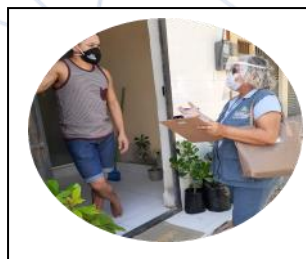
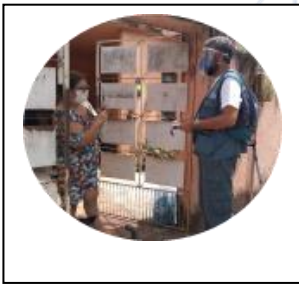
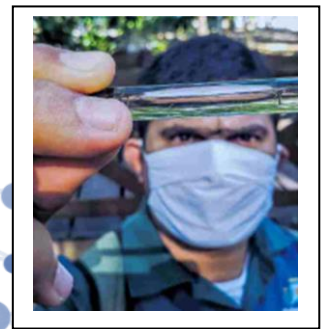


PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO E CONTROLE DE EPIDEMIAS POR ARBOVIROSES



Fortaleza

2021

José Sarto Nogueira Moreira
Prefeito do Município de Fortaleza

Ana Estela Fernandes Leite
Secretária de Saúde do Município de Fortaleza

João Batista Gomes Leal
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

Ticiano Mota
Secretária Executivo de Saúde do Município de Fortaleza

Aline Gouveia Martins
Secretária Adjunto de Saúde do Município de Fortaleza

Fabiana Sales Vitoriano Uchoa
Coordenadora Geral das Regionais de Saúde

Erlemus Ponte Soares
Coordenador das Redes de Atenção Primária e Psicossocial.

Luciana Passos Aragão
Gerente da Célula de Atenção Primária à Saúde

João Batista Silva
Coordenadoria de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar

Nélio Batista de Moraes
Coordenador da Coordenadoria de Vigilância à Saúde

Antonio Silva Lima Neto
Gerente da Célula de Vigilância Epidemiológica

Francisco Atualpa Soares Júnior
Gerente da Célula de Vigilância Ambiental de Riscos Biológicos

Luziete Furtado de Cruz
Gerente da Célula de Atenção às Urgências e Emergências

MESA DIRETORA CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA

João Batista Gomes Leal
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

Ana Cristhina de Oliveira Brasil de Araújo
Vice- Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

Maurá Lobarro Pequeno
Secretária Geral

Zenilda Mesquita Lopes
Secretário Adjunto

ELABORAÇÃO POR COMPONENTE:
Rede de Urgência e Emergência e Rede Hospitalar:

Elizabeth Oliveira da Costa Lino, Luziete Furtado da Cruz, Telma Maria Bezerra Braga Peixoto.

Vigilância Epidemiológica:

Antonio Silva Lima Neto, Kilma Wanderley Lopes Gomes, Osmar José do Nascimento, Kamilla Carneiro Alves Marques, Evilene Fernandes, Fabrícia Bezerra de Castro Alves Silveira, Monica Café, Patrícia Suassuna, Lyvia Patrícia S. Mesquita, Marcia Oliveira, Maria Glêdes Ibiapina Gurgel, Mara Jeanne Lima Barroso, Adriana Miranda, Luciene Felicidade, Ricardo Leal Silva, Aradi Ciarline, Maria Solange Rodrigues de Andrade, Gabriela Nunes Monteiro, Cristiane da Silva Nogueira, Daniele Sampaio Teixeira.

Vigilância Ambiental:

Francisco Atualpa Sores Junior, Carlos Alberto dos S Barbosa, José Iraderson S Rocha, Sandra Maria M. Sabino, José Rafael da S Nascimento, Tania Maria, Antônio Nilton M de Oliveira, Raimundo Ferreira da Silva, Francisco Itamar M Silva, Luzia Maria S Lopes, Regileuda N de Freitas, Ana Maria Cavalcante de Almeida, George José A Pereira, José Afonso B da Costa, Sergio Norões Boutala, Francisco Ivanildo de Macedo, Carlos Clayton Monteiro de Sousa.

Educação em Saúde e Mobilização Social:

Maria Cilene Chaves, Patrícia Martins de Sousa, Elvis Clark Barbosa da Silva, Luis Cerezo da Costa Soares, Julian Maciel Alencar, Edilene Brito de Araújo, Francisco Ivanir Soares Martins, Floripe Passos de Vasconcelos, Fabiana Moreira da Rocha, Sávio Lucena Cruz, Josimar Batista De Albuquerque, Edilson Ferreira Silva, Ricardo dos Santos Lima, Francisco Schramm Ribeiro, Maria Regina de Freitas Anastácio, Rivelino Ferreira Soares.

Coordenadoria Regionais de Saúde - CORES

Arethusa Moraes de Gouveia Soares (I), Luciana Carvalho de Albuquerque (II), Samilly Girao de Oliveira (III), Karol Marielly Távora Moita (IV), Shirley Cristianne Ramalho Bueno de Faria (V), Margarida Maria Saraiva (VI).

Atenção Primária

Fabiana Sales, Erlemus Ponte Soares, Vicente Bezerra de Araújo.

Equipe Técnica de Apoio

Liliane Lima da Silva, Maria das Dores Lima.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CMSF	Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza
CEVEPI	Célula de Vigilância Epidemiológica
CEVAM	Célula de Vigilância Ambiental
CHIK	Vírus da Chikungunya
COVIS	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
DENV1	Sorotipo dengue 1
DENV2	Sorotipo dengue 2
DENV3	Sorotipo dengue 3
DENV4	Sorotipo dengue 4
DG	Dengue Grave
DAS	Dengue com Sinal de Alarme
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório Central
NUHEPI	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária a Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VE	Vigilância Epidemiológica

LISTA DE FIGURAS

3 - O PERFIL DA CIDADE DE FORTALEZA.	Pág.
(Figura – 1) – Município de Fortaleza	15
 6 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE FORTALEZA	
Figura 1 - População residente estimada em Fortaleza, 1992 a 2020	18
Figura 2 – Distribuição dos bairros e Secretarias Regionais de Fortaleza.	
 8 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS ARBOVIROSES	
Figura 1 – Distribuição dos casos confirmados e da Taxa de Incidência por ano dos 1º sintomas, Fortaleza, 1986 - 2020	25
Figura 2 - Dengue: Diagrama de Controle, Fortaleza 2008 a 2020.	27
Figura 3 – Dengue: Distribuição espacial dos casos confirmados por ano dos primeiros sintomas Fortaleza 2011 a 2020.	28
Figura 4 – Distribuição espacial do vírus DENV por bairro residência dos pacientes, Fortaleza, 2011 - 2020	29
Figura 5 - Chikungunya: Série temporal das notificações e casos confirmados por semana epidemiológica/ano do início dos sintomas, Fortaleza 2019 - 2020.	30
Figura 6 – Chikungunya: Distribuição espacial dos casos confirmados por ano dos primeiros sintomas Fortaleza 2016 a 2019.	31
Figura 7 – Zika: Série temporal dos casos confirmados segundo semana epidemiológica, Fortaleza 2016 - 2018.	32
Figura 8 - Classificação final das suspeitas de SCZ distribuída por mês/ano da notificação. Fortaleza, 2015 – 2019	34
 9 - MACROPROCESSOS PARA O ENFRENTAMENTO DAS ARBOVIROSES	
Figura 1 – Índice de Infestação Predial e Índice de Breteau no período do ano de 2011 a 2020, Fortaleza-CE.	43
Figura 2 – Comparativo do Índice de focos 2019/2020 e pluviometria no ano de 2020, Fortaleza	44
Figura 3: Distribuição espacial dos imóveis positivos para <i>Aedes aegypti</i> , segundo bairro 2014 a 2020 - Fortaleza.	44
Figura 4 – Percentual médio dos Tipos de Recipientes Predominantes para criadouros do Aedes aegypti por LIRAA no período 2018 a 2020 Fortaleza.	45
Figura 5: Distribuição espacial das armadilhas de ovitrampas ano 2020, Fortaleza	46
Figura 6: Pontos Estratégicos: Distribuição espacial e proporção de reincidência por local, Fortaleza.	47
 10 - EIXO ASSISTÊNCIA	
Figura – 1 : Protocolo para Coleta de Exames	61
Figura – 2 : Protocolo para Coleta de Exames	61
Figura – 3 : Protocolo para Coleta de Exames	62

LISTA DE TABELAS

8 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS ARBOVIROSES	Pág.
Tabela 1 - Zika: número de casos confirmados por ano/mês do início dos sintomas, Fortaleza/CE, 2015-2020.	32
12 - EIXO GESTÃO/ CAPACIDADE INSTALADA	
Tabela 1 – Motos utilizadas nas ações de controle do Aedes aegypti ²	75
Tabela 2 – Distribuição de RH com atividades de Educação em Saúde e Mobilização Social .	75

LISTA DE QUADROS

8 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS ARBOVIROSES	Pág.
QUADRO 1: Total de casos confirmados de arboviroses por estabelecimentos de saúde na Rede Municipal de Saúde, Fortaleza, 2015 a 2020.	36
9 - MACROPROCESSOS PARA O ENFRENTAMENTO DAS ARBOVIROSES	
QUADRO 1: Competência dos pontos de Atenção da Rede de Saúde	37
QUADRO 2: Monitoramento diário da tendência da transmissão da Dengue, Chikungunya ou Zika	38
QUADRO 3: Instrumentos de divulgação das Informações	40
10 - EIXO ASSISTÊNCIA	
QUADRO 1 – Prova do Laço	56
QUADRO 2 – Condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades	57
QUADRO 3 – Sinais / sintomas de choque	57
QUADRO 4 – Solicitação de Exames	59
12 - EIXO GESTÃO/ CAPACIDADE INSTALADA	
QUADRO 1: Número de estabelecimentos de saúde na Rede Municipal de Saúde, Fortaleza, 2015 a 2020	72
QUADRO 2: Número de profissionais de saúde para atender ao paciente com arbovirose/UPA	73
QUADRO 3: Número de profissionais de saúde para atender ao paciente com arbovirose/ UAPS	73
QUADRO 4: Número de profissionais para execução das atividades de vigilância e controle das arboviroses.	74
QUADRO 5: Distribuição de recursos humanos com atividades nas ações de Vigilância e Controle do Aedes aegypti	75
QUADRO 6 – Carros utilizados nas ações de controle do Aedes aegypti.1	76

13 - EIXO DEMANDAS CONTINGENCIAIS

QUADRO 1 – Material e Plantões epidemiológicos	78
QUADRO 2 - Plantões Entomológicos em finais de semana	78
QUADRO 3 - Aquisição de Material de Consumo (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial)	78
QUADRO 4 - Aquisição de Material de Informática / Eletroeletrônico (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial)	79
QUADRO 5 - Locação de Veículos (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial)	79
QUADRO 6 - Aquisição de Equipamentos de Proteção Individual-EPI (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial)	79
QUADRO 7 - Aquisição de Serviços de impressão gráfica (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial).	79
QUADRO 8 – Resumo: Aquisição de Despesas Contingenciais do Controle Vetorial (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial).	80
QUADRO 9 - Financiamento para o NESMS	80
QUADRO 10 - Custo com pessoal a ser contratado por 3 meses:	81
QUADRO 11: Necessidade de insumos para o período de arboviroses	82
QUADRO 12: Recursos Humanos	83
QUADRO 13: Equipamentos e Material de Consumo (3 meses)	83
QUADRO 14: Consolidado das Despesas Programadas	83
QUADRO 15: Consolidado das Despesas dos EIXOS	83

14 - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DAS AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA VIGILÂNCIA, CONTROLE E ASSISTÊNCIA DOS PACIENTES COM SUSPEITAS DE ARBOVIROSES.

QUADRO – 1- Ações previstas no Orçamento 2021, por fonte.	85
---	----

LISTA DE FLUXOGRAMAS

10 - EIXO ASSISTÊNCIA

	Pág.
Fluxo 1: Classificação do paciente	57
Fluxo 2: Coleta de hemograma nas UAPS	61
Fluxo 3: Assistência aos pacientes com suspeita de dengue nas UAPS	64

Sumário

1. INTRODUÇÃO	12
2. Objetivos e Metas.....	13
2.1. Objetivo Geral.....	13
2.2. Objetivos Específicos	13
2.3. Metas	13
3. O PERFIL DA CIDADE DE FORTALEZA.....	14
4. Aspectos físicos de Fortaleza.....	14
5. Aspectos Sociais e Econômicos.....	15
6. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE FORTALEZA.....	17
7. A RELEVÂNCIA DO COMITÊ INTERSETORIAL DE CONTROLE DAS ARBOVIROSES.....	22
8. EIXO VIGILÂNCIA EM SAÚDE	23
8.1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS ARBOVIROSES	23
8.1.1. Dengue	23
8.1.2. Chikungunya.....	28
8.1.3. Zika	30
8.1.4. Síndrome Congênita associada a infecção pelo vírus Zika (SCZ) no Município de Fortaleza.32	
8.2. Cenário das Arboviroses para 2021	34
8.2.1. Dengue	34
8.2.2. Chikungunya.....	34
8.2.3. Zika	35
9. MACROPROCESSOS PARA O ENFRENTAMENTO DAS ARBOVIROSES.....	36
9.1. Vigilância Epidemiológica	36
9.2. VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E CONTROLE VETORIAL	40
9.2.1. Perfil entomológico de Fortaleza	41
9.2.2. Perfil da Infestação.....	42
9.2.3. Tipos de recipientes predominantes	44
9.2.4. Pontos Estratégicos.....	45
9.2.5. Controle Vetorial.....	46
9.2.6. Ações de Rotina	46
9.2.7. Ações Contingenciais	49
10. EIXO ASSISTÊNCIA	50
10.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DINÂMICA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE.....	50
10.2. Classificação:	53
10.2.1. Definição de Caso Suspeito de Dengue.....	53

10.2.2.	Atenção para os Sinais de Alarme	54
10.2.3.	Manejo de um paciente com suspeita de dengue.....	54
10.2.4.	Fluxo 1: Classificação do paciente	57
10.2.5.	Considerações sobre a coleta do exame HEMOGRAMA	58
10.2.6.	Fluxo 2: Coleta de hemograma nas UAPS	61
10.3.	PACTUAÇÕES:.....	62
10.4.	Rotina para atendimento a pacientes com suspeita de Dengue nas Unidades de Saúde do Município de Fortaleza - ATENÇÃO PRIMÁRIA	63
10.4.1.	Fluxo 3: Assistência aos pacientes com suspeita de dengue nas UAPS ..	64
10.5.	MÉDIA COMPLEXIDADE: ASSISTÊNCIA AO PACIENTE.	66
10.5.1.	Quantidade de Unidades de Saúde de Média Complexidade.....	66
10.5.2.	Fluxo de atendimento dos pacientes em especial os do Grupo B e C (com sinais de alarme e/ou risco de gravidade):.....	66
10.5.3.	Material / medicamento que podem ser acrescentados conforme aumento da demanda:.....	67
10.5.4.	Leitos de observação e de internação.....	68
10.5.5.	Fluxo de encaminhamento para referência.	68
11.	EIXO COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL	69
11.1.	Publicidade e Propaganda.....	69
11.2.	Educação em Saúde e Mobilização Social	69
11.2.1.	Ações de Educação em Saúde e Mobilização Social	70
11.3.	Ações de Comunicação, Mobilização e Publicidade	71
12.	EIXO GESTÃO/ CAPACIDADE INSTALADA	71
12.1.	Capacidade operacional do controle do vetor (CEVAM)	74
12.2.	Aporte de Recursos Humanos com atividades nas ações de Educação em Saúde e Mobilização Social	76
13.	EIXO DEMANDAS CONTINGENCIAIS	77
13.1.	Vigilância Epidemiológica.....	77
13.2.	Vigilância Entomológica e Controle Vetorial	77
13.3.	Ações de Comunicação, Mobilização e Publicidade.....	79
13.4.	Atenção primária à saúde: assistência ao paciente.....	80
14.	DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DAS AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA VIGILÂNCIA, CONTROLE E ASSISTÊNCIA DOS PACIENTES COM SUSPEITAS DE ARBOVIROSES.....	83
	Quadro – 1- Ações previstas no Orçamento 2021, por fonte.	84
15.	ANEXO I: Mapa de vinculação das unidades de pronto atendimento 24 horas – Upa 24 horas para as unidades de atenção primária à saúde –UAPS- Hospitais.	87
16.	ANEXO II: Unidade Retaguarda	94

17. ANEXO III..... 96

1. INTRODUÇÃO

O plano aqui apresentado tem como período de abrangência o ano de 2021. As estratégias previstas contemplam o conjunto de ações das redes assistenciais, atenção primária, urgência/ emergência, rede hospitalar, vigilância epidemiológica, vigilância entomológica e controle vetorial, bem como, ações de comunicação, mobilização e publicidade.

Inicialmente está sendo apresentado os objetivos e metas do plano, bem como o cenário demográfico e sócio econômico do município, a relevância e as ações exitosas do Comitê Intersetorial de Controle das Arboviroses.

No segundo momento estão pautados os aspectos epidemiológicos das arboviroses e os seus respectivos cenários para 2021, a relevância da vigilância entomológica e as especificações do controle vetorial, considerando as ações contingenciais e a ação em períodos epidêmicos.

No terceiro momento serão apresentados os macroprocessos, compreendendo protocolos, fluxos e pactuações para o enfrentamento das arboviroses no campo da vigilância epidemiológica, do controle vetorial, da assistência ao paciente na atenção primária à saúde, redes de urgências e emergências e rede hospitalar.

No quarto momento será apresentado o financiamento necessário para garantir a execução das ações de vigilância, controle e assistência dos pacientes com suspeitas de arboviroses, no tocante às despesas de custeio e investimento.

2. Objetivos e Metas

2.1. Objetivo Geral

Prevenir e controlar processos epidêmicos, evitando a ocorrência de óbitos por dengue, chikungunya e zika.

2.2. Objetivos Específicos

- Definir estratégias para redução da força de transmissão da dengue, chikungunya e zika por meio da vigilância e controle do vetor e de seus criadouros;
- Intensificar as atividades de mobilização e comunicação para potencializar as ações de prevenção e controle da dengue, chikungunya e zika;
- Aprimorar a análise da situação epidemiológica buscando a categorização oportuna dos diferentes cenários de riscos: espacial, temporal e população mais afetada;
- Potencializar a organização da rede de atenção, fortalecendo a articulação das diferentes áreas e serviços, visando a integralidade das ações a fim promover assistência oportuna e adequada ao paciente com suspeita de dengue, chikungunya e zika.
- Fortalecer o Comitê Intersetorial de Controle das Arboviroses para garantir a promoção de ações intersetoriais e o estabelecimento de responsabilidades por setores específicos.

2.3. Metas

- Reduzir a taxa de letalidade dos casos graves para em torno de 1%;
- Notificar e investigar em tempo oportuno 100% dos casos de Dengue com Sinal de Alarme (DSA), Dengue Grave (DG); formas atípicas de chikungunya e gestantes com suspeita de zika;
- Investigar oportunamente 100% dos óbitos suspeitos de dengue, chikungunya e zika;
- Realizar 100% do corte de transmissão dos casos;

- Reduzir o Índice de Infestação Predial a menos de 1%;
- Realizar um Plano de Mídia para alcance mínimo de 1.000.000 de pessoas.

3. O PERFIL DA CIDADE DE FORTALEZA.

O município de Fortaleza reveste-se de importância significativa na tessitura socioeconômica do Estado do Ceará. Além da sua condição estratégica enquanto capital do nosso Estado, a análise dos seus indicadores físicos, sociais, econômicos e demográficos consubstanciam a complexidade magnitude dos desafios desta, que é a 5ª capital brasileira mais populosa, cuja população atual atinge a marca de cerca de 2,5 milhões de habitantes, representando dessa forma aproximadamente 30% do total da população do Estado do Ceará, conforme os dados do Censo Demográfico 2010 do IBGE. (Figura – 1)

Figura – 1– Município de Fortaleza



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/664492119998287900/>

4. Aspectos físicos de Fortaleza

Fortaleza, capital do estado do Ceará, está localizado na latitude: 3° 43' 2" e longitude: 38° 32' 35" na região Nordeste do Brasil, em ambiente litorâneo, limitando-se ao norte com Oceano Atlântico, ao sul com os municípios de Pacatuba, Eusébio, Maracanaú e Itaitinga e a oeste com o

município de Caucaia, a leste o município de Aquiraz. possui uma linha de costa extensa com 33,4 km. É a única capital brasileira inserida 100% no clima semiárido, possui clima do tipo tropical chuvoso com temperatura anual média de 26,5°C, sua altitude em relação ao nível do mar é de 16,0 m. Possui área total de 314,9 km² com 121 bairros oficiais administrados por seis Secretarias Regionais. (IPECE, 2018)

5. Aspectos Sociais e Econômicos

Os bairros de Fortaleza não constituem áreas economicamente homogêneas e pode-se dizer que o município se assemelha a um “mosaico” de contrastes urbanos e desigualdades sociais; é possível perceber em alguns bairros de melhor IDH da cidade, bolsões de miséria onde a população está precariamente assentada.

Os bairros mais populosos da cidade concentram-se nas Regionais I, V e VI, com destaque para o Mondubim, Barra do Ceará, Vila Velha, Granja Lisboa, Passaré e Jangurussu, que possuem mais de 50.000 habitantes; a maior proporção da população infantil (0 a 14 anos) habita em bairros das SR I, V e VI; a baixa proporção da população economicamente ativa nas SR I, V e VI e a população idosa está concentrada em bairros das SR II, IV e parte da SR III.

Observa-se também que nenhum dos bairros mais densos encontra-se entre os que têm maior número de domicílios, inferindo-se que nos bairros mais adensados também há um número maior de pessoas morando no mesmo domicílio.

Historicamente, os bairros da zona leste concentram a maioria da população de classe alta, beneficiada com uma maior e melhor quantidade e qualidade de serviços e infraestrutura urbana. A parte oeste da cidade, no entanto, é ocupada predominantemente por bairros com população de baixa renda, onde prevalecem as favelas, assentadas em loteamentos clandestinos e irregulares e edificadas mediante regime de autoconstrução da moradia, fora dos padrões mínimos de conforto, e em zonas fragilmente urbanizadas em

matéria de equipamentos e serviços urbanos, caracterizando a expansão da periferia urbana e metropolitana.

De acordo com dados do Plano Fortaleza 2040, nos assentamentos precários concentra-se a maior parte dos jovens que não trabalham e nem estudam, os quais são potenciais vítimas de homicídios, bem como da ocorrência de doenças, sobretudo as decorrentes da falta de saneamento (arboviroses, tuberculose e hanseníase, por exemplo). Essa constatação evidencia a necessidade de um enfoque prioritário das políticas públicas transversais complementares à política habitacional sobre essas áreas (Plano Fortaleza, 2040).

A prestação de serviços básicos à população de Fortaleza, como o tratamento da água e condições sanitárias (lixo e esgoto) adequadas são formas de evitar doenças e a ampliação na cobertura desses serviços favorece diretamente à melhoria da qualidade de vida, principalmente a redução da incidência de doenças de veiculação hídrica: amebíase, giardíase, gastroenterite, febre tifoide, hepatite infecciosa e cólera.

A cobertura de abastecimento hídrico no município chega a 98% (IBGE, 2010), entretanto nessas regiões onde predominam domicílios irregulares, as condições de precariedade dificultam a provisão adequada dos serviços públicos.

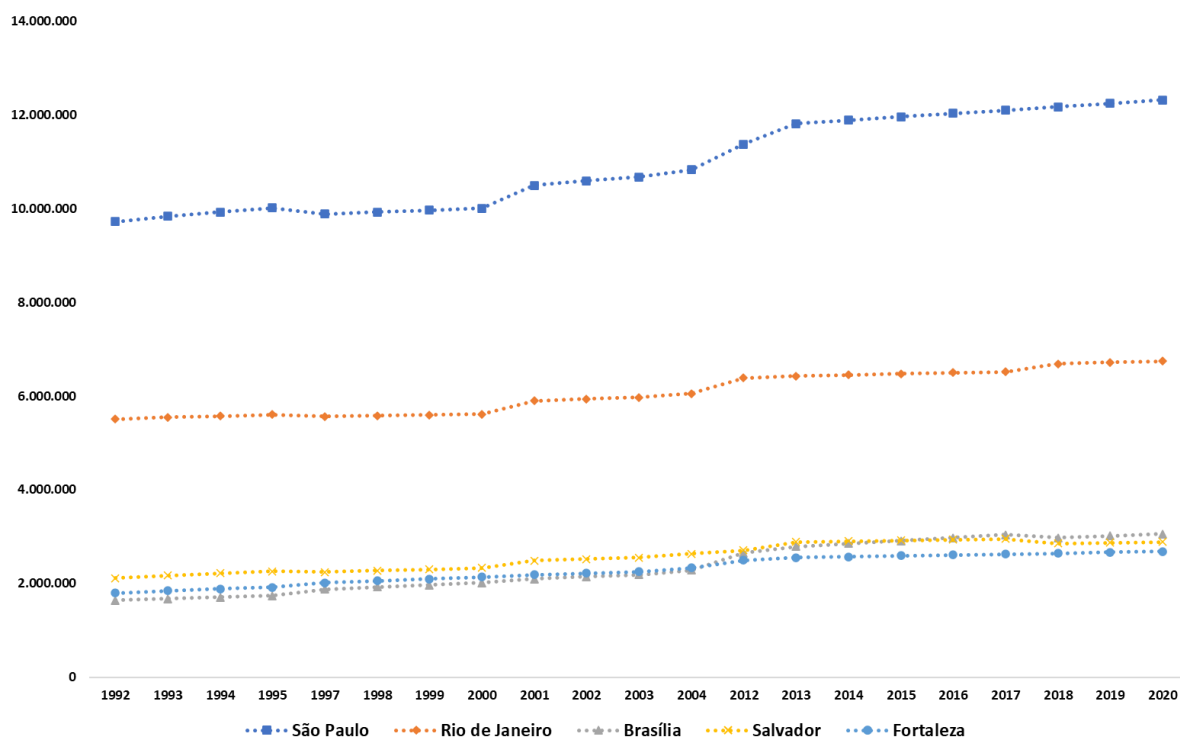
No que se refere à cobertura urbana de esgotamento sanitário, apesar dos investimentos para ampliação efetuados pelo Programa SANEAR I, na primeira metade da década de 90, Fortaleza ainda não conseguiu coletar o esgoto doméstico em sua totalidade, alcançando quase 58,09% das residências. O esgoto não coletado é despejado em fossas sépticas e/ou fossas rudimentares, valas, rios, lagos ou mar, contribuindo para poluição dos corpos hídricos da cidade e proliferação de doenças (PNAD,2009).

O PIB da capital em 2015 (último dado disponível) foi da ordem de R\$ 57,2 bilhões, representando 43,8% do PIB do Ceará, constituindo-se no maior PIB da região Nordeste e oitavo do país; O valor do PIB per capita de Fortaleza equivaleu em 2015 a R\$ 22.093,00, superior à média do Estado (IPECE, 2018).

6. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE FORTALEZA

A população residente na capital foi de 2.686.612 habitantes em 2020, equivalendo a 29,2% do total populacional do estado do Ceará (9.187.103 habitantes). Fortaleza possui o segundo maior contingente populacional do Nordeste e o quinto maior do Brasil, atrás somente de São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília e Salvador (gráfico 1). A Capital ainda possui a maior densidade demográfica entre as capitais do país, com 8.531,6 hab./km² para o ano de 2020. Houve um crescimento populacional linear ascendente com 7,3% aumento a partir do censo de 2010 até a estimativa de 2020.

Figura 1 - População residente estimada em Fortaleza, 1992 a 2020



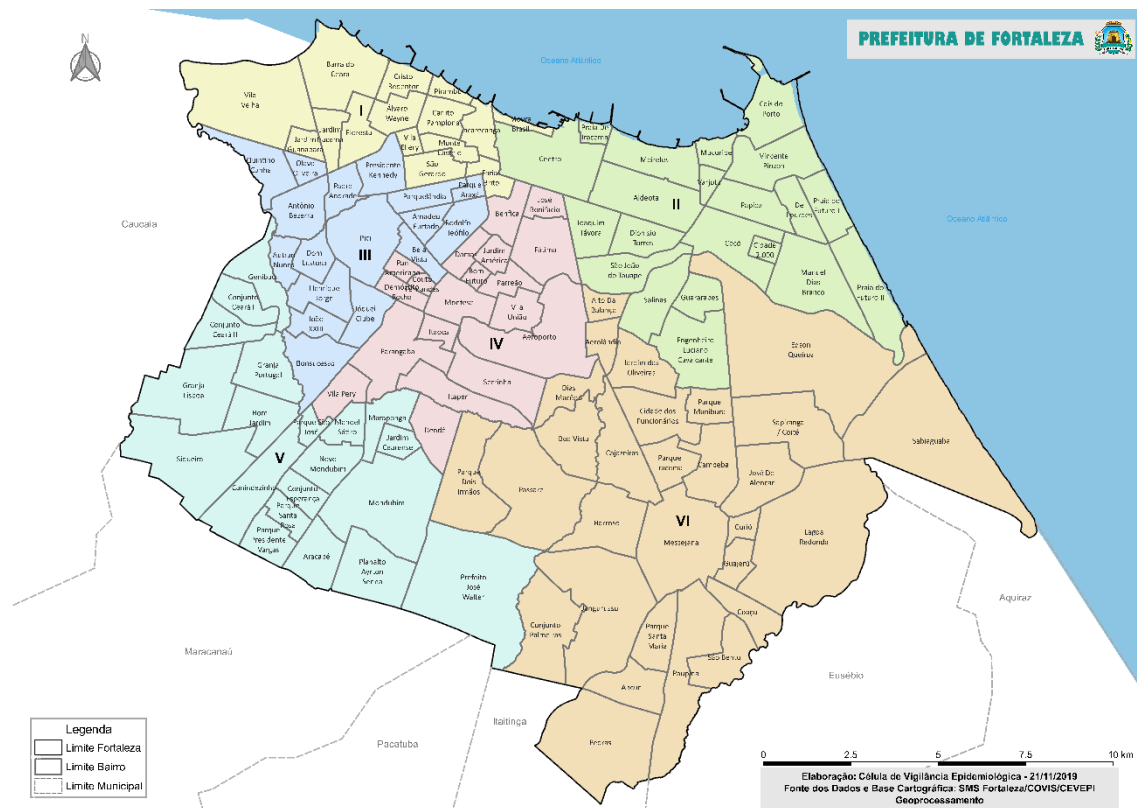
Fonte: IBGE - Estimativas de população/DATASUS.

Quanto ao padrão de ocupação do solo urbano e a distribuição da população de Fortaleza em seu espaço territorial, existe grande variação por bairros (IBGE, 2010). Se o parâmetro observado for o número absoluto de

moradores, apenas 10 bairros da cidade concentram mais de 20% da população.

O município de Fortaleza encontra-se dividido em regiões administrativas denominadas de Secretarias Regionais (figura 2) e são compostas por bairros circunvizinhos que apresentavam semelhanças sociais, econômicas, necessidades e problemas comuns. Em cada Secretaria Regional funcionam as coordenadorias de saúde, educação, meio Ambiente, assistência Social e infraestrutura, dentre outras.

Figura 2 – Distribuição dos bairros e Secretarias Regionais de Fortaleza.



Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI.

Secretaria Regional I

15 Bairros	População
Álvaro Weyne	25.955
Barra Do Ceara	79.346
Carlito Pamplona	31.856
Cristo Redentor	29.271
Farias Brito	13.216
Floresta	31.657
Jacarecanga	15.561
7Jardim Guanabara	16.345
Jardim Iracema	25.400
Monte Castelo	14.479
Moura Brasil	4.124
Pirambu	19.474
São Gerardo/Alagadiço	15.891
Vila Ellery	8.614
Vila Velha	67.508
SR I	398.697

Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI. *Projeção populacional com base no Censo/2010, IBGE

Secretaria Regional II

21 Bairros	População
Aldeota	46.411
Cais do Porto	24.521
Centro	31.268
Cidade 2000	9.063
Coco	22.450
Dionísio Torres	17.128
Guararapes	5.769
Joaquim Távora	25.693
Lourdes	3.693
Luciano Cavalcante	17.028
Manuel Dias Branco	1.583
Mucuripe	15.061
Papicu	20.128
Praia De Iracema	3.431
Praia Do Futuro I	7.265
Praia Do Futuro II	13.100
Praia Do Meireles	40.517
Salinas	4.708
São Joao Do Tauape	30.237
Varjota	9.226
Vicente Pinzón	49.870
SR II	398.150

Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI. *Projeção populacional com base no Censo/2010, IBGE

Secretaria Regional III

17 Bairros	População
Amadeu Furtado	12.821
Antonio Bezerra	28.316
Autran Nunes	23.235
Bela Vista	18.355
Bom Sucesso	45.136
Dom Lustosa	14.405
Henrique Jorge	29.576
Joao XXIII	20.157
Jóquei Clube	21.178
Olavo Oliveira	13.320
Padre Andrade	14.174
Parque Araxá	7.357
Parquelândia	15.814
Pici	46.555
Presidente Kennedy	25.203
Quintino Cunha	38.477
Rodolfo Teófilo	20.940
SR III	395.019

Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI. *Projeção populacional com base no Censo/2010, IBGE

Secretaria Regional IV

19 Bairros	População
Aeroporto	9.442
Benfica	14.193
Bom Futuro	7.016
Couto Fernandes	5.763
Damas	11.744
Demócrito Rocha	12.044
Dendê	6.176
Fatima	25.537
Itaoca	13.669
Itaperi	24.720
Jardim América	13.436
Jose Bonifácio	9.693
Montese	28.452
Pan Americano	9.659
Parangaba	33.906
Parreão	12.131
Serrinha	31.518
Vila Peri	22.619
Vila União	16.848
SR IV	308.566

Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI. *Projeção populacional com base no Censo/2010, IBGE

Secretaria Regional V

20 Bairros	População
Aracapé	21.048
Bom Jardim	41.368
Canindezinho	45.140
Conjunto Ceara I	21.058
Conjunto Ceara II	25.937
Conjunto Esperança	17.973
Granja Lisboa	57.017
Granja Portugal	43.443
Jardim Cearense	11.069
Maraponga	11.127
Mondubim	62.264
Novo Mondubim	22.384
Parque Genibaú	44.190
Parque Presidente Vargas	7.880
Parque Santa Rosa	14.013
Parque São Jose	11.489
Planalto Ayrton Senna	43.218
Prefeito Jose Walter	36.624
Siqueira	36.845
Vila Manoel Sátiro	19.197
SR V	593.284

Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI. *Projeção populacional com base no Censo/2010, IBGE

Secretaria Regional VI

29 Bairros	População
Aerolândia	12.445
Alto da Balança	14.039
Ancuri	7.372
Barroso	32.701
Boa Vista	13.418
Cajazeiras	15.862
Cambéba	8.353
Cidade dos Funcionários	20.002
Coaçu	7.875
Curió	8.367
Dias Macedo	13.270
Edson Queiroz	24.333
Guajerú	7.304
Jangurussu	55.306
Jardim das Oliveiras	32.397
Jose De Alencar	17.533

Lagoa Redonda	30.620
Messejana	45.675
Palmeiras	40.097
Parque Dois Irmãos	29.839
Parque Iracema	9.213
Parque Manibura	8.248
Parque Santa Maria	14.618
Passaré	55.809
Paupina	16.066
Pedras	1.470
Sabiaguaba	2.320
São Bento	13.107
Sapiranga Coite	35.232
SR VI	592.891

Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI. *Projeção populacional com base no Censo/2010, IBGE

7. A RELEVÂNCIA DO COMITÊ INTERSETORIAL DE CONTROLE DAS ARBOVIROSES.

O município de Fortaleza instituiu por meio do decreto 13.995/2017 o Comitê Intersetorial de Controle das Arboviroses, com o objetivo de promover ações intersetoriais e estabelecer responsabilidades por setores específicos (Gabinete do Prefeito; Secretaria Municipal de Governo; Secretaria Municipal de Saúde; Coordenadoria de Comunicação do Gabinete do Prefeito; Coordenadoria das Regionais: Secretarias Regionais I, II, III, IV, V, VI e Centro; Secretaria Municipal de Infraestrutura; Secretaria Municipal de Urbanismo e Meio Ambiente; Secretaria Municipal de Conservação e Serviços Públicos; Agência de Fiscalização de Fortaleza; Autarquia Municipal de Trânsito e Cidadania; Empresa de Transporte Urbano de Fortaleza; Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle de Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; Autarquia de Urbanismo e Paisagismo de Fortaleza; Secretaria Municipal do Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Municipal de Educação; Procuradoria Geral do Município e Câmara Municipal de Fortaleza.) que extrapolam o setor saúde, com realização de ações como: ampliação do “Selo Escola Amiga da Saúde”, “Detetive Marcelinho contra *Aedes*” e o lançamento do livro “O Fim da Picada” com foco no protagonismo juvenil; ampliação do “Projeto Senhora Faxina”, desenvolvido por pessoas da terceira idade e Corpo de Bombeiros, com mutirões de visitas nos bairros de

maior incidência de casos, palestras e exposição do ciclo biológico do vetor; Operação Quintal Limpo nas áreas elencadas de maior risco para a proliferação do *Aedes* e para remoção e redução dos criadouros inservíveis, inspeções nas unidades de saúde e escolas. Blitz sanitárias com notificação e autuação dos imóveis reincidentes de focos geradores, revitalização/monitoramento das brigadas em órgãos públicos e privados.

Foram estratégias com boa repercussão que tem impacto direto na redução dos criadouros, na prevenção e controle do *Aedes aegypti*, consequentemente no número de casos.

8. EIXO VIGILÂNCIA EM SAÚDE

8.1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS ARBOVIROSES

8.1.1. Dengue

No ano de 1994 foi introduzido o DENV2, sendo responsável pela primeira grande epidemia de dengue no município e em 2002 o DENV3. No ano de 2008 foi reintroduzido o DENV2, no biênio 2010-2011 o DENV1 e no ano de 2012 foi introduzido o DENV4, promovendo a maior epidemia de dengue registrada em Fortaleza. No ano de 2013 o sorotipo predominante foi o DENV4, no biênio 2014-2015 o DENV1 e no triênio 2016-2018 foi isolado apenas o sorotipo DENV1.

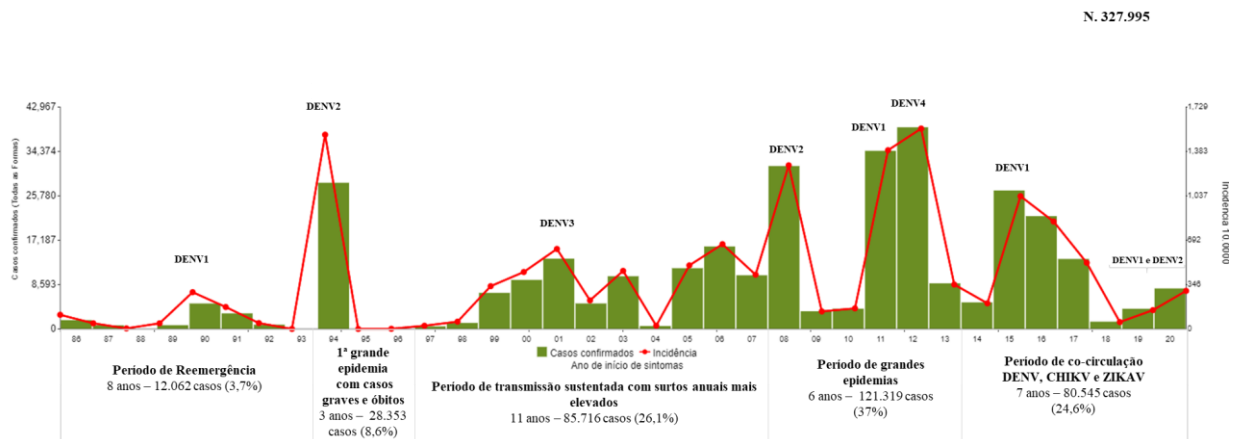
Em 2019 foi reintroduzido o DENV2, sendo registrada a co-circulação com o DENV2 no biênio 2019-2020.

- 2019 – casos registrados nas CORES I (01 caso), CORES III (01 caso), CORES IV (01 caso), CORES V (11 casos) e CORES VI (04 casos).
- 2020 - casos registrados nas CORES II (01 caso), CORES V (03 casos) e CORES VI (10 casos).

A introdução e reintrodução de diferentes sorotipos do vírus da dengue em Fortaleza produziram condições favoráveis à transmissão da doença que,

em linhas gerais, manifestam as características epidemiológicas registradas na figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos casos confirmados e da Taxa de Incidência por ano dos 1º sintomas, Fortaleza, 1986 – 2020.



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan - Atualizado 10 de dezembro de 2020. Dados sujeitos à alteração.

No período foram confirmados 327.995 casos de dengue. Para efeito de comentários a série histórica, a figura 1 está organizada em cinco períodos distintos, conforme o número de casos e taxa de incidência (TI), sendo:

- a)** 1986 a 1993 – introdução e circulação do vírus DENV1 (único sorotipo isolado no período) com incidência variando de baixa a moderada. Destaque para 1986, 1990 e 1991 quando foram registradas respectivamente taxa de incidência de 110,5, 286,8 e 171,1 casos por 100 mil habitantes. No período (08 anos) foram contabilizados 3,7% (12.062) de todos os casos de dengue registrados no município. Não houve notificação de caso grave nem de óbito.
- b)** 1994 a 1996 – introdução do vírus DENV2 no ano de 1994 registrando a primeira grande epidemia da dengue em Fortaleza (taxa de incidência de 1.513,9 casos por 100 mil habitantes), os primeiros casos graves (21) e os primeiros óbitos (09). No triênio ocorreram 28.353 casos, número que representa 8,6% de todos os registros da doença contabilizados em Fortaleza, sendo que 99,9% foram registrados em 1994 (28.317). No biênio 1995 e 1996

foram registradas as menores TI do período (0,3 e 1,5 casos por 100 mil habitantes, respectivamente);

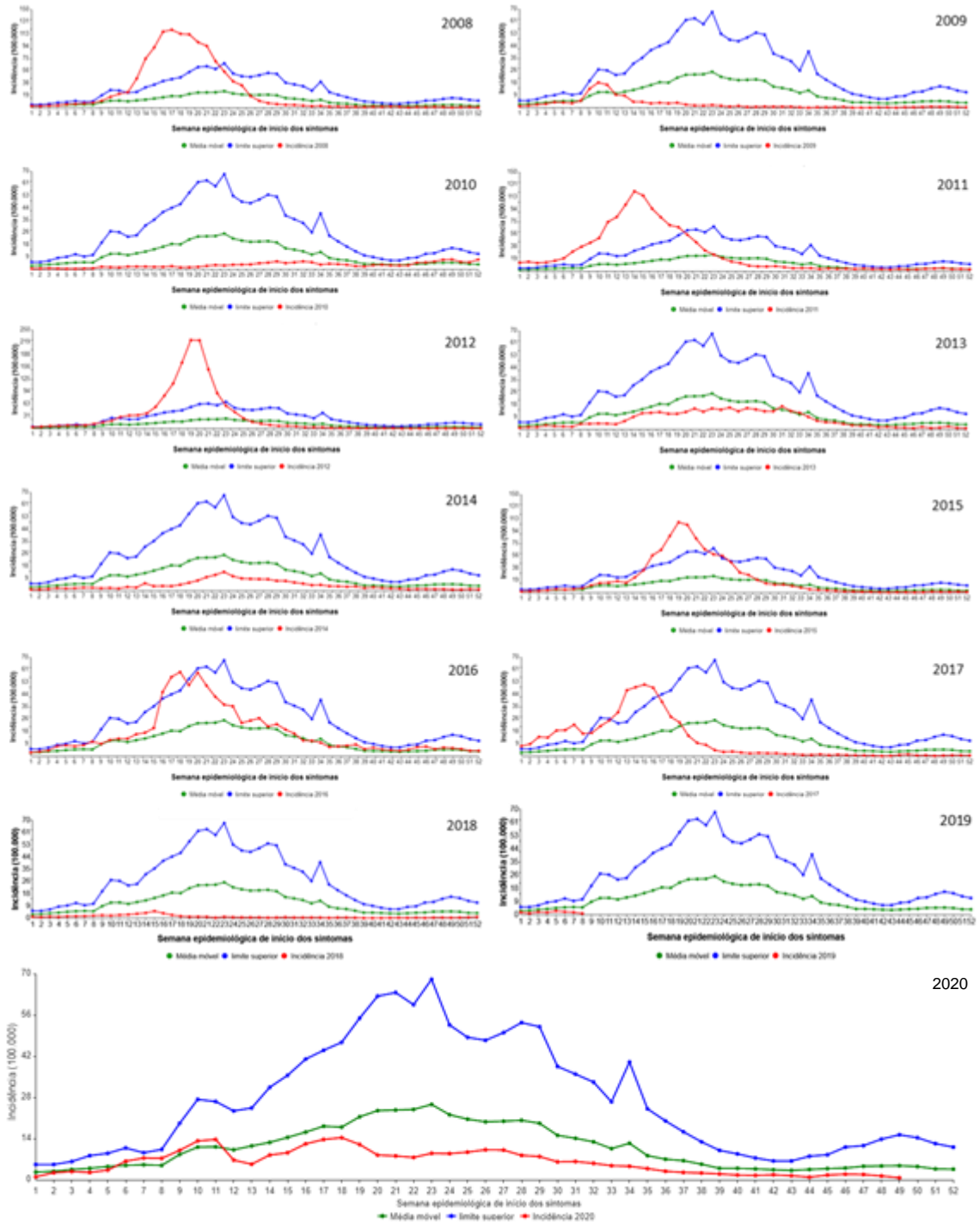
c) 1997 a 2007 - o ano de 1997 marca o início de um período de tendência ascendente dos casos da dengue, com registros de picos epidêmicos anuais elevados a partir de 1999, com incidência variando de 333,7 (1999) a 661,0 (2006) casos/100.000 habitantes; exceto em 2002 e 2004. Nesses onze anos foram contabilizados 85.716 casos da doença (26,1% de todos os casos registrados na história da dengue no município), dos quais 740 foram formas graves, sendo que 57 evoluíram para óbito (20,1% de todos os óbitos registrados no município). No ano de 2002 foi registrada a introdução do DENV3.

d) 2008 a 2013 – pode ser considerado o período das grandes epidemias da dengue no município de Fortaleza. Nesses seis anos foram registrados 121.319 casos de dengue (37% de todos os registros do município), sendo 1.205 formas graves (57% de todas as formas graves registradas), das quais 122 evoluíram para óbito (43% de todos os óbitos).

e) 2014 a 2020 – em 2014 foram registrados os primeiros casos importados de Chikungunya em residentes no Município de Fortaleza. Casos autóctones foram confirmados somente em dezembro de 2015. Os primeiros relatos de zika no Município de Fortaleza datam do final de 2014, quando passou a ser notificada uma síndrome febril exantemática com clínica equivalente à dengue, mas com resultados negativos em testes laboratoriais para essa doença. Os primeiros casos de zika confirmados por laboratório em residentes de Fortaleza foram registrados em 2015, confirmando a circulação simultânea dos vírus Dengue, Chikungunya e Zika no município de Fortaleza.

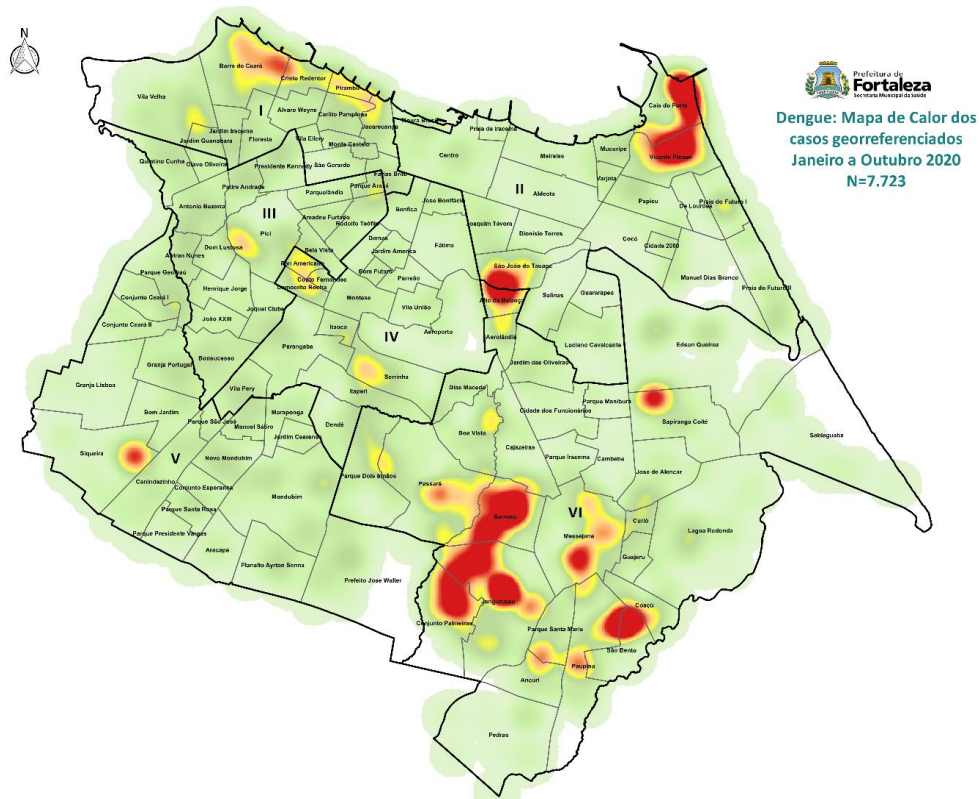
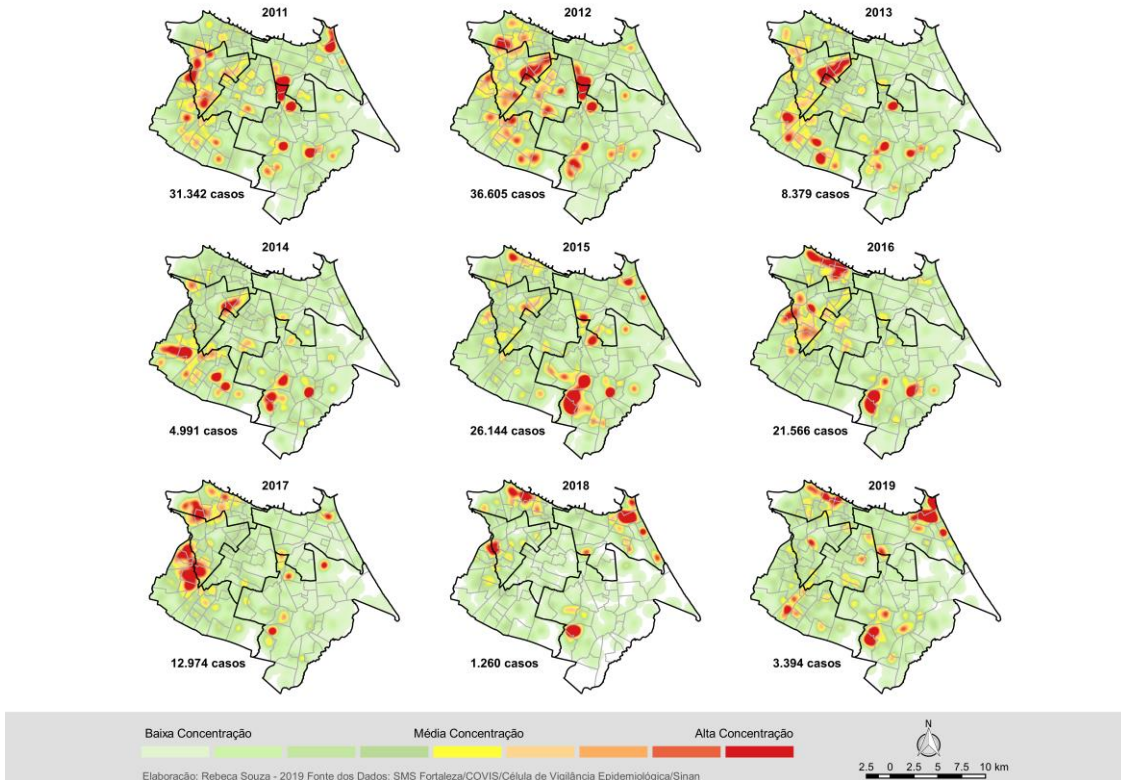
A Figura 2 mostra o diagrama de controle, que registra a distribuição dos casos por semana epidemiológica no período 2008 a 2020. A Figura 3 mostra a distribuição espacial dos casos confirmados de dengue nos anos de 2011 a 2020. A figura 4 apresenta a distribuição espacial do vírus DENV por bairro residência dos pacientes no período de 2011 a 2020.

Figura 2 - Dengue: Diagrama de Controle, Fortaleza 2008 a 2020.



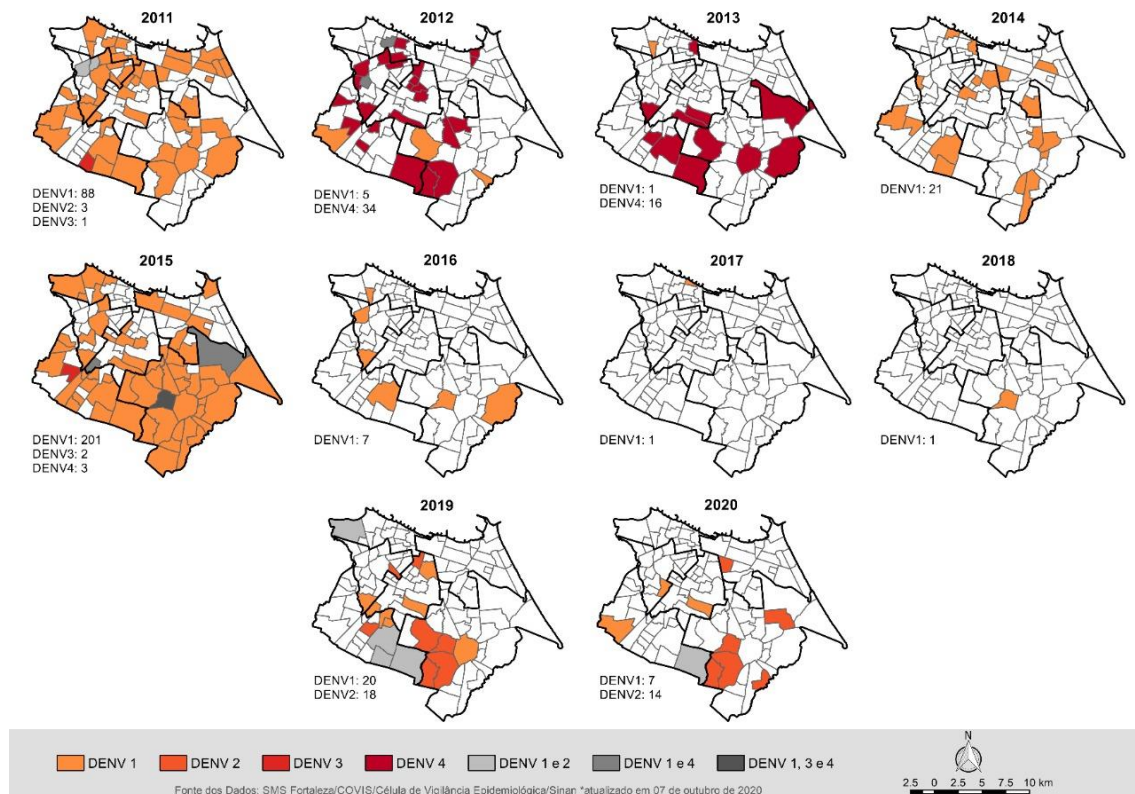
Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan - Atualizado 10 de dezembro de 2020. Dados sujeitos à alteração.

Figura 3 – Dengue: Distribuição espacial dos casos confirmados por ano dos primeiros sintomas Fortaleza 2011 a 2020.



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan - Dados sujeitos à alteração.

Figura 4 – Distribuição espacial do vírus DENV por bairro residência dos pacientes, Fortaleza, 2011 - 2020



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan - Atualizado 10 de dezembro de 2020. Dados sujeitos à alteração.

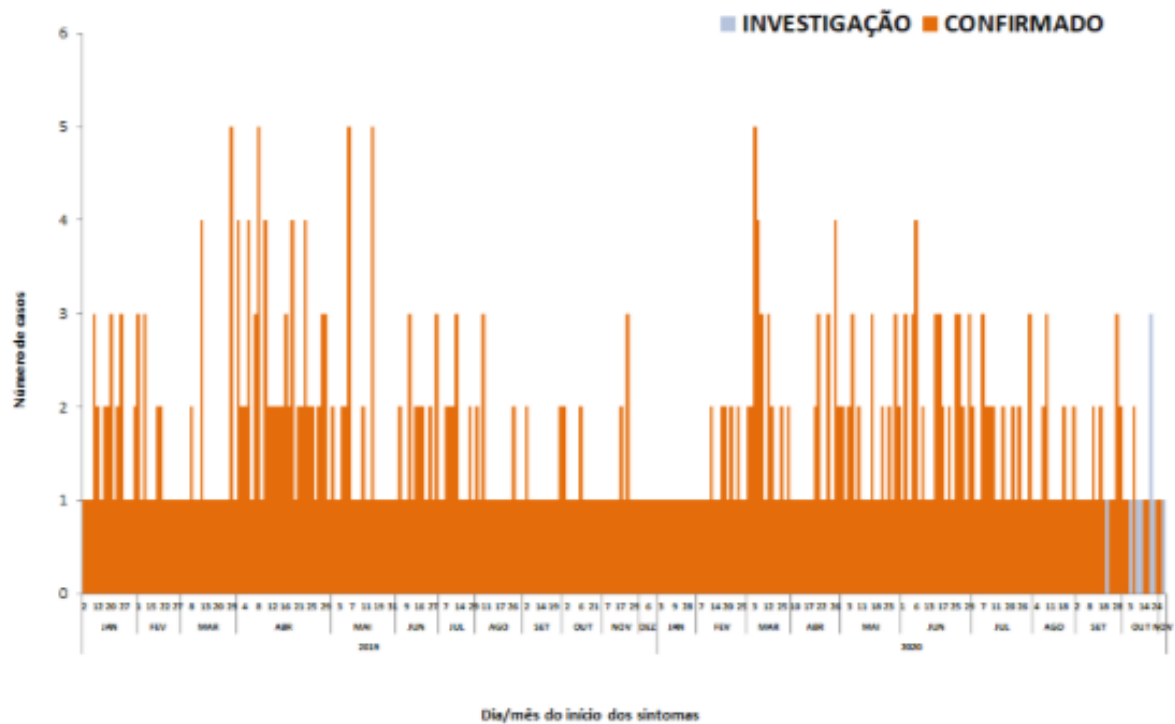
8.1.2. Chikungunya

Os primeiros casos da Febre de Chikungunya confirmados em residentes no Município de Fortaleza foram registrados no ano de 2014. Na época as investigações evidenciaram tratar-se de casos importados, considerando que os pacientes haviam viajado para áreas com circulação do vírus CHIK. Os primeiros casos autóctones foram confirmados somente no segundo semestre de 2015.

No período de 2014 a 2020 foram confirmados 80.634 casos da Febre Chikungunya em residentes no Município de Fortaleza, sendo 22,1% (17.791) em 2016, no ano de 2017 foram 76,6% (61.729), em 2018 apenas 0,7% dos casos (584), em 2019 0,3% (274), em 2020 0,3% (237) e no biênio 2014-2015 apenas 19 casos. No tocante à evolução, foram confirmados 172 óbitos, sendo

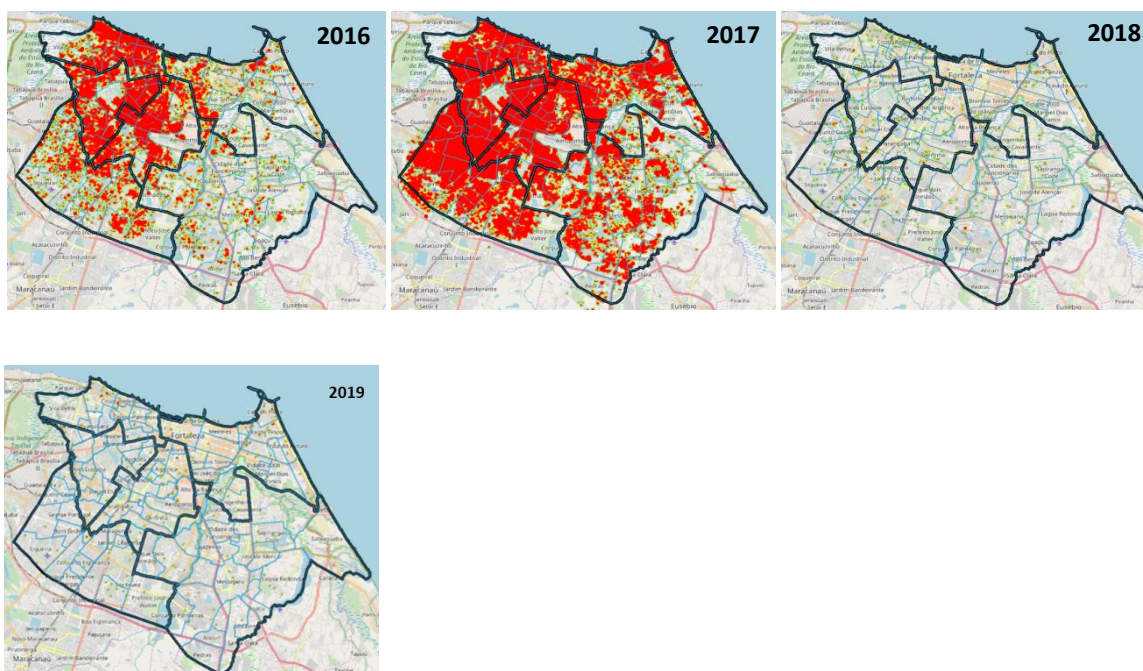
25 em 2016, 144 em 2017, 01 óbito em 2018 e 02 óbitos em 2020. A Figura 5 registra a distribuição temporal dos casos confirmados de chikungunya no período 2019 e 2020 e a Figura 6 o descritivo da distribuição espacial da doença por ano dos primeiros sintomas, do período de 2016 a 2019.

Figura 5 - Chikungunya: Série temporal das notificações e casos confirmados por semana epidemiológica/ano do início dos sintomas, Fortaleza 2019 - 2020.



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan - Dados sujeitos à alteração.

Figura 6 – Chikungunya: Distribuição espacial dos casos confirmados por ano dos primeiros sintomas Fortaleza 2016 a 2019.



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan - Dados sujeitos à alteração.

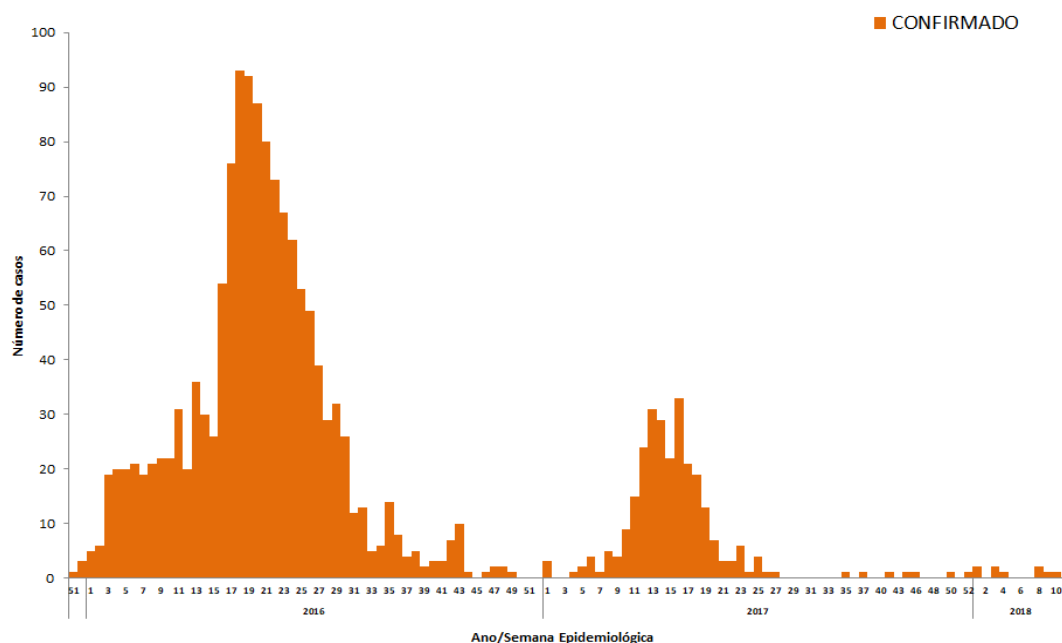
8.1.3. Zika

No primeiro semestre de 2015, pesquisadores da Universidade Federal da Bahia (UFBA) reportaram a identificação de vírus Zika em pacientes provenientes da região de Camaçari/BA. No mesmo período a Fiocruz/PE identificou ZIKAV em amostras provenientes de Natal/RN.

A partir desses achados o Ministério da Saúde adotou a estratégia de instalação de Unidades Sentinelas para identificar possível circulação do vírus Zika em outras cidades nordestinas. No mesmo período foi observado o aumento do número de casos de microcefalia e ou alterações do sistema nervoso central (SNC), que passou a ser associada a possível infecção causada pelo vírus Zika. Este fato tornou-se uma das grandes preocupações em saúde pública no período. Os primeiros casos de Zika vírus confirmados por teste de laboratório em residentes no Município de Fortaleza foram registrados no ano de 2015 (21 casos notificados no Hospital São José – Unidade Sentinela).

A Zika foi incluída na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e eventos de saúde pública através da Portaria nº 204 de 18 de fevereiro de 2016. No período 2016 a 2020 foram confirmados no Município de Fortaleza 1.623 casos de zika, sendo 81,9% (1.329) no ano 2016, em 2017 foram 16,5% (267). A partir de 2018 a 2020 foram registrados 27 casos (13, 02 e 12, respectivamente). A Figura 6 mostra a distribuição temporal dos casos confirmados da doença por semana epidemiológica dos primeiros sintomas no período de 2016 a 2018.

Figura 7 – Zika: Série temporal dos casos confirmados segundo semana epidemiológica, Fortaleza 2016 - 2018.



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan - Dados sujeitos à alteração.

A tabela 1 evidencia os casos confirmados de zika por mês do início dos sintomas entre 2015 e 2020. Após a epidemia registrada em 2016 o cenário é de baixa transmissão.

Tabela 1 - Zika: número de casos confirmados por ano/mês do início dos sintomas, Fortaleza/CE, 2015-2020.

Mês	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Janeiro	0	52	6	5	0	0
Fevereiro	0	83	11	2	0	0
Março	0	114	75	2	0	0
Abril	0	199	114	1	0	0
Maiο	11	390	40	0	1	4
Junho	2	248	14	0	0	1
Julho	1	145	2	1	1	2
Agosto	1	45	1	0	0	3
Setembro	0	23	1	0	0	0
Outubro	1	23	1	0	0	2
Novembro	0	4	2	2	0	0
Dezembro	5	3	2	0	0	0
TOTAL	21	1.329	269	13	2	12

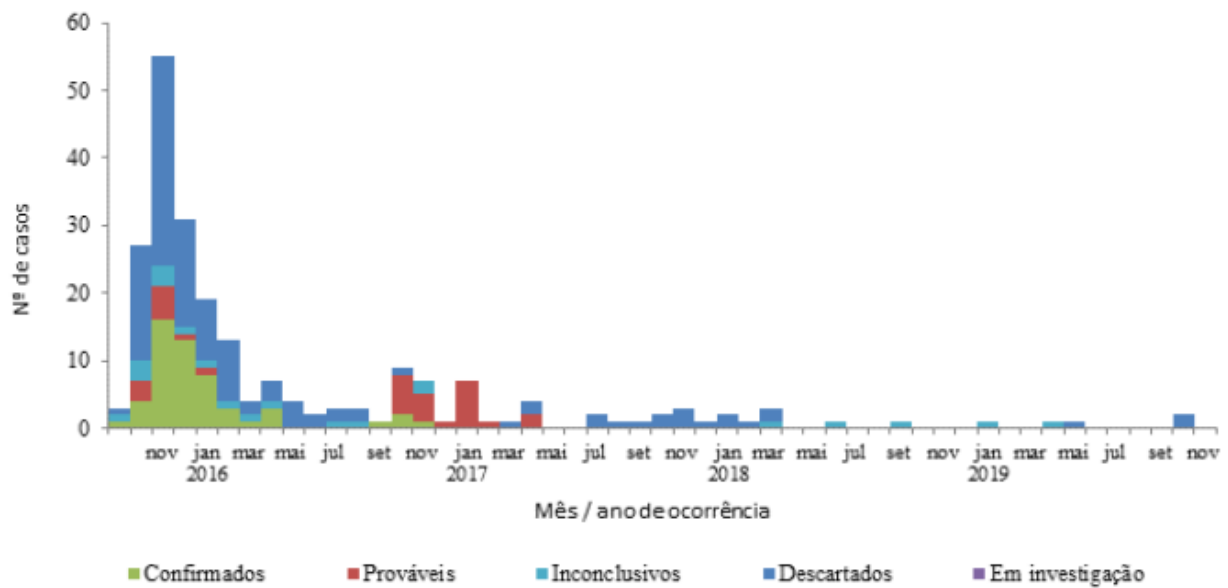
Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan - Atualizado 10 de dezembro de 2020. Dados sujeitos à alteração.

Em 2020, até a 50^a semana, foram 162 notificações, sendo 12 confirmações, 119 descartes, 27 classificadas como inconclusivas e 4 suspeitas em investigação.

8.1.4. Síndrome Congênita associada a infecção pelo vírus Zika (SCZ) no Município de Fortaleza.

Os primeiros casos de síndrome congênita associada ao vírus Zika em residentes de Fortaleza foram reportados a partir de outubro de 2015. No período de 2015 a 2018 foram notificados 225 bebês com suspeita de SCZ, sendo 37,8% (85) no ano de 2015; aumentou para 45,8% (103) em 2016, decresceu para 10,2% (23) em 2017, reduziu para 4,0% (09) das notificações em 2018 e em 2019 recuou para 2,2% (5). A Figura 7 mostra a classificação final dessas suspeitas após as investigações.

Figura 8 - Classificação final das suspeitas de SCZ distribuída por mês/ano da notificação. Fortaleza, 2015 – 2019



Fonte: RESP/ Ministério da Saúde - Atualizado em 03 julho de 2020. Dados sujeitos à alteração.

Em linhas gerais observa-se o seguinte:

- Foram confirmados 53 casos de Síndrome Congênita associada a infecção pelo vírus Zika (26 por critério clínico-radiológico e 27 por exames laboratoriais);
- as notificações classificadas como casos prováveis de SCZ foram 31;
- as notificações classificadas como inconclusivas foram 21.
- 115 notificações foram descartadas.

8.2. Cenário das Arboviroses para 2021

8.2.1. Dengue

O cenário epidemiológico para 2021 estará condicionado, entre outros fatores, ao sorotipo predominante. Possíveis cenários:

- Circulação do sorotipo DENV1 – O sorotipo DENV1 produziu a epidemia de 2011, foi predominante no biênio 2014-2015 e o único sorotipo isolado no triênio 2016-2018. No ano de 2019 foi isolado em 20 amostras, correspondendo a 52,6% (20/38).
- Reintrodução do sorotipo DENV2 – em 2019 foi reintroduzido, sendo isolado em 18 amostras correspondendo a 47,3 (18/38). Em 2020 é o sorotipo predominante, isolado em 14 amostras, representando 66,6% (14/21). Cabe salientar que o DENV2 produziu duas grandes epidemias no Município de Fortaleza: em 1994, ano de sua introdução e, em 2008, quando da reintrodução.

8.2.2. Chikungunya

O vírus CHIK produziu duas ondas epidêmicas no município, a maior delas em 2017, quando foram registrados 76,6% do total de casos confirmados em Fortaleza, taxa de incidência de 2.349,3 casos por 100 mil habitantes. A incidência registrada em 2018 foi de apenas 21,8 casos por 100 mil habitantes, 2019 com 10,2 e até a Semana Epidemiológica (SE) 50 de 2020 a incidência é de 8,88 por 100 mil habitantes. Considerando tratar-se de uma doença emergente, é provável haver áreas da cidade com forte presença de população ainda suscetível. No momento não há evidência epidemiológica que possibilite fazer predição segura quando a taxa de incidência para 2021. O cenário mais provável é a ocorrência de casos agrupados em determinadas áreas, mas com baixa taxa de incidência geral.

8.2.3. Zika

Permanecendo a circulação viral registrada no Brasil e no Ceará no ano de 2019, com uma incidência de 0,07 por 100.000, o esperado em Fortaleza para 2021 é um cenário de baixa transmissão. O mesmo ocorrendo com os casos de SCZ.

QUADRO 1: Total de casos confirmados de arboviroses por estabelecimentos de saúde na Rede Municipal de Saúde, Fortaleza, 2015 a 2020.

Tipo de Estabelecimento		Arboviroses	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Unidade de Atenção Primária a Saúde		Dengue	6.558	3.464	8.130	194	605	3.925
		Chikungunya	0	6.588	26.195	142	99	96
		Zika	0	743	213	6	1	6
Unidade de média complexidade	UPA	Dengue	11.631	15.322	3.731	1.069	2.454	2.840
		Chikungunya	0	5.150	24.219	318	93	51
		Zika	0	477	3	2	1	0
	Hospital Municipal	Dengue	5.046	1.706	993	59	3	339
		Chikungunya	0	2.209	448	48	16	29
		Zika	0	93	51	4	0	3
Unidade de alta complexidade	Hospitais Estaduais e Federais	Dengue	2.098	980	559	70	227	273
		Chikungunya	5	2.884	2.148	62	58	40
		Zika	0	4	2	1	0	4
Total			25.338	39.620	66.692	1.975	3.557	7.606

Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan - Atualizado 10 de dezembro de 2020. Dados sujeitos à alteração.

9. MACROPROCESSOS PARA O ENFRENTAMENTO DAS ARBOVIROSES

9.1. Vigilância Epidemiológica

Estrutura Funcional: as ações de vigilância epidemiológica no Município de Fortaleza estão assim estruturadas: equipe da Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEPI) equipe de vigilância epidemiológica das regionais de saúde e equipe dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NUHEPI). Ver situação dos profissionais no **quadro 5**.

QUADRO 1: Competência dos pontos de Atenção da Rede de Saúde

Unidade de Pronto Atendimento	Unidade de Atenção Primária a Saúde	Hospital <u>com</u> Núcleo Hospitalar de Epidemiologia	Hospital <u>sem</u> Núcleo Hospitalar de Epidemiologia	
Notificar e digitar diariamente a Ficha de Notificação/Investigação no Sinan	UAPS com Sala de Situação: Notificar e digitar diariamente a Ficha de Notificação/Investigação no Sinan.	A notificação, digitação dos dados no SINAN, a investigação e encerramento dos casos fica na responsabilidade da equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.	Notificar e encaminhar as fichas para serem digitadas no SINAN pela equipe de vigilância epidemiológica das Regionais.	
UPA e UAPS que não possam digitar a Ficha de Notificação/Investigação no Sinan devem encaminhar diariamente esses documentos para serem digitadas pela equipe de vigilância epidemiológica das Regionais.				
Coleta de material para sorologia e isolamento viral e encaminhamento para o Lacen Ceará, acompanhados da ficha de notificação, observando a oportunidade de coleta descrita abaixo:				
Oportunidade de coleta	Deteção de Anticorpos IgM	Deteção de Antígenos NS1	Isolamento Viral	RT-PCR
Dengue	Após o 6º dia do início dos sintomas	Até o 5º dia do início dos sintomas, de preferência, até o 3º dia		Coletar amostra de soro até o 5º dia do início dos sintomas. Amostra de líquor pode ser coletada até o 30º dia do

Chikungunya		-	-	início dos sintomas.
Zika*		-	-	*Zika: No caso de urina pode ser coletada até 14 dias.
<p>A ocorrência de óbito com suspeita de dengue ou chikungunya deve ser comunicada imediatamente a CEVEPI/SMS para efeito de repasse da informação para a Secretaria Estadual da Saúde - SESA. No caso do óbito ocorrer nos finais de semana ou feriado informar a equipe do plantão epidemiológico da CEVEPI/SMS através dos seguintes telefones e email: (85) 3452.6989/ 9 8868.9893/ 9 8956.7316; cevepi.ce@gmail.com. É fundamental que a unidade de ocorrência esteja sensível à coleta de material biológico bem como a notificação oportuna no Sinan.</p>				

QUADRO 2: Monitoramento diário da tendência da transmissão da Dengue, Chikungunya ou Zika

CEVEPI	<p>FERRAMENTAS A SEREM UTILIZADAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagrama de Controle; • Georreferenciamento (categorização de risco em diferentes agregados espacial nos bairros); • Sinan online • Resultados do Lacen/Ce; • Utilização do RESP. <p>AÇÕES DE ROTINA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio às equipes da VE das Regionais de Saúde e NUHEPI nas investigações de suspeitas de DSA ou DG, formas atípicas de Chikungunya e Gestantes com suspeita de Zika; • Apoio às equipes da VE das Regionais de Saúde e NUHEPI nas investigações de óbitos suspeitos por arboviroses; • Análise de possíveis inconsistências no Sinan online e Sinan Net.
---------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de descritivos de óbitos suspeitos por arboviroses para discussão no Comitê Estadual de Investigação de óbitos por Arboviroses; • Avaliação semanal dos seguintes indicadores: taxa de incidência, proporção de casos encerrados por critério laboratorial, casos graves e óbitos. • Plantão epidemiológico nos finais de semana e feriados
<p>Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Digitação no Sinan das fichas recebidas das UAPS e UPA, Hospitais Privados e Filantrópico; • Investigação e encerramento oportuno das notificações; • Investigação no âmbito domiciliar dos óbitos suspeitos por dengue, Chikungunya ou Zika; • Monitoramento de gestantes com suspeita de zika; • Investigação das suspeitas de óbitos por arboviroses ocorridos nos estabelecimentos de saúde particulares ou filantrópicos; • Monitoramento das notificações registradas no Prontuário eletrônico da Fast Medic; • Acompanhamento da dinâmica da transmissão das arboviroses no território das unidades de saúde; • Contribuição para organização de Sala de Situação das arboviroses nas UAPS; • Monitorar as UAPS silenciosas; • Consulta semanal do GAL • Participação no Comitê Regional para o Controle e Vigilância das Arboviroses; • Articulação com a equipe de controle vetorial para direcionar ações de entomologia para as áreas com maior incidência; • Divulgação dos dados nas reuniões semanais da regional.
<p>Núcleo Hospitalar de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Digitação das fichas de pacientes com suspeita de

<p>Epidemiologia</p>	<p>arboviroses notificadas no hospital;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigação e encerramento dos casos; • Busca ativa nos prontuários de suspeitas de arboviroses, em especial, das suspeitas de DSA, DG com evolução para óbito; • Monitoramento das internações por arboviroses; • Monitoramento de gestantes com suspeita de zika; • Contribuição para o fortalecimento da classificação de risco; • Informação oportuna para a vigilância epidemiológica da regional de saúde e CEVEPI das suspeitas de óbitos por arboviroses; • Consulta semanal do GAL • Organização da sala de situação das arboviroses • Organização de plantão epidemiológica para o período de epidemia.
<p>UAPS com Sala de Situação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Notificação e Digitação das fichas de pacientes com suspeita de arboviroses. • Investigação e encerramento oportuno das notificações; • Investigação no âmbito domiciliar dos óbitos suspeitos de dengue, chikungunya ou zika, de pacientes residentes na área Adscrita.

QUADRO 3: Instrumentos de divulgação das Informações

<p>Sistema de Monitoramento Diário de Agravos</p> <p>SIMDA</p>	<p>Sistema online de divulgação dos dados das arboviroses. Distribuição das notificações por bairros, estabelecimentos de saúde, ano/mês/semana epidemiológica, idade da população afetada, classificação final e critério de confirmação.</p> <p>Para acesso utilize o link</p> <p>http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda</p>
--	---

<p>Boletim Semanal das Arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika)</p>	<p>Versão eletrônica (atualização síntese do comportamento da dengue, chikungunya e zika por semana epidemiológica).</p>

9.2. VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E CONTROLE VETORIAL

O Programa Municipal de Controle das Arboviroses segue as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue emanadas pelo Ministério da Saúde e o Controle Vetorial no âmbito do Município prima pela garantia da execução das operações de campo, contemplando os processos de trabalho, organização de recursos humanos, materiais, equipamentos e insumos necessários para atender as situações de rotina bem como processos de emergência relacionados às arboviroses, visando à integralidade das ações, à prevenção e ao controle dos processos epidêmicos.

A Vigilância Entomológica e controle do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* é uma atribuição da Célula de Vigilância Ambiental de Riscos Biológicos – CEVAM, conta atualmente com 1.679 servidores, sendo que destes 1.208 encontram-se diretamente desenvolvendo ações de controle das arboviroses e descentralizadas em: sete Distritos Técnicos de Endemias (DTE'S); sete Núcleos de Educação em Saúde e Mobilização Social - NESMS, essas estruturas estão implantadas em cada Secretaria Regional de Fortaleza e a Divisão de Controle Químico de Vetores que atende todo Município.

Na prática de rotina essas ações de controle e monitoramento de vetores são realizadas mediante a visita aos imóveis pelos Agentes de Controle de Endemias (ACE), de forma integrada com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) junto a **116 Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS)**, obedecendo à lógica do processo de territorialização que foi implantado no Município de Fortaleza em 2013.

O município de Fortaleza possui 902.824 imóveis cadastrados no PNCD (Programa Nacional de Controle da Dengue) e trabalha com base de dados do

Ministério da Saúde. Entretanto os dados produzidos pelo programa apontam um total de 1.277.746 imóveis distribuídos em 121 bairros e 18.854 quarteirões. Cada imóvel deve receber seis inspeções anuais em intervalo de sessenta dias. O município possui ainda 1.505 imóveis classificados como pontos estratégicos (PE), que são inspecionados quinzenalmente.

A sazonalidade de transmissão da dengue e aumento da infestação do vetor em Fortaleza ocorre em maior intensidade no período chuvoso, ou seja, no primeiro semestre, o qual designou como inverno, entretanto, tem-se verificado a ocorrência de transmissão de arboviroses durante todos os meses do ano. Dessa forma, o monitoramento permanente de indicadores epidemiológicos, entomológicos e operacionais pode detectar precocemente a vulnerabilidade para ocorrência de epidemias de arboviroses.

Esse monitoramento permite a detecção de alterações no padrão de comportamento da infestação e da doença para aplicação das diferentes fases do plano de contingência tendo como base o diagrama de controle da dengue integrado com monitoramento do índice de focos de culicídeos diário que subsidia as informações de infestação entre os intervalos dos Levantamentos de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA) para avaliação, monitoramento e tomada de decisões.

9.2.1. Perfil entomológico de Fortaleza

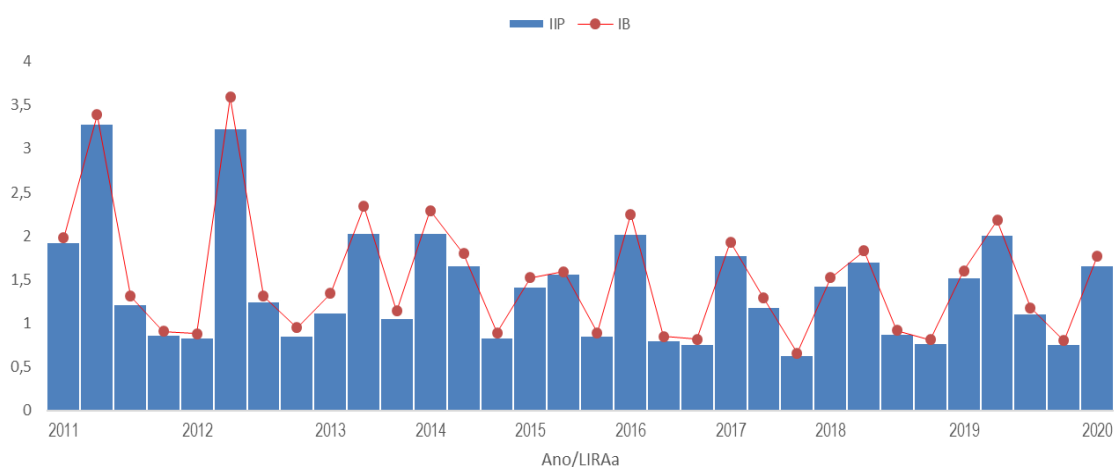
A caracterização entomológica do Município é obtida por meio do Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA) obedecendo os critérios definidos no manual “Levantamento Rápido de Índice para *Aedes aegypti* – LIRAA – para vigilância entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil” Edição-2013.

Considerando a necessidade de monitoramento permanente da infestação predial o Programa de controle utiliza a coleta informações diárias sobre número de focos de culicídeos identificados pelo agente de endemias na visita de rotina para monitoramento e avaliação do índice de infestação.

9.2.2. Perfil da Infestação

O perfil do Índice de Infestação Predial (I.I.P.) e Índice de Breteau (I.B.) do vetor em Fortaleza são caracterizados nos últimos anos com a variação entre 0,66% a 2,00% sendo que no primeiro semestre são registrados os índices mais elevados, período que coincide com a quadra chuvosa e apresenta um declínio acentuado nos meses de julho a dezembro, quando são aferidos os menores percentuais. **(Figura 1).**

Figura 1 – Índice de Infestação Predial e Índice de Breteau no período do ano de 2011 a 2020, Fortaleza-CE.



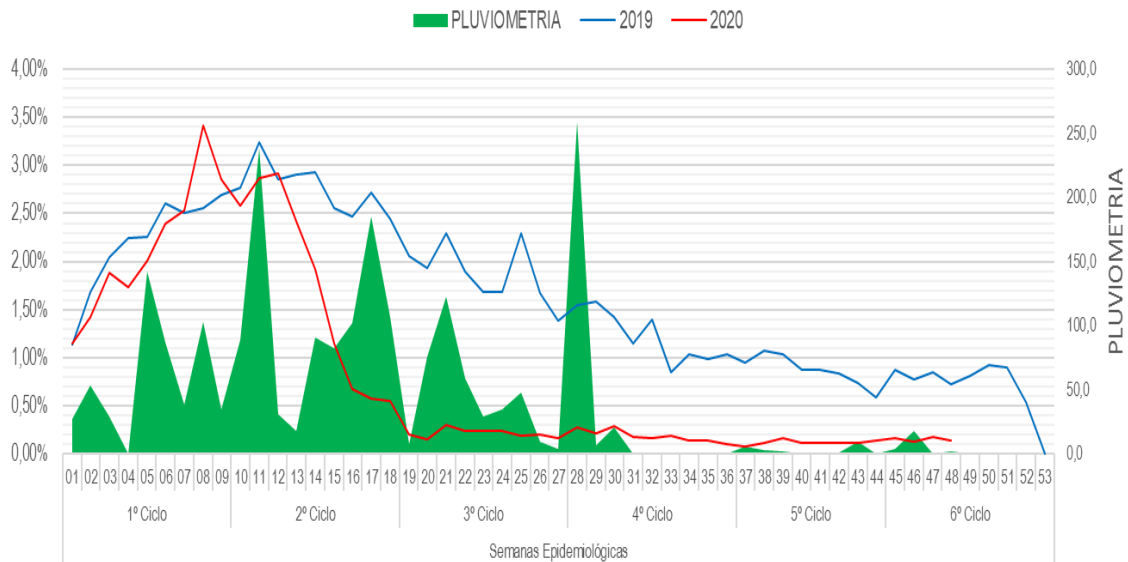
Fonte: SMS / CEVAM / 2020.

A CEVAM por meio do Núcleo de Controle de Endemias - NUCEN realizou no ano de 2018 quatro levantamentos (LIRAa) com objetivo de estimar a distribuição, tipo de recipiente predominante e monitorar a presença do vetor. Considerando os resultados de cada levantamento o corpo Técnico pode proceder à análise da distribuição geográfica do vetor no território bem como uma avaliação da classificação dos índices de infestação correlacionada ao índice pluviométrico e sua influência no cenário para o risco de transmissão das arboviroses.

Observa-se na Figura 2 clara correlação entre volume de chuvas e infestação detectado na informação do monitoramento de focos identificado na visita diária das ações de rotina que são índices compatíveis com os dados

indicados pelo LIRAa levando em consideração que são larvas de culicídeos de todas espécies.

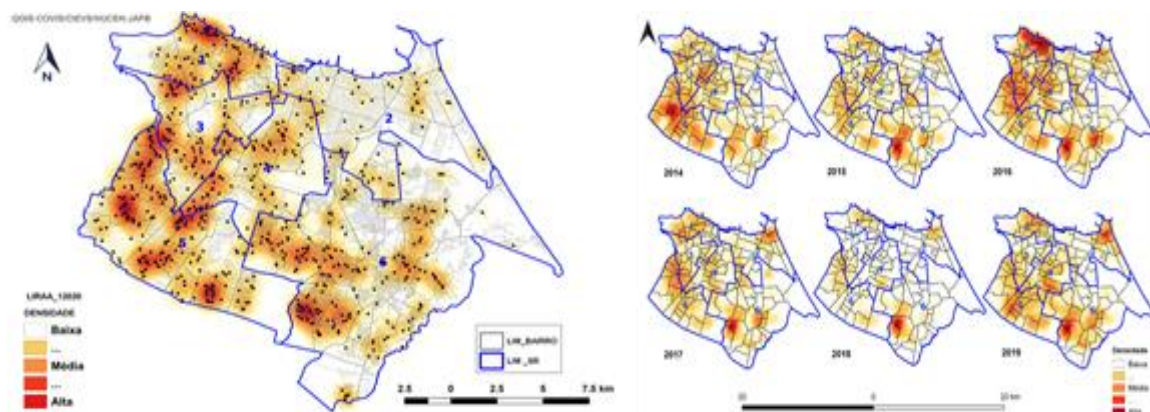
Figura 2 – Comparativo do Índice de focos 2019/2020 e pluviometria no ano de 2020, Fortaleza



Fonte: FUNCEME/ SMS / CEVAM – 2020.

Na Figura 3 podemos observar nos mapas a existência de áreas mantenedoras da infestação predial mesmo em períodos de baixa infestação, sugerindo a realização de ações mais direcionadas para cada território tendo como base informações integradas de casos de arboviroses, densidade demográfica e abastecimento de água da Cidade e para melhor aplicação das ações o Município tem adotado como estratégia de trabalho o sistema de classificação de risco priorizando áreas mais vulneráveis.

Figura 3: Distribuição espacial dos imóveis positivos para *Aedes aegypti*, segundo bairro 2014 a 2020 - Fortaleza.

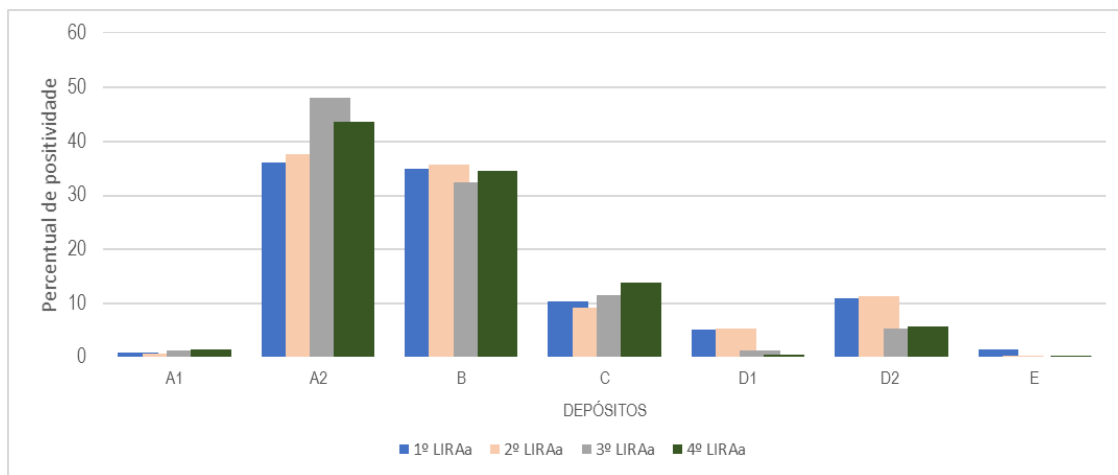


Fonte: CEVAM/CEVEPI

9.2.3. Tipos de recipientes predominantes

O Índice de Tipo de Recipiente (ITR) tem como principal objetivo subsidiar e priorizar a tomada de decisão no controle de potenciais criadouros permitindo direcionamento das ações de eliminação e/ou manejo dos depósitos com atividades específica para cada depósito levando em conta a especificidade de cada Regional.

Figura 4 – Percentual médio dos Tipos de Recipientes Predominantes para criadouros do Aedes aegypti por LIRAA no período 2018 a 2020 Fortaleza.



A1 – Caixa d'água **A2** – Tanque, Tambor, Tina, Filtro, Pote, Poço, Cisterna, Cacimba; **B**– Pequenos depósitos móveis, baldes, painéis, vasos com plantas, bebedouros; **C** – Depósitos fixos – ralos, vasos sanitários em desuso, calhas, etc. **D1** – Pneus; **D2** – descartáveis (garrafa, lata, depósito Plástico etc.). **E** – Recipientes Naturais (ocos de árvores, folhas, rochas etc.).

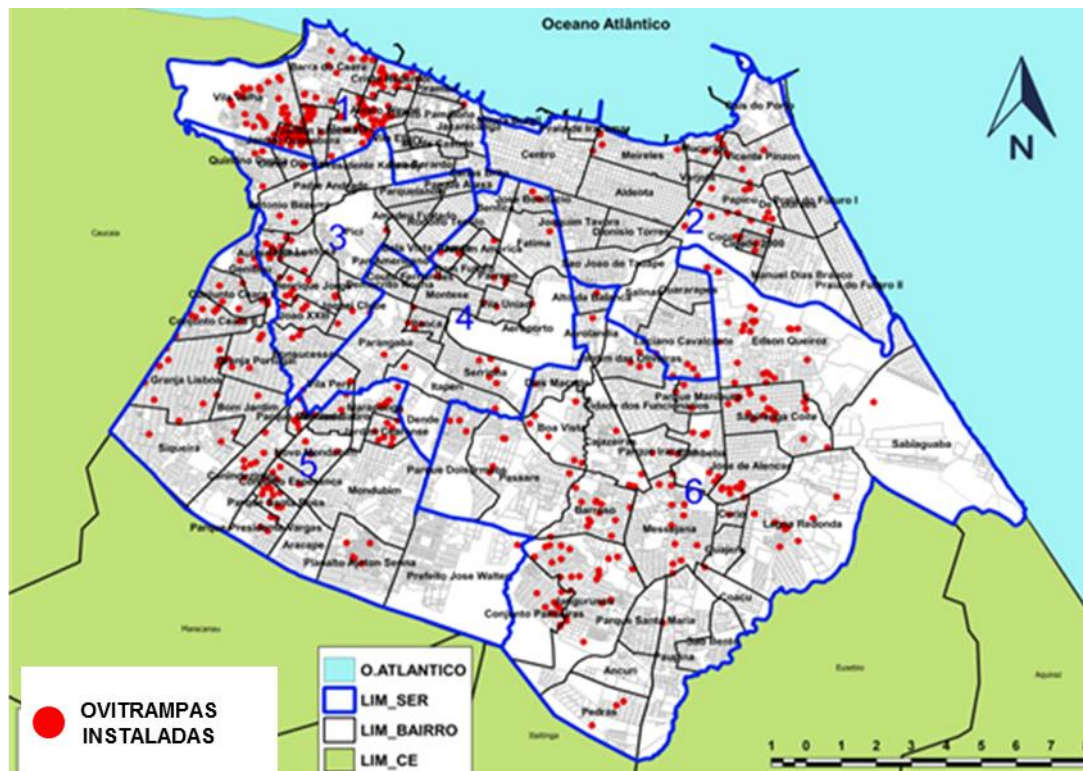
Fonte: SMS /COVIS/CEVAM - 2020

Conforme o gráfico (**Figura 4**), pode-se observar a predominância significativa de uma forma geral dos recipientes para armazenamento de água pra consumo e uso doméstico (Tipo A2) em todo decorrer do ano por conta da irregularidade no abastecimento em algumas áreas da Cidade e questões culturais da população em manter uma reserva de água, mesmo em áreas com abastecimento regular; em segundo lugar destacam-se os recipientes os recipientes domiciliares (Tipo B e C); os pneus, descartáveis, lixo (D1 e D2) tem significância na proliferação do mosquito, principalmente no período de chuvas por exposição e descarte inadequado apesar do recolhimento média/anual de 1.100 toneladas de pneus por parte do serviço municipal; os recipientes naturais (Tipo E) se mantem com baixa percentagem ao longo de

todo ano mas são importantes na manutenção da infestação por serem locais inusitados e muitas das vezes de difícil acesso para o controle.

No Município as armadilhas ovitrampas têm sido utilizadas com o objetivo de monitorar de forma mais sensível e complementar a pesquisa lavaria e ao todo estão instaladas 556 armadilhas disponibilizadas de forma estratégicas (Figura 5).

Figura 5: Distribuição espacial das armadilhas de ovitrampas ano 2020, Fortaleza



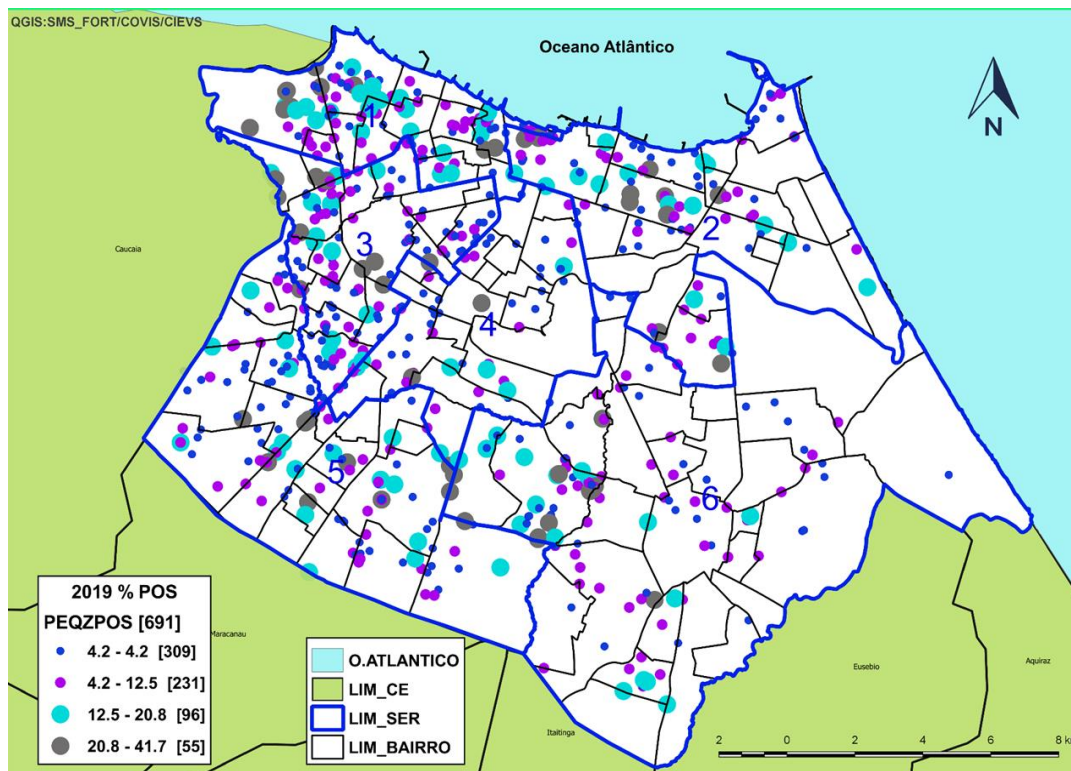
Fonte: SMS /COVIS/CEVAM - 2020

9.2.4. Pontos Estratégicos

Os pontos estratégicos (PE) são locais com grande concentração preferencial para proliferação do *Aedes aegypti* com relevância na manutenção na infestação no âmbito do Município e recebem monitoramento permanente com ações de controle focal, controle químico, atividades de mobilização em saúde e o controle legal em parceria com a Vigilância sanitária e Agencia de Fiscalização de Fortaleza (AGEFIS), observam-se altos índices de infestação na quadra chuvosa, entretanto vem se conseguindo manter o Índice de Breteau

baixo, conseqüentemente uma redução significativa no número de criadouros **(Figura 6)**.

Figura 6: Pontos Estratégicos: Distribuição espacial e proporção de reincidência por local, Fortaleza.



Fonte: SMS /COVIS/CEVAM/2019

9.2.5. Controle Vetorial

As ações de controle vetorial no âmbito do Município são classificadas como atividades de rotina (período não epidêmico) e contingência (período epidêmico); entretanto mesmo em período não epidêmico as ações são realizadas de forma intensiva considerando que existe circulação viral o ano inteiro, exigindo estratégias de impacto de forma permanente para manutenção de baixos níveis de infestação e transmissibilidade, assim descritas:

9.2.6. Ações de Rotina

As ações de rotinas podem ser entendidas como atividades formalizadas e/ou institucionalizadas, que são incorporados aos comportamentos orientados por regras e se fortalecem com o processo de repetição de ações.

04 Levantamentos de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA), com redirecionamento das ações, tendo como base a análise dos indicadores entomológicos (índice de infestação predial, Índice de Breteau, Índice de dispersão, índice de tipo de recipientes) balizando essas informações com as notificações dos casos suspeitos;

- 06 ciclos de visita domiciliar casa a casa para eliminação de focos do vetor adotando como estratégia a classificação por área de risco com base nas informações entomoepidemiológica e realizado o controle integrado por meio de controle biológico (uso de peixes larvófagos em cacimbas, cisternas e tanques), controle químico, controle mecânico, controle legal e orientação de prevenção sobre controle das arboviroses;
- Utilização de equipamentos de UBV portáteis desde que justificados para bloqueio de casos, enquanto perdurar níveis de baixa transmissão;
- Inspeções quinzenais aos pontos estratégicos, com aplicação mensal de inseticida de efeito residual tendo como elemento norteador dessa ação a persistência de infestação e Índice de Breteau elevados nesses locais;
- Aplicação espacial de biolarvicidas nos criadouros de grande porte;
- Equipe motorizada em cada DTE para realizar batida de foco conforme demanda da população;
- Monitoramento permanente os imóveis de grande fluxo de pessoas (aeroporto, porto, rodoviária, terminais de ônibus, escolas,) com destaque para as unidades de saúde que devem estar livres da presença do vetor;
- Utilização de ovitrampas para identificação e monitoramento de áreas com histórico de ausência ou baixa infestação (áreas silenciosas) bem como suporte e avaliação das ações de controle químico no bloqueio de casos;
- Orientação aos proprietários e/ou responsáveis de terrenos baldios que alberguem potenciais criadouros para efetuarem a limpeza sistemática dos mesmos, em caso de reincidência encaminhado a Agencia de Fiscalização (AGEFIS) e Vigilância Sanitária (VISA) para adoção de medidas legais a partir das irregularidades constatadas;

- Reuniões com os proprietários e/ou responsáveis pelos pontos estratégicos, no intuito de sensibilizá-los para que mantenham o seu estabelecimento livre de focos de *Aedes aegypti*;
- Destinação de 70% do tempo efetivo de trabalho dos Supervisores, direcionados à supervisão direta e indireta das atividades de campo para avaliação da aplicação e impacto das ações de controle;
- Reuniões semanais com supervisores coordenadores dos DTE, mensalmente ou/e extraordinárias com todo grupo de coordenadores de Mobilização Social para avaliar os indicadores entomoepidemiológica para direcionamento das ações.
- Parceria com a Secretaria de Finanças do Município para identificar no banco de dados informações sobre a localização dos proprietários de imóveis desabitados e/ou abandonados;
- Aplicação de Leis e Decretos que regulamentam o acesso a imóveis fechados e abandonados, bem como reincidentes na formação de focos geradores do vetor;
- Equipes motorizadas para busca ativa de chaves objetivando redução de pendências com ênfase nos desabitados e/ou abandonados;
- Acompanhamento junto a Vigilância Epidemiológica (VE) do fluxo de informações por meio de sistemas online, SIMDA, SINAN boletins, prontuário eletrônico, reuniões periódicas com abordagem das informações relativas ao perfil entomoepidemiológico atualizado das áreas de risco em tempo oportuno para que sejam disparadas as ações de prevenção, controle e contenção em tempo oportuno;
- Parceria com as Secretarias de Urbanismo e Meio Ambiente, Secretaria de Conservação e Serviço Público para intensificar o recolhimento de resíduos sólidos que contribuem para o acúmulo de água, principalmente pneus inservíveis, desobstrução de bueiros, canais, valas e outros que impactem sobre as variáveis ambientais que favorecem a proliferação do vetor;
- Formação de brigadas de controle das arboviroses nos diversos estabelecimentos (escolas, unidades de saúde, quartéis, edifícios em construção e shoppings) e/ou edificações com grande quantidade de depósitos

que possam potencializar criadouros do *Aedes aegypti*, bem como, nos locais com grande fluxo de pessoas;

- Parceria com os outros Municípios limítrofes (Caucaia, Maracanaú, Eusébio e Aquiraz) com reuniões sistemáticas para a realização de Operação Fronteira quando o diagrama de controle aponta a elevação dos casos;

9.2.7. Ações Contingenciais

São ações suplementares àquelas realizadas na rotina, que devem ser adotadas no caso de ocorrência de processos que possam comprometer a manutenção de baixos índices de infestação e casos de arboviroses. As ações a serem inseridas para redução do impacto sobre as atividades da organização têm como premissa a ocorrência de um dano ou desastre que comprometa a execução dos serviços essenciais à sua missão

Considerando que o Município trabalha na sua rotina com ações de impacto mesmo com baixos níveis de infestação e de transmissão de arboviroses, mantendo vigilância permanente por meio de diversas estratégias e quando não apresenta resposta efetiva as ações para manutenção de baixos níveis de infestação e de casos serão adotadas as recomendações da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue (CGPNCD), tendo como base o Plano de Contingência Nacional para as Epidemias de Dengue versão 2017.

O indicador utilizado pelo controle vetorial para disparar as ações contingenciais tem como base o diagrama de controle da dengue e monitoramento diário de focos respeitando seus níveis de ação.

- Convocação de todos profissionais de saúde de outros programas com objetivo de intensificar as ações de controle, além de suspensão de férias e folgas.
- Priorização de áreas com maior incidência e de infestação e contingenciamento das atividades de combate ao vetor nesses locais com foco nas quadras com aglomerados de casos e de maior relevância a ser definido em conjunto com a vigilância epidemiológica;

- Realizar aplicação de UBV pesado em articulação com a SESA-CE nos bairros com maior incidência das notificações e priorizar UBV com equipamentos portáteis para corte de transmissão em áreas de baixa incidência;
- Suspensão do LIRAA em consonância com as esferas Estaduais e Federais;
- Intensificar as ações de manejo ambiental e direcionamento com base nos principais criadouros;
- Intensificar as ações de controle focal, perifocal e controle legal nos Pontos estratégicos com reincidência de positividade para *Aedes*;
- Mutirão de visita domiciliar execução rápida com todo efetivo nas áreas de densidade populacional elevada que apresente taxa de incidência de arboviroses em elevação por mais de duas semanas.

10.EIXO ASSISTÊNCIA

10.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DINÂMICA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE.

O Brasil vive nos últimos meses uma situação de emergência em Saúde Pública. A região Nordeste, tem expressão importante no cenário epidemiológico atual. No campo da Assistência ao Paciente com suspeita de Arbovirose, o município de Fortaleza registrou o atendimento de 13.877 pacientes na Atenção Primária em 2016, representando um aumento de 40% em relação ao ano de 2015 onde tivemos 9.885 pacientes atendidos. Em 2017, já foram atendidos 5.335 casos de arboviroses conforme dados do sistema de prontuário eletrônico utilizado pela SMS, o FASTMEDIC. Desse modo, urge a implementação de medidas para fomento da intensificação das ações de combate ao vetor.

Neste sentido, considerando a PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica,

estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se como atribuição do Agente Comunitário de Saúde (ACS):

- I. Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II. Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- III. Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;
- IV. Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- V. Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;
- VI. Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;
- VII. Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência:

- I. Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;
- II. Aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;
- III. Realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida;
- IV. E orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.
- V. Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.
Assim, além das atribuições específicas do ACS, são atribuições comuns do ACS e ACE:
 - I. Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
 - II. Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;
 - III. Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;
 - IV. Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais,

realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

- V. Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
- VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;
- VII. Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
- VIII. Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IX. Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- X. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e
- XI. Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

10.2. Classificação:

Dengue, Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave.

10.2.1. Definição de Caso Suspeito de Dengue

Pessoa que apresente febre entre 2 e 7 dias, e duas ou mais das seguintes manifestações:

- Cefaleia;
- Mialgia;
- Artralgia;

- Leucopenia;
- Dor retro-orbitária;
- Prostração;
- Exantema;
- Náuseas e/ou Vômitos;
- Petéquias ou Prova do Laço positiva

Na apresentação típica, geralmente a primeira manifestação é a febre alta (39°C a 40°C), no entanto há casos de dengue que cursam sem febre e devem ser manejados da mesma forma do febril.

Em crianças a sintomatologia pode ser inespecífica, considerar febre entre 2 e 7 dias, irritabilidade e choro, principalmente quando não há foco aparente.

10.2.2. Atenção para os Sinais de Alarme

Entre o terceiro e o sétimo dia do início da doença, quando geralmente a febre desaparece podem surgir os seguintes sinais e sintomas:

- Dor abdominal intensa (referida ou á palpação) e contínua;
- Vômitos persistentes;
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico);
- Hipotensão postural (queda maior que 20 mmhg na PA sistólica ou 10 mmhg na PA diastólica, em um intervalo de até 3 minutos após o paciente se colocar de pé) e ou Lipotimia;
- Hepatomegalia dolorosa maior que 2cm abaixo do rebordo costal;
- Letargia ou irritabilidade excessiva;
- Queda abrupta de plaquetas ou contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm³;
- Elevação progressiva do hematócrito.

10.2.3. Manejo de um paciente com suspeita de dengue

Avaliar sinais e sintomas do paciente;

Considerar caso suspeito de dengue;

Verificar:

- ✓ Pressão arterial em duas posições (deitado/sentado e em pé);
- ✓ Verificar temperatura e peso;
- ✓ Frequência do pulso;
- ✓ Temperatura axilar;
- ✓ Peso corporal.

Realizar prova do laço (**Quadro 1**);

Pesquisar situações que aumentam o risco de evolução desfavorável;

Pesquisar sinais e sintomas de alarme durante anamnese e exame físico;

Pesquisar sinais de choque durante exame físico;

Classificar o paciente em Grupo A, B, C, D. (**Fluxo 1**);

- Preencher o cartão da dengue;
- Notificar todo caso suspeito;
- Solicitação de exames:

Hemograma completo; Sorologia; Isolamento viral;

- Preencher prontuário;
- Iniciar hidratação;
- Monitorar o paciente;
- Agendar retorno;
- Orientar o paciente.

Quadro 1 – Prova do Laço

A Prova do laço deve ser realizada na triagem, obrigatoriamente, em todo paciente com suspeita de dengue e que não apresente sangramento espontâneo.

A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.

- Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS + PAD) / 2$; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então $100+60=160$, $160/2=80$; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg;
- Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças;
- Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele; a prova será positiva se

houver 20 ou mais petéquias em adultos e dez ou mais em crianças. Atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos;

- Se a prova do laço apresentar-se positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, a mesma pode ser interrompida.
- A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque.

A prova do laço faz parte do manejo clínico dos pacientes com suspeita clínica de dengue que não apresentem sinais de sangramento e deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.

Quadro 2 – Condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades

- Crianças (lactentes menores de 2 anos);
- Gestantes;
- Adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpura), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças autoimunes.

Quadro 3 – Sinais / sintomas de choque

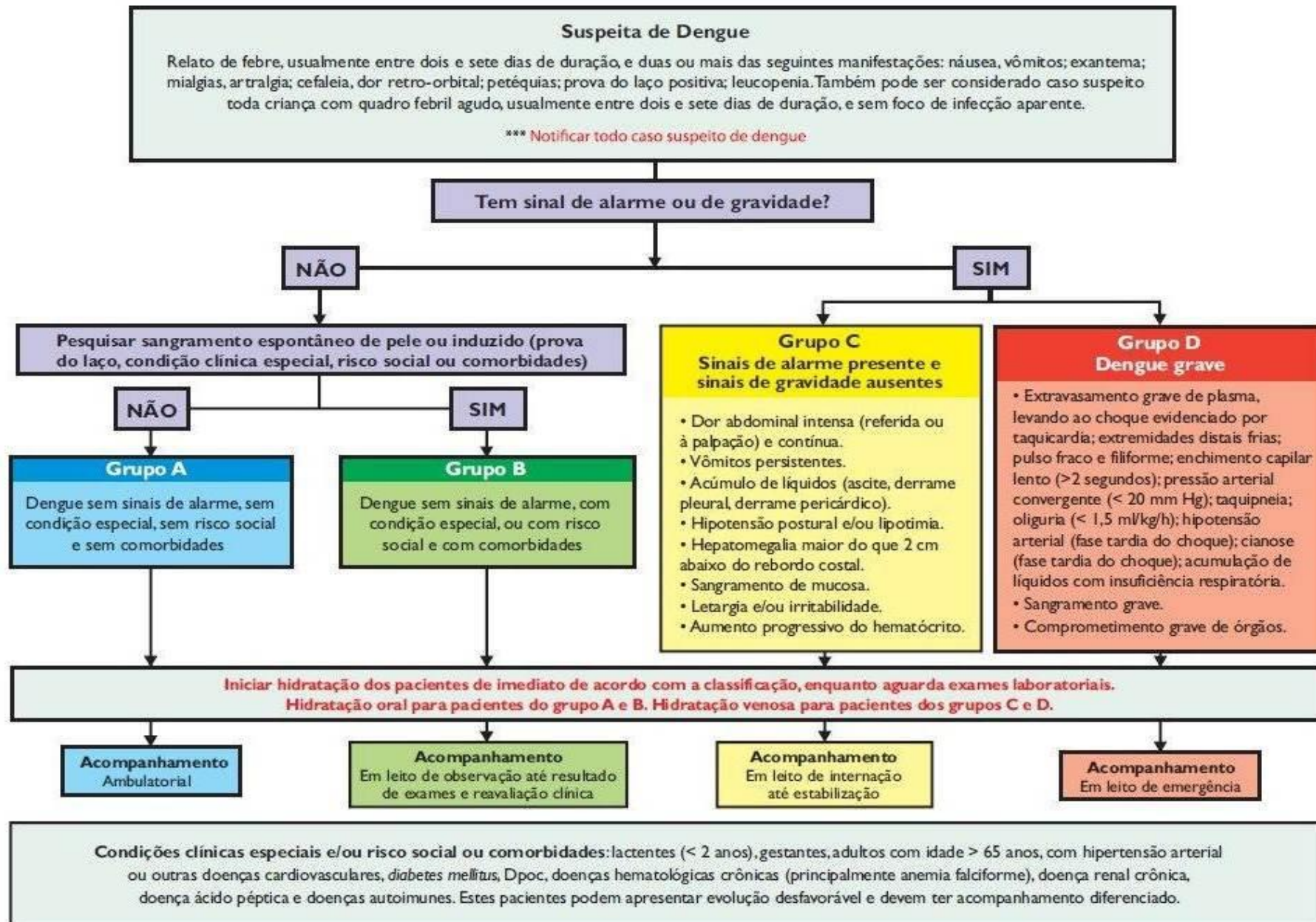
- Hipotensão arterial;
- Pressão arterial convergente (PA diferencial < 20mmhg);
- Extremidades frias, cianose;
- Pulso rápido* e fino;
- Enchimento capilar lento (> 2 segundos).
- Oligúria (<1,5ml/kg/dia)
- Frequência Respiratória elevada (aumentado para a idade)**

***Adultos e crianças acima de 10 anos: > 100 bpm; crianças entre 1 e 10 anos: > 120 bpm; recém-nascidos: > 160 bpm;**

****Adultos: 12-20irpm; Criança: 18-30irpm; Recém-nascidos: <60irpm**

Em cada retorno, o paciente deve ser reavaliado e reclassificado.

10.2.4. Fluxo 1: Classificação do paciente



Quadro 4 – Solicitação de Exames

- A solicitação de exames seguirá as recomendações da Norma Técnica emitida pela Secretaria Municipal da Saúde, por meio da Coordenadoria de Vigilância em Saúde que orienta as Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Rede Hospitalar quanto à coleta de material biológico como estratégia para ampliar o diagnóstico laboratorial de casos suspeitos de arboviroses, sendo:
- Pesquisa de vírus (Isolamento viral) até o 5º dia.
- Pesquisa de anticorpos IgM por testes sorológicos (ELISA) – Dengue e Chikungunya; do 6º ao 10º dia.
- Pesquisa de anticorpos IgG por testes sorológicos (ELISA) – Chikungunya (formas graves e óbitos);
- Pesquisa de genoma do vírus por reação de transcrição reversa em cadeia da polimerase em tempo real (qRT-PCR) – Dengue, Chikungunya e Zika;
- Pesquisa de antígeno NS1 – Dengue

10.2.5. Considerações sobre a coleta do exame HEMOGRAMA

A solicitação do Hemograma deverá ser feita exclusivamente pelo Prontuário Eletrônico (Fastmedic), devendo constar em anexo a cópia da notificação de caso suspeito de Dengue, com o objetivo de corroborar a urgência do pedido.

Apesar de ser uma prerrogativa do profissional médico a solicitação de exames laboratoriais, recomendamos, com o objetivo de manter um fluxo adequado para assistir a população de Fortaleza, que a solicitação do Hemograma seja feita prioritariamente para os pacientes com Classificação de Risco B, C ou D, segundo as Diretrizes Nacionais do Ministério da Saúde.

O hemograma tem como finalidade principal avaliar o hematócrito, para identificação de hemoconcentração. Hemoconcentração indica provável alteração de permeabilidade capilar (extravasamento plasmático), associado à gravidade, além de definir a necessidade de hidratação e resposta a terapia de reposição instituída.

A periodicidade de repetição do exame ao longo do período de acompanhamento clínico do paciente irá depender da classificação clínica do paciente e está detalhada na abordagem específica de cada situação.

Figura – 1 : Protocolo para Coleta de Exames

DENGUE			
<p>Exame: Detecção de Antígenos NS1.</p> <p>Método: ELISA</p> <p>Material: 2,0 mL de soro ou líquido</p> <p>Período da Coleta: Coletar até o 5º dia do início dos sintomas. Preencher corretamente a Ficha de Encaminhamento de amostras.</p> <p>Preparo do paciente: Não é necessário jejum</p> <p>Crítérios de rejeição de amostras: Soro fortemente hemolisado ou lipêmico.</p> <p>Prazo de entrega dos resultados: 07 dias úteis após a chegada do material biológico no Lacen.</p>	<p>Exame: Detecção de anticorpos contra o vírus da dengue</p> <p>Método: ELISA</p> <p>Material: 2,0 mL de soro ou líquido</p> <p>Período da Coleta: Após o 5º dia do início dos sintomas. Preencher corretamente a Ficha de Encaminhamento de amostras.</p> <p>Preparo do paciente: Não é necessário jejum.</p> <p>Crítérios de rejeição de amostras: Soro fortemente hemolisado ou lipêmico.</p> <p>Prazo de entrega dos resultados: 07 dias úteis após a chegada do material biológico no Lacen.</p>	<p>Exame: Isolamento Viral</p> <p>Método: Cultura de Células</p> <p>Material: 2,0 mL de soro</p> <p>Período da Coleta: Coletar até o 5º dia do início dos sintomas, de preferência, até o 3º dia. Preencher corretamente a Ficha de Encaminhamento de amostras. Conservar amostra refrigerada (2 –8 °C) por no máximo 24 horas. Não congelar. Enviar imediatamente para o Lacen.</p> <p>Preparo do paciente: Não é necessário jejum.</p> <p>Crítérios de rejeição de amostras: Soro fortemente hemolisado ou lipêmico.</p> <p>Prazo de entrega dos resultados: 30 dias úteis após a chegada do material biológico no Lacen.</p>	<p>Exame: qRT - PCR</p> <p>Método: RT - PCR em tempo real</p> <p>Material: 2,0 mL de soro, líquido.</p> <p>Período de Coleta: Coletar até o 5º dia do início dos sintomas, de preferência, até o 3º dia. Preencher corretamente a Ficha de Encaminhamento de amostras.</p> <p>Crítérios de rejeição de amostras: N.A.</p> <p>Prazo de entrega dos resultados: 30 dias úteis após a chegada do material biológico no Lacen.</p>

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará /Plano Estadual de Vigilância e Controle das Arboviroses, 2017-2018 – pag. 54

Figura – 2 : Protocolo para Coleta de Exames

CHIKUNGUNYA	
<p>Método: ELISA</p> <p>Material: 2,0 mL de soro ou líquido</p> <p>Período da Coleta: A partir do 6º dia do início dos sintomas. Preencher corretamente a Ficha de Encaminhamento de amostras.</p> <p>Preparo do paciente: Não é necessário jejum.</p> <p>Crítérios de rejeição de amostras: Soro fortemente hemolisado ou lipêmico.</p> <p>Prazo de entrega dos resultados: 30 dias úteis após a chegada do material biológico no LACEN.</p>	<p>Método: RT-PCR em tempo real</p> <p>Material: 2,0 mL de soro e líquido.</p> <p>Período de Coleta: Coletar até o 5º dia do início dos sintomas. Preencher corretamente a Ficha de Encaminhamento de amostras.</p> <p>Crítérios de rejeição de amostras: N.A.</p> <p>Prazo de entrega dos resultados: 30 dias úteis após a chegada do material biológico no LACEN.</p>

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará /Plano Estadual de Vigilância e Controle das Arboviroses, 2017-2018 – pag. 54

Figura – 3 : Protocolo para Coleta de Exames

ZIKA	
<p>Método: RT - PCR em tempo real</p> <p>Material: 2,0 mL de soro, líquor.</p> <p>Período de Coleta: Coletar até o 5º dia do início dos sintomas.</p> <p>Preencher corretamente a Ficha de Encaminhamento de amostras.</p> <p>Crítérios de rejeição de amostras: N.A.</p> <p>Prazo de entrega dos resultados: 30 dias úteis após a chegada do material biológico no LACEN.</p>	<p>A coleta de amostras para o diagnóstico do vírus da zika, só será realizada em gestantes, casos graves e óbitos.</p>

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará /Plano Estadual de Vigilância e Controle das Arboviroses, 2017-2018 – pag. 55

10.2.6. Fluxo 2: Coleta de hemograma nas UAPS

USUÁRIO ATENDIDO NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

USUÁRIO É RECEBIDO NO ACOLHIMENTO

DURANTE O ATENDIMENTO O USUÁRIO É CLASSIFICADO POR GRUPO DE RISCO (A, B, C OU D) E É FEITA A SOLICITAÇÃO DE EXAMES, SE NECESSÁRIO

GRUPO A

NO NAC O USUÁRIO PODE AGENDAR A COLETA DE EXAME ATÉ O DIA

GRUPO B

DE 7H ÀS

APÓS ÀS

USUÁRIO É ENCAMINHADO PARA UPA

GRUPO C E D

USUÁRIO É ENCAMINHADO PARA UPA/HOSPITAL

UAPS SEM COLETADOR NO MOMENTO

ENCAMINHAR PARA A UAPS DE RETAGUARDA

COM

O USUÁRIO AGENDA A COLETA DE EXAME NO NAC

USUÁRIO É ENCAMINHADO AO POSTO DE COLETA COM FICHA DE NOTIFICAÇÃO PREENCHIDA

A COLETA É REALIZADA E A AMOSTRA TRIADA E ENVIADA AO

LIBERAÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DO LAUDO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

ENTREGA DE EXAME AO USUÁRIO NA

GRUPO A: ENTREGA ATÉ O DIA

GRUPO B: ENTREGA ATÉ ÀS 17H DO MESMO DIA

10.3. PACTUAÇÕES:

- Foi realizada a validação da lista de medicamentos e insumos prioritários, para funcionamento da sala de observação, bem como medicações para uso domiciliar, incluindo a artropatia pós chinkungunya;
- Caso haja iminência de falta de medicamentos, não identificada pelo ISGH, o coordenador do posto ou ADM acionará o ISGH por telefone para que haja imediata reposição;
- Para organização do fluxo da coleta de exames laboratoriais, fica definido que nas unidades de saúde de retaguarda será realizada a coleta de 45 exames, sendo 15 coletas de urgência e 30 coletas eletivas. Nas unidades de saúde que não são consideradas retaguarda, será realizada coleta de 30 exames sendo 15 coletas de urgência e 30 coletas eletivas.
- Haverá capacitação (atualização), dos profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros e Dentistas) para classificação de risco, diagnóstico, manejo clínico e assistência ao paciente com dengue, assim como para os Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, para a realização de ações de prevenção e controle junto à comunidade.
- Haverá priorização de visita domiciliar pela equipe de saúde aos pacientes:
 - do grupo A que estejam em tratamento domiciliar, orientando os familiares sobre os sinais de alarme (dor abdominal, vômitos, tontura etc.) e/ou presença de sangramentos;
 - do grupo B, orientando para a presença de sinais de alarme (dor abdominal, vômitos, tontura etc.) e/ou reaparecimento de sangramentos;
 - dos grupos C e D, que já tiveram alta hospitalar, para verificar o cumprimento das recomendações para a fase de convalescência.

10.4. Rotina para atendimento a pacientes com suspeita de Dengue nas Unidades de Saúde do Município de Fortaleza - ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Seguir fluxo da atenção primária interno;
- Em caso de necessidade de encaminhamentos de pacientes para outros serviços de saúde deverá ser seguido o fluxo de referência externo mediante preenchimento de ficha de referência;
- Os pacientes do grupo B que chegarem à UAPS após as 12h ou finais de semana ou feriados deverão ser encaminhados a UPA/ Hospital.
- As pessoas com suspeita de dengue residentes no território de abrangência da UAPS que foram primeiramente atendidos em algum outro ponto da rede (UAPS, UPA ou Hospital) serão acompanhadas pela equipe ESF sendo garantida continuidade do cuidado.

10.4.1. Fluxo 3: Assistência aos pacientes com suspeita de dengue nas UAPS

Paciente suspeito de dengue e retorno de dengue



Sala de procedimentos

- Suspeita de dengue: presença de febre há menos de 7 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: Cefaleia • Dor retro orbitária • Mialgia • Artralgia • Prostração • Exantema • Náuseas ou vômitos.
- Retorno do paciente febril e afebril.
- Verificação da PA em duas posições, temperatura e peso.

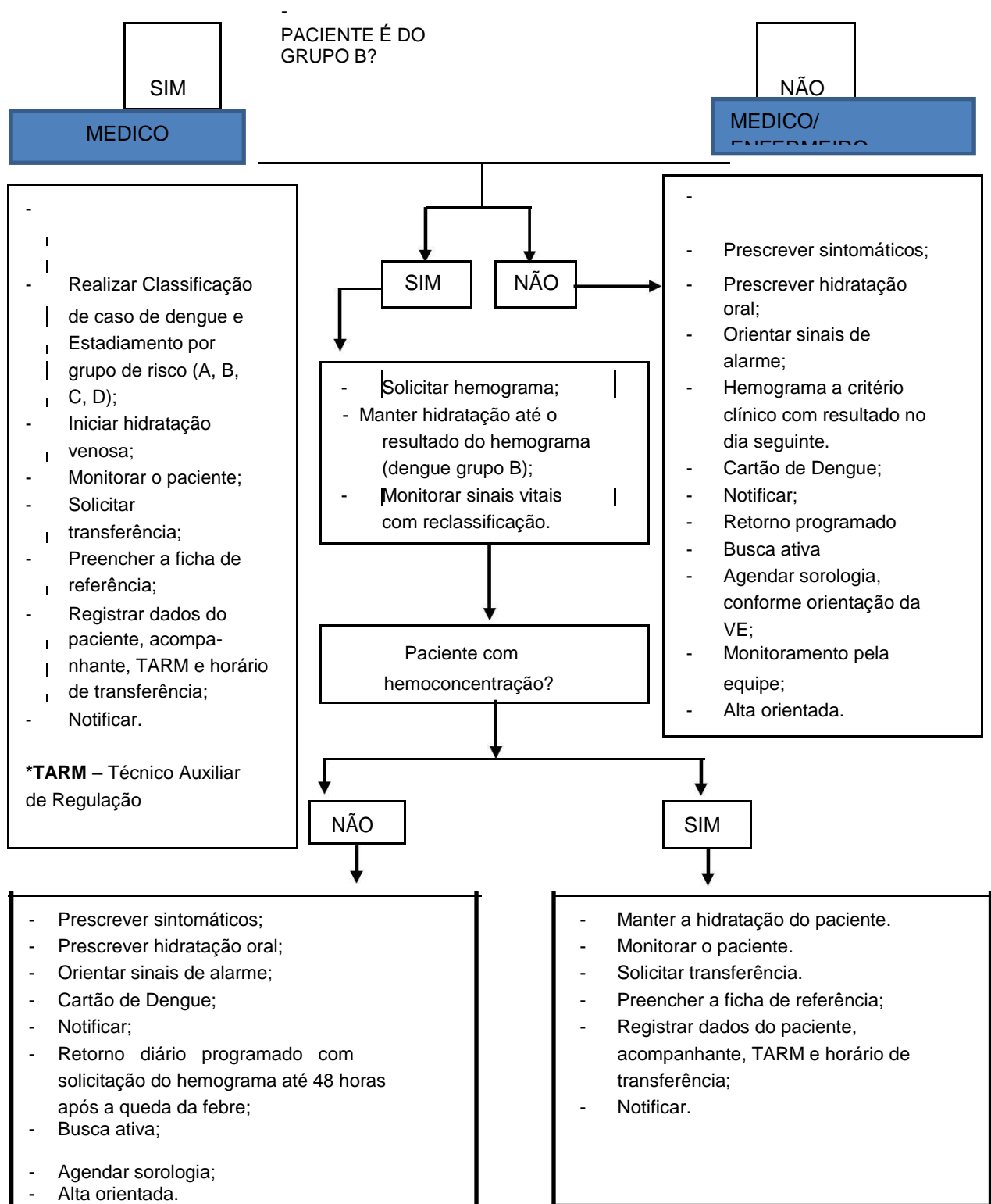
Utilizar Prontuário Eletrônico / Na ausência do Prontuário Eletrônico preencher ficha de contingência.



Acolhimento (Enfermeiro):

- Fazer prova do laço.
- Estadiamento por grupo (Grupo A, B, C e D), Classificação de caso de dengue (Dengue, Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave)
- Se necessário, iniciar hidratação oral na sala de espera.
- Orientação dos sinais de alarme

Paciente com sinal de alarme ou sinal de choque?



10.5. MÉDIA COMPLEXIDADE: ASSISTÊNCIA AO PACIENTE.

10.5.1. Quantidade de Unidades de Saúde de Média Complexidade

UPA 24h – 12 unidades

UPA Jangurussu, UPA Cristo Redentor, UPA Itaperi, UPA Vila Velha, UPA Bom Jardim, UPA Edson Queiroz, UPA Praia do Futuro, UPA José Walter, UPA Conjunto Ceará, UPA Autran Nunes, UPA Canindezinho e UPA Messejana.

Unidade Hospitalar – 08 unidades

Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima Ribeiro Guimarães Sá (CAC), Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha da Parangaba), Hospital Edmilson Barros de Oliveira (Frotinha de Messejana), Hospital Evandro Ayres de Moura (Frotinha do Antônio Bezerra), Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará (Gonzaguinha da Barra), o Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter (Gonzaguinha José Walter) e Hospital Distrital Gonzaga Mora de Messejana (Gonzaguinha de Messejana).

10.5.2. Fluxo de atendimento dos pacientes em especial os do Grupo B e C (com sinais de alarme e/ou risco de gravidade):

Todos os pacientes suspeitos ou não com arbovirose atendidos nas UPAs 24h e nas Unidades Hospitalares, passarão pelo acolhimento com classificação de risco e os pacientes com suspeita de arbovirose, após a classificação, seguirão Fluxograma de atendimento recomendado pelo Ministério da Saúde, **DENGUE – Classificação de Risco e Manejo do Paciente**. Os pacientes do grupo B serão conduzidos na unidade conforme protocolo clínico estabelecido e os pacientes do grupo C serão mantidos em observação por no mínimo 24 horas, e quando necessário, serão encaminhados via regulação, para os hospitais de referência.

As Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h utilizam sistema de acolhimento com classificação de risco, **Protocolo de Manchester**, que tem por objetivo permitir agilidade no atendimento médico, priorizando os casos mais graves e evitando filas, ou seja, o paciente não é atendido por ordem de chegada e, sim, de

acordo com a gravidade do seu estado de saúde. Também implantado em todas as unidades hospitalares (**Protocolo de Manchester, adaptado**).

O cartão de acompanhamento dos pacientes com suspeita de arbovirose encontra-se distribuídos em todas as Unidades de Pronto Atendimento, e o fornecimento fica na responsabilidade da Regional de Saúde de sua área abrangência. Na Unidade Hospitalar o fornecimento fica na responsabilidade dos Núcleos de Vigilância (REGIONAL – HOSPITAL).

A estrutura de diagnóstico clínico e laboratorial é própria e permite atender de imediato nas unidades em eventual aumento da demanda, no entanto nas UPAs serão realizadas a coleta e encaminhada ao laboratório do ISGH e da Fundação Leandro Bezerra de Menezes com liberação do resultado em até 4 horas. Nas Unidades Hospitalares, todos os laboratórios são próprios da Rede com capacidade de aumento de demanda.

Conforme pactuação, as Unidades de Pronto Atendimento e as Unidades Hospitalares realizarão coleta para isolamento viral a todos os pacientes com sinais de alarme, do Grupo B e C, que estiverem até o 5º dia do início dos sintomas. A coleta será realizada na própria unidade e a amostra enviada ao LACEN. A sorologia só será realizada para os pacientes atendidos após o 5º dia dos sintomas iniciais. O quantitativo de insumos e medicamentos na UPA 24h e Unidade Hospitalares serão adequadas conforme aumento da demanda.

10.5.3. Material / medicamento que podem ser acrescentados conforme aumento da demanda:

Agulhas 25x7, 30x8 e 40x12.

Algodão em bolas e álcool 70%.

Cateter venoso periférico nº 16, 18, 20, 22, 24 e 26.

Dipirona gotas/frasco, ampola 500 mg/ml e comprimido 500mg.

Equipo de soro macrogotas e microgotas.

Fixador para cateter.

Luva de procedimento P, M e G

Metoclopramida ampola.

Paracetamol gotas/frasco e comprimido 500 mg.

Ranitidina ampola.
Recipiente para descarte de perfurocortantes.
Saco coletor de vômitos e diurese.
Seringas 3, 5, 10 e 20 ml.
Soro de reidratação oral (envelope/litro).
Soro fisiológico 0,9%.
Soro glicosado 5%.
Soro ringer lactato.
Tensiômetro.
Estetoscópio.
Termômetro clínico.

10.5.4. Leitos de observação e de internação.

Todas as Unidades de Pronto Atendimento contam com 03 leitos pediátricos e 12 leitos adultos cada uma. As Unidades Hospitalares possuem 140 Leitos de observação, 150 leitos clínicos adultos e 76 leitos clínicos pediátricos.

10.5.5. Fluxo de encaminhamento para referência.

Os pacientes dos grupos A e B deverão ser orientados a procurar sua UAPS de origem para dar continuidade ao tratamento no dia seguinte, durante o período da manhã, portando o cartão de acompanhamento de Dengue e ficha de referência, aos pacientes que desconhecerem a sua UAPS de origem deverá ser realizada orientação pela assistente social da UPA a procurar a unidade mais próxima de sua residência ou encaminhar conforme o mapa de vinculação anexo.

Os pacientes do grupo C ficarão na unidade no mínimo por 24 horas e quando necessário, serão encaminhados ao hospital de referência. Os pacientes do grupo D deverão ser encaminhados aos Hospitais de referência, conforme mapa de vinculação das unidades em anexo.

A unidade hospitalar receberá os pacientes do Grupo B e Grupo C com complicações e aplicará os protocolos recomendados. O paciente que tiver melhora dos sintomas, receberá alta com as devidas recomendações, e orientação de em

caso de piora procurar a sua unidade básica mais próxima. Caso o paciente apresente complicação do quadro, passando a ser paciente da rede terciária, ele entrará na Central de Regulação de leitos com essa complexidade.

11. EIXO COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

11.1. Publicidade e Propaganda

Em relação às estratégias de Publicidade e Propaganda serão realizadas as seguintes ações em contribuição ao Plano de Contingência para Prevenção e Controle de Epidemias das arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika Vírus):

- Intensificar mídia localizada nas Secretarias Regionais e no Município como um todo
- Campanha de mídia, panfletos e “busdoor” para incentivar a população a se envolver no combate as arboviroses;
- Divulgar em painéis eletrônicos (bancos, trânsito, terminais rodoviários municipais e intermunicipais e painéis públicos) medidas de prevenção as arboviroses;
- Divulgar informações epidemiológicas e entomológicas no sítio do município e para imprensa;
- Divulgar boletins epidemiológicos;
- Veicular campanhas publicitárias na mídia local onde há maior incidência de casos de dengue, com enfoque nos sinais, nos sintomas e na gravidade da doença;
- Intensificar o fortalecimento de integração com as Vigilâncias em Saúde;
- Divulgar informações sobre sinais e sintomas da doença.

11.2. Educação em Saúde e Mobilização Social

A Mobilização Social tem como objetivo o desenvolvimento de ações educativas para a mudança de comportamento da população, de forma integrada e Inter setorial com adoção de práticas preventivas para o controle mais efetivo do mosquito *Aedes aegypti*, sobretudo nas áreas de maior transmissão das arboviroses

(Dengue, Chikungunya e Zika Vírus), conforme apontar os níveis de respostas no diagrama de controle.

11.2.1. Ações de Educação em Saúde e Mobilização Social

- Intensificar a formação dos comitês intersetoriais de enfrentamento às arboviroses nas Regionais;
- Contribuir com a realização da estratégia de “Operação Fronteira” nas áreas conurbadas nos municípios limítrofes de Fortaleza;
- Intensificação dos consórcios das operações fronteiras com os municípios limítrofes de Fortaleza;
- Fortalecer as brigadas existentes e o monitoramento das mesmas;
- Realizar exposições educativas com ciclo biológico e maquetes, palestras e outros eventos nas diversas instituições (públicas, privadas, religiosas e filantrópicas) e em locais de grande fluxo de pessoas;
- Intensificar ações educativas nas salas de esperas das unidades de saúde, nos corredores comerciais e em feiras livres;
- Divulgar junto à população a problemática as arboviroses em 100% dos bairros com índice elevado de infestação do mosquito transmissor e casos das arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika Vírus);
- Realizar blitz educativa nos cruzamentos das principais ruas e avenidas de grande circulação de veículos e pedestres, com distribuição de adesivos e folders sobre as arboviroses;
- Realizar passeatas com estudantes, no sentido de sensibilizar a população com referência às medidas de prevenção e controle das arboviroses;
- Manter e fortalecer parcerias com a sociedade civil organizada para divulgação e adoção de medidas de controle;
- Operação Quintal Limpo: nos bairros com maior índice de infestação do *Aedes aegypti*, com objetivo de sensibilizar a população para o destino correto aos depósitos que são propícios ao vetor das arboviroses;
- Fortalecer a estratégia do Selo escola Amiga da Saúde intensificando atuação dos alunos da rede escolar municipal;

- Fortalecer e apoiar as Ações do Projeto Senhora Faxina em Todas Regionais de Fortaleza.

11.3. Ações de Comunicação, Mobilização e Publicidade

A Assessoria de comunicação da Secretaria Municipal de Saúde - SMS contribuirá com o Plano de Contingência para Prevenção e Controle de Epidemias das arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika Vírus), desenvolvendo as seguintes ações:

- Produção de pauta de matérias e releases para divulgar na imprensa as ações executadas pela Prefeitura Municipal de Fortaleza no combate ao vetor das arboviroses;
- Divulgação dos serviços da Secretaria de Saúde disponíveis para atendimento à população.

12. EIXO GESTÃO/ CAPACIDADE INSTALADA

QUADRO 1: Número de estabelecimentos de saúde na Rede Municipal de Saúde, Fortaleza, 2015 a 2020.

Total de Estabelecimentos de Saúde		Ano					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Unidade Básica de Saúde	UBS, USF e Centro de Saúde, e outras	96	109	109	113	113	116
Unidades de média complexidade	UPA 24 horas (Pronto Atendimento)	9	9	11	12	12	12
	Hospital Municipal (média complexidade)	9	9	9	9	9	9
Unidade Alta Complexidade	Hospitais Estaduais e Federais	9	9	9	9	9	10

Total	123	136	138	134	134	139
--------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde

A seguir são apresentados os quantitativos de pessoal (Recursos Humanos) existente para a execução das atividades de vigilância, controle e assistência dos casos notificados de arboviroses, conforme **quadro 2**.

QUADRO 2: Número de profissionais de saúde para atender ao paciente com arbovirose/UPA

Profissionais de saúde UPA 24H	Número de profissionais						TOTAL	Nº de profissionais necessários
	Efetivos		Contratados		Subtotal			
	Capacitados	Sem capacitação	Capacitados	Sem capacitação	Capacitados	Sem capacitação		
Médicos	108	00	300	00	408	00	408	-
Enfermeiros	110	09	14	00	124	09	133	-
Técnicos de enfermagem	246	30	25	00	271	30	301	-

Fonte: ISGH (UPA Jangurusu, UPA Cristo Redentor e UPA Itaperi); FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA (UPA Vila Velha, UPA Bom Jardim e UPA Edson Queiroz)

QUADRO 3: Número de profissionais de saúde para atender ao paciente com arbovirose/ UAPS

Profissionais de saúde APS	Número de profissionais						TOTAL	Nº de profissionais necessários
	Efetivos		Contratados		Subtotal			
	Capacitados	Sem capacitação	Capacitados	Sem capacitação	Capacitados	Sem capacitação		
Médicos da Atenção Primária	109	00	284	82	393	82	475	82
Enfermeiros da Atenção Primária	313	00	00	160	313	160	473	160
Técnicos de enfermagem da Atenção Primária	310	00	00	163	310	163	473	163
Agentes Comunitários de Saúde	2136	00	00	00	2136	00	2136	00

FONTE: SMS/ CORAPP

QUADRO 4: Número de profissionais para execução das atividades de vigilância e controle das arboviroses.

Áreas/Profissionais		Número de profissionais							
		Efetivos		Contratados		Subtotal		TOTAL	Nº de profissionais necessários)
		Capacitados	Sem capacitação	Capacitados	Sem capacitação	Capacitados	Sem capacitação		
Vigilância Epidemiológica	CEVEPI	03	0	04	0	07	0	07	01
	Regionais de Saúde	12	0	07	06	19	06	25	06
	NUHEPI	40	10	17	11	57	21	78	07
	Digitador SINAN	18	1	21	02	39	3	42	06
Vigilância Ambiental e controle das arboviroses	Digitador SISPNCD/LIRAA	7	0	0	0	7	0	7	0
	Coordenador	1	0	-	0	1	0	1	0
	ACE Supervisores	148	0	0	0	148	0	148	0
	ACE Controle Vetorial	746	0	0	0	746	0	746	0
	Equipe de bloqueio vetorial	65	0	0	0	65	0	65	0
	ACE mobilizador social	130	0	0	0	130	0	130	0
	ACE Laboratorista	12	0	1	0	13	0	13	0
	Atividade de apoio	90	0	0	0	85	0	85	0
Total		1229	0	24	1	1.263	1	1.261	14

Fonte: COVIS/CEVAM/CEVEPI/ 2020

12.1. Capacidade operacional do controle do vetor (CEVAM)

Recursos Humanos: Para executar as ações relativas ao controle vetorial conta com 1.169 profissionais, sendo, 1.085 funcionários efetivos da Secretaria Municipal da Saúde e 116 do Ministério da Saúde, coordenados por 01 Técnico de Nível Superior no Núcleo central com especialização em Vigilância e Controle de Endemias e Vigilância das doenças transmissíveis, sendo necessário a contratação de 662 profissionais para execução de 100% das atividades preconizadas pelo MS **(QUADRO 5)**.

Quadro 5 – Distribuição de recursos humanos com atividades nas ações de Vigilância e Controle do *Aedes aegypti*

ATIVIDADE	NUCEN	DISTRITOS TÉCNICOS	TOTAL EXISTENTE	NECESSÁRIO	TOTAL
Coordenação geral do Programa	1	7	8	8	0
Assessoria Técnica de nível superior	4	0	4	4	0
Supervisores de Endemias	0	135	135	135	0
Tratamento Focal - ACE	0	674	674	1.295	621
Pesquisa em Pontos Estratégicos - ACE	0	27	27	27	0
Pendência Motorizada e batida de foco	0	18	18	18	0
Laboratorista classificação entomológica	1	12	13	13	0
Atividade de apoio Técnico	2	70	72	72	0
Motorista	1	22	23	23	0
Divisão de Controle Químico/UBV Leve	0	65	65	65	0
Educação em Saúde	4	110	114	165	46
Total	13	1.150	1.153	1.820	662

FONTE: SMS/ CEVAM / NUCEN / DTE – 2020.

Veículos utilizados nas ações de controle do *Aedes aegypti* (viaturas e motocicletas) contam com uma frota com média de 18 anos de uso e com muitas limitações na utilização, sendo necessário a recomposição dessa frota com pelo menos 16 veículos para que possamos atender as demandas em tempo oportuno.

Quadro 6 – Carros utilizados nas ações de controle do Aedes aegypti.¹

Item	Carro	Ano	Trafegando	Total
1	S 10 cabine dupla	2002/2003/2005	07	07
2	Fiat Strada	2001/2002	12	12
3	Perua Kombi	1995/2001/2007/2010	3	3
5	L 200 Cabine dupla	2018	4	4
FROTA TERCERIZADA				
Perua Kombi			03	03
Pick-Up cabine simples/Montana			05	05
Total			34	34

¹ - A frota de Veículos tem uma média de 14 anos de uso.

Tabela 1 – Motos utilizadas nas ações de controle do Aedes aegypti²

Item	Moto	Ano	Trafegando	Total
1	Moto Yamaha TDM 225	2001	1	1
2	Moto Yamaha YBR 125 E	2002	32	32
3	Moto Honda Titan 125	2005	5	5
Total			38	38

² - A frota de Veículos tem uma média de 14 anos de uso.

FONTE: SMS/ CEVAM – 2020.

12.2. Aporte de Recursos Humanos com atividades nas ações de Educação em Saúde e Mobilização Social

Tabela 2 – Distribuição de RH com atividades de Educação em Saúde e Mobilização Social.

ATIVIDADE	NESMS		TOTAL	NECESSÁRIO
	CEVAM	REGIONAIS		
Coordenadora	01	-	01	01
Apoio Administrativo	02	12	14	14
Supervisores	02	13	15	15
Educadores em Saúde	-	81	81	127
Motoristas	00	03	03	07
Total	05	109	114	164

FONTE: SMS/ CEVAM – 2020.

13.EIXO DEMANDAS CONTINGENCIAIS

13.1. Vigilância Epidemiológica

Considerando o cenário de transmissão das arboviroses no ano de 2020 a Célula de Vigilância Epidemiológica apresenta a seguinte demanda contingencial (Quadro 1).

Quadro 1 – Material e Plantões epidemiológicos

Demandas Contingenciais	Quantidade	Valor (R\$)
Confecção Ficha de Notificação DENGUE e CHIKUNGUNYA.	80.000	18.000,00
Confecção Cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue.	30.000	6.000,00
Plantão Epidemiológico: assegurar o monitoramento dos pacientes com suspeita de arboviroses atendidos nas emergências ou internados em hospitais de gestão municipal, nos finais de semana ou feriados, em particular pacientes com suspeita de DSA e DG, pacientes com quadro grave de chikungunya e gestante com suspeita de zika.	300	105.000,00
TOTAL		129.000,00

13.2. Vigilância Entomológica e Controle Vetorial

Quadro 2 - Plantões Entomológicos em finais de semana

Profissionais	Nº de Plantões	Valor unitário R\$	Valor Mensal R\$	Valor Quadrimestral R\$	12% INSS	Valor Total R\$
Coordenador Geral (01)	16	350,00	1.400,00	5.600,00	672,00	6.272,00
Coordenação de campo (01)	16	350,00	1.400,00	5.600,00	672,00	6.272,00
Assessoria Técnica (01)	16	350,00	1.400,00	5.600,00	672,00	6.272,00
ACE (500)	8.000	110,00	220.000,00	880.000,00	105.600,00	985.600,00
SUBTOTAL (503)	8.048	1.160,00	224.200,00	896.800,00	107.616,00	1.004.416,00

Quadro 3 - Aquisição de Material de Consumo (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial)

Produto	Unid.	Quant	Valor Unit. R\$	Valor Total R\$
Lanterna recarregável	Unid.	200	37,00	7.400,00
Bolsa Mochila em lona	Uni	200	170,00	34.000,00
Prancheta de Eucatex	Uni	200	9,00	1.980,00
SUBTOTAL R\$				43.380,00

Quadro 4 - Aquisição de Material de Informática / Eletroeletrônico (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial)

Produto	Unid.	Quant	Valor Unit. R\$	Valor Total R\$
Notebook	Unid.	12	2.516,00	30.192,00
GPS portátil para Georreferenciamento	Unid.	7	986,70	6.906,90
Monitor de LED 40 polegadas	Unid.	7	1.890,00	13.230,00
Tonner impressora laser P1006	Unid.	32	100	3.200,00
Projetor Multimídia 3000 Lumens	Unid.	7	2.859,00	20.013,00
SUBTOTAL R\$				73.541,90

Quadro 5 - Locação de Veículos (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial)

Produto	Unid	Quant	Valor Unit. R\$	Valor Total R\$
Veiculo tipo passeio /4 portas	Unid	12	6.573,00	78.876,00
Veiculo tipo Kombi	Unid	1	13.332,00	13.332,00
Veículo tipo Pick UP cabine dupla	Unid	6	6.790,00	40.740,00
SUBTOTAL R\$				132.948,00

Quadro 6 - Aquisição de Equipamentos de Proteção Individual-EPI (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial)

Produto	Unidade	Quant	Valor Unit. R\$	Valor Total R\$
Respirador facial	Unid	70	650	45.500,00
Filtro combinado mecânico	Unid	70	51	3.570,00
Respirador semi-facial completo	Unid	70	60	4.200,00
Filtro combinado mecânico p2	Unid	70	35	2.450,00
Luva nitrílica em látex sintético	Par	100	8,50	850,00
Protetor auditivo	Par	120	2,50	300,00
Bota de PVC na cor preta	Par	50	49,00	2.450,00
Óculos de segurança	Unid	70	22,00	1.540,00
Luva de raspa de couro	Par	70	20,00	1.400,00
SUB TOTAL R\$				62.260,00

Quadro 7 - Aquisição de Serviços de impressão gráfica (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial).

Produto	Unid.	Quant	Valor Unit. R\$	Valor Total R\$
Impressos Diversos	Folha	1.400.000	0,10	140.000,00

Quadro 8 – Resumo: Aquisição de Despesas Contingenciais do Controle Vetorial (Vigilância Entomológica e Controle Vetorial).

TABELA	Produtos / Serviços	Valor Total R\$
9	Plantões entomológicos	1.004.416,00
10	Material de consumo para atividade de campo	43.380,00
11	Material de Informática / Eletroeletrônico	73.541,90
12	Locação de veículos	132.948,00
13	Equipamento de Proteção Individual (EPI)	62.260,00
14	Aquisição de serviços de impressos	140.000,00
TOTAL		1.456.545,90

FONTE: SMS/COVIS/ CEVAM – 2020.

13.3. Ações de Comunicação, Mobilização e Publicidade.

Quadro 9 - Financiamento para o NESMS

Demanda Contingencial	Quantidade	Valor R\$
Compra de Tendas (02 por SR)	15	29.340,00
Confecção de Maquete (dengue: casa ideal)	15	6.000,00
Saco de Lixo (Operação Quintal Limpo)	60.000	16.200,00
Faixas (atividades de rua)	35	700,00
Campanha de mídia institucional	1	350.000,00
Locação de carro de som (04 meses)	6	45.000,00
Suprimento de Fundo para o período contingencial (4 meses).	1	112.000,00
Subtotal R\$		559.240,00

FONTE: SMS/COVIS/ CEVAM – 2020.

13.4. Atenção primária à saúde: assistência ao paciente.

Quadro 10 - Custo com pessoal a ser contratado por 3 meses:

CORES	QUANTIDADE DE MÉDICO	QUANTIDADE DE ENFERMEIRO	QUANTIDADE DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM	VALOR DE MÉDICOS / MÊS	VALOR DE ENFERMEIRO S/ MÊS	VALOR DE TEC DE ENFERMAGEM/ MÊS
I	8	8	8	R\$ 104.000,00	R\$ 21.160,00	R\$ 8.800,00
II	6	6	6	R\$ 78.000,00	R\$ 15.870,00	R\$ 6.600,00
III	8	8	8	R\$ 104.000,00	R\$ 21.160,00	R\$ 8.800,00
IV	8	8	8	R\$ 104.000,00	R\$ 21.160,00	R\$ 8.800,00
V	8	8	8	R\$ 104.000,00	R\$ 21.160,00	R\$ 8.800,00
VI	12	12	12	R\$ 156.000,00	R\$ 31.740,00	R\$ 13.200,00
TOTAL	50	50	50	R\$ 650.000,00	R\$ 132.250,00	R\$ 55.000,00

VALOR UNITÁRIO DE MÉDICO/MÊS R\$ 13.000,00

VALOR UNITÁRIO DE ENFERMEIROS/ MÊS R\$ 2,645,00

VALOR UNITÁRIO DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM/ MÊS R\$ 1,100,00

NECESSIDADE DE INSUMOS PARA O PERÍODO DE ARBOVIROSES											
CORES	MACA	POLTRO NA	TENSIÔMETRO INFANTIL	TENSIÔMETRO ADULTO	TENSIÔMETRO ADUL. OBESO	ESTETOSCÓPIO	SUPORTE P/ SORO	BIOMBOS	JARRA	TERMOMETRO	COPO (MENSAL) PCT 100 und
1	0	08	32	32	32	32	16	16	32	32	160
2	0	06	24	24	24	24	12	12	24	24	120
3	0	08	38	38	38	38	19	19	38	38	190
4	0	08	26	26	26	26	13	13	26	26	130
5	0	08	50	50	50	50	25	25	50	50	250
6	0	12	62	62	62	62	31	31	62	62	310
TOTAL	0	50	232	232	232	232	116	116	232	232	1160

Quadro 11: Necessidade de insumos para o período de arboviroses

DESCRIÇÃO DO PRODUTO	Unidade	VALOR UNITÁRIO	SOLICITAÇÃO	TOTAL R\$
Maca de exame clínico simples estrutura tubular em aço redondo, leito estofado revestido em courvim, cabeceira reclinável em até 4 posições através de cremalheira. Pés com ponteiros plásticos. Pintura eletrostática a pó epóxi. Dimensões: 1,85m comprimento x 0,55m largura x 0,80m altura.	Unid	R\$ 475,70	0	R\$ 0,00
Poltrona reclinável celta da matrix. Com mecanismo de 01 estágio e 02 posições (posição 01 sentada e posição 02, leitura).	Unid	R\$ 724,03	50	R\$ 36.201,50
Aparelho de pressão adulto nylon metal preto bic.	Unid	R\$ 166,16	232	R\$ 38.549,12
Aparelho de pressão infantil nylon velcro cinza bic.	Unid	R\$ 201,06	232	R\$ 46.645,92
Aparelho de pressão grande/obeso nylon velcro	Unid	R\$ 77,86	232	R\$ 18.063,52
Estetoscópio	Unid	R\$ 30,59	232	R\$ 7.096,88
Suporte de soro hospitalar altura fixa	Unid	R\$ 79,00	116	R\$ 11.771,00
Biombo hospitalar duplo com rodas cortinas impermeáveis.	Unid	R\$ 247,50	116	R\$ 28.710,00
Jarra plástica 2,0 litros giplas	Unid	R\$ 10,10	232	R\$ 2.343,20
Termômetro digital g-tech linha icolor branco	Unid	R\$ 9,20	232	R\$ 2.134,40
Copo plástico transparente 150ml cristalco (100 und).	Unid	R\$ 2,53	1160	R\$ 2.934,80
TOTAL		R\$ 1.469,03	1912	R\$ 194.450,34

Quadro 12: Recursos Humanos

PLANTÕES	VALOR
Epidemiológicos	105.000,00
Entomológicos	1.004.416,00
Médicos da atenção primária	1.950.000,00
Enfermeiros	396.750,00
Técnicos de enfermagem da atenção primária	165.000,00
Subtotal	3.621.166,00

Quadro 13: Equipamentos e Material de Consumo (3 meses)

AREAS	VALOR
Vigilância epidemiológica	24.000,00
Vigilância ambiental	1.,011.369,90
Atenção primária / Especializada	2.993.328,45
Subtotal	4.028.698,35

Quadro 14: Consolidado das Despesas Programadas

CONSOLIDADO DAS DESPESAS	VALOR
Recursos humanos	3.261.166,00
Equipamentos e material de consumo	4.028.698,35
Total	7.649.864,35

Quadro 15: Consolidado das Despesas dos EIXOS

EIXO	R\$
Vigilância Epidemiológica	129.000,00
Vigilância Ambiental	2.015.785,90
Atenção Primária	2.706.200,34
Atenção Especializada	2.798.878,11
Total	7.649.864,35

14.DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DAS AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA VIGILÂNCIA, CONTROLE E ASSISTÊNCIA DOS PACIENTES COM SUSPEITAS DE ARBOVIROSES.

O orçamento de Fortaleza para o exercício de 2021 é R\$ 9.109.978.819,00 (nove bilhões, cento e nove milhões, novecentos e setenta e oito mil, oitocentos e dezenove reais); é o quinto entre as cidades brasileiras e o primeiro entre as do Nordeste, abaixo apenas de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Curitiba. No campo da Saúde (FMS) foi destinado o valor de R\$ 1.852.542.644 (um bilhão, oitocentos e cinquenta e dois milhões, quinhentos e quarenta e dois mil e seiscentos e quarenta e quatro reais). Na Lei Orçamentária do exercício de 2021, ressaltamos as dotações orçamentárias, por fonte de origem de recursos, previstas na atenção primária e na manutenção das políticas de vigilância em saúde- sanitária- epidemiológica e ambiental.

No orçamento público brasileiro, são utilizadas classificações para a despesa e para a receita. Entre os tipos de classificação da despesa, está a classificação funcional, que busca informar em que grande área de atuação governamental a despesa será realizada. Cada atividade, projeto e operação especial identificará a função e a subfunção a que se vinculam.

A Função reflete a missão institucional do órgão e corresponde basicamente a cultura, educação, saúde, defesa

Função: 10 – SAÚDE

A Subfunção é a partição da função e, de modo geral, combina-se com a função típica da área ou do setor, embora não se restrinja a ela.

301- Subfunção: Atenção Primária

304- Vigilância em Saúde

Programa – é a categoria que articula um conjunto de ações (orçamentárias e não-orçamentárias) suficientes para enfrentar um problema. Seu desempenho deve ser passível de aferição.

Programa – 0119; 0128

Ação - Operação da qual resultam produtos (bens ou serviços) que contribuem para atender ao objetivo de um programa.

Ação- 2504; 2239

Localização- 001

Fonte de recursos: Tesouro Municipal

Fundo Municipal de Saúde (Transferências do SUS)

Elementos de despesas: 339030- Material de Consumo

339039- Serviços de terceiros- Pessoa Jurídica

339036- - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física

339037- Locação de mão de obra

339034- - Outras Despesas de Pessoal Decorrentes de Contratos de Terceirização.

Quadro – 1- Ações previstas no Orçamento 2021, por fonte.

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO	FONTE	ELEMENTOS DE DESPESAS	DOTAÇÃO ATUALIZADA
10.301.0119.2504.0001	Gestão e Manutenção da Atenção Primária a Saúde	12110000000000 (Tesouro Municipal)	339030	1.000
			339039	201.000
			339036	2.052.229
			339037	1.000
			339034	1.000
		12140000000000 (FNS)	339030	6.000.000
			339039	19.095.000
			339036	11.800.000
			339034	680.000
			339037	6.990.000
10.304.0128.2239.0001	Manutenção das ações das Políticas de Vigilância em	12110000000000 (Tesouro Municipal).	339030 339039 339036	1.000 1.000 1.000

	Saúde-Sanitária, Ambiental e Epidemiológica.		339037	3.989.132
			339034	568.583,00
		12140000000000 (FNS).	339030	1.000.000
			339039	4.651.000
			339034	1.000
			339037	1.000
10.302.0123.2528.0001	Gestão e Manutenção das Ações de Atenção Especializada em Saúde – Rede Própria	12110000000000 (Tesouro Municipal).	339030	51.000,00
			339039	1.000,00
			339036	1.000,00
			339037	1.000,00
			339034	8.396.853,00
			335039	72.185.384,00
		12140000000000 (FNS)	339030	2.000.000,00
			339039	10.460.000,00
			339036	31.350.000,00
			339034	33.367.000,00
			339037	26.750.000,00
			335039	99.832.926,00

Fonte: SEFIN/ACEXE/2021

AÇÃO	FONTE TESOIRO (1211)	FONTE FNS (1214.)
Gestão e Manutenção da Atenção Primária a Saúde	R\$ 2.256.229,00	R\$ 44.565.000,00
Políticas de Vigilância em Saúde- Sanitária, Ambiental e Epidemiológica.	R\$ 4.560.715,00	R\$ 5.653.000,00
Gestão e Manutenção das Ações de Atenção Especializada em Saúde – Rede Própria	R\$ 80.636.237,00	R\$ 203.759.926,00
Total	R\$ 87.453.181,00	R\$ 253.977.926,00

Fonte: SEFIN/ACEXE/ 2021

15. ANEXO I: Mapa de vinculação das unidades de pronto atendimento 24 horas – Upa 24 horas para as unidades de atenção primária à saúde –UAPS- Hospitais.

CORES I		
UPA	UAPS	HOSPITAL
UPA CRISTO RETENDOR	FLORESTA	*HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DA BARRA DO CEARÁ HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA – ANTONIO BEZERRA
	LINEU JUCÁ	
	MARIA CIRINO	
	CARLOS RIBEIRO	
	DR. PAULO DE MELO MACHADO	
	VIRGÍLIO TÁVORA	
	GUIOMAR ARRUDA	
	FCA. DOMINGOS DA SILVA	
	CASEMIRO LIMA FILHO	
	4 VARAS	
	AIRTON MONTE	
ZENIRTON PEREIRA DA SILVA		
UPA VILA VELHA	FERNANDO FAÇANHA	
	JOÃO MEDEIROS DE LIMA	
	PROF. REBOUÇAS MACAMBIRA	
	MARIA APARECIDA	

CORES II		
UPA	UAPS	HOSPITAIS
UPA PRAIA DO FUTURO	AÍDA SANTOS E SILVA	HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA
	FREI TITO	
	CÉLIO BRASIL GIRÃO	
	MIRIAM PORTO MOTA	HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DE MESSEJANA
	FLAVIO MARCILIO	
	ODORICO DE MORAIS	
	RIGOBERTO ROMERO	
UPA CRISTO RETENDOR	PAULO MARCELO	<i>HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DA BARRA DO CEARÁ</i>
		HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA – ANTONIO BEZERRA
UPA JOSÉ WALTER	IRMÃ HERCÍLIA ARAGÃO	HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA
	PIO XII	HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DO JOSÉ WALTER
UPA MESSEJANA	BENEDITO ARTUR DE CARVALHO	HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA
		HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DE MESSEJANA

CORES III		
UPA	UAPS	HOSPITAIS
UPA CONJUNTO CEARÁ	PROF. LUIS RECAMOND CAPELO	HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA
	JOSÉ SOBREIRA AMORIM	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
UPA AUTRAN NUNES	PROF. CLODOALDO PINTO	HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA
	CÉSAR CALS	
	METON DE ALENCAR	
	MARIUZA SILVA SOUSA	
	FRANCISCO PEREIRA DE ALMEIDA	
	FERNANDES TÁVORA	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - OSS
	WALDEMAR DE ALCÂNTARA	
	HUMBERTO BEZERRA	
	ANASTÁCIO MAGALHÃES	
	JOÃO XXIII	
	ELIÉZER STUDART	
CDFAM		
UPA CRISTO REDENTOR	SANTA LIDUÍNA	<i>HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DA BARRA DO CEARÁ</i>
	IVANA DE SOUSA PAES	HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA – ANTONIO BEZERRA
UPA VILA VELHA	HERMÍNIA LEITÃO	<i>HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA – ANTONIO BEZERRA</i>
	GEORGE BENEVIDES	
	LICÍNIO NUNES DE MIRANDA	<i>HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DA BARRA DO CEAR</i>

CORES IV			
UPA	UAPS	HOSPITAIS	
UPA ITAPERI	JOSÉ VALDEVINO DE CARVALHO	HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA	
	ANTONIO CIRÍACO		
	OCELO PINHEIRO		
	DOM ALOÍSIO LORSCHIEDER		
	LUÍS ALBUQUERQUE MENDES		
	GUTEMBERG BRAUN		
	DR. LUIS COSTA		HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DO JOSÉ WALTER
	DR. ROBERTO DA SILVA BRUNO		
	MARIA JOSÉ TURBAY BARREIRA		
	GOTHARDO PEIXOTO		
	FRANCISCO MONTEIRO		
UPA AUTRAN NUNES	OLIVEIRA POMBO	HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA – ANTONIO BEZERRA	
	ABEL PINTO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	

CORES V		
UPA	UAPS	HOSPITAIS
UPA CONJUTO CEARÁ	MACIEL DE BRITO	HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA – ANTONIO BEZERRA
	JURANDIR PICANÇO	
	FERNANDO DIÓGENES	
	EDMILSON PINHEIRO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
	DOM LUSTOSA	
	PONTES NETO	
	RONALDO ALBUQUERQUE	
UPA CANINDEZINHO	SIQUEIRA	HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA
	GRACILIANO MUNIZ	
	JOSÉ PARACAMPOS	
	JOÃO ELÍSIO HOLANDA	HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DO JOSÉ WALTER
	PARQUE SÃO JOSÉ	
	LUCIANO TORRES DE MELO	
	DR JOÃO PESSOA	
UPA AUTRAN NUNES	GALBA ARAÚJO	HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA – ANTONIO BEZERRA HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
UPA JOSÉ WALTER	PEDRO CELESTINO	HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA
	LUIZA TÁVORA	
	ZÉLIA CORREIA	
	REGIS JUCÁ	HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DO JOSÉ WALTER
	VIVIANE BENEVIDES	
	JOSÉ WALTER	
UPA BOM JARDIM	GUARANY MONT' ALVERNE	

	ARGEU HERBSTER	HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROO DE OLIVEIRA - PARANGABA
	ABNER CAVALCANTE BRASIL	
	REGINA MARIA SEVERINO	

CORES VI		
UPA	UAPS	HOSPITAIS
UPA EDSON QUEIROZ	UAPS MATTOS DOURADO	HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DO JOSÉ WALTER
	HÉLIO GOES FERREIRA	
	MANOEL CARLOS GOUVEIA	
	MARIA DE LOURDES JEREISSATI	
	CÉSAR CALS DE OLIVEIRA	
	PROF. MONTEIRO DE MORAES	
	ACRISIO EUFRASINO DE PINHO	
UPA JOSÉ WALTER	PROF. JOÃO HIPÓLITO	HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DO JOSÉ WALTER
	EDMAR FUJITA	
	ALARICO LEITE	
	JANIVAL DE ALMEIDA	
	EDILMAR NORÕES	
	VICENTINA CAMPOS	
UPA MESSEJANA	ANÍSIO TEIXEIRA	HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DE MESSEJANA
	TEREZINHA PARENTE	
	MESSEJANA	
	GALBA DE ARAÚJO	HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DE MESSEJANA
	HÉLIO GOES FERREIRA	
	MANOEL CARLOS GOUVEIA	
	MARIA DE LOURDES JEREISSATI	

	CÉSAR CALS DE OLIVEIRA	
	PROF. MONTEIRO DE MORAES	
	MATOS DOURADO	
	LUIS FRANKLIN	
	OTONI CARDOSO DO VALE	
UPA JANGURUSSU	FRANCISCO MELO JABORANDI	HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DE MESSEJANA
	PEDRO SAMPAIO	
	EVANDRO AYRES DE MOURA	
	WALDO PESSOA	
	JOSÉ BARROS DE ALENCAR	
	OSMAR VIANA	
	MARIA GRASIELA BARROSO	
	MARCUS AURÉLIO RABELO	
	POMPEU VASCONCELOS	
	JANGURUSSU	
	SITIO SÃO JOÃO	

16. ANEXO II: Unidade Retaguarda

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) são a porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde de Fortaleza. O objetivo das UAPS é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais. Para isso, há que se organizar o atendimento de forma a acolher as demandas espontâneas e programadas.

A organização do atendimento às demandas espontâneas e programadas, ambas integrantes do processo de acolhimento em saúde, deve basear-se nas necessidades observadas e se dar como um processo contínuo que permite modificações à medida que novas demandas surgem.

Nesse sentido, busca-se sua organização de modo a promover ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica e aos demais pontos de atenção do SUS, juntamente com outras medidas organizacionais instituídas, objetivando a redução/eliminação de filas, a organização do atendimento com base em riscos priorizados e a adequação da capacidade de resolubilidade.

Considerando um esperado incremento da demanda assistencial durante os meses de março a junho, período em que as Virose Transmitidas por Artrópodes, ou Arboviroses, tendem a se manifestar com maior intensidade em nosso município, a Secretaria Municipal da Saúde resolveu instituir as “Unidades de Saúde Retaguarda” como estratégia de contingência.

Todo o atendimento da Atenção Primária em Saúde ocorrerá diariamente nas 116 unidades espalhadas pela capital. Entretanto, sabemos que existem diferenças estruturais que podem ser fundamentais em um momento de alta demanda. Nem todas as UAPS de Fortaleza contam com estrutura para realizar observação de pacientes mais instáveis; entretanto, nem todos os que procuram as UAPS nessas condições necessitam ser encaminhados a um hospital ou a unidades de pronto atendimento (UPAs).

É nesse contexto que surgem as “Unidades de Saúde Retaguarda”. São Unidades de Atenção Primária à Saúde que contam com:

- Estrutura física adequada para realizar observação de casos mais instáveis, ou de grupos de risco, que não necessitam encaminhamento para Hospital ou UPA;
- Contam com, no mínimo, quatro equipes da Estratégia Saúde da Família completas, favorecendo a organização dos turnos de atendimento e garantindo acesso à população;
- Realizam coleta diária de exames laboratoriais, permitindo o monitoramento adequado dos casos de maior risco, evitando o encaminhamento para coleta em UPAs.

Serão 25 Unidades de Saúde Retaguarda que, na impossibilidade de alguma UAPS próxima a qualquer uma delas realizar o atendimento adequado ou a coleta de exames laboratoriais, estarão preparadas para dar suporte, no sentido de permitir o pleno acesso da população ao sistema de saúde municipal:

1. UAPS Carlos Ribeiro (CORES I)
2. UAPS Floresta (CORES I)
3. UAPS Rebouças Macambira (CORES I)
4. UAPS Lineu Jucá (CORES I)
5. UAPS Sandra Nogueira (CORES II)
6. UAPS Irmã Hercília (CORES II)
7. UAPS Rigoberto Romero (CORES II)
8. UAPS Anastácio Magalhães (CORES III)
9. UAPS César Cals 3 (CORES III)
10. UAPS Meton de Alencar (CORES III)
11. UAPS Eliézer Studart (CORES III)
12. UAPS Dom Aloisio Lorscheider (CORES IV)
13. UAPS Dr Luís Costa (CORES IV)
14. UAPS Gothardo Peixoto (CORES IV)
15. UAPS Oliveira Pombo (CORES IV)
16. UAPS José Paracampos (CORES V)
17. UAPS Argeu Herbster (CORES V)
18. UAPS Maciel de Brito (CORES V)
19. UAPS Regina Severino (CORES V)
20. UAPS ACRISIO EUFRASINO DE PINHO (CORES VI)
21. UAPS Maria de Lourdes (CORES VI)
22. UAPS Mattos Dourado (CORES VI)
23. UAPS Melo Jaborandi (CORES VI)
24. UAPS Messejana (CORES VI)
25. UAPS César Cals 6 (CORES VI)

17. ANEXO III

Instituição	Contato	E mail
SMS GABINETE- Dra. Ana Estela Fernandes Leite	3105-1468	anaestela36@hotmail.com anaestela@sms.fortaleza.ce.gov.br
ASCOM – Ravena	9 8804 63 87	ascomsaudefortaleza@gmail.com
CORAPP- Erlemus Pontes	9 9689 29 90	ceaps@googlegroups.com
COREPH – João Batista	3452 7079	joão@cequale.com.br
COGES – Luziete Furtado	9 9738 07 49	luziete.furtado@sms.ce.gov.br
COVIS- Nélio Morais	9 9748 77 67	neliobmo@uol.com.br
CEVAM – Atualpa Soares	9 9941 61 67	atualpa@bol.com.br
CEVEPI- Antonio Lima	9 9225 5005	tanta26@yahoo.com
COFIN – Roberto Bezerra	3452 6607	roberto.bezerra@sms.fortaleza.ce.gov.br
COAD – Ana Verônica	3452 6985	ana.veronica@sms.fortaleza.ce.gov.br