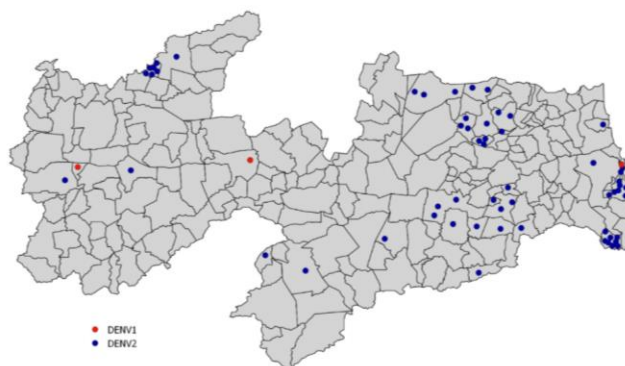
#### 4.1.1 Aspectos Epidemiológicos da Dengue no Estado

**Figura 03– Diagrama de Controle da Dengue. Paraíba, 2022.**



No estado da Paraíba no de 2021 foram notificados 21.285 casos de dengue, destes 15.754 casos confirmados e 5.531 descartados. No que se refere aos sorotipos circulantes no estado, foram identificados o DENV-1 e DENV-2, assim a figura 03 mostra municípios que realizaram isolamento viral no último ano.

**Figura 04 - Municípios com Isolamento Viral para Dengue – PB, 2021.**



Fonte: LACEN-SES-PB.

Foram isolados os sorotipos nos respectivos municípios: Alagoa Grande (01), Arara (01), Araruna (02), Assunção (04), Bananeiras (02), Bayeux (01), Borborema (01), Brejo dos Santos (06), Caaporã (08), Cabaceiras (01), Cabedelo (02), Campina Grande (05), Casserengue (03), Catolé do Rocha (01), Caturité (02), Conde (01), Coremas (03), Cruz do Espírito Santos (01), Cuité (05), Fagundes (01), Ingá (03), Itatuba (01), João Pessoa (15), Juarez Távora (03), Marcação (02), Monteiro (01), Ouro velho (01), Queimadas (01), Riachão do Bacamarte (01), Salgado de São Félix (01), Santa Rita (03), São José de Piranhas (01), São José dos Ramos (01), Solânea (02), Sossego (01), Sumé (01), Tenório (01) e Umbuzeiro (01). E apenas três municípios com DENV1, Patos (01), Carrapateira (01) e Cabedelo (01).

O diagnóstico virológico da dengue é fundamental para a identificação dos sorotipos virais circulantes nos municípios do estado, levando assim, a detecção precoce da ocorrência de recirculação viral ou introdução de um novo sorotipo, o que é relevante para o sistema de vigilância da dengue, como também, o desencadear das ações das vigilâncias ambiental e epidemiológica. Para tanto, a SES recomenda a todos os municípios do Estado a adoção de estratégias para a realização de isolamento viral nos territórios durante o ano de 2021.

#### 4.1.2 Coeficiente de incidência por Dengue, por Região de Saúde.

**Tabela 04 - Coeficiente de incidência por Dengue, por Região de Saúde, Paraíba, 2020 – 2021.**

Reg.	Pop.	Inc. 2020 Dengue	Inc. 2021 Dengue
1 <sup>a</sup>	1300465	227,8	707,7
2 <sup>a</sup>	306587	81,5	486,6
3 <sup>a</sup>	196646	250,7	613,8
4 <sup>a</sup>	112691	422,4	426,8
5 <sup>a</sup>	120445	160,2	389,4
6 <sup>a</sup>	236621	96,8	71,4
7 <sup>a</sup>	148836	155,9	89,4
8 <sup>a</sup>	117893	31,4	162,0
9 <sup>a</sup>	176520	196,0	38,5
10 <sup>a</sup>	117083	79,4	26,5
11 <sup>a</sup>	84666	53,2	41,3
12 <sup>a</sup>	175405	67,3	156,2

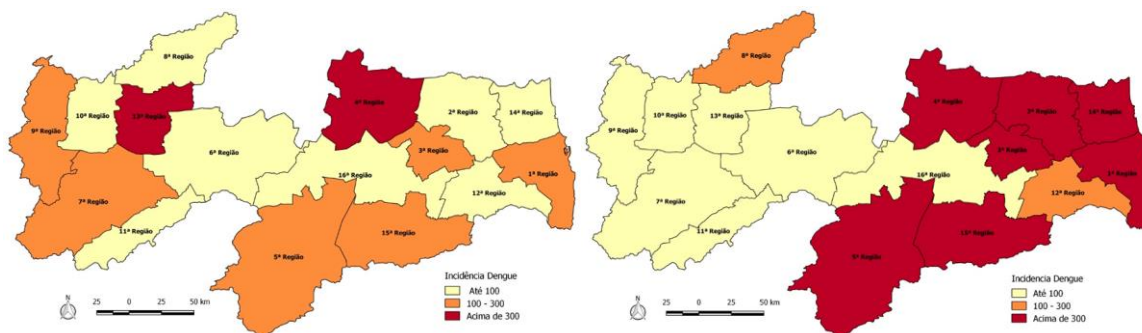
13 <sup>a</sup>	60448	524,4	18,2
14 <sup>a</sup>	151394	41,0	328,3
15 <sup>a</sup>	150743	240,8	634,9
16 <sup>a</sup>	540053	78,9	99,0
<b>Total</b>	<b>3996496</b>	<b>166,2</b>	<b>394,2</b>

Fonte: Sinan Online/NDTA/SESPB.

Quanto às Regiões de Saúde, verifica-se presença de casos de dengue em todas as regiões do estado, quando analisados os últimos dois anos de picos de taxas de incidência na Paraíba, destaca-se as 1<sup>a</sup> e 15<sup>a</sup> regiões no ano de 2021 que apresentaram o maior número de epidemias. Vale salientar a problemática da subnotificação devido o início da pandemia COVID-19.

#### 4.1.3 Distribuição dos coeficientes de incidência de dengue por Regiões de Saúde.

Figura 05 - Distribuição dos Coeficientes de Incidência da Dengue por Regiões de Saúde - PB, 2020 e 2021.



Fonte: Sinan Online/NDTA/SES/PB.

Em 2020, percebe-se a taxa de coeficiente de incidência de Dengue se destacou na 13<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> Região de Saúde, enquanto que no ano de 2021, as três Regiões de Saúde com maior incidência são 1<sup>a</sup> e 15.

Tabela 05 - Número de casos prováveis e incidência de dengue (100 mil hab.), por região de saúde, Paraíba, 2020- 2021.

Região de Saúde	Casos prováveis (n)		Incidência (100 mil hab.)	
	2020	2021	2020	2021
1 <sup>a</sup>	2963	9203	227,8	707,67
2 <sup>a</sup>	250	1492	81,5	486,65
3 <sup>a</sup>	493	1207	250,7	613,79

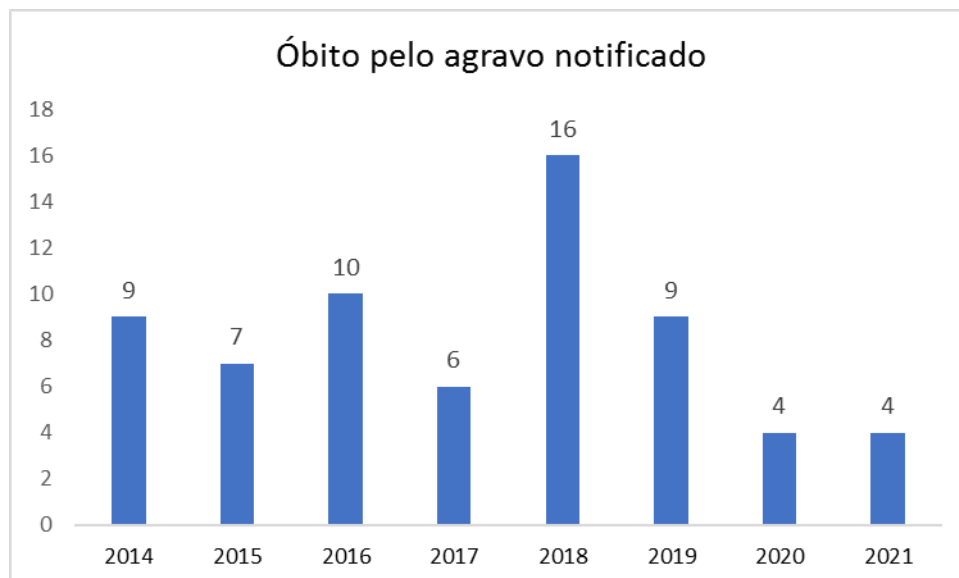
4 <sup>a</sup>	476	481	422,4	426,83
5 <sup>a</sup>	193	469	160,2	389,39
6 <sup>a</sup>	229	169	96,8	71,42
7 <sup>a</sup>	232	133	155,9	89,36
8 <sup>a</sup>	37	191	31,4	162,01
9 <sup>a</sup>	346	68	196,0	38,52
10 <sup>a</sup>	93	31	79,4	26,48
11 <sup>a</sup>	45	35	53,2	41,34
12 <sup>a</sup>	118	274	67,3	156,21
13 <sup>a</sup>	317	11	524,4	18,20
14 <sup>a</sup>	62	497	41,0	328,28
15 <sup>a</sup>	363	957	240,8	634,86
16 <sup>a</sup>	426	536	78,9	99,03
<b>PB</b>	<b>6643</b>	<b>15754</b>	<b>166,2</b>	<b>394,20</b>

Fonte: SINAN /GEVS/SES-PB.

Em 2020 os municípios localizados na 4<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> regiões de Saúde apresentaram maiores coeficiente de incidência >300 por 100 mil/habitantes, no entanto a Paraíba se manteve com incidência abaixo de 300 por 100 mil/habitantes.

No ano de 2021, houve uma elevação significativa no número de casos, com maior destaque para a 1<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup> Região de Saúde que apresentaram incidência >300 por 100mil/habitantes.

**Gráfico 01 – Óbitos por Dengue segundo ano de ocorrência 2014 a 2021, PB.**



Fonte: Sinan Online/NDTA/SES – PB. Dados gerados em 19/01/2022.

Identifica-se no gráfico 02 que no ano de 2015 houve uma redução de 22% no número de óbitos por dengue em relação ao ano de 2014, e deste para 2016 um considerável aumento de 42%; seguida de nova queda de número absoluto de óbito em 2017, 40%. Em 2018, apesar de não ocorrer o aumento de casos como em 2016, demonstra aumento importante no número de óbitos confirmados de 116%. A dengue apresenta-se como agravo presente na Paraíba em todos os anos, com registro de óbitos confirmados. Em 2019, foram registrados 49 óbitos suspeitos de arboviroses, 9 confirmados para dengue [Bayeux (01), Santa Rita (01), Solânea (01), Araruna (01), Cachoeira dos Índios (01), Soledade (01), Conde (01) e João Pessoa (02)]. Já em 2020, foram 04 óbitos. E no ano de 2021, 04 óbitos, nos municípios de João Pessoa (02), Alcantil e Patos.

No ano de 2020, houve 25 registros de óbitos suspeitos por arboviroses, sendo 04 casos como confirmados por Dengue nos municípios de Sapé, Santa Rita, Riachão do Bacamarte e Aroeiras; 04 casos confirmados por Chikungunya, nos municípios de João Pessoa (02) casos, 01 no município de Malta e 01 no município de Areial. Como descartados totalizam 15 casos, nos municípios de: Marcação, Pitimbu, Santa Rita (02), Areia, Santa Luzia, Juripiranga, Serraria, Santana de Mangueira, São João do Tigre, Campina Grande, João Pessoa (02), Ingá e Água Branca. Estamos com 02 casos ainda em investigação nos municípios de Pombal e Boa Vista.

Alerta-se a necessidade de manter a Rede Assistencial atenta para casos suspeitos, devendo realizar o diagnóstico de forma precoce por meio da Classificação de Risco e estadiamento adequado dos pacientes, evitando assim, o agravamento dos casos e possíveis óbitos.

## **4.2 Febre Chikungunya**

No final do ano de 2013 e durante o ano de 2014 foram notificados para a OMS milhares de casos de febre de Chikungunya, inicialmente somente nos países do Caribe, posteriormente também na América do Sul, Central e do Norte. Dessa forma, considerou-se que o risco de introdução da doença no Brasil era alto devido à ampla distribuição dos potenciais vetores da doença no Brasil, *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* (mesmos vetores da dengue), e o intenso deslocamento das pessoas, tornaram o país vulnerável à disseminação do vírus CHIKV. Condição que se tornou realidade quando os primeiros casos autóctones da doença foram notificados no país em agosto e setembro de 2014 em municípios dos estados do Amapá e Bahia.

A Febre do Chikungunya é uma doença causada por um vírus do gênero Alphavirus transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*, sendo *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, que são os principais vetores. A infecção pelo Vírus Chikungunya (CHICKV) provoca febre alta, dor de cabeça, dores articulares e dores musculares. O período médio de incubação da doença é de 3 a 7 dias (podendo variar de 1 a 12 dias). Não existe tratamento específico nem vacina disponível para prevenir a infecção por esse vírus, apenas o tratamento sintomático é o indicado.

A doença pode manifestar-se clinicamente de três formas: aguda, subaguda e crônica. Na fase aguda os sintomas aparecem de forma brusca e compreendem febre alta, cefaleia, mialgia e artralgia (predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações). Também é frequente a ocorrência de exantema maculopapular. Os sintomas costumam persistir por 7 a 10 dias, mas a dor nas articulações pode durar meses ou anos e, em certos casos, converte-se em dor crônica e incapacitante para algumas pessoas.

O CHIKV pode afetar indivíduos de todas as idades e ambos os sexos. Entretanto, a apresentação clínica é conhecida por variar de acordo com a idade, sendo o neonatal e os idosos, os períodos considerados como fator de risco para o agravamento da doença. Além da idade, as comorbidades (doenças subjacentes) também são identificadas como fator de risco para um mal prognóstico. O risco maior de transmissão parece ser quando mulheres são infectadas durante o período de intraparto. Porém, os bebês são tipicamente assintomáticos ao nascimento e então desenvolvem febre, dor, erupção cutânea e edema periférico.

Na Paraíba, a doença tem transmissão autóctone sustentada, ressalta-se, que a confirmação laboratorial do primeiro caso de Chikungunya no estado ocorreu em dezembro de 2015, significando suscetibilidade dos paraibanos ao adoecimento. De 2016 a 2021, foram 34.844 casos notificados, 30.445 confirmados e 4.669 descartados. O período de maior volume pluviométrico e de umidade no ar, favorecem a proliferação do mosquito e conseqüentemente a ocorrência de novos casos.

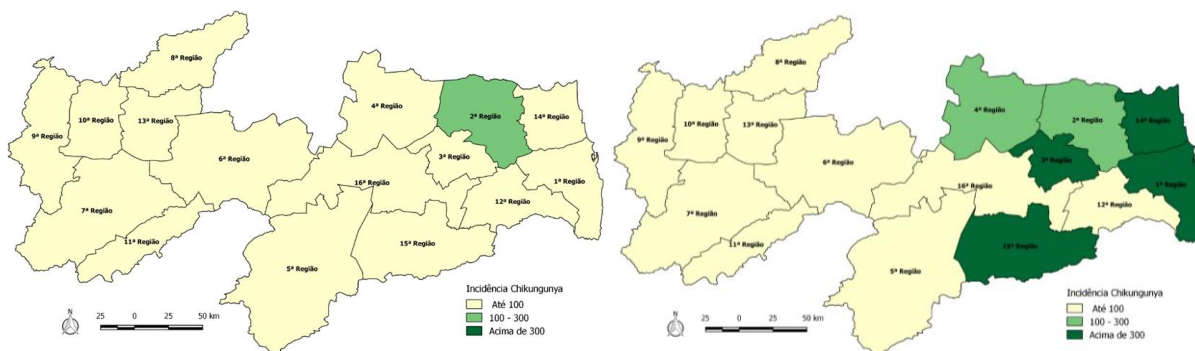
**Tabela 06 - Número de casos prováveis e incidência de Chikungunya (100 mil hab.), por região de saúde, Paraíba, 2020 - 2021.**

Região de Saúde	Casos prováveis (n)		Incidência (100 mil hab.)	
	2020	2021	2020	2021
1 <sup>a</sup>	1010	5127	77,66	394,24
2 <sup>a</sup>	430	417	140,25	136,01
3 <sup>a</sup>	57	1051	28,99	534,46
4 <sup>a</sup>	26	169	23,07	149,97
5 <sup>a</sup>	43	61	35,70	50,65
6 <sup>a</sup>	31	54	13,10	22,82
7 <sup>a</sup>	13	15	8,73	10,08
8 <sup>a</sup>	16	22	13,57	18,66
9 <sup>a</sup>	9	20	5,10	11,33
10 <sup>a</sup>	1	8	0,85	6,83
11 <sup>a</sup>	1	2	1,18	2,36
12 <sup>a</sup>	43	105	24,51	59,86
13 <sup>a</sup>	1	3	1,65	4,96
14 <sup>a</sup>	49	1984	32,37	1310,49
15 <sup>a</sup>	97	847	64,35	561,88
16 <sup>a</sup>	112	310	20,74	57,27
<b>PB</b>	<b>1939</b>	<b>10195</b>	<b>48,52</b>	<b>255,10</b>

Fonte: SINAN /GEVS/SES-PB

Em 2020 os casos de Chikungunya ocorreram com maior intensidade na 1ª, 2ª e 16ª Região de Saúde, com incidência de 77,66 (1ª RS) e 140,25 (2ª RS). No ano de 2021, houve uma disseminação de incidência nas 3ª, 14ª e 15ª Regiões de Saúde.

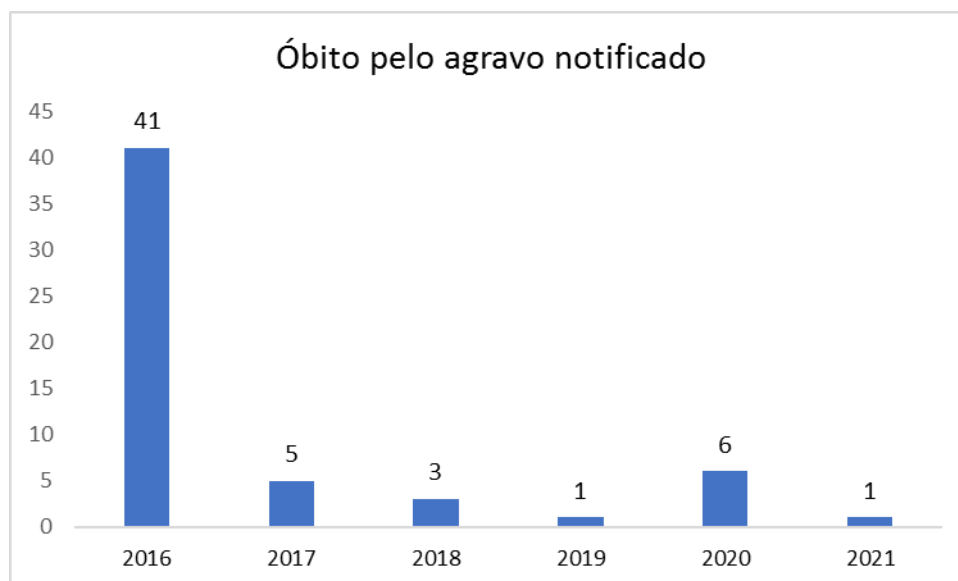
**Figura 06 - Distribuição dos Coeficientes de Incidência da Chikungunya nas Regiões de Saúde, 2020 e 2021.**



**Fonte: Sinan Online/NDTA/SES/PB.**

Em 2020, percebe-se a taxa de coeficiente de incidência de Chikungunya se destacou na 2ª Região de Saúde, enquanto que no ano de 2021, as três Regiões de Saúde com maior incidência são- 14ª, 15ª e 3ª.

**Gráfico 02 – Óbitos por Chikungunya segundo ano de ocorrência 2016 a 2021, PB.**



**Fonte: SINAN-PB, data da extração dos dados 19/01/2022.**

No ano de 2016 a Chikungunya mostrou-se bastante agressiva, sendo majoritariamente presentes na primeira Macrorregião de Saúde. Assinalando a necessidade de um olhar especial para os pacientes portadores de comorbidades, como também para seu potencial de desenvolver manifestações neurológicas. Em 2017, 2018 e 2019 confirmaram-se respectivamente, 05, 03 e 01 óbitos, ou seja, reduções sucessivas de 87%, 40% e 66%. No ano de 2020, foram 06 óbitos confirmados por Chikungunya. E no ano de 2021, apenas um óbito ocorrido no município de Ibiara.

### **4.3. Febre do Zika Vírus**

A febre por Zika vírus é uma doença viral autolimitada, de evolução benigna, caracterizada pelo quadro clínico de febre, exantema maculo-papular pruriginoso, hiperemia conjuntival não pruriginosa e não purulenta, artralgia ou artrite, dores musculares, dor de cabeça, dor nas costas e manifestações digestivas. Segundo dados da literatura internacional, apenas 18% dos casos de febre por Zika vírus apresentam sinais ou sintomas da doença.

A principal via de transmissão é vetorial, por meio da picada de mosquitos do gênero *Aedes*, incluindo o *Aedes. aegypti* e o *Aedes albopictus*. Após um período de incubação intrínseco (período entre a picada do mosquito e o início de sintomas) de 3-6 dias, o paciente poderá iniciar os sintomas. Em geral, o desaparecimento dos sintomas ocorre entre 3 e 7 dias após seu início. No entanto, em alguns pacientes a artralgia pode persistir por cerca de um mês.

Foi observada uma possível correlação entre a infecção pelo ZIKAV e a síndrome de Guillain-Barré (SGB) em locais com circulação simultânea do vírus da dengue.

Na Micronésia, a incidência histórica média de SGB era de 5 casos por ano e, durante um surto de ZIKAV naquela região, foram diagnosticados 40 casos de SGB, ou seja, um número 20 vezes maior do que o normalmente observado. Situação semelhante foi observada na Polinésia.

Não existe tratamento específico. O tratamento recomendado para os casos sintomáticos é baseado no uso de acetaminofeno (paracetamol) ou dipirona para o controle da febre e manejo da dor. No caso de erupções pruriginosas, os anti-histamínicos podem ser considerados. Não se recomenda o uso de ácido acetilsalicílico e outros anti-inflamatórios, em função do risco aumentado de complicações hemorrágicas descritas nas infecções por outros flavivírus. Apesar de existirem relatos de transmissão ocupacional, perinatal e sexual do ZIKAV, para fins de ações de prevenção e controle da doença considera-se que o principal modo de transmissão seja vetorial.

Em fevereiro de 2015, sete meses após a Copa do Mundo FIFA Brasil 2014, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) passou a monitorar o registro de casos de síndrome exantemática indeterminada, nos estados da região Nordeste do Brasil, que apresentaram os seguintes sintomas: exantema



maculopapular; prurido e febre baixa ou ausência de febre, podendo ter apresentado cefaleia; hiperemia conjuntival não pruriginosa e não purulenta; dor e edema nos punhos e tornozelos.

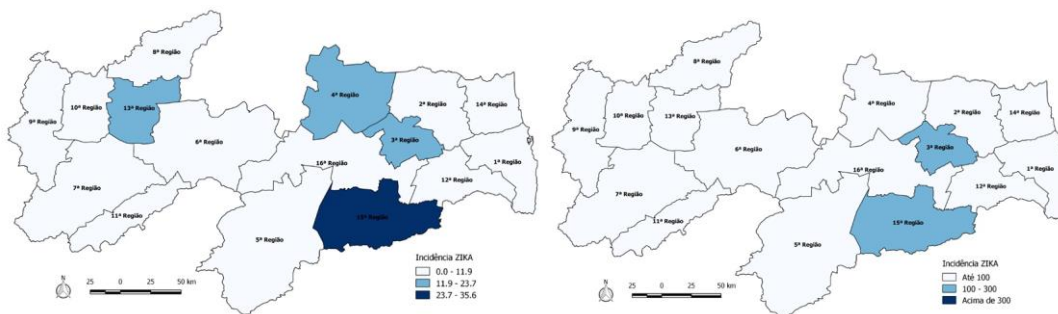
Na Paraíba, a investigação dos casos de doença exantemática a esclarecer iniciou no mês de fevereiro de 2015, com a identificação de uma alteração no comportamento epidemiológico no estado com o aumento, em alguns municípios, de pessoas que procuraram os serviços de saúde com sinais e sintomas diferentes das formas clínicas de Dengue e outras doenças exantemáticas de notificação compulsória.

Dessa forma, em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e Ministério da Saúde, por meio da equipe do EPISUS, realizou a investigação da ocorrência de exantemas a esclarecer. Após envio das 20 amostras para análise no Instituto Evandro Chagas-Pará, O LACEN-PB recebeu em 30 de junho de 2015, alguns dos resultados, dos quais, 11 foram confirmados para o Zika vírus, confirmando assim a circulação da doença no estado da Paraíba.

Sobre a descrição dos casos confirmados que fizeram parte da investigação de Doença Exantemática a esclarecer foram classificados os seguintes dados: (45,5%) foram do Sexo Masculino e 54,5% Feminino; com seguinte histórico de sintomas: 100% sem febre, 100% com artralgia, 90,9% com prurido (10 casos), 90,9% mialgia (10 casos), 81,8% (9 casos) fraqueza, 63,6% edema articular (7 casos), 63,6% cefaleia (7 casos), 54,5% (6 casos) dor retro-orbital, 36,4% (4 casos) diarreia, 27,3 % (3 casos) dor de garganta, 27,3 % (3 casos) linfadenopatia, 27,3% (3 casos) náusea, 18,2% (2 casos) tosse, 9,1% (1 caso) vômitos, 9,1% (1 caso) coriza e 9,1% (1 caso) hiperemia ocular.

O agravo denominado Doença Aguda pelo Zika Vírus, seguido por Doença aguda pelo vírus Zika em gestante e óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika foi inserido na Lista de Doenças de Notificação Compulsória a partir da Portaria N° 204, 17 de fevereiro de 2016. No estado da Paraíba no período de 2016 a 2020 foram notificados 9.251 casos de zika, destes 4.972 casos confirmados e 2.182 são descartados.

**Figura 07 - Distribuição dos Coeficientes de Incidência da Zika nas Regiões de Saúde, 2020 e 2021.**



**Fonte: Sinan Online/NDTA/SES/PB.**

Em 2020, percebe-se a taxa de coeficiente de incidência de Zika se destacou na 15ª Região de Saúde, enquanto que no ano de 2021, as Regiões de Saúde, são a 3ª e 15ª, porém, nenhuma com incidência acima de 300.

**Tabela 07 - Número de casos prováveis e incidência de Zika (100 mil hab.), por região de saúde, Paraíba, 2020 e 2021.**

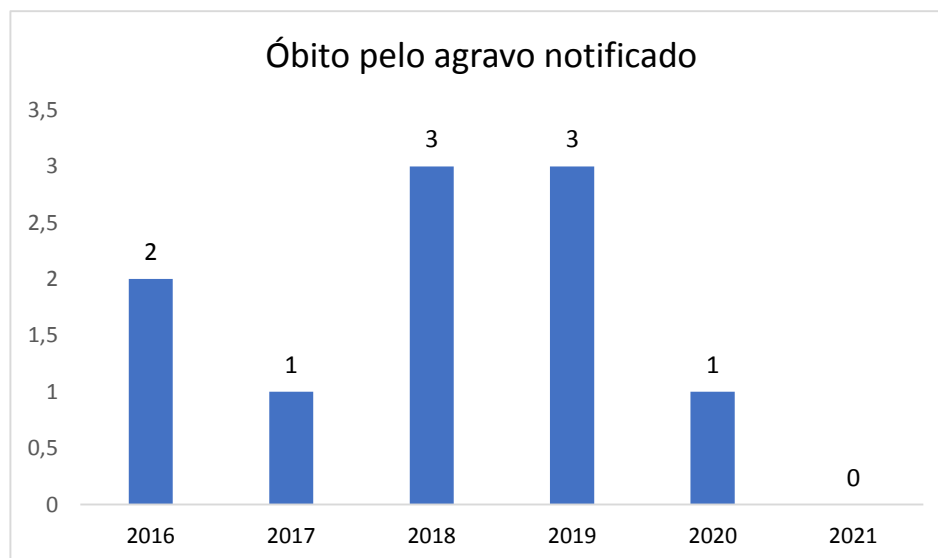
Região de Saúde	Casos prováveis (n)		Incidência (100 mil hab.)	
	2020	2021	2020	2021
1ª	105	450	8,07	34,60
2ª	13	18	4,24	5,87
3ª	31	375	15,76	190,70
4ª	21	62	18,64	55,02
5ª	14	41	11,62	34,04
6ª	17	19	7,18	8,03
7ª	0	7	0,00	4,70
8ª	4	19	3,39	16,12
9ª	8	12	4,53	6,80
10ª	2	8	1,71	6,83
11ª	3	0	3,54	0,00
12ª	3	31	1,71	17,67
13ª	10	0	16,54	0,00
14ª	6	82	3,96	54,16
15ª	54	263	35,82	174,47
16ª	61	104	11,30	19,21
<b>PB</b>	<b>352</b>	<b>1491</b>	<b>8,81</b>	<b>37,31</b>

Fonte: SINAN /GEVS/SES-PB.

Em 2020, o coeficiente de incidência do zika vírus foi de 8,81 comparando com o mesmo período de 2021, no qual registrou-se 37,31. Ocorrendo um aumento em 2021, sendo as 3ª, 4ª e a 15ª regiões de saúde com maiores incidências.

No ano de 2020 foi registrado 01 óbito por Zika vírus. E em 2021, não ocorreu óbito pelo agravo.

**Gráfico 03 – Óbitos por Zika vírus segundo ano de ocorrência 2016 a 2021, PB.**

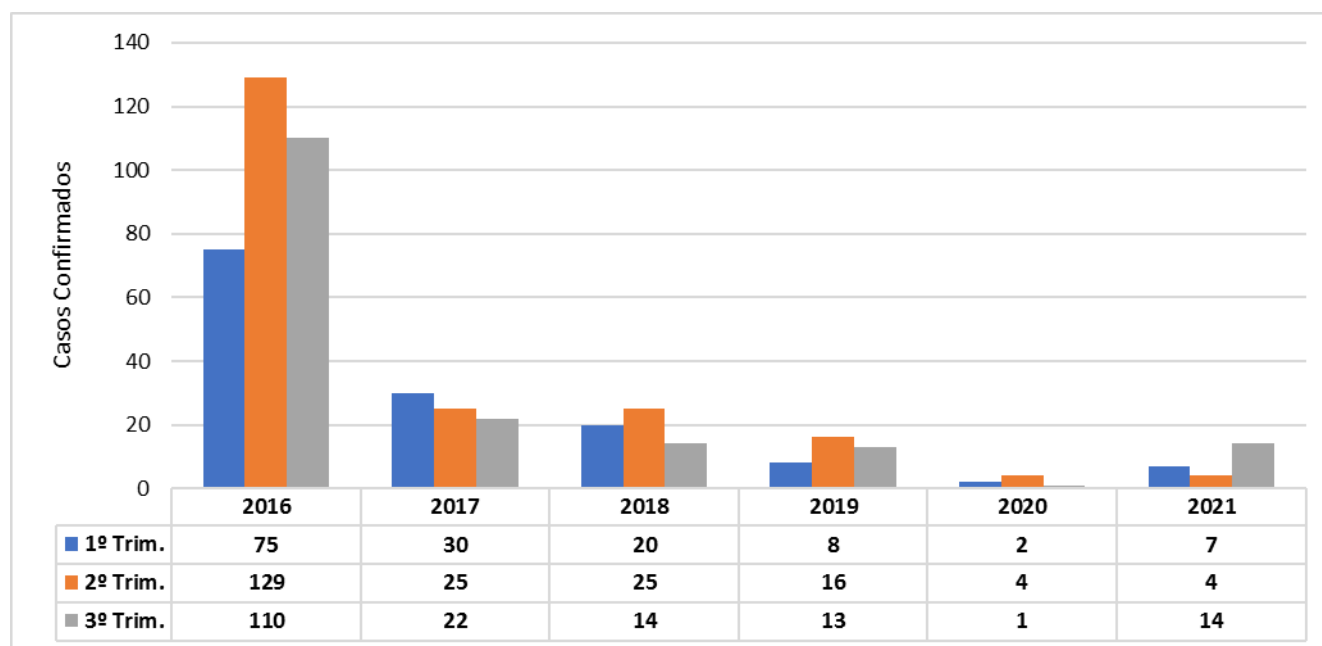


Fonte: SINAN/GEVS/SES-PB

### 4.3.1 Monitoramento das Gestantes com suspeita de Zika Vírus

Mediante aos vários questionamentos ainda existentes e sem respostas sobre a infecção pelo vírus Zika, sua patogenicidade, características clínicas e potenciais complicações, ressalta-se a importância do envolvimento e empenho de todos os profissionais e instituições de saúde para que notifiquem toda situação que se enquadrar nas definições de casos vigentes de Doença aguda pelo Zika vírus, com especial atenção para os casos em gestantes, de acordo com a Portaria N° 1.061 de 18 de maio de 2020, vigente. A Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, por meio do Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis, realiza o monitoramento dos casos suspeitos em gestantes registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, sempre que identificado municípios com casos notificados, porém, sem cadastro no LACEN-PB para envio de amostras clínicas para testagem do vírus Zika, sendo este de responsabilidade municipal.

**Gráfico 04 – Casos gestacionais suspeitos de Zika vírus, 2016 a 2021, PB.**



Fonte: Sinan net/NDTA/SES/PB.

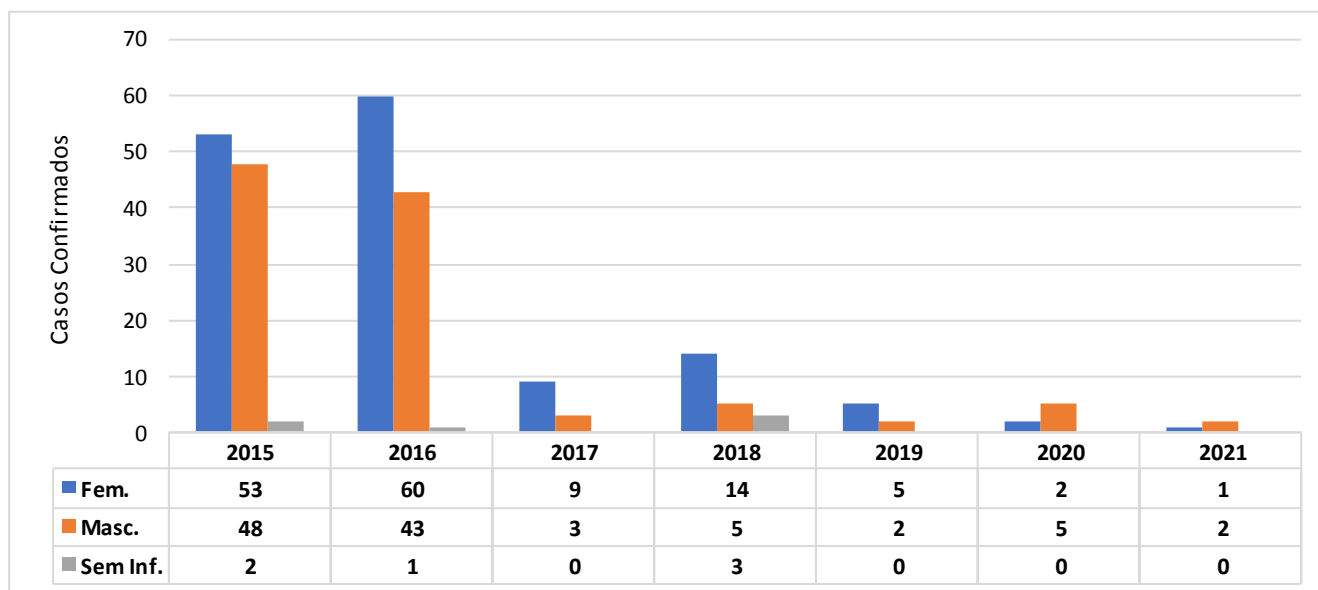
De 2016 a 2021, no SINAN NET há o registro de 542 gestantes com suspeita de zika vírus, sendo 142, 203 e 174 nos respectivos 1º, 2º e 3º trimestre, com 23 casos apresentando idade gestacional ignorado.

Toda gestante que apresentar **EXANTEMA MÁCULOPAPULAR PRURIGINOSO**, acompanhado de pelo menos **DOIS** dos seguintes sinais e sintomas: febre e/ou hiperemia conjuntival sem secreção e prurido e/ou poliartralgia e/ou edema periarticular; deverá ser notificada e comunicar o caso suspeito de

**Zika imediatamente (EM ATÉ 24 HORAS) para a SMS e a SES-PB, para que as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde sejam realizadas em tempo oportuno.**

Os casos confirmados de Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus zika e outras STORCH segundo o sexo, no período de 2015 a 2021, em sua maioria apresenta-se no sexo feminino, em grande parte no ano de 2015 e 2016. Percebe-se uma diminuição significativa de casos nos anos de 2019, 2020 e 2021.

**Gráfico 05 – Casos Confirmados de Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus zika e outras STORCH segundo o sexo, 2015 a 2021.**



Fonte: Registro de eventos em Saúde Pública – RESP

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são referência para atendimento das crianças diagnosticadas com SCVZ e outras STORCH, devendo garantir atendimentos nos serviços de reabilitação/habilitação (auditiva, física, intelectual e visual), com uma equipe multiprofissional atuando no cuidado integral às crianças com microcefalia e aos familiares, contando com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e médicos especialistas (oftalmologista, neurologista, pediatra, otorrinolaringologista), de acordo com o perfil de cada serviço. A FUNAD (CER IV) e o CER IV de Sousa, são serviços de gestão estadual, que atendem todos os tipos de deficiências e realizam estimulação precoce e reabilitação de crianças com SCVZ e STORCH, oferecendo os serviços de: diagnóstico, fisioterapia respiratória, fisioterapia neurofuncional, hidroterapia, estimulação neuropsicomotora precoce, follow-up do bebe de alto risco, fonoterapia, terapia ocupacional, psicologia para os familiares, orientação e apoio familiar, estimulação visual, estimulação sensorial, avaliação audiométrica e consulta médica especializada, dentre outros.

## 5. Níveis de acionamento

A estruturação deste Plano de Contingência da Dengue, Zika e Chikungunya implicam na realização de ações específicas, de acordo com os níveis de acionamento abaixo relacionados, considerando-se a capacidade de resposta nos âmbitos local e estadual de cada componente.

Considerando o Ofício Circular N° 017/GS/COSEMS/SES/PB - 13 de abril de 2020, que versa sobre "As recomendações aos Agentes de Combate a endemias(ACE) para adequação das ações de vigilância e controle de zoonoses frente a atual situação epidemiológica referente ao coronavírus(COVID-19)";

Considerando a Nota Informativa N° 13/2020 - CGARB/DEIDT/SVS/MS - 06 de maio de 2020, sobre "Recomendação de suspensão temporária do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA e LIA) do ano de 2020 em decorrência da pandemia causada pelo Coronavírus (COVID – 19)";

Considerando a Nota Informativa N° 25/2020 -CGARB/DEIDT/SVS/MS, de 30 de dezembro de 2020 que trata das "Recomendações para o fortalecimento da notificação oportuna, conduta clínica e organização dos serviços de saúde frente a casos suspeitos de dengue e/ou Covid-19 em um possível cenário de epidemias simultâneas";

Considerando a Nota Técnica conjunta N° 02 - GS/COSEMS/SES/PB - 25 de janeiro de 2021, sobre "Orientações aos municípios para execução da campanha de vacinação contra a Covid-19 no estado da Paraíba".

Considerando a NOTA TÉCNICA N° 30/2021-CGARB/DEIDT/SVS/MS - 20 de outubro de 2021, sobre " Recomendações aos Agentes de Combate às Endemias (ACE) para adequação das ações de vigilância de arboviroses, controle de zoonoses e demais doenças transmitidas por vetores frente à atual situação epidemiológica referente à pandemia da Covid-19".

Considerando a NOTA INFORMATIVA N° 02/2021-SES/GEVS - 23 de dezembro de 2021, sobre "Recomendações de execução do Levantamento Entomológico para arboviroses urbanas no ano de 2021 em possível transmissão simultânea de Coronavírus (COVID – 19)".

**A secretaria de Estado da Saúde (SES), através da Gerência Operacional de Vigilância Ambiental(GOVA), conforme documentos acima recomendam aos municípios paraibanos:**

- As visitas domiciliares de rotina para controle das arboviroses a ser realizadas pelos ACE, deve ser realizada no intra e peri-domicílio, respeitando os protocolos de segurança para Covid-19, conforme contido no Ofício nº 017/GS/COSEMS/SES/PB, 13 de abril de 2020;

- Quanto a Atividade do LIRAA/LIA, continuam suspensas devido ao cenário epidêmico do Covid-19 em todo o país.

Todavia, cabe a cada município avaliar o cenário epidemiológico na sua localidade, e caso não estejam sendo afetados pela epidemia, poderão dar continuidade as atividades para realização do LIRAA/LIA de 2021.

Se os municípios optarem por realizar o Levantamento Entomológico, importante destacar que sigam criteriosamente as recomendações aos Agentes de Combate a Endemias (ACE) para a dequação das ações de vigilância, controle de zoonoses e visitas domiciliares contidas na Nota Informativa Nº 13/2020 - CGARB/DEIDT/SVS/MS e no Ofício SES/GS 017/2020 de 13 de abril de 2020.

Após contemplados com a vacinação contra a Covid-19, os ACE e profissionais afins, conforme protocolos estabelecidos na Nota Técnica conjunta Nº 02 - GS/COSEMS/SES/PB, novas orientações poderão ser adotadas, buscando sempre qualificar as ações de controle para as arboviroses.

Ressaltamos que a realidade em situações de pandemia é bastante dinâmica e os processos de trabalho são constantemente reavaliados e planejados conforme os fluxos, protocolos e notas técnicas vigentes, sendo esses atualizados frequentemente.

### **5.1 Níveis de acionamento da dengue, zika e chikungunya**

O Ministério considera os seguintes valores de incidência: alta quando há mais de 300 casos por 100 mil habitantes; média entre 100 e 300 por 100 mil habitantes e baixa entre 0 e 100 casos por 100 mil habitantes. Levando em consideração esses parâmetros segue abaixo níveis de acionamento. (<http://www.paho.org/bra/index.php-dados-dengue-no-brasil-2011>).

A identificação de cada um desses níveis é norteada pelo diagrama de controle.

- Nível 0 – Ausência de casos, apresentando LIRAA menor <1%;
- Nível 1 - Notificação de dengue ou zika ou chikungunya com incidência de 0 a 100 por 100 mil habitantes, apresentando LIRAA entre 1% a 3,9%;
- Nível 2 – Notificação de dengue ou zika ou chikungunya com incidência de 101 a 299 por 100 mil habitantes, presença de caso grave e apresentando LIRAA acima de 4%;
- Nível 3 – Notificação de dengue ou zika ou chikungunya com incidência acima de 300 por 100 mil habitantes e óbito por dengue, zika e chikungunya.

## **6. ATRIBUIÇÕES ESTADUAL**

- Produzir informes com periodicidade (Boletim epidemiológico, e/ou nota técnica, e ou nota informativa) sobre a situação epidemiológica da dengue, zika e chikungunya para as Secretárias Municipais, com divulgação na mídia local;
- Reproduzir e distribuir o fluxograma e as diretrizes clínicas para aos serviços de saúde públicos e privados;

- Monitorar e avaliar o fluxo assistencial objetivando garantir a referência e contra referência dos pacientes com casos graves por Arboviroses;
- Elaborar material educativo (panfletos, cartazes, banners, faixas, mídias e etc.);
- Avaliar a curva endêmica do estado por meio do diagrama de Controle da dengue, zika e chikungunya;
- Manter os serviços atualizados referentes aos guias, portarias, cadernos, fluxogramas, notas técnicas e protocolos produzidos e recomendados pelo Nível Federal.

## **7. AÇÕES DE CADA COMPONENTE PARA OS AGRAVOS: Dengue, Zika e Chikungunya.**

As ações

### **7.1 Vigilância Epidemiológica:**

#### **Nível 0**

- Orientar as Secretarias Municipais de Saúde através do envio de informes técnicos sobre a situação epidemiológica e ambiental da dengue, zika e chikungunya no município;
- Identificar áreas mais vulneráveis ao risco da dengue, zika e chikungunya;
- Avaliar a curva endêmica do estado por meio do diagrama de Controle da Dengue, zika e chikungunya;
- Acompanhar o monitoramento viral;
- Realizar visitas técnicas de apoio às investigações municipais de casos graves, surtos e/ou óbitos quando necessários;
- Encaminhar às SMS ofícios orientando o acompanhamento da execução dos planos de contingência municipais;
- Encaminhar às SMS ofícios orientando correções, avaliações e monitoramento de casos referentes ao sistema de informação e notificações de agravos;
- Encaminhar às SMS ofícios orientando o acompanhamento de gestantes identificadas no SINAN, Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL/LACEN-PB).
- Avaliar e monitorar os dados laboratoriais (sorotipos/sorologia), permanentemente.

#### **Nível 1**

- Intensificar a vigilância da Dengue, zika e chikungunya;
- Recomendar às SMS a realização de busca ativa de casos suspeitos de Dengue, zika e chikungunya, viabilizando a coleta oportuna de amostras para isolamento viral e sorologia;
- Monitorar e direcionar a coleta de NS1 para triagem de amostras para sorotipagem;
- Avaliar a curva endêmica do estado por meio do diagrama de Controle da Dengue, zika e chikungunya;
- Intensificar a divulgação de informes técnicos e/ou ofícios;

- Orientar os municípios a intensificar a vigilância laboratorial através dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;

## **Nível 2**

- Intensificar a vigilância da Dengue, Zika e Chikungunya;
- Avaliar a curva endêmica do estado através do diagrama de Controle da Dengue, Zika e Chikungunya;
- Recomendar e intensificar junto às SMS a realização de busca ativa de casos e a coleta oportuna de amostras;
- Acompanhar juntamente com os municípios os casos graves por dengue, viabilizando a realização de amostras para o LACEN-PB;
- Orientar os municípios a intensificar a vigilância laboratorial através dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;
- Monitorar e direcionar a coleta de NS1 para triagem de amostras para sorotipagem;
- Intensificar a divulgação de informes técnicos.

## **Nível 3**

- Investigar juntamente com os municípios 100% dos óbitos suspeitos por dengue;
- Intensificar todas as ações previstas para o Nível 2.

## **7.2 Controle Vetorial**

### **Nível 0**

- Recomenda-se as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) atualizar os planos de contingência para a próxima sazonalidade de ocorrência de arboviroses urbanas, se adequando ao atual cenário de pandemia;
- Fomentar às SMS a integração das vigilâncias e a Atenção Básica para permitir que as ações de controle das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya sejam executadas de forma articulada e as análises geradas tenham a mesma referência;
- Implementar e monitorar as atividades de bloqueio conforme relatórios Epi-entomológicos das SMS;
- Recomendar as SMS a realização de pesquisa larvária em pontos estratégicos (PE), em ciclos quinzenais, com tratamento focal e/ou residual, quando indicado tecnicamente;
- Recomendar as SMS a realização de, no mínimo 4 ciclos de visita domiciliares, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya; **ENTRA A QUESTÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA:**



De acordo com a Nota Técnica Nº11/2020 - CGARB/DEIDT/SVS/MS, que trata das Recomendações aos Agentes de Combate às Endemias (ACE) para dequação das ações de vigilância e controle de zoonoses e de doenças transmitidas por vetores frente à atual situação epidemiológica referente ao novo Coronavírus (COVID-19).

Tendo em vista o Plano de Ação para medidas não farmacológicas instituído pelo Ministério Saúde em 13 de março de 2020, que tem por objetivo reduzir o risco de transmissão do novo Coronavírus (COVID-19), recomenda-se atenção para as atividades de controle de zoonoses e de doenças transmitidas por vetores, durante o período de vigência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19).

O Agente de Combate às Endemias (ACE) que apresente dois ou mais sintomas, como febre - mesmo que referida, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, dificuldade respiratória, distúrbios olfativos ou gustativos, deve procurar imediatamente atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) ou outros serviços de saúde. Caso diagnóstico de COVID-19 seja confirmado, o agente diagnosticado deve ser afastado imediatamente de suas atividades laborais. Caso o agente não tenha o diagnóstico de COVID-19 confirmado, e, portanto, tenha condição de permanecer executando suas atividades laborais, deve seguir as seguintes orientações:

Antes de entrar na residência, o ACE deve perguntar se algum morador apresenta algum sintoma compatível com a Síndrome gripal (SG) (Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos). Em caso afirmativo, a visita domiciliar não deve ser realizada, devendo ser reagendada para data posterior a alta médica dos moradores doentes;

Não realizar a visita domiciliar caso o único responsável pelo imóvel, no momento da atividade, tenha idade igual ou superior a 60 anos ou pertença a grupo de risco para covid-19 (Renais crônicos, imunodeprimidos, gestantes de alto risco, diabetes, hipertensão, obesidade, doenças do aparelho circulatório ou respiratório dentre outros);

Para realização de visita domiciliar, além de indicações específicas sobre o uso de equipamento de proteção individual (EPI), o ACE também deverá:

- Utilizar, obrigatoriamente, o uso de máscara facial;
- Nas atividades realizadas pelos agentes orienta-se a higienização das mãos com água e sabão por pelo menos 40 a 60 segundos. Se não houver água e sabão disponíveis, os agentes devem usar álcool em gel 70%.
- Recomenda-se evitar atividades no intradomicílio.
- Para controle das arboviroses, a visita do ACE estará limitada apenas na área peridomiciliar (frente, lados e fundo do quintal ou terreno);

- Para controle da malária, recomenda-se que sejam priorizadas atividades no peridomicílio, como manejo ambiental (limpeza das margens de criadouros, manejo, aterro, drenagem, controle de criadouros), ou a realização da nebulização espacial a quente - termonebulização/FOG, quando recomendado tecnicamente;
- Para as atividades de vigilância entomológica de flebotomíneos, recomenda-se realizar as atividades de levantamento entomológico apenas na área peridomiciliar;
- Adiar temporariamente as atividades de busca ativa de triatomíneos no intradomicílio.

Considerando que a área de atuação do ACE compreende atividades de controle de vetores e de zoonoses, incluindo ações junto aos animais domésticos, recomenda-se que sejam adotadas as seguintes orientações:

- Manter uma distância mínima de 1 (um) metro dos moradores das casas e não tocar em nenhuma superfície da casa durante a visita;
- Em todas as situações em que houver a necessidade de tratamento do criadouro ou qualquer outra atividade no ambiente domiciliar (preferencialmente peridomicílio), o agente deve-se utilizar luvas descartáveis;
- Priorizar as ações de controle vetorial nas áreas com maior risco de transmissão, baseada no cenário epidemiológico ou áreas com maior potencial de transmissão (alta densidade vetorial, introdução e/ou recirculação de novos sorotipos de DENV ou circulação simultânea de DENV, CHIKV, ZIKAV);
- Priorizar a realização do bloqueio da transmissão em áreas com circulação de vírus (dengue, chikungunya e/ou Zika). Estas medidas devem ser adotadas após análise de indicadores epidemiológicos nos últimos quinze dias. O bloqueio de transmissão inicia-se com remoção prévia dos focos larvários, com a intensificação das visitas domiciliares e manejo ambiental. É necessário avaliar a indicação, de forma complementar, na aplicação de inseticida por meio da nebulização espacial a frio – tratamento a UBV –, utilizando equipamentos portáteis ou veicular;
- Estimular o autocuidado da população sobre as ações de remoção mecânica dos criadouros;
- Manter as atividades de controle vetorial nos pontos estratégicos (PE) e imóveis especiais, conforme preconizado pela Coordenação Geral de Vigilância das Arboviroses;
- Fortalecer a vigilância passiva para doença de Chagas, com ampliação dos postos de identificação de triatomíneos (PIT), se possível. Sensibilizar a população quanto ao aparecimento dos triatomíneos;
- Sugere-se que as ações de inquéritos sorológicos em cães para leishmaniose visceral sejam realizadas após o período da emergência da covid-19, ou seja, realizadas seguindo regras de segurança para diminuir risco de infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19).

Excepcionalidades para a realização de atividade intradomiciliar:

- Em localidades prioritárias para malária (áreas de alta incidência da doença) e com evidências de transmissão intradomiciliar, é necessário avaliar a viabilidade da realização das atividades de borrifação residual intradomiciliar, bem como a instalação de mosquiteiros impregnados com inseticidas de longa duração, conforme preconizado;

- Em situação do morador encontrar um triatomíneo (que tenha capacidade de colonizar ambiente antropizado) no intradomicílio, sugere-se a realização de borrifação domiciliar (intra e peridomicílio);
- Em áreas com infestação triatomínica domiciliar acima de 20% ou em área suspeita de ser local provável de infecção em surto de transmissão oral, recomenda-se a realização da busca ativa no intradomicílio somente em caso de encontro de triatomíneos no intradomicílio pelo morador que tenha relatado picada pelo inseto.

Ressaltamos que a realidade em situações de epidemia é bastante dinâmica e os processos de trabalho necessitam de constante reavaliação e planejamento em conformidade com os fluxos, protocolos e notas técnicas vigentes, atualizados frequentemente.

- Recomendar as Secretarias Municipais de Saúde a realização de, no mínimo 4 Levantamentos de Índice de Infestação Predial utilizando o Instrumento LIRAA/LIA;

SUBSTITUIR POR:

Nota Informativa nº 13/2020-CGAR/DEIDT/SVS/MS que trata da recomendação de suspensão temporária do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA e LIA) do ano de 2020 em decorrência da pandemia causada pelo Coronavírus (COVID-19).

- Recomendar a alimentação regular do SisPNCD e/ou Instrumento de monitoramento vigente;
- Qualificação dos técnicos de laboratório das Gerências Regionais sobre a identificação de larvas do vetor das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya, de modo virtual, através de webinar e videoconferências.
- Assessorar e monitorar os municípios no controle e qualidade das amostras enviadas as Gerências Regionais de Saúde para identificação da espécie de mosquito responsável pela transmissão das arboviroses na Paraíba;
- Produzir informes periódicos (Boletim Epidemiológico-BE e/ou Nota Técnica) para Gestores, profissionais de Saúde e População em geral com divulgação na mídia local;
- 

### **Nível 1**

- Recomenda-se as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) atualizar os planos de contingência para a próxima sazonalidade de ocorrência de arboviroses urbanas;
- Fomentar às SMS a integração das vigilâncias e a Atenção Básica para permitir que as ações de controle das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya sejam executadas de forma articulada e as análises geradas tenham a mesma referência;
- Implementar e monitorar as atividades de bloqueio conforme relatórios Epi-entomológicos das SMS;
- Recomendar as SMS a realização de pesquisa larvária em pontos estratégicos (PE), em ciclos quinzenais, com tratamento focal e/ou residual, quando indicado tecnicamente;

- Recomendar as SMS a realização de, no mínimo 4 ciclos de visita domiciliares, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya;
- Recomendar as Secretarias Municipais de Saúde a realização de, no mínimo 4 Levantamentos de Índice de Infestação Predial utilizando o Instrumento LIRAA/LIA;
- Recomendar a alimentação regular do SisPNCD e/ou Instrumento de monitoramento vigente;
- Assistir as SMS no acompanhamento das ações de controle do vetor desenvolvidas, através do monitoramento das visitas domiciliares realizadas pelos ACE, a partir da análise do banco de dados do SisPNCD e/ou instrumento vigente;
- Qualificação dos técnicos de laboratório das Gerências Regionais sobre a identificação de larvas do vetor das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya;
- Recomendar as SMS a realização de, no mínimo 4 Levantamentos de Índice de Infestação Predial utilizando o LIRAA e LIA;
- Apoiar os municípios no controle e qualidade das amostras enviadas as Gerências Regionais de Saúde para identificação da espécie de mosquito responsável pela transmissão das arboviroses na Paraíba;
- Produzir informes periódicos (Boletim Epidemiológico-BE e/ou Nota Técnica) para Gestores, profissionais de Saúde e População em geral com divulgação na mídia local;
- Monitorar as ações de Bloqueio de transmissão vetorial, através de intervenção com UBV Pesado (Carro Fumacê) e/ou pulverizador costal motorizado, através de critérios Epi-entomológicos, conforme Nota Técnica Conjunta N.º 01/2018;
- Fomentar junto as SMS a articulação com outros órgãos municipais governamentais e entidades não governamentais, tendo em vista a atuação intersetorial;
- Orientar e alertar os municípios da importância de manterem a vigilância redobrada quando apresentarem de 1 a 3,9% Índice de Infestação Predial;
- Promover, à integralidade das ações entre a vigilância epidemiológica e ambiental, nas investigações dos casos.

### **Níveis 2 e 3**

Recomenda-se as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) atualizar os planos de contingência para a próxima sazonalidade de ocorrência de arboviroses urbanas, se adequando ao atual cenário de pandemia;

- Fomentar às SMS a integração das vigilâncias e a Atenção Básica para permitir que as ações de controle das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya sejam executadas de forma articulada e as análises geradas tenham a mesma referência;
- Implementar e monitorar as atividades de bloqueio conforme relatórios Epi-entomológicos das SMS;

- Recomendar as SMS a realização de pesquisa larvária em pontos estratégicos (PE), em ciclos quinzenais, com tratamento focal e/ou residual, quando indicado tecnicamente;
- Recomendar as SMS a realização de, no mínimo 4 ciclos de visita domiciliares, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya;
- Recomendar as Secretarias Municipais de Saúde a realização de, no mínimo 4 Levantamentos de Índice de Infestação Predial utilizando o Instrumento LIRAA/LIA;
- Recomendar a alimentação regular do SisPNCD e/ou Instrumento de monitoramento vigente;
- Assistir as SMS no acompanhamento das ações de controle do vetor desenvolvidas, através do monitoramento das visitas domiciliares realizadas pelos ACE, a partir da análise do banco de dados do SisPNCD e/ou instrumento vigente;
- Qualificação dos técnicos de laboratório das Gerências Regionais sobre a identificação de larvas do vetor das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya;
- Orientar e alertar os municípios da importância de manterem a vigilância redobrada quando apresentarem IIP de acima de 3,9 %;
- Produzir informes (Boletim Epidemiológico-BE e/ou Nota Técnica) sobre a situação de vigilância ambiental para Gestores, profissionais de Saúde e População em geral com divulgação na mídia local;
- Apoiar os municípios no controle e qualidade das amostras enviadas as Gerências Regionais de Saúde para identificação da espécie de mosquito responsável pela transmissão das arboviroses na Paraíba;
- Implementar e monitorar as atividades de bloqueio realizadas por intermédio de relatórios das SMS;
- Monitorar as ações de Bloqueio de transmissão vetorial, através de intervenção com UBV Pesado (Carro Fumacê) e/ou pulverizador costal motorizado, através de critérios Epi-entomológicos, conforme Nota Técnica Conjunta N.º 01/2018;
- Fomentar junto as SMS a articulação com outros órgãos municipais governamentais e entidades não governamentais, tendo em vista a atuação intersetorial;
- Promover, nas SMS, a integralidade das ações entre a vigilância epidemiológica e ambiental, investigações dos casos;

### **7.3 Atenção ao paciente**

#### **Nível 0**

- Apoiar a vigilância na emissão de alertas, orientações aos profissionais de saúde sobre as ações de promoção, prevenção, manejo, isolamento e busca ativa de pacientes suspeitos de Dengue, Zika e Chikungunya em todos os níveis de assistência;

- Disponibilizar aos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde estaduais, municipais e privados o fluxograma do Ministério da Saúde com classificação de risco e manejo do paciente com suspeita dengue e diretrizes clínicas para a rede de atenção à saúde;
- Disponibilizar os informes sobre a Dengue, Zika e Chikungunya (Boletim epidemiológico e/ou nota técnica) sobre a situação de vigilância epidemiológica estadual aos profissionais dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;
- Estimular os profissionais de saúde para vigilância de síndromes febris com artralgia, mialgia e diagnóstico a esclarecer nas unidades de gestão estadual;
- Orientar o cumprimento do fluxo assistencial pactuado, garantindo a referência e contra-referência dos pacientes dos casos graves;
- Manter os serviços informados sobre a necessidade dos Núcleos Hospitalares de Vigilância epidemiológica e/ou setores de epidemiologia municipal, notificarem todo óbito suspeito por Dengue, Zika e Chikungunya em até 24 horas, conforme portaria 1.061 de 18 de maio de 2020.
- Realizar atividades de educação continuada no intuito de qualificar/atualizar profissionais de saúde sobre manejo clínico para Dengue, Zika e Chikungunya;

### **Nível 1**

- Identificar as unidades de apoio para a continuidade do cuidado dos pacientes que evoluírem para formas graves da Dengue, Zika e Chikungunya;
- Apoiar às capacitações em serviço (Arbovírus em 25 minutos) sobre manejo clínico para dengue, zika e chikungunya;

### **Nível 2**

- Intensificar o apoio às capacitações em serviço sobre manejo clínico para dengue, zika e chikungunya (Arbovírus em 25 minutos);
- Dar suporte os municípios para garantir a realização, em tempo oportuno, do hemograma completo e bioquímico conforme classificação de risco;
- Apoiar os municípios na ampliação do acesso dos pacientes nas unidades de saúde, garantindo o atendimento oportuno dos casos suspeitos de dengue;
- Apoiar a identificação de novas unidades de apoio para a continuidade do cuidado dos pacientes que evoluírem para formas graves casos de Dengue, Zika e Chikungunya;

### **Nível 3**

- Intensificar todas as ações previstas para o Nível 2;

## **7.4 Comunicação, Mobilização e Publicidade**

### **Nível 0**

- Disponibilizar às Secretarias Municipais de Saúde os informes (Boletim epidemiológico e/ou nota técnica) sobre a situação de vigilância epidemiológica e entomológica do estado por meio da SECOM-PB;
- Definir, em conjunto com os gestores, o porta-voz que será responsável pela interlocução com os veículos de comunicação;
- Apoiar a comunicação da SMS nas ações de comunicação e mobilização para controle do Aedes no(s) bairro(s) com notificação de Dengue, Zika e Chikungunya.

### **Nível 1, 2 e 3**

- Intensificar todas as ações previstas no nível 0 para os Níveis 1, 2 e 3.

## **7.5 Gestão**

### **Nível 0**

- Fomentar a divulgação de material educativo e informativo (manuais, guias, boletins, notas informativas, folders, cartazes, banners, etc.).
- Garantir estoque estratégico de insumos para as ações previstas em todos os componentes;
- Garantir estoque estratégico dos equipamentos, materiais e insumos para as ações preconizadas de vigilância epidemiológica, exames laboratoriais, assistência e controle vetorial;

### **Nível 1**

- Implementar o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COES) para monitorar a situação epidemiológica e atividades previstas no plano de contingência estadual da dengue;
- Manter equipe para compor o COES dos diversos componentes do plano;
- Propiciar o cumprimento da agenda programada para as reuniões do COES;
- Garantir estoque estratégico dos equipamentos, materiais e insumos necessários para as ações preconizadas direcionadas a Dengue, Zika e Chikungunya;

- Garantir a divulgação de material educativo (manuais, guias, boletins, notas informativas, etc.);
- Monitorar rede assistencial e de vigilância referente a classificação de risco para o estadiamento adequado dos pacientes com Dengue, Zika e/ou Chikungunya.

## Nível 2

- Articular junto ao CGPNCD a participação efetiva nas avaliações e tomadas de decisão na Paraíba;
- Manter estoque regulador dos insumos essenciais, garantindo assim as ações;
- Propiciar o cumprimento da agenda programada para as reuniões do COES;
- Garantir a divulgação de material educativo (manuais, guias, boletins, notas informativas).
- Reavaliar junto ao Ministério da Saúde as ações de prevenção e controle da doença para o Estado.
- Reavaliar a necessidade de qualificação técnica para rede assistencial e de vigilância de manejo clínico dengue.

## Nível 3

- Intensificar todas as ações previstas para o Nível 2.

## 7.6 Rede Laboratorial

Recomenda-se a coleta de amostras biológicas dos casos graves ou atípicos suspeitos de infecção por dengue, que atenda a definição de caso, no momento da internação, a fim de oportunizar e garantir diagnóstico específico. Ressalta-se que a confiabilidade dos resultados dos testes laboratoriais depende do período e dos cuidados durante a coleta, manuseio, acondicionamento e transporte dos espécimes biológicos.

Desta forma, quando viável e oportuna, sejam coletadas amostras pareadas de secreção naso/orofaríngea, de sangue e plasma para atender aos diagnósticos laboratoriais de Covid-19. E para atender aos diagnósticos laboratoriais de dengue, que sejam coletadas amostras de sangue, soro e plasma. Espera-se uma maior e efetiva colaboração do componente laboratorial na investigações e encerramento dos casos suspeitos de dengue, Covid-19 e demais agravos, por meio dos diagnósticos diferenciais.

Para atendimento de alguns critérios laboratoriais na coleta oportuna de amostras clínicas, sendo necessário seguir as recomendações sobre as datas para coleta das amostras clínicas e fluxos de envio de amostras preconizados, observar as orientações dispostas no Quadro 1 (abaixo) e no Guia de Vigilância em Saúde, 2019 ([link:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf)).



## **Nível 0**

- Disponibilizar aos municípios nota técnica com orientação sobre a realização de coletas clínicas para diagnóstico diferencial, PCR, sorologia, NS1 e isolamento viral direcionados às três arboviroses (dengue, zika e chikungunya);
- Garantir o recebimento de amostras de sorologia de casos suspeitos dos municípios;
- Garantir o recebimento das amostras de NS1 para triagem e sorotipagem;
- Garantir o envio de amostras biológicas para o Centro de Referência Nacional para Arboviroses, o Instituto Evandro Chagas (IEC) no Pará.

## **Nível 1, 2 e 3**

- Intensificar todas as ações previstas no nível 0 para os Níveis 1,2 e 3.
- 

## **7.7 Educação Continuada**

### **Nível 0, 1, 2 e 3**

- Disponibilizar vagas nos eventos de qualificação/atualização para o Manejo de Arboviroses para representantes dos 223 municípios paraibanos;
- Dar suporte adequado, de forma permanente, para a realização de investigações e orientações de monitoramento, notificação e encerramento dos casos por Arbovírus;
- Reunir mensalmente grupo técnico estadual para discussão e análise dos óbitos suspeitos por Arboviroses;
- Realizar reuniões com os profissionais de saúde durante visitas técnicas de apoio às investigações municipais de casos graves, surtos e/ou óbitos;
- Traçar planejamento de intervenção (in loco) com abordagem integrativa para municípios que se enquadram no Nível 1 de acionamento;
- Orientar e apoiar às SMS na elaboração dos Planos de Contingência Municipais;
- Fomentar a elaboração de trabalhos científicos sobre arboviroses;
- Estimular a participação dos profissionais em eventos municipais, estaduais, nacionais e/ou internacionais que abordem temas relacionados às arboviroses;
- Promover a realização de eventos científicos que gerem discussões sobre arboviroses e a elaboração de trabalhos científicos.

## **Referências:**

BRASIL. Portaria N° 204, de 17 de fevereiro de 2016. Ministério da saúde;

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 773 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue – Brasília, 2015. 42 p.;

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para implantação de unidades sentinelas para Zika vírus. 2015;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de Contingência Nacional para a Febre de Chikungunya. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 07 jul. 2011.

COMISSÃO INTERGESTEROES BIPARTITE. Aprova a nova definição das macrorregiões de saúde no Estado da Paraíba. Resolução n. 43, de 25 de junho de 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington, D.C : OPS; 2016;