



**FORTALEZA**  
PREFEITURA

SAÚDE

# PLANO MUNICIPAL DE CONTINGÊNCIA PARA O CONTROLE E ENFRENTAMENTO DE EPIDEMIAS POR ARBOVIROSES

FORTALEZA - 2026



**FORTALEZA**  
PREFEITURA  
SAÚDE

## EXECUTIVO MUNICIPAL DE FORTALEZA

### SECRETARIA DA SAÚDE

---

<i>Prefeito de Fortaleza</i>	Evandro Sá Barreto Leitão
<i>Vice-Prefeita Municipal de Fortaleza</i>	Gabriella Pequeno Costa Gomes de Aguiar
<i>Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza</i>	Riane Maria Barbosa de Azevedo
<i>Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	Pedro Alves de Araújo Filho
<i>Secretária Adjunta da Saúde</i>	Aline Gouveia Martins
<i>Secretária Executiva da Saúde</i>	Rita de Cassia Rodrigues Pereira
<i>Assessora Especial</i>	Israelly Mororó Passos Aragão
<i>Assessora de Comunicação</i>	Ravenna de Paula Moura Aguiar
<i>Coordenadora Jurídica</i>	Luciana Matos Alves
<i>Coordenadora de Planejamento e Governança</i>	Karol Marielly Távora Moita
<i>Coordenadora de Gestão do Controle Interno e Ouvidoria</i>	Maria Clarice Tavares Evangelista
<i>Coordenadora Administrativa</i>	Camille Calheiros Alves Pinto Monteiro
<i>Coordenador Financeiro</i>	Cícero Vidal Sampaio
<i>Coordenador de Gestão de Pessoas</i>	Adriano Cândido de Castro
<i>Coordenador de Gestão de Compras e Licitações</i>	Felipe Ribeiro Lopes
<i>Coordenador de Contratos, Convênios e Orçamento</i>	Raimundo Nonato de Lima Amorim
<i>Coordenador de Gestão de Tecnologia da Informação</i>	Araguacy Moreira Veras Junior
<i>Coordenadora de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde</i>	Helena Paula Guerra dos Santos
<i>Coordenador de Redes de Atenção Primária e Psicossocial</i>	Erlemus Ponte Soares
<i>Coordenadora Geral das Regionais da Saúde</i>	Minuchy Mendes Carneiro Alves
<i>Coordenador da Regional de Saúde I</i>	Francisco Emanuel Uchôa Barros
<i>Coordenadora da Regional de Saúde II</i>	Arethusa Morais de Gouveia Soares
<i>Coordenador da Regional de Saúde III</i>	Antônio Lucieudo Lourenço da Silva
<i>Coordenador da Regional de Saúde IV</i>	José Alisson Gomes da Costa
<i>Coordenadora da Regional de Saúde V</i>	Shirley Cristianne Ramalho
<i>Coordenadora da Regional de Saúde VI</i>	Nádia Maria de Luna Silva
<i>Coordenador de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar</i>	Luiz Valdo Pinheiro
<i>Coordenadora dos Contratos de Gestão</i>	Luziete Furtado da Cruz
<i>Coordenador da Escola de Saúde Pública de Fortaleza</i>	Danilo Lopes Ferreira Lima
<i>Coordenador de Vigilância à Saúde</i>	Josete Malheiro Tavares
<i>Coordenadora da Assistência Farmacêutica</i>	Nívia Tavares Pessoa de Souza
<i>Fundo Municipal de Saúde</i>	Brenda Mendes de Sousa Ricarte
<i>Superintendente do Instituto Dr. José Frota</i>	João Gilberto Gomes Macêdo

## MESA DIRETORA CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA

---

Pedro Alves de Araújo Filho

**Presidente**

João Batista Gomes Leal

**Vice-Presidente**

Glécia Bezerra de Souza

**Secretária Geral**

Aline Gouveia Martins

**Secretária Adjunta da Saúde de Fortaleza**

Sillandia Garcez Ferreira Silva

**Secretária Executiva**

## GRUPO DE TRABALHO RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E REVISÃO DO PLANO MUNICIPAL DE CONTINGÊNCIA PARA O CONTROLE E ENFRENTAMENTO DE EPIDEMIAS POR ARBOVIROSES / 2026

---

### **Componente: Rede de Urgência e Emergência e Rede Hospitalar:**

Luiz Valdo Pinheiro  
Elizabeth Oliveira da Costa Lino  
Sâmya Oliveira de Menezes

### **Componente: Coordenadoria de Vigilância à Saúde:**

Josete Malheiro Tavares  
Joaquim de Melo Marinho Neto  
Rui de Gouveia Soares Neto

### **Componente: Vigilância Epidemiológica:**

Rui de Gouveia Soares Neto  
Lyvia Patrícia Soares Mesquita  
Geziel dos Santos Sousa  
Hildinara de Souza Lima  
Aliene Alves Gonçalves Araújo  
Maria Rosilane Magalhães Chaves  
Francisca Mônica Sousa Café  
Patrícia Rejane Carneiro Suassuna  
Michelle Pontes Carneiro

### **Componente: Núcleo de Controle de Endemias**

José Rafael da Silva Nascimento  
Patrícia Martins de Sousa  
Carlos Alberto dos Santos Barbosa  
Iraderson Santos da Rocha  
Liane Araújo Nobre  
Manoel Gomes Ferreira  
Francisco Deusimar Girão de Carvalho  
José Fábio da Silva Costa  
Alexandro Pedrosa Colares  
Antônio Cícero Silva Malta  
José Airton Feijó Araújo  
Felipe Lopes Paiva  
Hilma Maria Alves Pereira  
Francisco Marcio Alves da Silva  
Carlos Clayton Monteiro de Sousa  
Juliane de Sousa Oliveira  
Fátima Adriana Silva dos Santos  
Ana Maria Alcântara de Almeida  
George José Alves Pereira  
Leila de Sousa  
Walner Leite da Silva  
Cleriston Alves Gadelha

### **Componente: Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social**

Sandra Maria Martins de Araújo  
Raimundo Hélio Miranda da Silva

Sávio Lucena Cruz  
Elvis Clark Barbosa da Silva  
Luis Cláudio Silva Cruz  
Fabiana Moreira da Rocha Marcos  
Sandro Alex Batista de Lavor  
Edilson Ferreira Filho  
Josimar Batista Albuquerque  
Ricardo dos Santos Lima  
Damião Albuquerque da Silva  
Francisco Schramm Ribeiro  
Patrícia Maria Cavalcante do Nascimento  
Rivelino Ferreira Soares  
Tonis Cesar dos Santos Silva

**Componente: Coordenadoria Geral das Regionais de Saúde (COGERS)**

Minuchy Mendes Carneiro Alves  
Mariana Albuquerque Pinto

**Componente: Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES)**

Francisco Emanuel Uchoa Barbosa (CORES I)  
Arethusa Moraes de Gouveia Soares (CORES II)  
Antônio Lucieudo Lourenço da Silva (CORES III)  
José Alisson Gomes da Costa (CORES IV)  
Shirley Cristianne Ramalho Bueno de Faria (CORES V)  
Nádia Maria de Luna Silva (CORES VI)

**Componente: Atenção Primária à Saúde**

Erlemus Ponte Soares  
Vicente Bezerra de Araújo  
Natássia Lopes Cunha Guerra

**Componente: Assistência Farmacêutica**

Nívia Tavares Pessoa de Souza  
Sinara Alves Tomás  
Eugenia Maria Rocha de Oliveira  
Mônica Maria Monteiro Mesquita

**Componente: Educação Permanente em Saúde**

Danilo Lopes Ferreira Lima  
Alessandra Pimentel de Sousa  
Cibelly Melo Ferreira  
Emanoella Pessoa Angelim Guimarães  
Harrismana Andrade Pinto da Costa  
Katia de gois Holanda Saldanha  
Lílian Fernandes Amarante

**Revisão:**

Riane Maria Barbosa de Azevedo  
Aline Gouveia Martins  
Rita de Cassia Rodrigues Pereira  
Karol Marielly Távora Moita  
Cristiana Ferreira da Silva  
Pedro Hugo Carvalho  
Zislane Mendonça Viana

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

---

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGEFIS	Agência de Fiscalização de Fortaleza
CMSF	Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza
CEVEPI	Célula de Vigilância Epidemiológica
CEVAM	Célula de Vigilância Ambiental
CHIKV	Vírus da Chikungunya
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
COVIS	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
DG	Dengue Grave
DENV1	Sorotipo dengue 1
DENV2	Sorotipo dengue 2
DENV3	Sorotipo dengue 3
DENV4	Sorotipo dengue 4
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DSA	Dengue com Sinais de Alarme
DTE	Distrito Técnico de Endemias
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IB	Índice de Breteau
IDO	Índice de Densidade de Ovos
IDV	Índice de Densidade de Vetores
IPO	Índice de Positividade de Ovitrapas
IIP	Índice de Infestação Predial
ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
ITR	Índice de Tipo de Recipiente
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LIRAA	Levantamentos de Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i>
MS	Ministério da Saúde
NESMS	Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social
NUHEPI	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PAGES	Painel de Gestão da Saúde
PE	Pontos Estratégicos
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
SESA	Secretaria Estadual da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIMDA	Sistema de Monitoramento Diário de Agravos
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBV	Ultra Baixo Volume
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VE	Vigilância Epidemiológica

## LISTA DE QUADROS

---

Quadro 1	Competência dos pontos de atenção da Rede de Saúde
Quadro 2	Monitoramento diário da tendência da transmissão da Dengue, Chikungunya ou Zika
Quadro 3	Instrumentos de divulgação dos dados
Quadro 4	Distribuição de recursos humanos com atividades de Educação em Saúde e Mobilização Social
Quadro 5	Distribuição de recursos humanos com atividades nas ações de Vigilância e Controle do <i>Aedes aegypti</i>
Quadro 6	Carros utilizados nas ações de controle do <i>Aedes aegypti</i>
Quadro 7	Prova do laço
Quadro 8	Condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades
Quadro 9	Choque - Avaliação hemodinâmica: sequência de alterações*
Quadro 10	Solicitação de exames para diagnóstico
Quadro 11	Solicitação de exames de acompanhamento
Quadro 12	Número de estabelecimentos de saúde na Rede Municipal de Saúde, Fortaleza, 2015 a 2025
Quadro 13	Dimensionamento de equipe assistencial mínima por plantão 12 horas nas UPA 24h
Quadro 14	Número de profissionais de saúde para atender ao paciente com Arboviroses/UAPS
Quadro 15	LOA/2026 - PMF

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Município de Fortaleza
Figura 2	Taxa de natalidade no município de Fortaleza, 2013-2024
Figura 3	Distribuição dos bairros e CORES de Fortaleza
Figura 4	Distribuição populacional por faixa etária e sexo, Fortaleza, 2022.
Figura 5	População residente estimada em Fortaleza, 1992 a 2024
Figura 6	Distribuição dos casos confirmados e da taxa de incidência por ano dos primeiros sintomas, Fortaleza, 1986 – 2025
Figura 7	Dengue: Distribuição espaço-temporal da circulação do vírus DENV por bairro de residência dos pacientes, Fortaleza 2020 a 2025
Figura 8	Histórico da circulação dos quatro sorotipos da dengue (DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4) em Fortaleza, 1986-2025
Figura 9	Dengue: Distribuição espaço-temporal dos casos confirmados por ano dos primeiros sintomas (mapa de calor), Fortaleza 2021 a 2025
Figura 10	Dengue: Diagrama de Controle, Fortaleza 2021 a 2025
Figura 11	Mapa do Brasil com indicação dos estados com tendência de aumento de notificação de Dengue em 2025-26, comparado com a temporada anterior e com padrão histórico 2019-2023
Figura 12	Chikungunya: série temporal de casos confirmados por ano/semana epidemiológica do início dos sintomas, Fortaleza, 2014 – 2025
Figura 13	Zika: número de casos confirmados por ano do início dos sintomas, Fortaleza/CE, 2015-2025
Figura 14	Comparativo do Índice de Infestação Predial de Fortaleza-CE, no período de 2018 a 2025
Figura 15	Distribuição espacial dos imóveis positivos e mapa de calor para <i>Aedes aegypti</i> em Fortaleza, segundo o LIRAA, 2025
Figura 16	Perfil dos tipos de criadouros predominantes para <i>Aedes aegypti</i> por LIRAA no período de 2019 a 2025 em Fortaleza-CE
Figura 17	Mapeamento da distribuição espacial dos criadouros por tipo de recipiente segundo o 4º LIRAA de 2025, Fortaleza-CE
Figura 18	Painel de monitoramento das ovitrampas em Fortaleza, 2025
Figura 19	Monitoramento da umidade relativa do ar em relação a transmissão das Arboviroses, Fortaleza, 2023 a 2025
Figura 20	Monitoramento comparativo da demanda populacional em Fortaleza, período de 2021 a 2025
Figura 21	Distribuição dos Pontos Estratégicos e pontos quentes - Fortaleza, 2025
Figura 22	Protocolo para coleta de exames: Dengue
Figura 23	Protocolo para coleta de exames: Chikungunya
Figura 24	Protocolo para coleta de exames: Zika

## LISTA DE TABELAS

---

Tabela 1	Distribuição populacional por grupos etários segundo as CORES de Fortaleza, 2022
Tabela 2	Distribuição populacional por bairros da CORES I, Fortaleza, 2022
Tabela 3	Distribuição populacional por bairros da CORES II, Fortaleza, 2022
Tabela 4	Distribuição populacional por bairros da CORES III, Fortaleza, 2022
Tabela 5	Distribuição populacional por bairros da CORES IV, Fortaleza, 2022
Tabela 6	Distribuição populacional por bairros da CORES V, Fortaleza, 2022
Tabela 7	Distribuição populacional por bairros da CORES VI, Fortaleza, 2022

## LISTA DE FLUXOS

---

Fluxo 1	Classificação do paciente
Fluxo 2	Cenário 1 - Aumento do número de casos com decreto de epidemia de Dengue
Fluxo 3	Assistência aos pacientes com suspeita de Dengue nas UAPS

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS E METAS</b>	<b>15</b>
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
2.3	Metas	15
<b>3</b>	<b>O PERFIL DA CIDADE DE FORTALEZA</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>ASPECTOS FÍSICOS DE FORTALEZA</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>ASPECTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS DE FORTALEZA</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE FORTALEZA</b>	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>A RELEVÂNCIA DO COMITÊ INTERSETORIAL DE CONTROLE DAS ARBOVIROSES</b>	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>EIXO VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>	<b>29</b>
8.1	Aspectos epidemiológicos das Arboviroses	29
8.2	Provável cenário para as Arboviroses no município de Fortaleza em 2026	40
<b>9</b>	<b>MACROPROCESSOS PARA O ENFRENTAMENTO DAS ARBOVIROSES</b>	<b>43</b>
<b>10</b>	<b>VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E CONTROLE VETORIAL</b>	<b>48</b>
10.1	Caracterização entomológica do município de Fortaleza	48
10.2	Controle Vetorial	58
10.3	Estratégias de Educação em Saúde, Mobilização Social e Articulação Comunitária	61
10.4	Capacidade operacional do controle do vetor	64
<b>11</b>	<b>EIXO ASSISTÊNCIA</b>	<b>67</b>
11.1	Atenção Primária à Saúde: dinâmica de assistência ao paciente	67
11.2	Classificação	73
11.3	Ações contingenciais	82
11.4	Rotina para atendimento a pacientes com suspeita de dengue nas Unidades de Saúde do município de Fortaleza - Atenção Primária à Saúde	83
11.5	Média complexidade: assistência ao paciente	86
<b>12</b>	<b>CAPACIDADE INSTALADA</b>	<b>90</b>
<b>13</b>	<b>EIXO EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b>	<b>92</b>
<b>14</b>	<b>EIXO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	<b>94</b>
<b>15</b>	<b>GESTÃO, PLANEJAMENTO, GOVERNANÇA E FINANCIAMENTO</b>	<b>95</b>
<b>16</b>	<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	<b>98</b>
<b>17</b>	<b>QUADRO RESUMO DAS AÇÕES CONTINGENCIAIS</b>	<b>99</b>
	<b>REFERÊNCIAS CONSULTADAS</b>	<b>103</b>
	<b>ANEXO I</b>	<b>105</b>
	<b>ANEXO II</b>	<b>109</b>
	<b>ANEXO III</b>	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

---

O cenário epidemiológico atual relacionado às doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* alcança ampla distribuição mundial, atingindo países tropicais e subtropicais de vários continentes, originando um compromisso sanitário desafiador à Saúde Pública.

A Dengue é a Arbovirose urbana mais prevalente nas Américas, principalmente no Brasil. É uma doença febril que tem se mostrado de importância à Saúde Pública nos últimos anos. O vírus da dengue (DENV) é um arbovírus transmitido pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti* e possui quatro sorotipos diferentes (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4). É uma doença endêmica no município de Fortaleza desde 1986, quando foi confirmado o sorotipo DENV-1. Nesses 40 anos foram registrados 369.771 casos e 302 óbitos no Município.

Historicamente destacam-se os anos epidêmicos de 1994 (sorotipo DENV-2) com o registro dos primeiros casos de Dengue hemorrágica, 2008 (DENV-2), 2011 (DENV-1) e 2012 (DENV-4), que representa 36,1% do total (133.429/369.771). Nos anos em que o DENV-3 foi o sorotipo predominante (2003-2007) não foram registradas grandes epidemias.

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. Considerada inicialmente como “benigna”, mudou esse *status* quando o vírus Zika passou a ser associado ao aumento do número de casos de microcefalia. Entre 2015 e 2020, foram confirmados 1.660 casos em residentes de Fortaleza. Desse total, 80,2% (1.332) ocorreram em 2016 e 16,4% (272) em 2017. A partir de 2018, observa-se um cenário de baixa transmissão, com o registro de 34 casos no SINAN, distribuídos da seguinte forma: 13 em 2018, 2 em 2019 e 19 em 2020. Entre 2021 e 2025, não foram registrados casos confirmados

Os primeiros casos de Chikungunya em residentes no município de Fortaleza foram registrados no ano de 2014. À época as investigações evidenciaram tratar-se de casos importados. Casos autóctones foram confirmados somente a partir de dezembro de

2015. Em nove anos foram confirmados 101.930 casos e 191 óbitos, com destaque para 2017 quando foram registrados 60,7% dos casos (61.827/101.930) e 75,4% dos óbitos (144/191).

Além dos desafios em relação à Dengue e ao Zika vírus, a magnitude da Chikungunya nas capitais e unidades federadas do Nordeste, sobretudo Pernambuco, Bahia, Rio Grande do Norte e Ceará, se tornou, a partir de 2015, um dos mais complexos cenários epidemiológicos, tanto pela morbidade, como pelo número de óbitos registrados.

Nessa perspectiva, o *Plano Municipal de Contingência para o Controle e Enfrentamento de Epidemias por Arboviroses* para o exercício de 2026 orienta o enfrentamento de emergências por Dengue, Chikungunya e Zika a partir de uma construção coletiva realizada pelas equipes técnicas relacionadas à Vigilância à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Rede de Urgência e Emergência, Assistência Farmacêutica, Escola de Saúde Pública de Fortaleza, e Comunicação, com o direcionamento das ações, orientação da resposta às emergências em Saúde Pública e definição das responsabilidades dos atores envolvidos, culminando na validação pelo Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza.

## 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 à Saúde (RAS), fortalecendo a articulação das diferentes áreas e serviços, visando à 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;
- Manter as equipes de saúde capacitadas para o desenvolvimento das atividades de Assistência, Vigilância Epidemiológica, Comunicação e Mobilização, Prevenção, Controle e Combate às Arboviroses;
- Garantir a Assistência Farmacêutica e o monitoramento sistemático do estoque de medicamentos nos serviços e a realização dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo das Arboviroses.

### 2.3. Metas

- Investigar em tempo oportuno 100% dos casos de Dengue com Sinais de Alarme (DSA), Dengue Grave (DG), formas atípicas de Chikungunya e Zika em gestantes notificados no SINAN;

- Investigar oportunamente 100% dos óbitos suspeitos de Dengue, Chikungunya e Zika;
- Reduzir o Índice de Infestação Predial a menos de 1%;
- Articular a elaboração de um Plano de Mídia para prevenção e controle dos processos epidêmicos relacionados às Arboviroses;
- Avançar na utilização das ferramentas em Saúde Digital na Vigilância em Saúde;
- Viabilizar a vacinação em dose única da vacina produzida pelo Butantan contra a Dengue aos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde.

### 3 O PERFIL DA CIDADE DE FORTALEZA

---

O município de Fortaleza ocupa posição estratégica na estrutura socioeconômica do Ceará. Como capital estadual, seus indicadores físicos, sociais, econômicos e demográficos revelam a complexidade e magnitude dos desafios típicos de uma grande metrópole.

Figura 1 - Município de Fortaleza



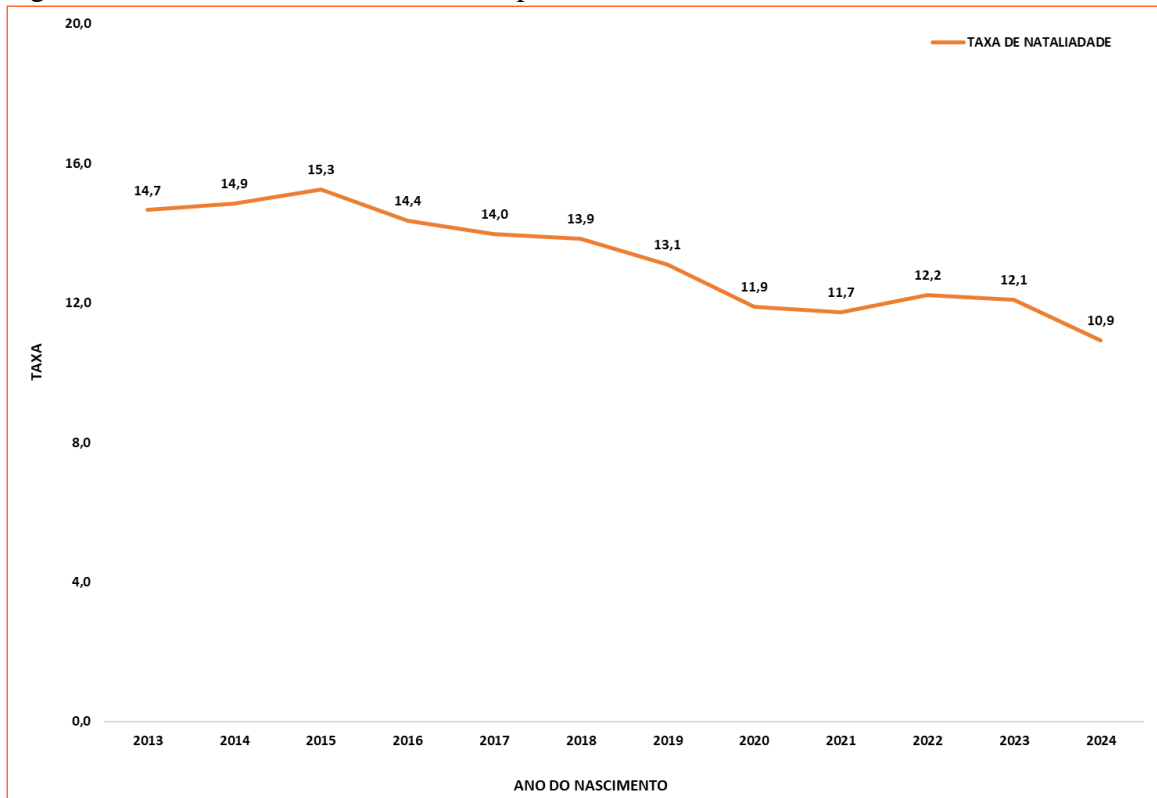
Fonte: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/entre-crescimento-e-contrastes-que-fortaleza-a-populacao-conhece-1.1299583>.

O município de Fortaleza dispõe de uma rede complexa de serviços de atendimento às condições de saúde da população. As informações sobre assistência prestada, nascimentos e óbitos são registradas em sistemas específicos, formando uma base de dados que subsidia as análises da situação de saúde do Município. Por meio de indicadores, essas análises oferecem uma visão integrada da saúde individual e coletiva em Fortaleza.

Um indicador chave para avaliar a evolução populacional é a taxa de natalidade. Em Fortaleza, observou-se leve aumento nesse indicador entre 2013 e 2015 (de 14,1 para 15,3). A partir de 2016, instalou-se tendência de redução consistente: de 14,4 (2016) para

13,5 (2018) e 11,9 (2020), com nova queda para 11,7 (2021), recuperação a 12,2 (2022) e 12,1 (2023), e redução a 10,9 em 2024 (Figura 2).

Figura 2 - Taxa de natalidade no município de Fortaleza, 2013-2024



Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SINASC.

A taxa de natalidade no Município apresenta tendência de redução sustentável. É provável que fatores como a emergência do vírus Zika e os casos de microcefalia em bebês (2015-2016), a epidemia de Chikungunya (2016-2017) e a pandemia de covid-19 (2020-2024), associados à instabilidade socioeconômica nacional, tenham contribuído para essa redução.

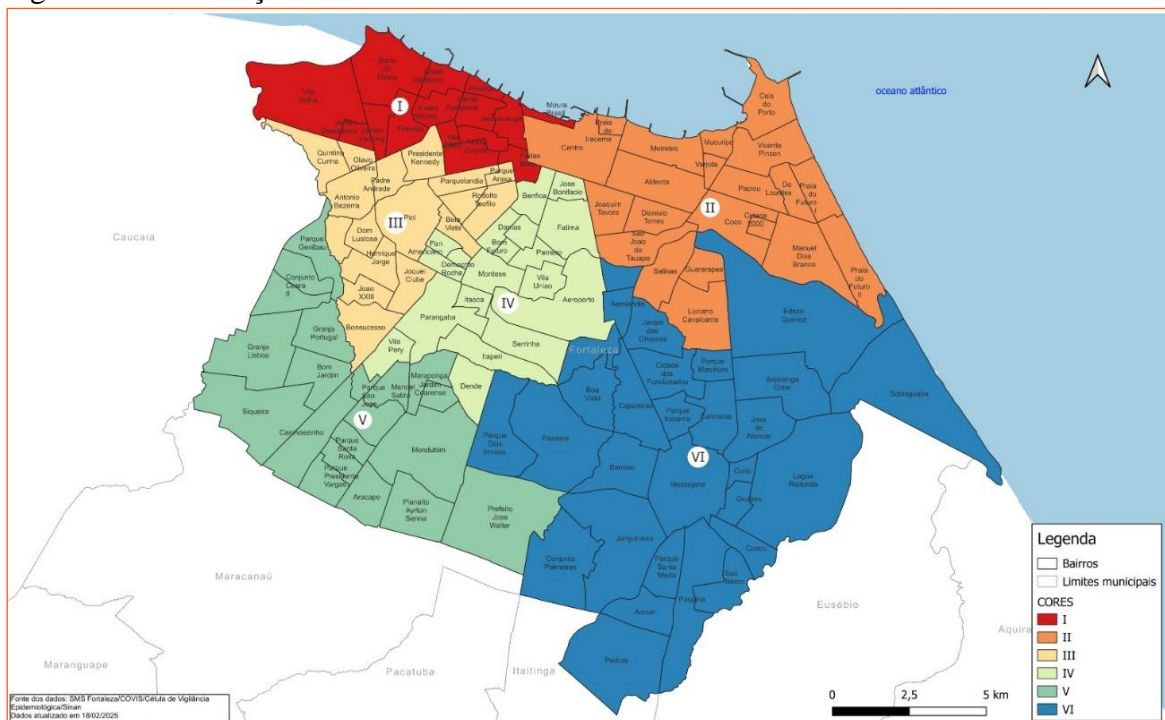
## 4 ASPECTOS FÍSICOS DE FORTALEZA

O município de Fortaleza localiza-se na latitude 3°43'02" S e longitude 38°32'35" W, na região Nordeste, em ambiente litorâneo. Limita-se ao norte com o Oceano Atlântico; ao sul, com Pacatuba, Eusébio, Maracanaú e Itaitinga; ao oeste, com Caucaia; e ao leste, com Aquiraz.

Possui linha de costa de 33,4 km e é a única capital brasileira integralmente no clima semiárido, com clima tropical chuvoso (média anual de 26,5°C) e altitude de 16 m em relação ao nível do mar. Sua área total é de 312,3 km<sup>2</sup>, dividida em 121 bairros oficiais administrados por 12 Secretarias Regionais, agrupadas em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) (IPECE, 2018).

A regionalização foi atualizada pela Lei Complementar nº 278, de 23 de dezembro de 2019, e o Decreto nº 14.590, de 6 de fevereiro de 2020, renomeou as 12 regionais e 39 territórios administrativos. Contudo, o Sistema de Saúde mantém a organização em seis CORES, preservando a divisão original dos bairros (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição dos bairros e CORES de Fortaleza



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI.

## 5 ASPECTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS DE FORTALEZA

Os bairros de Fortaleza não formam áreas economicamente homogêneas, configurando um mosaico de contrastes urbanos e desigualdades sociais. Mesmo em bairros com melhor IDH, observam-se bolsões de miséria, com populações precariamente assentadas.

Os bairros mais populosos concentram-se nas CORES I, VI e V, destacando-se Jangurussu, Barra do Ceará, Granja Lisboa, Mondubim, Passaré, Prefeito José Walter e Vila Velha, todos com mais de 50.000 habitantes.

A população infantil (0-14 anos) predomina nas CORES IV, III e II; nessas regiões, registra-se baixa proporção de população economicamente ativa e maior concentração de idosos (Tabela 1, com projeções baseadas no Censo 2022).

Tabela 1 - Distribuição populacional por grupos etários segundo as CORES de Fortaleza, 2022

CORES	0 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 59 anos	60 a 69 anos	70+ anos	Total
I	37.240	42.714	99.776	87.089	27.459	22.134	316.507
II	37.855	40.957	113.938	102.603	37.367	35.223	368.104
III	36.930	41.742	104.486	88.144	28.816	23.753	323.909
IV	27.184	30.476	85.889	73.424	26.392	22.965	266.409
V	76.532	81.560	188.731	149.101	39.625	28.989	564.669
VI	78.410	82.292	197.373	157.565	42.543	30.418	588.926
<b>Total</b>	<b>294.151</b>	<b>319.741</b>	<b>790.193</b>	<b>657.926</b>	<b>202.202</b>	<b>163.482</b>	<b>2.428.524</b>

Fonte: Censo/2022, IBGE.

Nenhum dos bairros mais densos figura entre os de maior número de domicílios, o que sugere maior coabitação por unidade residencial nas áreas mais adensadas.

Historicamente, a zona leste concentra a população de classe alta, com melhor acesso a serviços e infraestrutura urbana. Em contraste, a zona oeste abriga predominantemente bairros de baixa renda, com favelas em loteamentos irregulares, autoconstruções precárias e urbanização fragilizada, caracterizando a expansão periférica urbana e metropolitana.

Nos assentamentos precários, concentram-se jovens nem-nem (que não trabalham nem estudam), vulneráveis a homicídios e doenças associadas à falta de saneamento,

como Arboviroses, Leptospirose, Leishmaniose Visceral, Tuberculose e Hanseníase. Isso reforça a necessidade de políticas públicas transversais prioritárias, complementares à habitação, nessas áreas (Plano Fortaleza 2040).

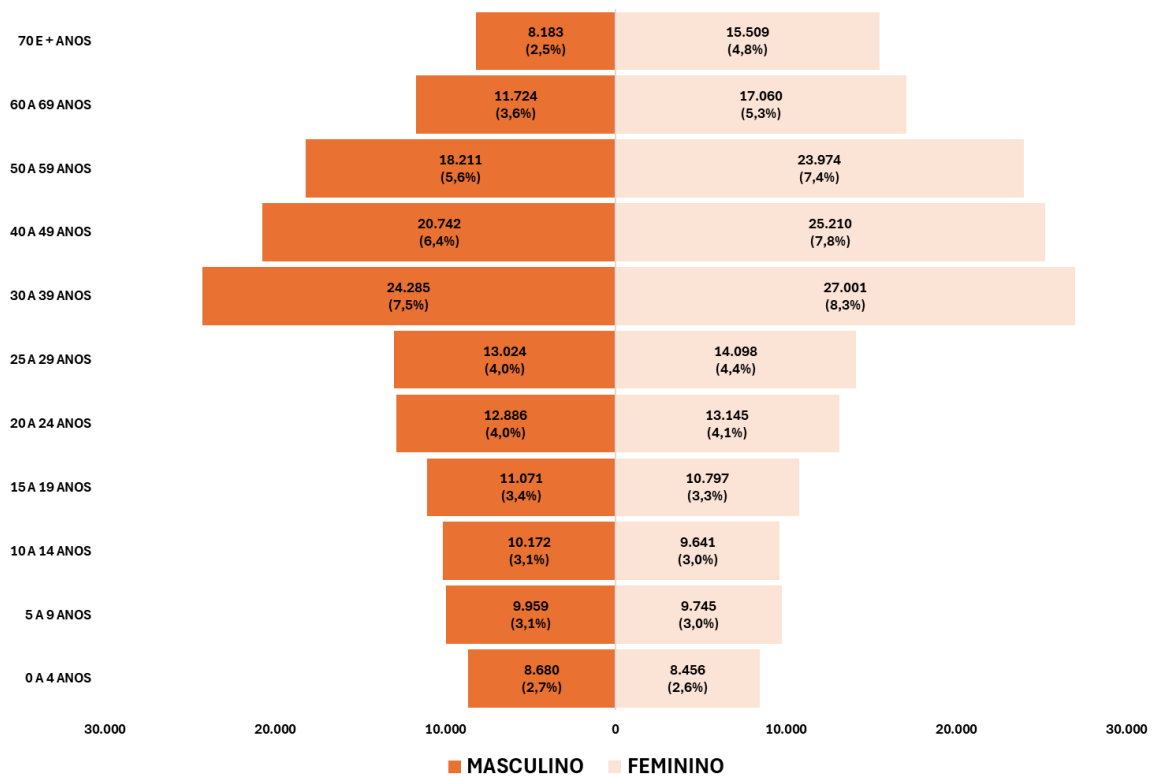
Os serviços básicos como tratamento de água e saneamento adequado (lixo e esgoto) previnem doenças e elevam a qualidade de vida, especialmente ao reduzir a incidência de enfermidades hídricas: amebíase, giardíase, gastroenterite, febre tifoide, hepatite infecciosa e cólera. A cobertura de água tratada atinge 90,7% dos domicílios; a coleta de lixo, 99,6%; porém, áreas precárias ainda desafiam a provisão plena desses serviços (IBGE, 2022).

Sobre o esgotamento sanitário, apesar dos investimentos do Programa SANEAR I (década de 1990), Fortaleza coleta 68% do esgoto doméstico, com 32% descartado em fossas rudimentares, valas ou corpos d'água. Isso agrava a poluição hídrica e a proliferação de doenças (IBGE, 2022).

## 6 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE FORTALEZA

O Censo Demográfico de 2022, realizado pelo IBGE, revela que a população de Fortaleza é majoritariamente feminina (53,6%), enquanto os homens representam 46,4%. Quanto à composição racial, 67,0% se autodeclararam negros (parda e preta, conforme classificação do IBGE), 32,7% brancos e 0,3% indígenas ou de outras etnias (IBGE, 2022). A Figura 4 mostra a distribuição populacional por faixa etária e sexo em Fortaleza para o ano de 2022.

Figura 4 - Distribuição populacional por faixa etária e sexo, Fortaleza, 2022

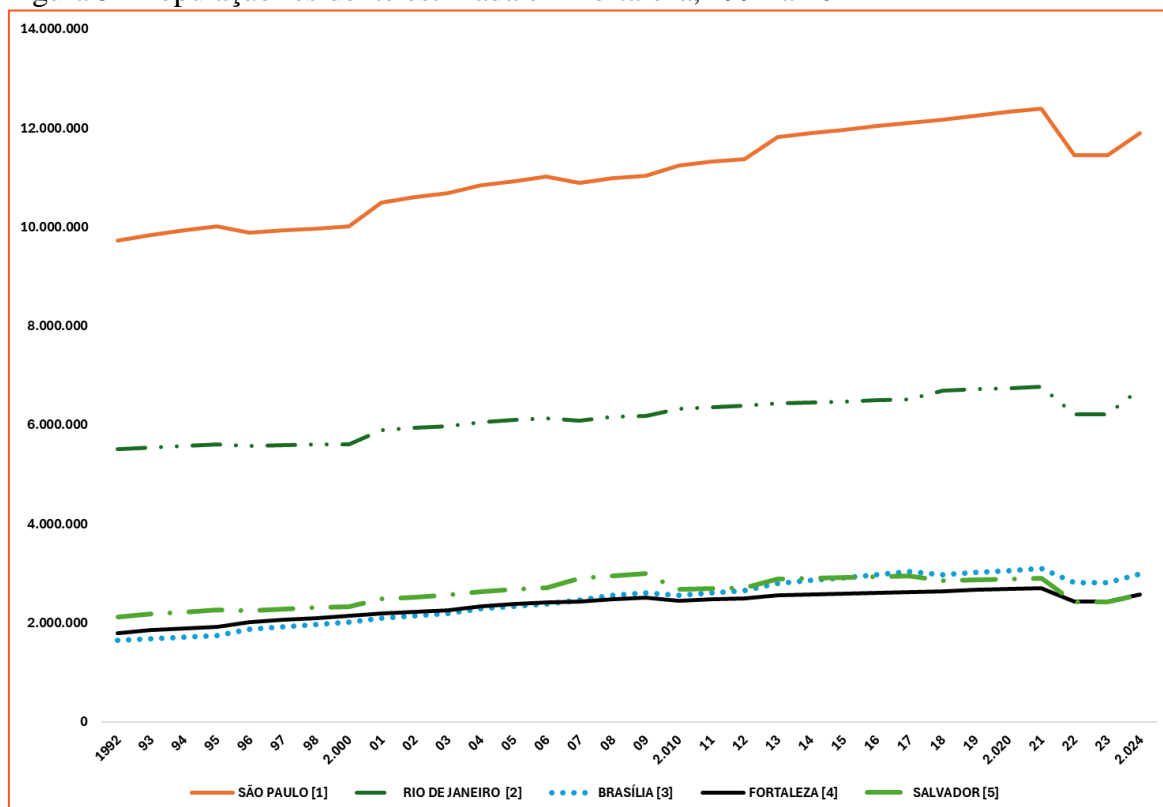


Fonte: Censo/2022, IBGE.

Em 2022, Fortaleza registrava 2.428.524 habitantes, com densidade demográfica de 7.775,52 hab./km<sup>2</sup>. Líder entre os 184 municípios cearenses em ambas as métricas, representa cerca de 27,6% da população estadual (8.794.957 habitantes) (IBGE, 2022).

Após o Censo 2022, o IBGE disponibilizou projeções populacionais atualizadas, baseadas nas tendências censitárias, para monitoramento contínuo da dinâmica demográfica em âmbitos municipal, estadual e nacional. A Figura 5 mostra a posição de Fortaleza: em 4º lugar em população e 8º em densidade entre os 5.569 municípios brasileiros.

Figura 5 - População residente estimada em Fortaleza, 1992 a 2024



Fonte: IBGE - Estimativas de população/DATASUS.

Em relação à faixa etária, 12,1% da população tem entre 0 e 9 anos, 21,0% entre 10 e 24 anos, 52,9% entre 25 e 59 anos, e 15,1% têm 60 anos ou mais. Fortaleza é a 4ª capital brasileira em número de habitantes e a de maior densidade demográfica no país, caracterizando-se como cidade horizontal, com baixa circulação na maioria dos bairros e alta concentração em poucos (IBGE, 2022).

A distribuição populacional varia entre bairros, apenas 10 deles concentram mais de 22% dos moradores, conforme o número absoluto (IBGE, 2022).

A seguir apresenta-se as tabelas de distribuição populacional por bairros das CORES I, II, III, IV, V e VI.

Tabela 2 - Distribuição populacional por bairros da CORES I, Fortaleza, 2022

Bairros	População
Álvaro Weyne	21.809
Barra do Ceara	63.446
Carlito Pamplona	23.673
Cristo Redentor	24.580
Farias Brito	10.384
Floresta	24.350
Jacarecanga	13.063
Jardim Guanabara	12.299
Jardim Iracema	19.005
Monte Castelo	11.267
Moura Brasil	3.029
Pirambu	14.176
São Gerardo/Alagadiço	15.761
Vila Ellery	6.784
Vila Velha	52.881
Total (15)	316.507

Fonte: Censo/2022, IBGE.

Tabela 3 - Distribuição populacional por bairros da CORES II, Fortaleza, 2022

Bairros	População
Aldeota	42.580
Bairro de Lourdes	2.310
Cais do Porto	22.730
Centro	24.092
Cidade 2000	7.835
Cocó	23.005
Dionisio Torres	13.875
Guararapes	7.642
Joaquim Tavora	20.749
Luciano Cavalcante	21.779
Manuel Dias Branco	7.762
Meireles	38.374
Mucuripe	13.775
Papicu	20.728
Praia de Iracema	3.033
Praia do Futuro I	4.329
Praia do Futuro II	12.389
Salinas	4.837
São Joao do Tauape	23.426
Varjota	6.703
Vicente Pinzon	46.151
Total (21)	368.104

Fonte: Censo/2022, IBGE.

Tabela 4 - Distribuição populacional por bairros da CORES III, Fortaleza, 2022

Bairros	População
Amadeu Furtado	9.681
Antonio Bezerra	23.186
Autran Nunes	18.710
Bela Vista	14.648
Bom Sucesso	35.766
Dom Lustosa	12.370
Henrique Jorge	24.434
Joao XXIII	16.475
Jóquei Clube	20.249
Olavo Oliveira	11.153
Padre Andrade	10.845
Parque Araxá	6.100
Parquelândia	12.842
Pici	38.374
Presidente Kennedy	22.685
Quintino Cunha	30.324
Rodolfo Teófilo	16.067
Total (17)	323.909

Fonte: Censo/2022, IBGE.

Tabela 5 - Distribuição populacional por bairros da CORES IV, Fortaleza, 2022

Bairros	População
Aeroporto	8.995
Benfica	12.506
Bom Futuro	5.260
Couto Fernandes	4.645
Damas	10.148
Demócrito Rocha	10.460
Rachel de Queiroz (Dendê)	13.438
Fatima	23.114
Itaoca	10.544
Itaperi	22.213
Jardim América	10.286
Jose Bonifácio	8.539
Montese	21.794
Pan Americano	8.580
Parangaba	28.059
Parreão	9.132
Serrinha	27.880
Vila Peri	17.550
Vila União	13.266
Total (19)	266.409

Fonte: Censo/2022, IBGE.

Tabela 6 - Distribuição populacional por bairros da CORES V, Fortaleza, 2022

Bairros	População
Aracapé	18.943
Bom Jardim	33.720
Canindezinho	37.099
Conjunto Ceara I	17.594
Conjunto Ceara II	21.582
Conjunto Esperanca	12.729
Granja Lisboa	63.420
Granja Portugal	36.619
Jardim Cearense	10.898
Maraponga	12.410
Mondubim	62.440
Novo Mondubim	18.537
Parque Genibaú	35.435
Parque Presidente Vargas	10.906
Parque Santa Rosa	11.792
Parque São Jose	7.645
Planalto Airton Senna	37.890
Prefeito José Walter	53.447
Siqueira	45.494
Vila Manoel Sátiro	16.069
Total (20)	564.669

Fonte: Censo/2022, IBGE.

Tabela 7 - Distribuição populacional por bairros da CORES VI, Fortaleza, 2022

Bairros	População
Aerolândia	9.368
Alto da Balança	10.407
Ancuri	7.559
Barroso	31.467
Boa Vista	12.327
Cajazeiras	13.852
Cambeba	8.775
Cidade dos Funcionários	15.474
Coaçu	7.132
Curió	6.515
Dias Macedo	11.855
Edson Queiroz	24.864
Guajeru	6.432
Jangurussu	70.651
Jardim das Oliveiras	26.351
Jose de Alencar	14.651
Lagoa Redonda	30.410
Messejana	43.190
Palmeiras	28.221
Parque dois Irmãos	32.053
Parque Iracema	13.669
Parque Manibura	5.938
Parque Santa Maria	14.420
Passaré	54.870
Paupina	26.446
Pedras	17.101
Sabiaguaba	3.466
São Bento	12.247
Sapiranga/Coite	29.215
Total (29)	588.926

Fonte: Censo/2022, IBGE.

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

---

O município de Fortaleza instituiu, por meio do Decreto n° 13.995/2017, o Comitê Intersetorial de Controle das Arboviroses para promover ações intersetoriais e estabelecer responsabilidades institucionais a partir dos seguintes órgãos: Gabinete do Prefeito; Secretaria Municipal de Governo; Secretaria Municipal da Saúde; Coordenadoria de Comunicação do Gabinete do Prefeito; Coordenadoria das Regionais; Secretarias Regionais; 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.

A atuação integrada das secretarias e órgãos que compõem o Comitê Intersetorial de Controle das Arboviroses é fundamental para o planejamento, a execução e o monitoramento das ações de prevenção e controle das Arboviroses no município de Fortaleza. Essa articulação intersetorial possibilita a convergência de esforços, o compartilhamento de responsabilidades e a otimização de recursos, assegurando respostas mais efetivas, oportunas e alinhadas às atribuições institucionais de cada órgão, além de fortalecer a governança, a tomada de decisão e a sustentabilidade das ações no território.

Salienta-se que a implantação e atuação do Comitê Intersetorial de Controle das Arboviroses ocorrem de forma dinâmica e estratégica, em consonância com o cenário epidemiológico vigente, sendo intensificadas ou readequadas conforme a situação de risco, a ocorrência de surtos, epidemias ou o aumento da incidência das Arboviroses no Município.

## 8 EIXO VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### 8.1 Aspectos epidemiológicos das Arboviroses

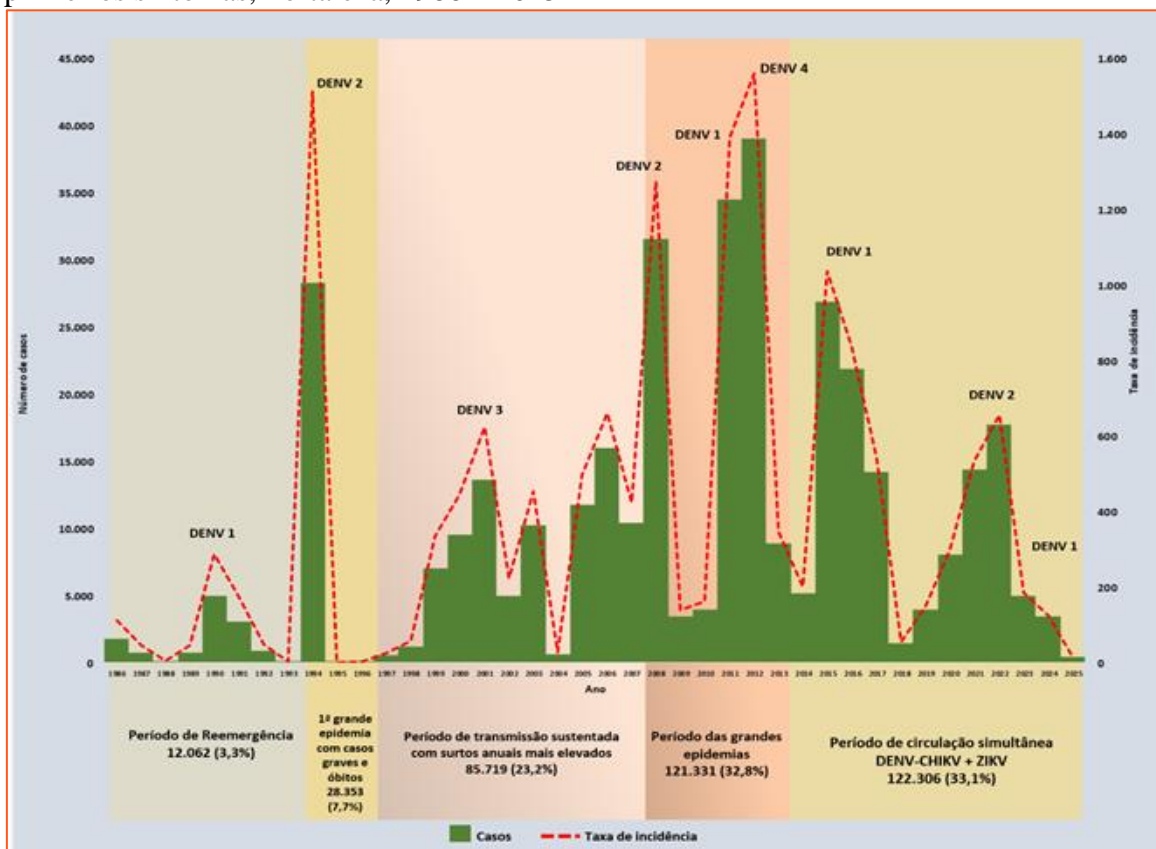
#### 8.1.1 Dengue

A Dengue é endêmica no município de Fortaleza desde 1986 quando foi isolado o sorotipo DENV-1. No ano de 1994 foi introduzido o sorotipo DENV-2, em 2002 o DENV-3 e em 2012 o DENV-4.

##### 8.1.1.1 Distribuição temporal dos casos - 1986 a 2025

A introdução e reintrodução dos diferentes sorotipos do vírus da Dengue em Fortaleza produziram condições favoráveis à transmissão da doença que, em linhas gerais, manifestou as características epidemiológicas registradas na Figura 6.

Figura 6 - Distribuição dos casos confirmados e da taxa de incidência por ano dos primeiros sintomas, Fortaleza, 1986 – 2025



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Atualizado 08/01/2026. Dados sujeitos a alteração.

Nesses 39 anos foram confirmados 369.771 casos, 302 e quatro grandes epidemias (1994 e 2008 - sorotipo DENV-2, 2011 - DENV-1 e 2012 - DENV-4). Para efeito de comentários a série histórica representada na Figura 4 está organizada em cinco períodos distintos, conforme o número de casos, a taxa de incidência (TI) e o número absoluto de óbitos, sendo:

a) 1986 a 1993:

- Introdução e circulação do vírus DENV-1 (único sorotipo isolado no período);
- Taxa de incidência por 100 mil habitantes (TI): baixa a moderada. Destaques: 1986 (110,5), 1990 (286,8) e 1991 (171,1);
- 12.062 no período, correspondente a 3,3% do total de casos de dengue registrados no município (369.194);
- Sem registro de óbito.

b) 1994 a 1996:

- 1994: introdução do vírus DENV-2 e registro da primeira grande epidemia da dengue em Fortaleza: TI de 1.513,9 casos por 100 mil habitantes, 21 casos graves e 09 óbitos;
- 28.353 casos no triênio, 7,7% de todos os registros da doença contabilizados em Fortaleza;
- 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:

- 1997: início de um período de tendência ascendente, com registros de TI anuais mais elevados quando comparada ao período de 1986 a 2006, exceto o ano epidêmico de 1994;
- Registrados 85.719 casos da doença (23,2% de todos os casos registrados na história da dengue no município), dos quais 740 foram formas graves, sendo que 57 evoluíram para óbito (19,0% de todos os óbitos registrados no município);
- A partir de 1999 observa-se seis anos com TI superior a 300 casos/100.000 habitantes, variando 333,7 (1999) a 661,0 (2006);
- 2002: introdução do DENV-3.

d) 2008 a 2013:

- Período de grandes epidemias de dengue no município de Fortaleza;

- 2008: reintrodução do DENV-2, 31.553 casos, TI de 1.275,6 casos/100.000 habitantes;
- 2011: reintrodução do DENV-2, 34.507 casos, TI de 1.393,3;
- 2012: introdução do DENV- 4, 39.052 casos e TI de 1.562,0;
- Total de 121.331 casos de dengue em seis anos (32,9% de todos os registros do município), sendo 1.205 formas graves (57% de todas as formas graves registradas), das quais 121 evoluíram para óbito (40,3% de todos os óbitos).

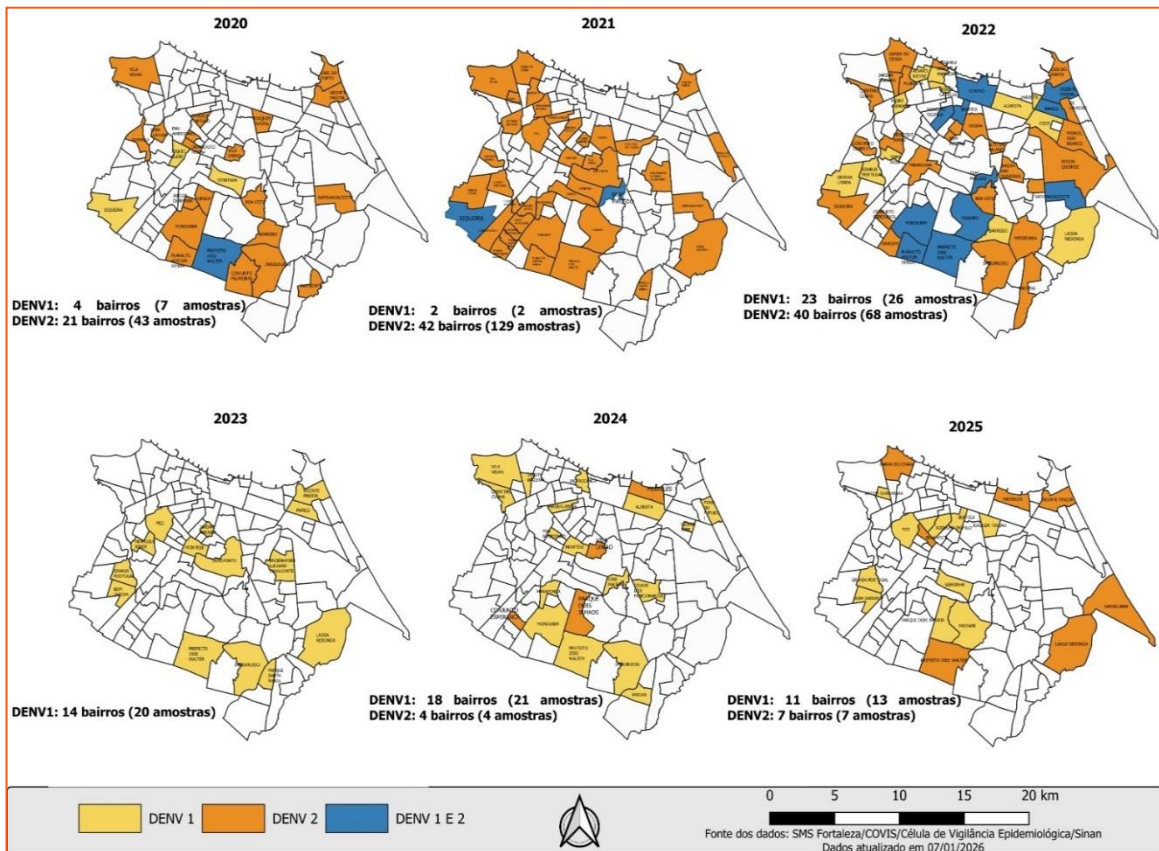
e) 2014 a 2025:

- Cenário de cocirculação dos vírus DENV, CHIKV e ZIKV;
- 122.306 casos de dengue em residentes de Fortaleza (33,0% do total da série histórica), 114 evoluíram para óbito;
- Registro de aumento no número de casos de 2014 para 2015;
- Tendência de queda entre 2016 e 2018;
- 2019: reintrodução do DENV-2, com tendência de aumento até 2022 (de 3.930 casos para 17.701);
- Redução no número de casos em 2023 e 2024 (4.942 e 3.211 casos confirmados, respectivamente);
- Nova queda, totalizando 301 casos confirmados em 2025.

A Figura 7 apresenta a distribuição espacial do vírus da Dengue (DENV) por bairro de residência dos pacientes no período de 2020 a 2025. Nesse intervalo, foram identificados os sorotipos DENV-1 e DENV-2, com predominância da cocirculação especialmente no ano de 2022.

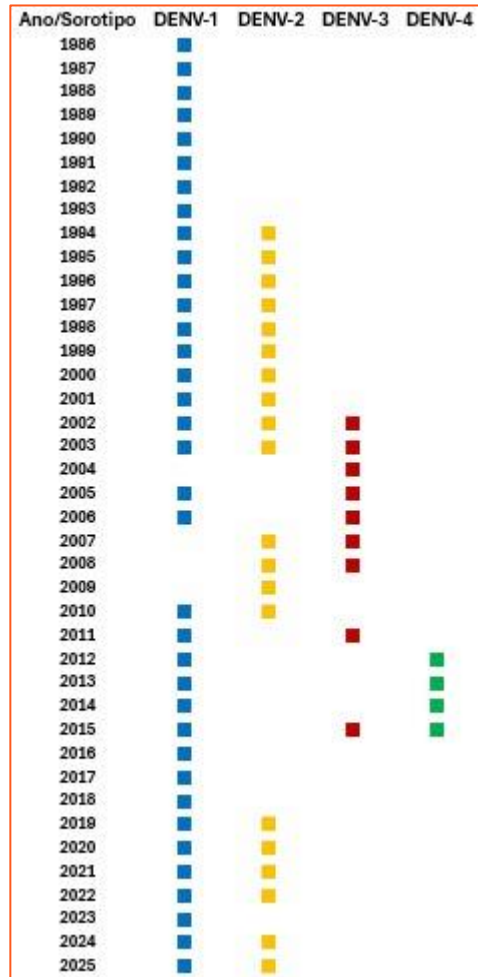
O histórico completo da circulação dos quatro sorotipos em Fortaleza está demonstrado na Figura 8.

Figura 7 - Dengue: Distribuição espaço-temporal da circulação do vírus DENV por bairro de residência dos pacientes, Fortaleza 2020 a 2025



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN - Atualizado 07/01/2026.  
Dados sujeitos a alteração.

Figura 8 – Histórico da circulação dos quatro sorotipos da dengue (DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4) em Fortaleza, 1986-2025

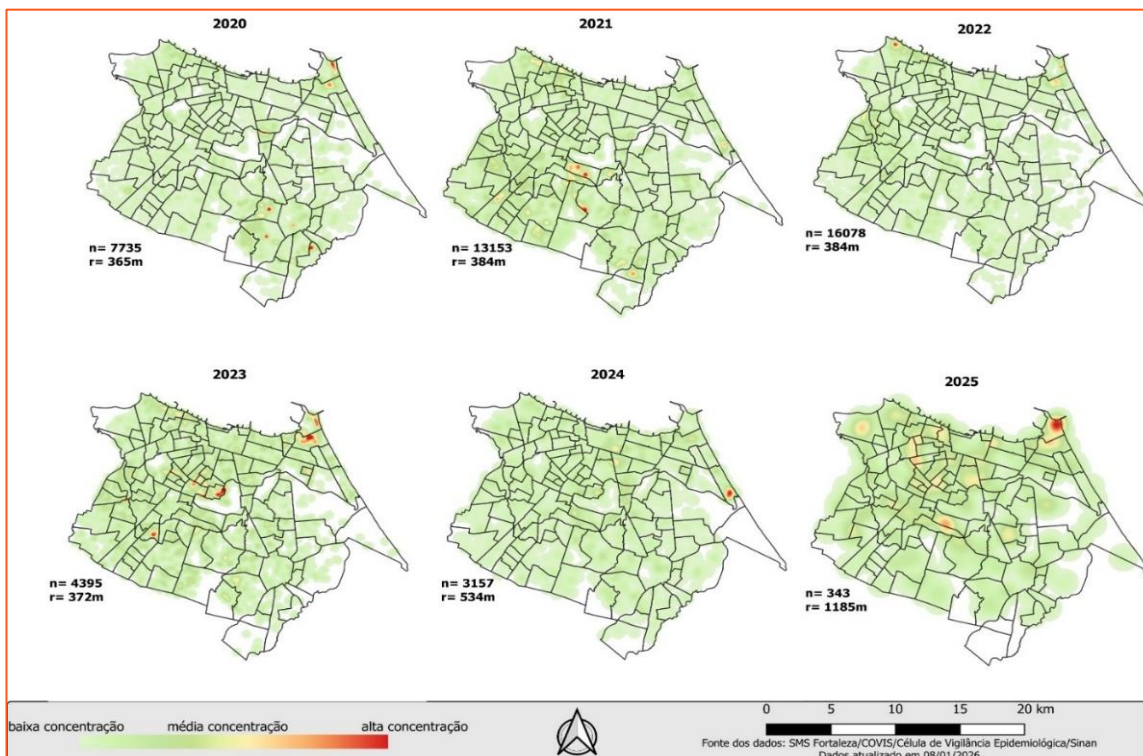


Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN.

#### 8.1.1.2 Mapa de calor dos casos – período 2020-2025

A distribuição espacial dos casos confirmados de Dengue nos anos de 2020 a 2025 está registrada na Figura 9. O mapa de calor mostra a distribuição de casos numa escala com variação de baixa a alta concentração. Os aglomerados de alta concentração (*clusters*) estão representados pelo vermelho.

Figura 9 - Dengue: Distribuição espaço-temporal dos casos confirmados por ano dos primeiros sintomas (mapa de calor), Fortaleza 2021 a 2025



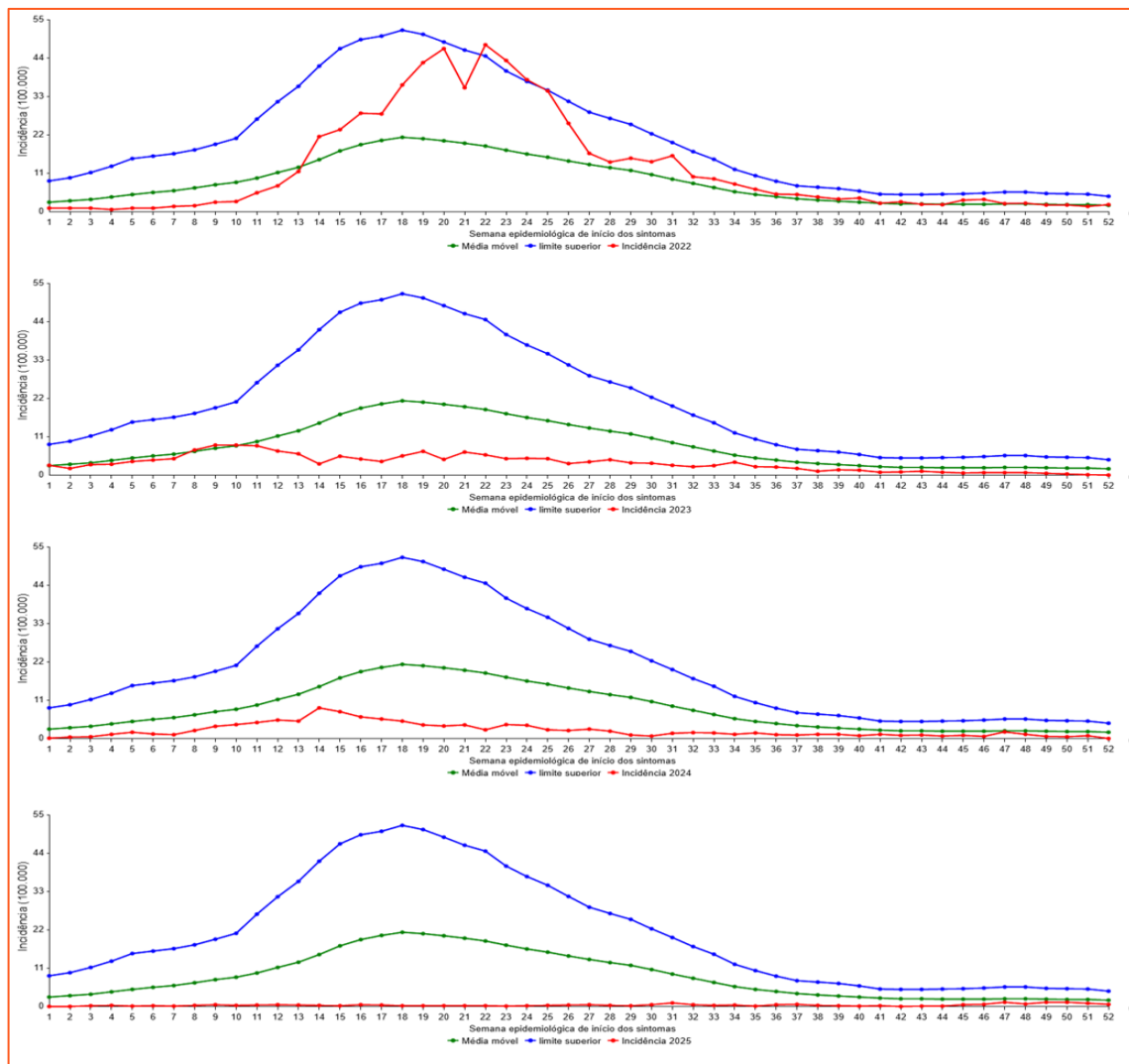
Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN - Atualizado 07/01/2026. Dados sujeitos a alteração.

### 8.1.1.3 Diagrama de Controle

O município de Fortaleza utiliza o Diagrama de Controle como ferramenta para monitorar a distribuição da frequência de uma determinada doença para o período de um ano, com base no comportamento observado da doença durante vários anos prévios, e em sequência (série histórica), em uma determinada população, possibilitando observar a força de transmissão da Dengue por semana epidemiológica. Esse instrumento possibilita detectar as mudanças de cenários: endêmico (frequência esperada) para epidêmico (frequência observada ou incidência do ano atual).

A Figura 10 registra os Diagramas de Controle dos anos de 2022 a 2025. Nos quatro anos representados a taxa de incidência não alcançou o limite de casos máximo esperado em nenhuma semana, comportamento típico da transmissão dentro do padrão endêmico do Município.

Figura 10 – Dengue: Diagrama de Controle, Fortaleza 2021 a 2025



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN - Atualizado 08/01/2026. Dados sujeitos a alteração.

#### 8.1.1.4 Predição de casos de Dengue para o estado do Ceará em 2026, segundo InfoDengue–Mosqlimate

Desde 2024, o consórcio InfoDengue-Mosqlimate vem promovendo, anualmente, exercícios de modelagem preditiva com o propósito de estimar a incidência da Dengue no Brasil em nível estadual. A iniciativa tem como finalidade subsidiar o planejamento e a preparação dos entes federativos frente aos ciclos sazonais de transmissão da doença.

As estimativas são elaboradas a partir da combinação de modelos desenvolvidos de forma independente por diferentes grupos de pesquisa, com reconhecida atuação e expertise na temática da dengue (InfoDengue-Mosqlimate, 2025).

Os resultados das estimativas são organizados por temporada, considerando o período compreendido entre a semana epidemiológica 41 de um ano e a semana 40 do ano subsequente. Na temporada 2024–2025, foram construídos dois modelos do tipo ensemble, referentes aos anos de 2023 e 2024, que representaram cenários de incidência moderada e elevada. Na maior parte das unidades federadas, a incidência acumulada observada ao longo da temporada manteve-se dentro do intervalo de valores estimados pelo cenário de incidência moderada (InfoDengue-Mosqlimate, 2025).

As projeções de incidência de casos prováveis de Dengue para a Região Nordeste, elaboradas em 2024 com vistas ao ano de 2025, apontaram taxas consideradas baixas, com valores máximos estimados em torno de 30 casos por 100.000 habitantes no período de maior transmissão, especialmente nos estados da Bahia e do Rio Grande do Norte.

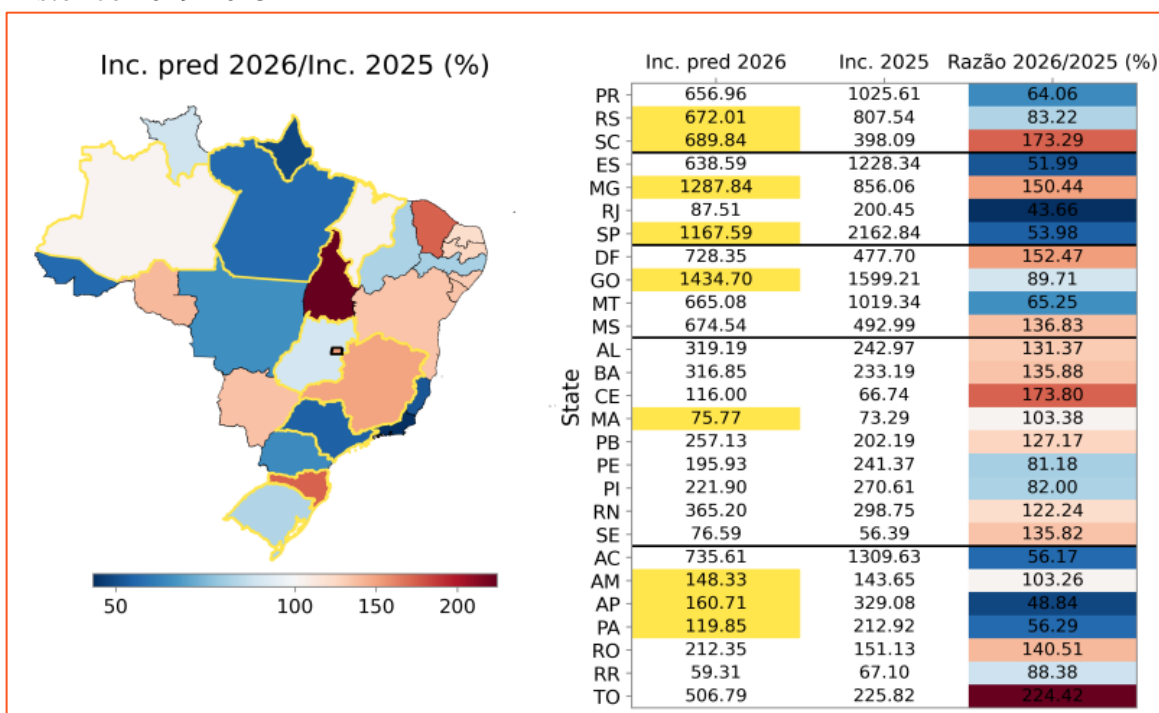
De forma geral, os registros observados na temporada 2024–2025 permaneceram abaixo dos valores medianos estimados pelos modelos preditivos, indicando um comportamento inferior ao cenário inicialmente projetado (InfoDengue-Mosqlimate, 2025).

Para a temporada 2025–2026, foi elaborado um único modelo ensemble, que estima aproximadamente 1,8 milhão de casos de dengue no território nacional. Desse total, cerca de 54% são atribuídos ao estado de São Paulo e 10% a Minas Gerais. Observa-se, ainda, tendência de incremento da incidência nos estados de Santa Catarina, na Região Sul, Tocantins, na Região Norte, e Ceará, na Região Nordeste (InfoDengue-Mosqlimate, 2025).

O mapa apresentado na Figura 11 evidencia as regiões e unidades federadas com tendência de aumento da notificação no próximo ciclo sazonal, em comparação com a temporada 2024–2025, destacando-se Santa Catarina, Tocantins e Ceará. A Figura também contempla a comparação com um padrão histórico ampliado, referente ao período de 2019 a 2023, assinalando, em amarelo, as unidades federadas cuja previsão de casos supera a média observada nesse intervalo.

Esses achados indicam que, embora a incidência projetada para a próxima temporada seja semelhante à observada no período mais recente, o patamar estimado permanece elevado quando confrontado com a série histórica de referência (InfoDengue-Mosqlimate, 2025).

Figura 11 - Mapa do Brasil com indicação dos estados com tendência de aumento de notificação de Dengue em 2025-26, comparado com a temporada anterior e com padrão histórico 2019-2023



Fonte: InfoDengue-Mosqlimate, 2025.

De modo geral, as projeções dos modelos que compõem o ensemble apresentam variações entre si, refletindo a complexidade inerente à dinâmica de transmissão da Dengue e a expressiva heterogeneidade epidemiológica observada no território nacional.

Entre os fatores com potencial de agravamento do cenário destacam-se a expansão da circulação do sorotipo DENV-3, a emergência de outros vírus, como o Oropouche, passíveis de serem inicialmente notificados como Dengue, bem como limitações no diagnóstico diferencial da chikungunya, que podem resultar em sua notificação como dengue (InfoDengue-Mosqlimate, 2025).

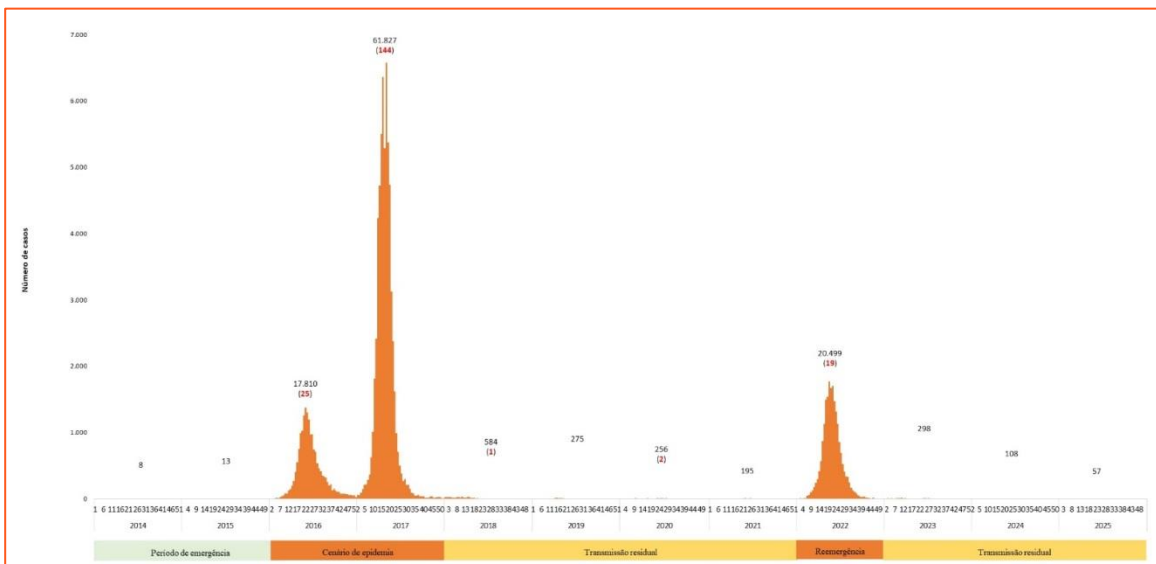
Em conclusão, as análises realizadas para a próxima temporada indicam a possibilidade de um período com características epidêmicas no contexto nacional, porém dentro do canal endêmico no contexto estadual (InfoDengue-Mosqlimate, 2025).

### 8.1.2 Chikungunya

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

No período de 2014 a 2025 foram confirmados 101.930 casos, dos quais 191 evoluíram para óbitos. A distribuição dos casos por ano/semana epidemiológica no período de 2014 a 2025 está representada na Figura 12.

Figura 12 - Chikungunya: série temporal de casos confirmados por ano/semana epidemiológica do início dos sintomas, Fortaleza, 2014 – 2025



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN - Atualizado 08/01/2026. Dados sujeitos a alteração.

No período observa-se o seguinte cenário da Chikungunya em Fortaleza:

- 2014-2015: biênio da emergência da doença, sendo registrados apenas 21 casos, sendo 08 importados no ano de 2014 e 13 autóctones em 2015;

- 2016-2017: anos epidêmicos. O cenário em 2016 já foi de transmissão sustentada com registros de 17.810 casos, dos quais 25 evoluíram para óbitos. No ano de 2017 foram confirmados 61.827 casos, com registro de 144 óbitos. Nesses dois anos foram registrados 78,2% de todos os casos confirmados de Chikungunya no Município e 88,5% dos óbitos;
- 2018-2021: após a epidemia registrada em 2017 o cenário foi de redução no número de casos e óbitos. No período foram registrados apenas 1,3% (1.330) dos casos e 1,6% (03) dos óbitos;
- 2022: cenário de reemergência da doença. O número de casos foi superior ao registrado no mesmo período de 2016 (20.498/17.810), com taxa de incidência anual acumulada alcançando o patamar de 758,38 casos por 100 mil habitantes, mas o número de óbitos foi inferior (19/24);
- 2023 – 2025: cenário de baixa transmissão. No período foram registrados 463 casos de Chikungunya em residentes de Fortaleza. Desses 64,4% (298) em 2023, 23,3% (108) em 2024 e 12,3%(57) em 2025. Não foram notificados casos graves e óbitos, até o momento.

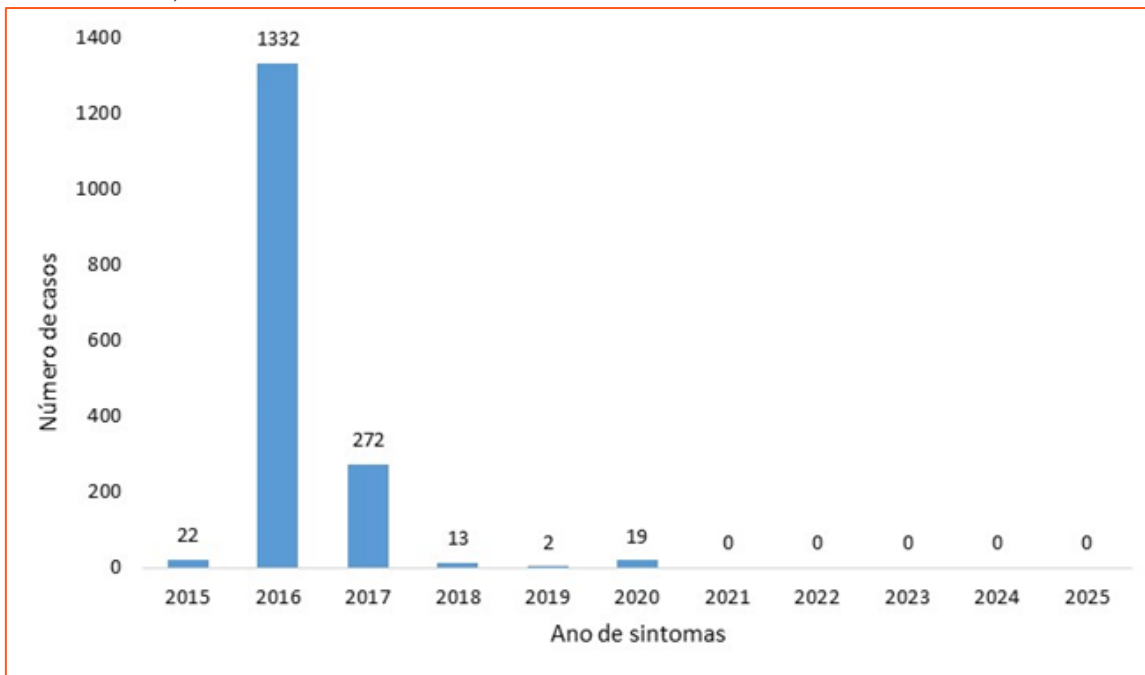
### 8.1.3 Zika

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 teste de laboratório em residentes no município de Fortaleza foram registrados no ano de 2015.

No período de 2015 a 2025, foram confirmados no município de Fortaleza 1.660 casos de Zika. Desse total, 80,2% (1.332) ocorreram em 2016 e 16,4% (272) em 2017. A partir de 2018, observa-se um cenário de baixa transmissão, com o registro de 34 casos no SINAN, assim distribuídos: 13 (2018), 02 (2019) e 19 (2020). Entre 2021 e 2025, não foram registrados casos confirmados.

A Figura 13 mostra a distribuição dos casos por mês do início dos sintomas entre 2015 e 2025.

Figura 13 - Zika: número de casos confirmados por ano do início dos sintomas, Fortaleza/CE, 2015-2025



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN - Atualizado 08/01/2026. Dados sujeitos a alteração.

## 8.2 Provável cenário para as Arboviroses no município de Fortaleza em 2026

A elaboração de previsões de cenários é um exercício complexo e requer a aplicação de técnicas estatísticas que, no caso das Arboviroses, deve contemplar no mínimo dados relativos aos casos, ao vetor, à população suscetível e ao vírus.

Os prováveis cenários para Dengue, Chikungunya e Zika em Fortaleza no ano de 2026, a seguir apresentados, consideram apenas a circulação do vírus no Município nos últimos anos, portanto apresentam limitações no nível de acerto.

### 8.2.1 Dengue

As grandes epidemias de Dengue em Fortaleza foram registradas em anos após a introdução ou reintrodução de um dos sorotipos do DENV. Os anos epidêmicos foram intercalados por períodos de transmissão residual, em geral, caracterizado por cenários de cocirculação de sorotipos. Considerando esse padrão, o que esperar para 2026?

Segundo o Informe Epidemiológico fornecido pelo Ministério da Saúde, entre as semanas epidemiológicas 01 e 23 de 2025, foram notificados 1.478.752 casos prováveis

de Dengue no país, com coeficiente de incidência de 728,2 casos por 100 mil habitantes. Em relação ao mesmo período de 2024, observa-se redução de 75,7% no número de casos.

As maiores incidências concentram-se nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, com destaque para os estados de São Paulo, Goiás, Acre, Paraná e Mato Grosso. Os casos graves foram mais frequentes nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, enquanto a maioria dos óbitos ocorreu no Sudeste. No período, foram confirmados 1.165 óbitos, com 752 ainda em investigação.

Foi identificada a circulação dos quatro sorotipos do vírus da Dengue, com predominância do DENV-2. Observa-se aumento da participação do DENV-3 desde o final de 2024, e o DENV-4 foi detectado em amostras de São Paulo e Minas Gerais.

A incidência nacional mantém-se dentro do canal endêmico histórico. As estimativas por *nowcasting* permanecem acima desse limite, porém indicam tendência de redução dos casos.

A reintrodução do DENV-2 no município de Fortaleza, em 2019, representou mudança de cenário para transmissão da Dengue com possibilidade de epidemia no período seguinte. No triênio 2020-2022 se consolidou como sorotipo predominante, refletindo aumento no número de casos, porém com transmissão dentro do padrão endêmico do Município

Considerando o cenário de cocirculação dos sorotipos DENV-1 e DENV-2 no município de Fortaleza entre os anos de 2019 e 2025, observa-se que, para 2026, o sorotipo DENV-3 configura-se como a principal preocupação epidemiológica, uma vez que o vírus já circula em três municípios do estado, o que pode representar risco de introdução e ampliação da transmissão no município. São menores as chances do sorotipo DENV-4 causar maiores preocupações no período em questão.

### 8.2.2 Chikungunya

O vírus CHIK produziu duas ondas epidêmicas no Município no biênio 2016-2017 e uma terceira em 2022, após quatro anos de acentuada redução no número de casos e de óbitos.

No momento não há evidência epidemiológica que possibilite estabelecer uma predição segura sobre a transmissão da Chikungunya em 2026. O cenário mais provável é a ocorrência de casos equivalentes ao ano de 2025.

### 8.2.3 Zika

Permanecendo a circulação viral registrada no Brasil e no Ceará entre os anos de 2021 a 2025 com apenas casos suspeitos e nenhuma confirmação. O esperado, em Fortaleza para 2026, é um cenário de baixa transmissão do vírus.

## 9 MACROPROCESSOS PARA O ENFRENTAMENTO DAS ARBOVIROSES

**Estrutura Funcional:** as ações de Vigilância Epidemiológica no município de Fortaleza estão estruturadas das seguintes equipes: da Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEPI), de Vigilância Epidemiológica das seis CORES e dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NUHEPI).

A seguir, apresenta-se a rotina dessas equipes no tocante à notificação/investigação e coleta de material para Vigilância Viral (Quadro 1), o monitoramento de casos e óbitos (Quadro 2) e os instrumentos de divulgação (Quadro 3).

Quadro 1 - Competência dos pontos de atenção da Rede de Saúde

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)	Hospital <u>com</u> Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NUHEPI)	Hospital <u>sem</u> Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NUHEPI)
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 e digitação dos dados no SINAN, bem como a investigação e o encerramento dos casos ficam sob a responsabilidade da equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.	Notificar e encaminhar as fichas para serem digitadas no SINAN pela equipe de Vigilância Epidemiológica das CORES.
UPA e UAPS que <b>não</b> possam digitar a Ficha de Notificação/Investigação no SINAN devem encaminhá-las diariamente para digitação pela equipe de Vigilância Epidemiológica das CORES.			
Coleta de material para sorologia e isolamento viral e encaminhamento ao Lacen/CE, acompanhados da Ficha de Notificação, observando a oportunidade de coleta descrita abaixo:			

Quadro 1 (continua) - Competência dos pontos de atenção da Rede de Saúde

Oportunidade de coleta	Deteção de Anticorpos IgM	Deteção de Antígenos NS1	Isolamento Viral	RT-PCR
<b>Dengue</b>	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 <b>soro</b> até o 5º dia do início dos sintomas.
<b>Chikungunya</b>		-	-	Amostra de <b>líquor</b> pode ser coletada até o 30º dia do início dos sintomas.
<b>Zika</b>		-	-	<b>Nota:</b> para Zika pode ser coletada <b>urina</b> até 14 dias dos sintomas.
<p>A ocorrência de óbito com suspeita de dengue ou chikungunya deve ser comunicada imediatamente à CEVEPI/SMS para efeito de repasse da informação à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA/CE. No caso do óbito ocorrer nos finais de semana ou feriado informar a equipe do plantão epidemiológico da CEVEPI/SMS através dos seguintes telefones: (85) 3452.6989/(85) 9 8868-9893/(85) 9 8956-7316 e e-mail: cevepi@sms.fortaleza.ce.gov.br. 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

<b>CEVEPI</b>	<p><b>a) Ferramentas a serem utilizadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagrama de Controle;</li> <li>• Georreferenciamento (categorização de risco em diferentes agregados espacial nos bairros);</li> <li>• SINAN Online;</li> <li>• SIMDA;</li> <li>• Resultados do Laboratório Central (Lacen-CE);</li> <li>• Monitoramento do RESP.</li> </ul> <p><b>b) Ações de rotina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio às equipes da Vigilância Epidemiológica das CORES e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NUHEPI) nas investigações de suspeitas de Dengue com Sinal de Alarme (DAS) ou Dengue Grave (DG), formas atípicas de chikungunya e gestantes com suspeita de Zika;</li> <li>• Apoio às equipes da Vigilância Epidemiológica das CORES e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NUHEPI) nas investigações de óbitos suspeitos por Arboviroses;</li> <li>• Análise de possíveis inconsistências e incompletudes no SINAN Online e SINAN Net.</li> <li>• Elaboração de descritivos de óbitos suspeitos por Arboviroses para discussão no <i>Comitê Estadual de Investigação de Óbitos por Arboviroses</i>;</li> <li>• Avaliação semanal dos seguintes indicadores: taxa de incidência; proporção de casos encerrados por critério laboratorial; casos graves e óbitos;</li> <li>• Plantão epidemiológico nos finais de semana e feriados.</li> <li>• Vigilância Sentinela das Síndromes Febris</li> </ul>
---------------	--

Quadro 2 (continua) - Monitoramento diário da tendência da transmissão da Dengue, Chikungunya ou Zika

<p><b>Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria Regional de Saúde</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitação das fichas recebidas das UAPS, UPA, Hospitais Privados e Filantrópicos no SINAN;</li> <li>• Investigação e encerramento oportuno das notificações;</li> <li>• Investigação no âmbito domiciliar dos óbitos suspeitos por dengue, chikungunya ou Zika;</li> <li>• Monitoramento de gestantes com suspeita de Zika;</li> <li>• Investigação das suspeitas de óbitos por Arboviroses ocorridos nos estabelecimentos de saúde particulares ou filantrópicos;</li> <li>• Monitoramento das notificações registradas no PAGES;</li> <li>• Acompanhamento da dinâmica da transmissão das Arboviroses nos territórios das unidades de saúde;</li> <li>• Contribuição para organização de Sala de Situação das Arboviroses nas UAPS;</li> <li>• Monitorar as UAPS silenciosas;</li> <li>• Consulta semanal ao Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);</li> <li>• Participação no <i>Comitê Regional para o Controle e Vigilância das Arboviroses</i>;</li> <li>• Articulação com a equipe de Controle Vetorial para direcionar ações de entomologia para as áreas com maior incidência;</li> <li>• Divulgação dos dados nas reuniões semanais da CORES.</li> </ul>
--	--

Quadro 2 (continua) - Monitoramento diário da tendência da transmissão da Dengue, Chikungunya ou Zika

<p><b>Núcleo Hospitalar de Epidemiologia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitação das fichas de pacientes com suspeita de Arboviroses notificadas no hospital;</li> <li>• Investigação e encerramento dos casos;</li> <li>• Busca ativa nos prontuários de suspeitas de Arboviroses, em especial, das suspeitas de Dengue com Sinal de Alarme (DAS) ou Dengue Grave (DG) com evolução para óbito;</li> <li>• Monitoramento das internações por Arboviroses;</li> <li>• Monitoramento de gestantes com suspeita de Zika;</li> <li>• Contribuição para o fortalecimento da classificação de risco;</li> <li>• Informação oportuna para a Vigilância Epidemiológica da CORES e CEVEPI das suspeitas de óbitos por Arboviroses;</li> <li>• Consulta semanal ao Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);</li> <li>• Organização da <i>Sala de Situação das Arboviroses</i>;</li> <li>• Organização de plantão epidemiológico para o período de epidemia.</li> </ul>
<p><b>UAPS com Sala de Situação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigação e encerramento oportuno das notificações;</li> <li>• Envio oportuno das fichas de notificação para a vigilância das CORES,</li> <li>• Investigação no âmbito domiciliar dos óbitos suspeitos de Dengue, Chikungunya ou Zika, de pacientes residentes na área adscrita.</li> </ul>

Quadro 3 - Instrumentos de divulgação dos dados

<p><b>SIMDA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema on-line de divulgação e monitoramento dos dados das Arboviroses.</li> <li>• Distribuição das notificações por bairros, estabelecimentos de saúde, ano/mês/semana epidemiológica, idade da população afetada, classificação final e critério de confirmação.</li> </ul> <p>Para acesso ao SIMDA utilize o <i>link</i>: <a href="https://simda.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda">https://simda.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda</a> Para acesso à Sala de Situação – Subsala Arboviroses utilize o <i>link</i>: <a href="https://salasituacao.sms.fortaleza.ce.gov.br/salasituacao/dashboard/shows?tela=13">https://salasituacao.sms.fortaleza.ce.gov.br/salasituacao/dashboard/shows?tela=13</a></p>
<p><b>Informe Epidemiológico das Arboviroses</b></p>	<p>Versão eletrônica (atualização da síntese do comportamento da Dengue, Chikungunya e Zika por semana epidemiológica).</p>

Legenda: SIMDA: Sistema de Monitoramento Diário de Agravos.

## 10 VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E CONTROLE VETORIAL

---

A Vigilância Entomológica do município de Fortaleza segue as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas (BRASIL, 2025), priorizando a vigilância ativa, a estratificação de risco e a integralidade das ações de campo. O componente entomológico está sob responsabilidade do Célula de Vigilância Ambiental e Riscos Biológicos (CEVAM) vinculada a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVIS), que coordena as atividades de monitoramento vetorial, controle mecânico e químico, e resposta rápida à situações de emergência.

O município conta com 1.311 profissionais, dos quais 35 são profissionais do Ministério da Saúde, e 1.247 são Agentes de Combate às Endemias (ACE), lotados em sete Distritos Técnicos de Endemias (DTE) e sete Núcleos de Educação e Mobilização Social (NESMS), além da Divisão de Controle Químico de Vetores (DCQV), responsável pela aplicação de inseticidas com equipamentos portáteis em apoio às ações de bloqueio de transmissão e eliminação do vetor em fase alada em todo município.

Na prática, as ações de rotina são realizadas pelos ACE e quando necessário integrado com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O controle e monitoramento de vetores no município tem como base o processo de estratificação de áreas com perfil de maior risco epidemiológico e entomológico para Arboviroses, com objetivo de delimitar áreas prioritárias para intervenções em tempo oportuno.

### 10.1 Caracterização entomológica do município de Fortaleza

Segundo as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas (BRASIL, 2025), a vigilância entomológica deve ser realizada por meio de ovitrampas, para todos os municípios brasileiros (infestados ou não), com monitoramento contínuo, obtendo informações sobre a infestação dos vetores em tempo oportuno, visando ao direcionamento das ações de controle vetorial a partir do bloqueio de focos.

Adicionalmente, recomenda-se a realização de pelo menos um levantamento de índice larvário – Levantamento de Índice Amostral (LIA) ou LIRAA – para produzir informações sobre o perfil de recipientes predominantes em uma determinada área e, por

consequência, subsidiar o delineamento e a intensificação das estratégias de controle vetorial de acordo com o perfil dos recipientes para cada realidade local.

#### 10.1.1 Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* - LIRAA

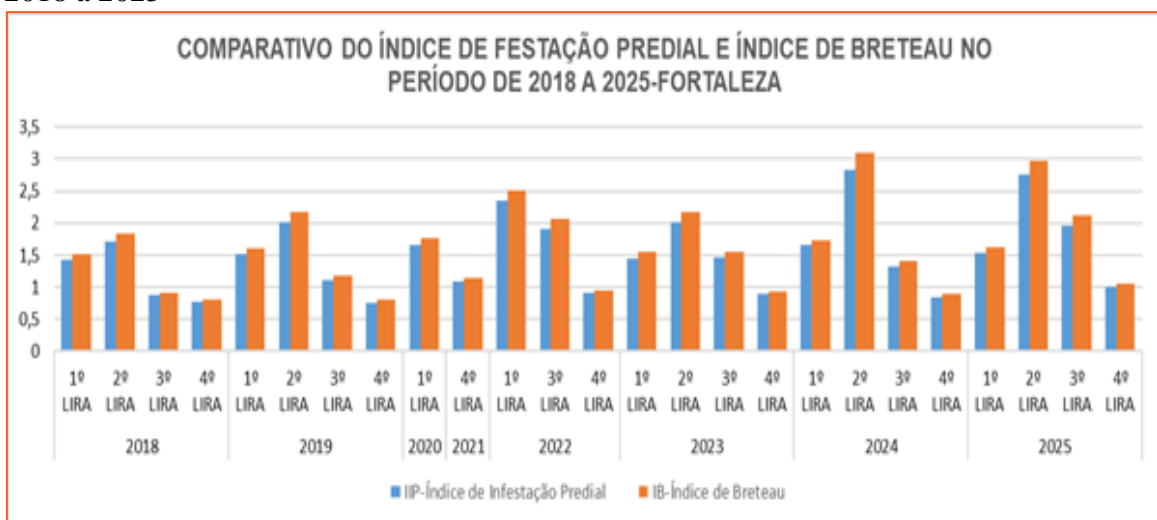
Os principais indicadores entomológicos produzidos pelo LIRAA são:

- Índice de Infestação Predial (IIP), que expressa o percentual de imóveis com larvas e/ou pupas de *Aedes aegypti*;
- Índice de Breteau (IB), que relaciona o número de recipientes positivos ao total de imóveis pesquisados;
- Índice de Tipo de Recipiente Predominante (ITR).

Esses indicadores subsidiam a análise do risco entomológico e orientam a priorização de áreas para intervenção.

Nos últimos oito anos, a infestação predial (IIP) apresentou uma amplitude de variação entre 0,66% a 2,84%. Historicamente, os índices mais elevados são registrados no primeiro semestre, coincidindo com o período da sazonalidade pluviométrica (janeiro a maio). Em contrapartida, observa-se o declínio acentuado no período intersazonal (julho a dezembro), quando são aferidos os menores percentuais de risco entomológico no município.

Figura 14 – Comparativo do Índice de Infestação Predial de Fortaleza-CE, no período de 2018 a 2025



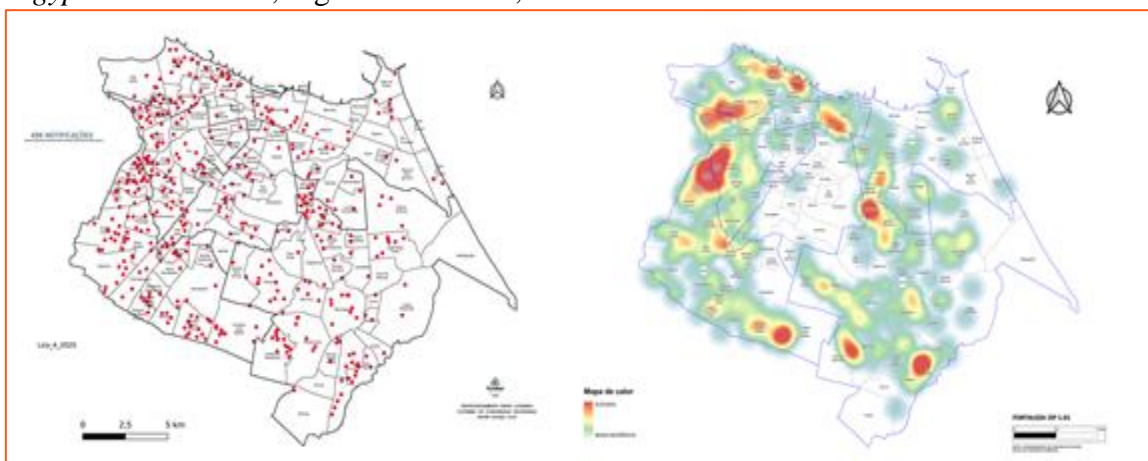
Fonte: SMS/CEVAM/2025.

O LIRAA constitui instrumento estratégico para a vigilância entomológica, permitindo a identificação da presença de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* nos territórios avaliados. Os resultados obtidos subsidiam a análise da situação entomológica e orientam a tomada de decisão no âmbito da vigilância epidemiológica e do controle vetorial.

A análise espacial dos dados do LIRAA, realizada por meio da elaboração de mapas de pontos e mapas de calor (Kernel), possibilita a visualização da distribuição geográfica dos imóveis positivos para larvas e/ou pupas de *Aedes aegypti* identificados durante o inquérito. Cada ponto georreferenciado corresponde a um imóvel com confirmação de foco, permitindo a identificação da dispersão espacial da infestação no município.

O mapa de pontos permite a localização precisa dos focos entomológicos, enquanto o mapa de calor evidencia áreas com maior concentração de imóveis positivos, caracterizando aglomerados espaciais (clusters) de maior risco para a transmissão de Arboviroses. Essa análise integrada possibilita a identificação de áreas prioritárias para intervenção, contribuindo para o direcionamento, a intensificação e a qualificação das ações de controle vetorial, em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses.

Figura 15 - Distribuição espacial dos imóveis positivos e mapa de calor para *Aedes aegypti* em Fortaleza, segundo o LIRAA, 2025



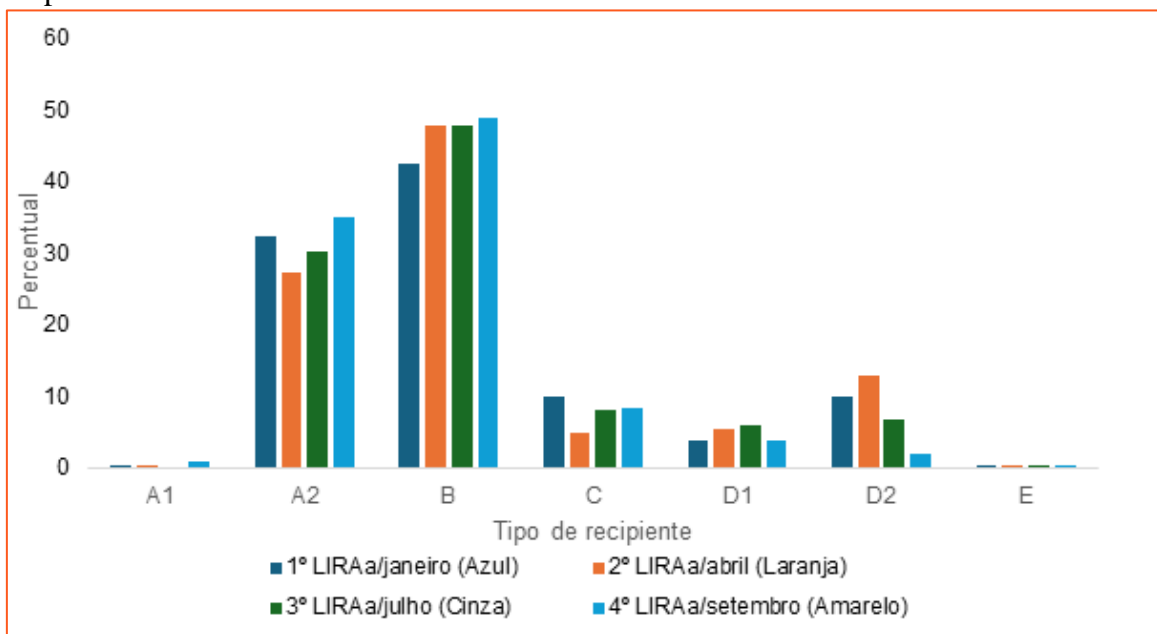
Fonte: SMS/CEVAM/2025.

### 10.1.2 Tipos de recipientes predominantes

O Índice de Tipo de Recipiente (ITR) é um indicador-chave que objetiva subsidiar e priorizar a tomada de decisão no controle de potenciais criadouros. Sua utilização permite o direcionamento das ações de eliminação e/ou manejo dos depósitos com atividades de controle específicas para cada tipo de recipiente.

A Figura 16 apresenta o perfil dos tipos de criadouros predominantes para *Aedes aegypti* identificados nos ciclos do LIRAA realizados em Fortaleza entre 2020 e 2025. O gráfico sintetiza a distribuição percentual das principais categorias de recipientes positivos para larvas e pupas do vetor, permitindo comparar a variação sazonal e anual dos criadouros mais produtivos.

Figura 16 – Perfil dos tipos de criadouros predominantes para *Aedes aegypti* por LIRAA no período de 2019 a 2025 em Fortaleza-CE



Fonte: SMS/COVIS/CEVAM/2025.

A análise do perfil de criadouros demonstra que a infestação vetorial está relacionada tanto a fatores comportamentais quanto a vulnerabilidades de infraestrutura.

A predominância do Tipo B (pequenos depósitos móveis) reforça a influência comportamental e doméstica na manutenção do vetor, independentemente das condições

climáticas ou de infraestrutura urbana. Por serem pequenos e móveis, são de fácil reaparecimento.

A relevância do Tipo A2 (reservatórios de água para uso doméstico), depósitos a nível do solo, são um fator de infestação em áreas urbanas resultantes de problemas no fornecimento hídrico. O índice elevado deste tipo de criadouro sugere a necessidade de intervenção intersetorial junto à companhia de saneamento para regularização do fornecimento e incentivo ao correto fechamento dos reservatórios.

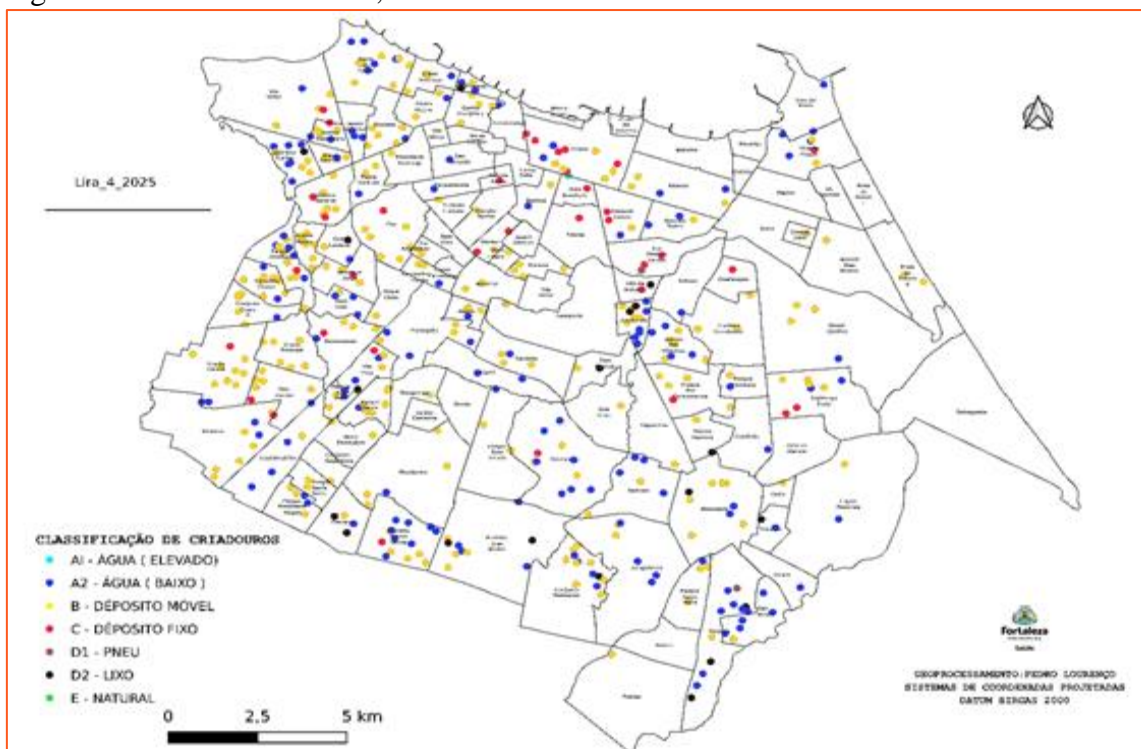
O Tipo C são depósitos fixos, como ralos, vasos sanitários desativados e calhas. São criadouros silenciosos, muitas vezes negligenciados pelo morador por estarem fora da rotina de limpeza ou em locais de difícil acesso, tornando-se mantenedores da infestação.

Os depósitos do Tipo D, passíveis de remoção/proteção, são divididos em depósitos D1 (pneus) e D2 (Lixo e Inservíveis). A presença de depósitos do Tipo D2 (lixo e descartáveis) aponta para desafios no descarte inadequado e coleta seletiva, exigindo ações integradas de educação ambiental, limpeza urbana e fiscalização, especialmente no período que antecede a quadra chuvosa.

Os criadouros Tipo A1 (caixas d'água elevadas) locais de difícil acesso e Tipo E (Naturais) mantêm representatividade reduzida, restritos a espaços arborizados.

O mapeamento da distribuição espacial dos criadouros por tipo de recipiente e proporção por formas imaturas, conforme ilustrado na Figura 17, é fundamental para análise situacional. Essa visualização georreferenciada permite o acionamento intersetorial estratégico para a aplicação de medidas de prevenção e correção junto a setores diversos – como gestão de resíduos sólidos e abastecimento de água – que podem auxiliar na supressão desses criadouros, com ênfase nas ações de controle mecânico.

Figura 17 - Mapeamento da distribuição espacial dos criadouros por tipo de recipiente segundo o 4º LIRAA de 2025, Fortaleza-CE



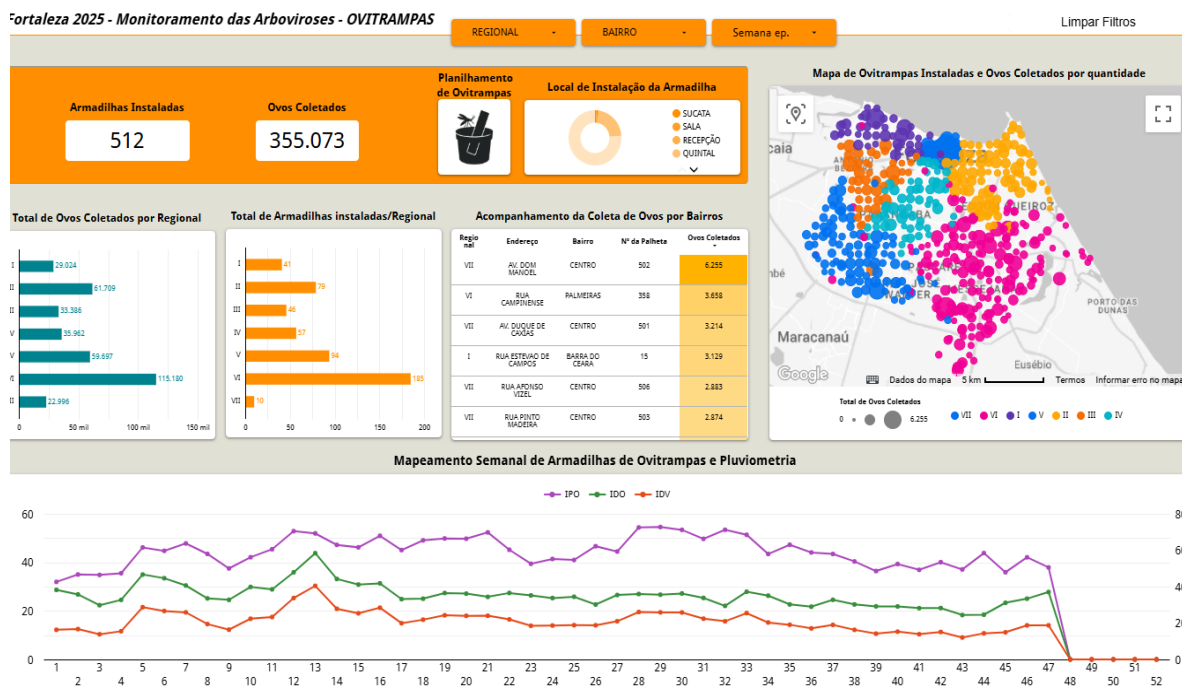
Fonte: NUCEN/2025.

### 10.1.3 Ovitampas e vigilância ambiental

A implementação de ovitampas possibilita a geração de indicadores mais robustos sobre a qualidade das ações realizadas e a persistência de locais com índice de positividade de ovitampas. No Município estão distribuídas de forma estratégica para cobertura em um raio de 600 metros, com coleta de informação semanal. O registro da postura de ovos nessas armadilhas é um indicador precoce de atividade do vetor (Figura 18).

Por meio da análise desses indicadores e do índice pluviométrico, é possível estabelecer a correlação entre volume de chuvas e infestação, informação essa que integrada aos dados de focos identificados na visita diária, subsidia o planejamento das ações de controle.

Figura 18 – Painel de monitoramento das ovitrampas em Fortaleza, 2025



Fonte: SMS/COVIS/CEVAM/2025.

Por meio do Painel de Monitoramento do Sistema de Ovitrapas (próprio do Município) e da análise do total de ovos coletados é possível obter três indicadores entomológicos essenciais para avaliação detalhada do perfil da infestação:

- Índice de Positividade de Ovitrapas (IPO) mede a proporção de armadilhas que apresentam ovos (<40 controle, 40 a 60 alerta, > 60 risco);
- Índice de Densidade de Ovos (IDO); indica a quantidade média de ovos por armadilha positiva (<40 controle, 40 a 60 alerta, > 60 risco);
- Índice de Densidade de Vetores (IDV), estima a densidade de fêmeas de *Aedes aegypti* por armadilha (<10 controle, 10 a 20 alerta, > 20 risco).

A partir de 2026, o Município ampliará o monitoramento entomológico por meio de ovitrampas, com a expansão do número de dispositivos instalados para 800 unidades. Adicionalmente, será realizada a adesão ao aplicativo *Conta Ovos*, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), cuja implantação é recomendada e supervisionada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar a coleta, o registro, a análise e o acompanhamento dos dados entomológicos.

#### 10.1.4 Sistemas de vigilância complementar

De forma complementar ao Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA) e a vigilância por ovitrampas se utiliza outros indicadores para planejamento das ações e estratificação das áreas de risco: diagrama de controle da dengue, mapeamento da distribuição de casos e circulação viral, dados de focos identificados pelos ACE na rotina diária, índices pluviométricos, umidade relativa do ar, além do monitoramento de demandas populacionais e registros de ouvidoria.

Esse conjunto integrado de indicadores orienta a avaliação situacional e fundamenta a tomada de decisão, planejamento para a execução das ações de controle vetorial dentro da rotina das atividades previstas no Plano de Contingência.

Desde o ano de 2014, o Município adota a metodologia de construção de Cenários Epidemiológicos para categorizar e delimitar as áreas mais vulneráveis (estratificação de áreas de risco). Essa abordagem permite definir intervenções mais estratégicas para cada cenário, otimizando o uso dos recursos (intervenção custo-efetiva) e garantindo a adequação à capacidade operacional municipal.

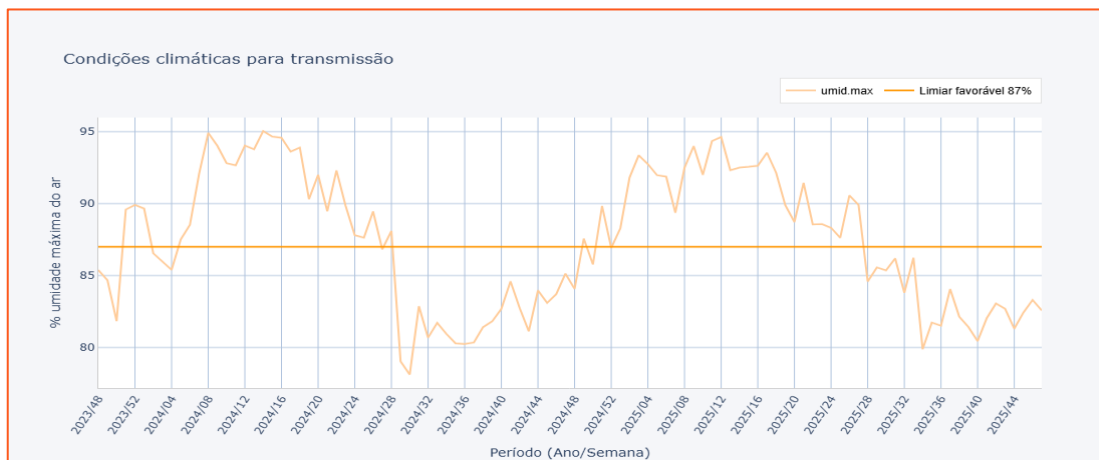
#### 10.1.5 Condições climáticas para transmissão das Arboviroses

A dinâmica da transmissão das Arboviroses está intrinsecamente associada a fatores climáticos, sendo a umidade relativa do ar um dos indicadores mais importantes na predição do risco de transmissão.

A umidade do ar influencia diretamente a sobrevivência e a longevidade da fêmea do *Aedes aegypti*, vetor primário das Arboviroses. Condições de Umidade Máxima do Ar acima do limiar favorável de 87% (Figura 19) aumentam significativamente a expectativa de vida do vetor.

Implicação para a Vigilância: períodos de umidade consistentemente acima do limiar de 87% atuam como um gatilho de alerta precoce, sinalizando um aumento no número de dias em que a fêmea infectada pode transmitir o vírus.

Figura 19 - Monitoramento da umidade relativa do ar em relação a transmissão das Arboviroses, Fortaleza, 2023 a 2025



Fonte: <https://info.dengue.mat.br>.

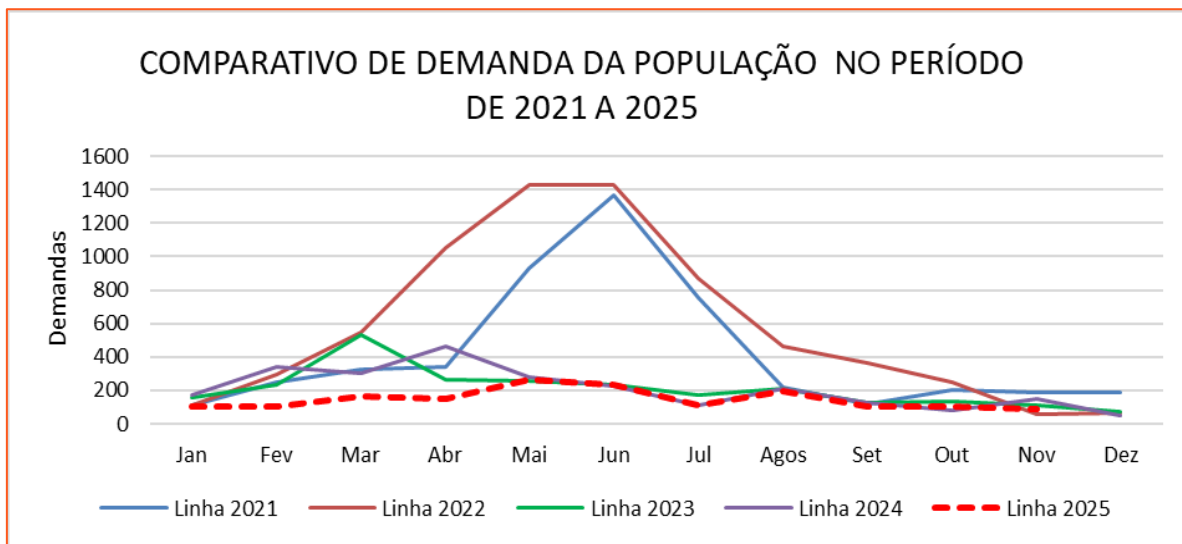
#### 10.1.6 Análise da demanda da população por serviços

A Vigilância Complementar utiliza dados de demanda ativa por parte da população, como solicitações registradas em Ouvidorias disponíveis e o acionamento de serviços relacionados ao controle das Arboviroses, muitas vezes antecipando as notificações registradas nos sistemas oficiais e as visitas realizadas pelos ACE.

A Figura 20 ilustra o monitoramento comparativo da demanda populacional em Fortaleza entre 2022 e 2025, evidenciando que a demanda por serviços de busca e intervenção tende a aumentar significativamente a partir de fevereiro, atingindo seu pico máximo no período de maio/junho e declinando posteriormente.

Este padrão histórico da demanda populacional (curva) deve ser interpretado como um indicador de sensibilidade social e alarme, pois reflete o momento em que a população percebe o risco iminente ou o aumento da circulação do vetor ou da doença.

Figura 20 – Monitoramento comparativo da demanda populacional em Fortaleza, período de 2021 a 2025



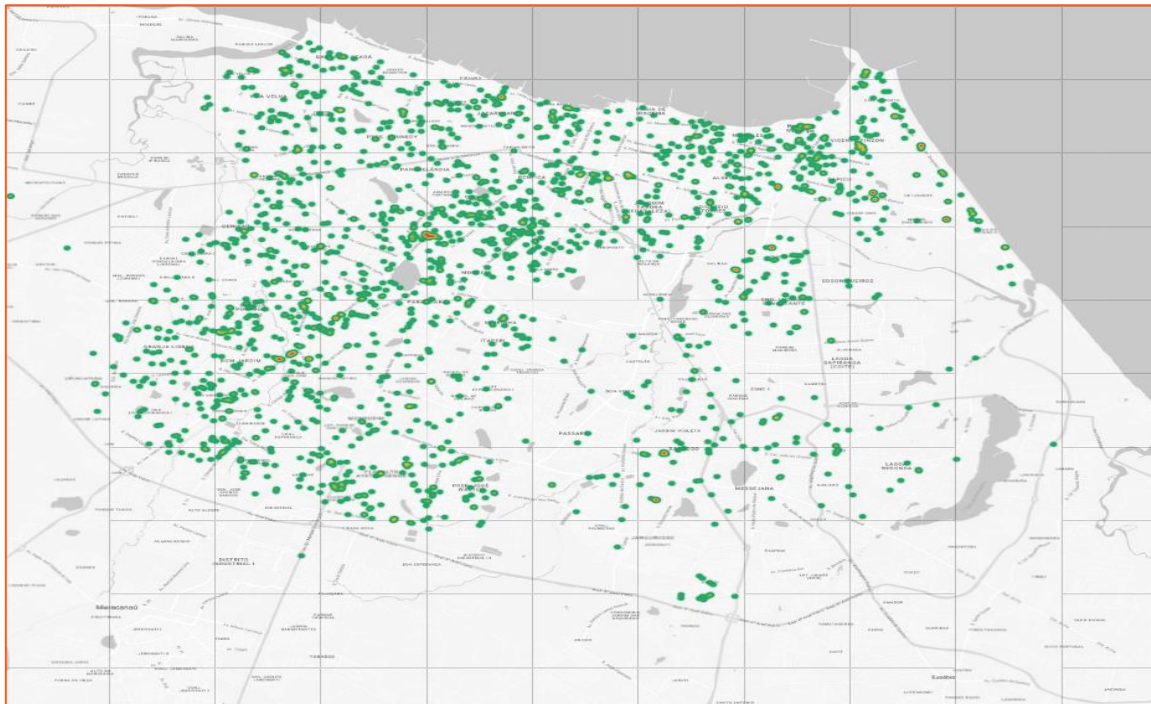
Fonte: SMS/COVIS /CEVAM/2025.

#### 10.1.7 Pontos Estratégicos

Fortaleza possui 121 bairros, 19.462 quadras com 1.442.268 imóveis cadastrados no SISPNCND dos quais 1.788 são classificados como Pontos Estratégicos (PE), locais com grande concentração de depósitos do tipo preferencial para a desova da fêmea de *Aedes spp.* ou especialmente vulneráveis à introdução do vetor. Esses locais recebem monitoramento permanente com inspeções quinzenais de controle focal e, quando indicado, a aplicação de controle químico e controle legal em parceria com a Vigilância Sanitária e a Agência de Fiscalização de Fortaleza (AGEFIS).

A Figura 21 demonstra a distribuição espacial georreferenciada dos imóveis classificados como PE expressa em cada ponto verde. As marcações em amarelo alaranjado são os locais de reincidência (*hotspots*) de positividade para criadouros do *Aedes aegypti* em relação ao número de inspeções realizadas.

Figura 21 – Distribuição dos Pontos Estratégicos e pontos quentes - Fortaleza, 2025



Fonte:SMS/COVIS/ CEVEM, 2025.

## 10.2 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 durante todo o ano, exigindo estratégias de impacto de forma permanente para manutenção de baixos níveis de infestação e transmissibilidade.

Tem como objetivo promover a redução da ocorrência de caso das Arboviroses no município de Fortaleza; reduzir o índice de infestação predial do vetor das Arboviroses; reduzir a oferta de depósitos que propiciem o desenvolvimento de vetores; e envolver a população para adoção de medidas de controle na eliminação de potenciais criadouros do vetor.

### 10.2.1 Critérios de seleção das áreas a serem priorizadas para estratificação

- Perfil epidemiológico da área (população suscetível, padrão da circulação viral, incidência da doença, possibilidade de reintrodução de sorotipos);

- Perfil entomológico da área (índice de infestação, perfil dos criadouros, resultado das ovitrampas, mapeamento de pupas, fatores de riscos ambientais);
- Áreas de alta densidade demográfica.

#### 10.2.2 Estratégias de controle vetorial na rotina

As estratégias de controle vetorial contam também com o envolvimento de todas as Secretarias de forma que cada uma possa atuar dentro da especificidade que lhe é pertinente e integrada dentro das ações elencadas como forma de tornar sustentável e garantir baixos índices de infestação predial em especial no primeiro semestre quando ocorre período sazonal das Arboviroses.

- **Visita domiciliar**

Intensificar as atividades de visita casa a casa, priorizando áreas estratificadas elencadas conforme os indicadores entomoepidemiológico (histórico de circulação viral e Infestação Predial) utilizando medidas de controle integrado (mecânico, químico, biológico) com atenção especial para recipientes descartáveis que assumem papel importante na dispersão e aumento da infestação.

- **Bloqueio de casos novos**

Manter equipe mínima nos bairros com objetivo de priorizar o corte de transmissão das Arboviroses com base nas notificações diárias das unidades de saúde e/ou nos sistemas de informações disponíveis e/ou oriundas de outras fontes.

- **Imóveis de grande fluxo de pessoas**

Monitorar de forma permanente, com período variável de inspeção (semanal, quinzenal, mensal), os imóveis de grande fluxo de pessoas, considerando o fluxo de pessoas e possibilidade de disseminação dos arbovírus no âmbito do município (aeroporto, portos, rodoviárias, terminais de ônibus, estações de metrô, shoppings, escolas e Unidades de Saúde). O monitoramento poderá ser feito pelos ACE, brigadas instaladas e armadilhas de ovitrampas.

- **Pontos Estratégicos**

Pontos Estratégicos continuarão com inspeção quinzenal pelos agentes designados para essa atividade e devem ser acrescidas às atividades de rotina a aplicação de biolarvicidas e tratamento perifocal pela equipe de Ultra Baixo Volume (UBV). Na persistência de

positividade de focos de *Aedes aegypti* ou situação de vulnerabilidade, serão encaminhados à AGEFIS e Vigilância Sanitária para aplicação de medidas de controle legal previstas pelas normas sanitárias vigentes.

- **Mutirões de visita domiciliar**

Realizar mutirões de visita de controle focal, associada à remoção de criadouros inservíveis nas áreas que apresentem elevação no número de notificações e alta infestação predial, inclusive potencializando ações integradas em áreas conurbadas, utilizando todo ou parte do efetivo de profissionais envolvidos no Plano.

- **Avaliação por pesquisa larvária**

Realizar, em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde, pesquisas larvárias por meio de LIRAA para, junto às equipes envolvidas, proceder com avaliação conjunta das informações nas notificações de casos de Arboviroses e, caso seja necessário, o redirecionamento das ações.

- **Vigilância entomológica por armadilhas de ovitrampas**

A vigilância por meio de armadilhas de ovitrampas em 2026 será realizada por meio de 800 ovitrampas para coleta de ovos de *Aedes*, dispostas em um raio de 600 metros tratadas com BTI (*Bacilo thuringiensis israelensis*), devidamente identificadas por áreas, e as paletas serão substituídas e coletadas a cada sete dias para contagem e classificação dos ovos em laboratório. Em seguida serão realizados gráficos temáticos e mapeamento para identificação dos pontos de maior presença e oviposição do *Aedes aegypti*, que servirão para auxiliar na estratificação dos territórios prioritários.

- **Implantação de Estações disseminadoras de Larvicida (EDL)**

A partir de 2026, o município de Fortaleza incorporará a tecnologia de Estações Disseminadoras de Larvicida (EDLs) como ferramenta complementar às visitas domiciliares rotineiras. Esta técnica, desenvolvida pela Fiocruz, fundamenta-se no comportamento biológico das fêmeas de *Aedes aegypti*, que possuem o hábito de "postura parcelada" (distribuição de ovos em múltiplos recipientes).

### **10.3 Estratégias de Educação em Saúde, Mobilização Social e Articulação Comunitária**

A Mobilização Social tem como objetivo o desenvolvimento de ações educativas para a mudança de comportamento da população, de forma integrada e intersetorial com adoção de práticas preventivas para o controle mais efetivo do *Aedes aegypti*, sobretudo nas áreas de maior transmissão das Arboviroses, conforme apontar os níveis de respostas no Diagrama de Controle.

- Divulgar junto à população a problemática das Arboviroses nos bairros com índice elevado de infestação do mosquito transmissor e de casos;
- 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;
- Intensificação das ações educativas nas salas de esperas das unidades de saúde, nos corredores comerciais e em feiras livres; parcerias com a sociedade civil organizada para divulgação e adoção de medidas de controle; 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;
- Contribuir com as ações integradas da estratégia das Operações Fronteira em áreas conurbadas dos municípios por meio de articulações com gestores e instituições envolvidas, Operação Quintal Limpo, monitoramento de Brigadas Voluntárias, exposições educativas, palestras e ações lúdicas.
- Ampliar a participação da Rede de Proteção Social (Cras, Creas, Unidades de Acolhimento institucional, Centros de Convivência, Cento POP, Cucas) nas ações de educação em Saúde;
- Estimular a prática dos "10 minutos contra Dengue" como ação coletiva de prevenção;
- Desenvolver plano estratégico integrado para ações de educação ambiental e manejo de resíduos.

Entre as ações planejadas para o Plano de Contingência, destaca-se a relevância da Operação Quintal Limpo como uma estratégia que colabora com a Educação Ambiental e

Manejo de Resíduos, pois através das ações desenvolvidas é possível remover toneladas de materiais inservíveis das áreas trabalhadas.

Outro fator importante é o fomento da intersetorialidade entre as diversas Secretarias e órgãos da gestão pública e a participação da comunidade para realização da Operação Quintal Limpo, pois é necessário o envolvimento da Secretaria Municipal de Urbanismo e Meio Ambiente (SEUMA), a Secretaria Municipal de Conservação e Serviços Públicos (SCSP) e Secretaria Municipal da Educação (SME) e da comunidade em geral.

Quadro 4 - Distribuição de recursos humanos com atividades de Educação em Saúde e Mobilização Social

ATIVIDADE	NESMS		TOTAL
	CEVAM	REGIONAIS	
Supervisora Geral	01	-	01
Apoio administrativo	01	10	11
Supervisores	0	13	13
Educadores em Saúde	-	91	91
Motoristas	-	-	-
Total	02	114	116

Fonte: SMS/CEVAM/NUCEN/DTE/2025.

### 10.3.1 Metas

- Realizar visita casa a casa em pelo menos 80% dos imóveis programados no período nas áreas estratificadas;
- Realizar mutirões em 100% de áreas que apresentem situação entomoepidemiológica de risco para processos epidêmicos;
- Aplicar medidas integradas incluindo controle químico focal/perifocal, em 100% dos Pontos Estratégicos (PE) classificados como de reincidência, definidos como aqueles que apresentaram positividade para focos em 3 (três) ou mais das últimas 4 (quatro) inspeções de rotina realizadas;
- Realizar LIRAA, em consonância com as orientações do Ministério da Saúde;

- Realizar ações de Educação em Saúde e Mobilização Social para controle do *Aedes aegypti* em 100% das áreas com transmissão elevada de Arboviroses;
- Realizar bloqueios para controle de vetores com equipamentos portáteis de UBV em 100% dos locais definidos pela investigação epidemiológica de surtos em curso.

### 10.3.2 Indicadores para avaliação

- Proporção de imóveis trabalhados no controle do *Aedes aegypti* dividido pelos imóveis programados;
- Proporção de áreas de risco que receberam mutirão;
- Proporção de Pontos Estratégicos (PE's) reincidentes intencionados;
- Número de levantamentos realizados;
- Proporção de bairros trabalhados com ações de Educação em Saúde e Mobilização Social em relação às áreas indicadas para ações contingenciais;
- Proporção de bloqueios de casos de Arboviroses realizados.

Espera-se, com o fortalecimento das ações de vigilância entomológica, manter o controle do *Aedes aegypti* em níveis compatíveis e mitigar o impacto na taxa de incidência de casos de Arboviroses, com consequente redução do impacto dos atendimentos nas Unidades de Saúde.

### 10.3.3 Ações contingenciais

São ações suplementares àquelas realizadas na rotina. A ativação dos níveis de resposta, pela gestão municipal, será baseada na avaliação sistemática dos níveis risco e indicadores de casos. Para cada nível de risco de transmissão das Arboviroses urbanas existem atividades a serem executadas, em diferentes cenários e por diferentes atores.

Considerando que o município trabalha mantendo vigilância entomológica permanente por meio de diversas estratégias que oferecem sustentação às ações do Plano de Contingência, quando não ocorrerem respostas efetivas para manutenção de baixos níveis de infestação e de casos de Arboviroses, serão adotadas as recomendações adicionais publicadas pelo Ministério da Saúde no Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública por Dengue, Chikungunya e Zika.

O Diagrama de Controle da Dengue é a ferramenta tradicionalmente utilizada para o monitoramento da situação epidemiológica da doença, uma vez que permite o acompanhamento dos níveis de incidência de casos e a curva endêmica.

Os indicadores relativos a vigilância epidemiológica e entomológica integrados auxiliarão a planejar e disparar as seguintes ações contingenciais de controle vetorial:

- Remanejar profissionais de saúde (ACE) de outros programas da Vigilância em Saúde, objetivando intensificar as ações de controle das Arboviroses;
- Priorizar áreas com maior incidência de caso, com foco nas quadras com aglomerados de casos e de maior relevância, a serem definidas em conjunto com a Vigilância Epidemiológica;
- Intensificar as ações de controle focal, perifocal e controle legal nos Pontos Estratégicos com reincidência de positividade para *Aedes*;
- Intensificar mutirões de visita domiciliar com execução rápida e participação de todo o efetivo nas áreas de densidade populacional elevada e que apresentem taxa de incidência de Arboviroses em elevação por mais de duas semanas.
- Realizar o ingresso compulsório em imóveis em casos de situação de abandono ou ausência de pessoas e/ou casos em que não haja quem possa abrir a porta para o profissionais responsáveis em realizar a vistoria domiciliar e, se necessário, as ações de controle;
- Articular, com a SESA/CE, a cessão de efetivo de servidores e equipamentos necessários à aplicação de UBV Pesado, em casos indicados pelo cenário epidemiológico e em tempo oportuno;
- Suspende o LIRAA em consonância com as esferas Estadual e Federal, em cenários de surto/epidemia, para redirecionar o efetivo de campo para as ações prioritárias de combate e tratamento;
- Intensificar as ações de manejo ambiental e direcionamento com base nos principais criadouros passíveis de remoção.

#### **10.4 Capacidade operacional do controle do vetor**

Os recursos humanos utilizados para executar as ações relativas ao Controle Vetorial da CEVAM conta diretamente com: 1.087 profissionais, sendo: 1.068

funcionários efetivos da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza e 23 do Ministério da Saúde, supervisionados por um técnico de nível superior no Núcleo Central (Quadro 5).

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

ATIVIDADE	CEVAM	DISTRITOS TÉCNICOS	TOTAL EXISTENTE
Supervisão Geral	01	00	01
Supervisão Regional	00	07	07
Apoio técnico de supervisão	06	07	13
Supervisão operacional de Endemias	0	126	126
Tratamento focal - ACE	0	641	641
Inspeção de Pontos Estratégicos	0	38	38
Atendimento de demandas (Batida de Foco)	0	14	14
Classificação entomológica das espécimes	01	11	12
Apoio técnico das ações de campo	00	82	82
Bloqueio Vetorial (UBV)	00	52	52
Supervisão em Educação em Saúde	01	13	14
Educação em Saúde e Mobilização Social	00	91	91
<b>Total</b>	<b>09</b>	<b>1.082</b>	<b>1.091</b>

Fonte: SMS/CEVAM/NUCEN/DTE/2025.

Os veículos do patrimônio público utilizados nas ações de controle do *Aedes aegypti* (viaturas e motocicletas) contam com frota descrita no Quadro 6. A instituição dispõe atualmente de um total de 30 motocicletas destinadas ao apoio operacional do Programa de Controle das Arboviroses Urbanas. Deste quantitativo, 22 veículos encontram-se em funcionamento e os demais encontram-se inoperantes por falhas mecânicas recorrentes.

Quadro 6 - Carros utilizados nas ações de controle do *Aedes aegypti*

ITEM	MOTOS	CARROS				TOTAL
		L200	S-10	STRADA	KOMBI	
Total	30	04	04	02	01	41

Fonte: SMS/CEVAM/2025.

## 11 EIXO ASSISTÊNCIA

---

### 11.1 Atenção Primária à Saúde: dinâmica de assistência ao paciente

Para prevenir e controlar processos epidêmicos, evitando a ocorrência de óbitos por Dengue, Chikungunya e Zika, o município de Fortaleza adota estratégias para redução da força de transmissão das Arboviroses, intensificando as atividades de mobilização e comunicação para potencializar as ações de prevenção e controle, aprimorando a análise da situação epidemiológica, fortalecendo a organização da Rede de Atenção à Saúde, articulando as diferentes áreas e serviços, visando a integralidade das ações para promover assistência oportuna e adequada ao paciente com suspeita de Dengue, Chikungunya e Zika.

Considerando a Nota Técnica N° 01 - 24/06/2025/CORAPP, que versa sobre as Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Fortaleza, baseada na Portaria n° 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), contemplando as atividades destacadas a seguir:

1) Específicas dos ACS:

- I. Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas prioritariamente de sua microárea, inclusive em colaboração plena em outras microáreas da equipe. Para tanto, deve-se manter os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Primária à Saúde 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 de cadastro individual e domiciliar/territorial (Fichas e-SUS APS) na coleta de informações, com o preenchimento completo de ambos, para que apoiem no diagnóstico situacional de saúde, demográfico e sociocultural da comunidade;
- III. Manter cadastro individual e domiciliar/territorial atualizados no Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde;

- IV. 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;
- V. Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita da Unidade de Atenção Primária à Saúde;
- VI. Informar aos usuários sobre as datas e os horários de consultas e exames agendados;
- VII. Participar dos processos de regulação a partir da APS, para acompanhamento das necessidades dos usuários, no que diz respeito aos agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;
- VIII. Participar das atividades propostas pela equipe da Estratégia Saúde da Família a que pertence, seja na Unidade de Atenção Primária à Saúde ou território, tais como: grupos operativos, rastreio de morbidades e agravos, Programa de Saúde na Escola, Bolsa Família, acolhimento de eventos agudos, reuniões de equipe, atividades de Educação Permanente, entre outros;
- IX. Realizar busca ativa de faltosos de vacina de todos os ciclos de vida;
- X. Identificar e acompanhar crianças menores de 05 anos, idosos acima de 60 anos, beneficiários do Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada;
- XI. Identificar, precocemente, as crianças com até três anos de idade e com sinais de atraso no desenvolvimento infantil, e informar à equipe;
- XII. Encaminhar a criança com os sinais de atraso no desenvolvimento infantil à Unidade de Atenção Primária à Saúde para estimulação quanto à limitação das suas funcionalidades e orientar a família;
- XIII. Exercer outras atribuições que lhes sejam designadas por legislação específica da categoria ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal;
- XIV. Apresentar, mensalmente, ao enfermeiro ou a outro membro da equipe, o consolidado de dados coletados durante a visita, de acordo com os ciclos de vida, condições crônicas e de vulnerabilidade social da sua área adscrita.

Atribuições a serem realizadas, quando necessário, 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, se necessário:

- I. Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;
- II. 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 APS;
- III. Aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;
- IV. Medir o peso e a altura de usuários, seja na Unidade de Atenção Primária à Saúde ou domicílio para o apoio em programas como diabetes, hipertensão, obesidade/desnutrição em crianças e adultos;
- V. Observar a necessidade de cuidados em outro nível de atenção, comunicando a equipe, orientando a família, e mantendo o acompanhamento sobre a situação de saúde da pessoa;
- VI. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas em conjunto com os outros membros da equipe;
- 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;
- VIII. Realizar as visitas domiciliares em cumprimento às suas atribuições acima descritas, de acordo com o decreto que define disciplina a concessão da gratificação de produtividade de campo a domicílios, devidamente registradas em Prontuário Eletrônico.

2) Comuns ao ACS e Agentes de Combate às Endemias:

- 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 Unidade de Atenção Primária à Saúde, 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 equipe 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. Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
- X. Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- XI. Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- XII. 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;
- XIII. Participar de reuniões de integração de dados de território referentes a cadastro de pessoas e imóveis;
- XIV. Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

3) Comuns aos ACS e demais membros da equipe da Estratégia Saúde da Família

I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II. Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Primária à Saúde vigente (prontuário eletrônico do paciente), utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III. Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.);

IV. Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da Atenção Primária à Saúde (APS);

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS);

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, identificando as necessidades de cuidado e viabilizando o acesso oportuno e resolutivo na Atenção Primária à Saúde, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e fortalecendo o vínculo com a comunidade;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

- VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- X. Utilizar o sistema de informação da APS vigente (prontuário eletrônico do paciente) para registro das ações de saúde, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- XI. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades no sistema de informação da APS, conforme normativa vigente;
- XII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- XIII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à APS, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na mesma;
- XIV. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- XV. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a UAPS;
- XVI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando à readequação constante do processo de trabalho;
- XVII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- XVIII. Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XIX. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XX. Acompanhar e registrar no sistema de informação da APS vigente (prontuário eletrônico do paciente) e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

XXI. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

Além disso, a vacinação contra a Dengue no município de Fortaleza é uma estratégia essencial para combater a disseminação da doença, que visa proteger principalmente crianças e adolescentes em áreas endêmicas. A vacinação é focada em crianças e adolescentes de 10 a 14 anos, pois apresentam o maior número de hospitalizações devido à Dengue. A vacina começou a ser disponibilizada no Município em maio de 2024 e, atualmente, é encontrada nas 134 UPAS.

## **11.2 Classificação**

Dengue, Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave.

### **11.2.1 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;

- Adinamia;
- Anorexia;
- Diarreia.

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.

### 11.2.2 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 à palpação) e contínua;
- Vômitos persistentes;
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico);
- Hipotensão postural (queda maior que 20 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) ou 10 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD), em um intervalo de até 3 minutos após o paciente se colocar de pé) e ou lipotimia;
- Hepatomegalia dolorosa maior que 2 cm abaixo do rebordo costal;
- Letargia ou irritabilidade excessiva;
- Queda abrupta de plaquetas ou contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm<sup>3</sup>;
- Elevação progressiva do hematócrito;
- Sangramento de mucosas;
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural e derrame pericárdico).

### 11.2.3 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 7**);

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 7 - 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 10 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 8 - Condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades

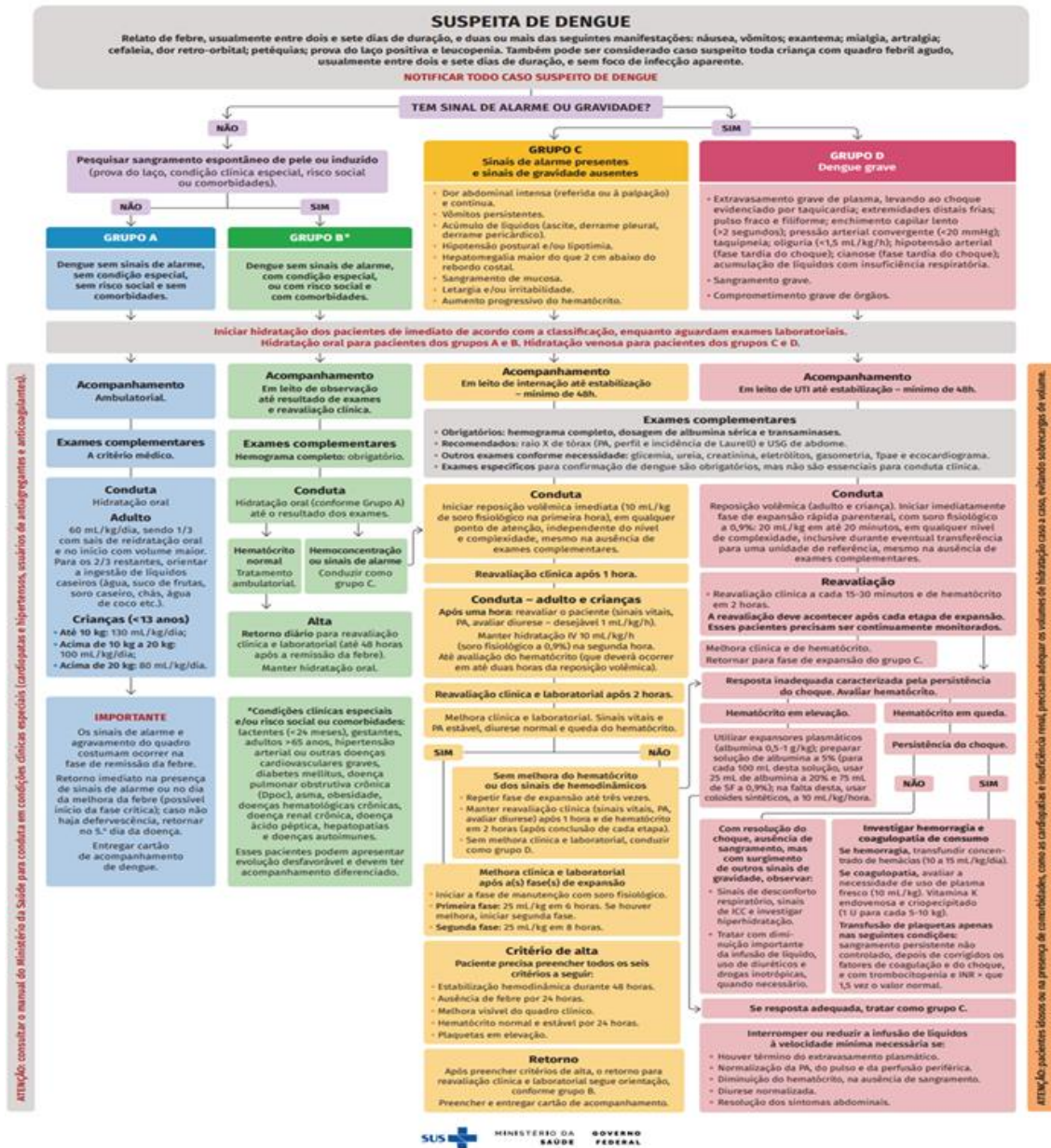
- Crianças (lactentes menores de 2 anos);
- Gestantes;
- Adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpura), doença renal crônica, doença ácido péptica,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

Quadro 9 – Choque - Avaliação hemodinâmica: sequência de alterações\*

Parâmetros	Choque ausente	Choque compensado (fase inicial)	Choque com hipotensão (fase tardia)
Grau de consciência	Claro e lúcido	Claro e lúcido (se o paciente não for tocado, o choque pode não ser detectado)	Alteração do estado mental (agitação/agressividade)
Enchimento capilar	Normal ( $\leq 2$ segundos)	Prolongado (3 a 5 segundos)	Muito prolongado ( $\geq 5$ segundos, pele mosqueada)
Extremidades	Temperatura normal e rosadas	Frias	Muito frias e úmidas, pálidas ou cianóticas
Intensidade do pulso periférico	Normal	Fraco e filiforme	Tênue ou ausente
Ritmo cardíaco	Normal para a idade	Taquicardia	Taquicardia no início e bradicardia no choque tardio
Pressão arterial	Normal para a idade	Pressão arterial sistólica (PAS) normal, mas pressão arterial diastólica (PAD) crescente	Hipotensão (ver a seguir)
Pressão arterial média (PAM em adultos)	Normal para a idade	Redução da pressão ( $\leq 20$ mmHg), hipotensão postural	Gradiente de pressão $< 10$ mmHg Pressão não detectável
Frequência respiratória	Normal para a idade	Taquipneia	Acidose metabólica, polipneia ou respiração de Kussmaul

Considera-se hipotensão: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial média menor que 70 mmHg em adultos, ou diminuição da pressão arterial sistólica maior que 40 mmHg ou menor que 2 desvios-padrão abaixo do intervalo normal para a idade. Pressão de pulso  $\leq 20$  mmHg. Em adultos, é muito significativa a diminuição da PAM associada a taquicardia. Em crianças de até 10 anos de idade, o quinto percentil para pressão arterial sistólica (PAS) pode ser determinado pela fórmula:  $70 + (\text{idade} \times 2)$  mmHg\*. Fonte: Ministério da Saúde, 2024. (\*) transcrição na íntegra.

Fluxo 1: Classificação do paciente



Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

#### Quadro 10 - Solicitação de exames para diagnóstico

- A solicitação de exames seguirá as recomendações da Secretaria Municipal da Saúde, por meio deste Plano de Contingência, 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.

#### Quadro 11 – Solicitação de exames de acompanhamento

- ➔ Hemograma;
- ➔ Creatinina;
- ➔ Uréia;
- ➔ Sódio;
- ➔ Potássio;
- ➔ TGO;
- ➔ TGP.

#### 11.2.4 Considerações sobre a coleta do exame hemograma

A solicitação do hemograma deverá ser feita exclusivamente pelo Prontuário Eletrônico (*Fast Medic*), 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, recomenda-se, com o objetivo de manter um fluxo adequado para assistir a população de Fortaleza, que a solicitação do hemograma seja realizada 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. A hemoconcentração indica provável alteração de permeabilidade capilar (extravasamento plasmático), associado à gravidade, além de definir a necessidade de hidratação e resposta à terapia de reposição instituída.

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

Figura 22 - Protocolo para coleta de exames: Dengue

<b>DENGUE</b>			
<p><b>Exame:</b> Detecção de Antígenos NS1.</p> <p><b>Método:</b> ELISA</p> <p><b>Material:</b> 2,0 mL de soro ou líquido</p> <p><b>Período da Coleta:</b> Coletar até o 5º dia do início dos sintomas. Preencher corretamente a Ficha de Encaminhamento de amostras.</p> <p><b>Preparo do paciente:</b> Não é necessário jejum</p> <p><b>Crítérios de rejeição de amostras:</b> Soro fortemente hemolisado ou lipêmico.</p> <p><b>Prazo de entrega dos resultados:</b> 07 dias úteis após a chegada do material biológico no Lacen.</p>	<p><b>Exame:</b> Detecção de anticorpos contra o vírus da dengue</p> <p><b>Método:</b> ELISA</p> <p><b>Material:</b> 2,0 mL de soro ou líquido</p> <p><b>Período da Coleta:</b> Após o 5º dia do início dos sintomas. Preencher corretamente a Ficha de Encaminhamento de amostras.</p> <p><b>Preparo do paciente:</b> Não é necessário jejum.</p> <p><b>Crítérios de rejeição de amostras:</b> Soro fortemente hemolisado ou lipêmico.</p> <p><b>Prazo de entrega dos resultados:</b> 07 dias úteis após a chegada do material biológico no Lacen.</p>	<p><b>Exame:</b> Isolamento Viral</p> <p><b>Método:</b> Cultura de Células</p> <p><b>Material:</b> 2,0 mL de soro</p> <p><b>Período da Coleta:</b> 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><b>Preparo do paciente:</b> Não é necessário jejum.</p> <p><b>Crítérios de rejeição de amostras:</b> Soro fortemente hemolisado ou lipêmico.</p> <p><b>Prazo de entrega dos resultados:</b> 30 dias úteis após a chegada do material biológico no Lacen.</p>	<p><b>Exame:</b> qRT - PCR</p> <p><b>Método:</b> RT - PCR em tempo real</p> <p><b>Material:</b> 2,0 mL de soro, líquido.</p> <p><b>Período de Coleta:</b> 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><b>Crítérios de rejeição de amostras:</b> N.A.</p> <p><b>Prazo de entrega dos resultados:</b> 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 23 - Protocolo para coleta de exames: Chikungunya

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

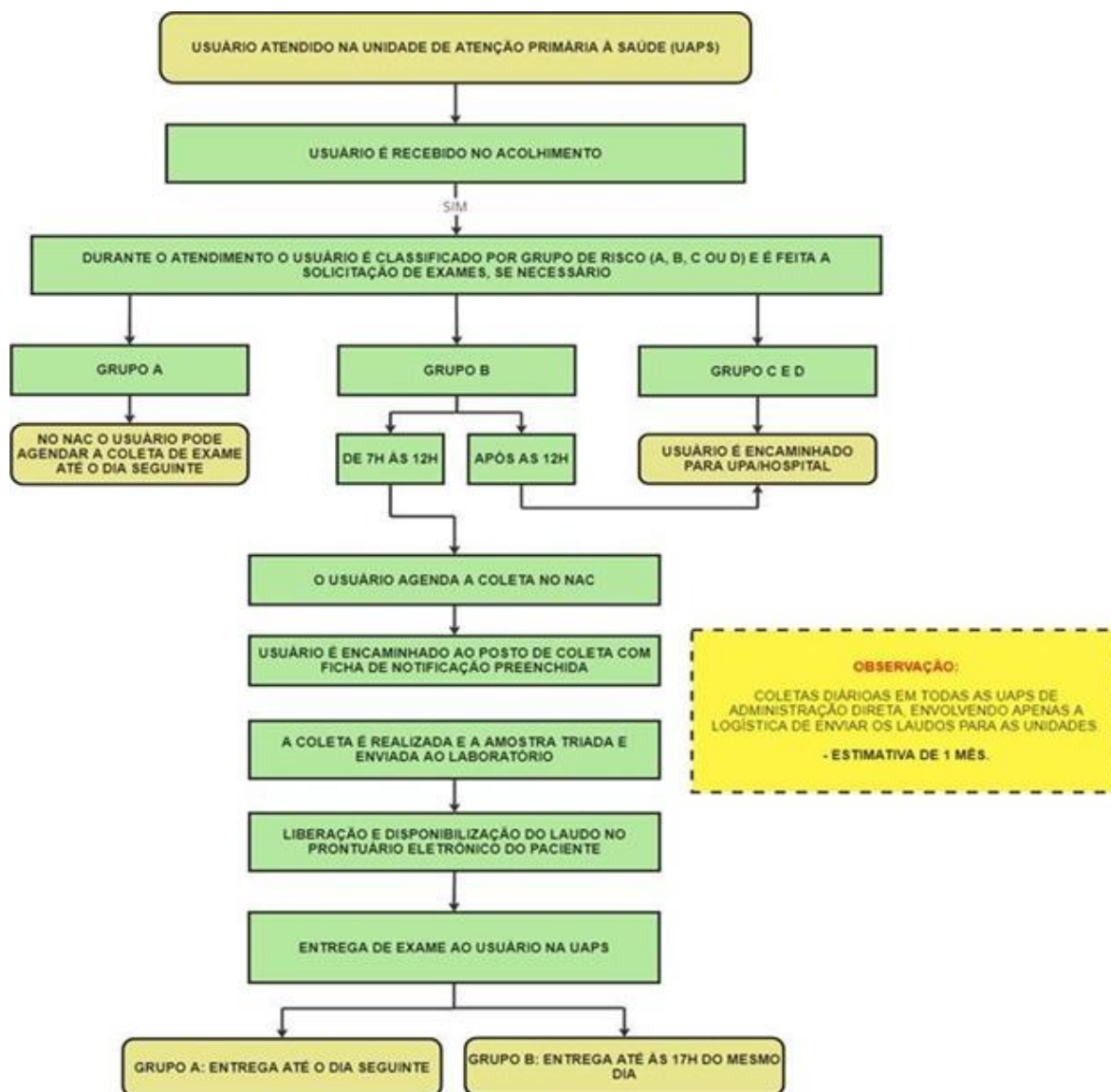
Figura 24 - Protocolo para coleta de exames: Zika

ZIKA	
<p><b>Método:</b> RT - PCR em tempo real</p> <p><b>Material:</b> 2,0 mL de soro, líquido.</p> <p><b>Período de Coleta:</b> Coletar até o 5º dia do início dos sintomas. Preencher corretamente a Ficha de Encaminhamento de amostras.</p> <p><b>Crítérios de rejeição de amostras:</b> N.A.</p> <p><b>Prazo de entrega dos resultados:</b> 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.

Fluxo 2 – Cenário 1 - Aumento do número de casos com decreto de epidemia de Dengue.

Coleta de hemograma nas UAPS - 134 UAPS retaguardas



Fonte: SMS.

### 11.3 Ações contingenciais

- Para organização do fluxo da coleta de exames laboratoriais nas unidades de saúde de retaguarda será realizada a coleta de 45 exames, sendo 15 coletas de urgência e 30 coletas eletivas.
- Para organização do fluxo de coleta de exames laboratoriais nas unidades de saúde que não tem características de retaguarda será realizada coleta de 30 exames sendo 15 coletas de urgência e 15 coletas eletivas;

- Ajustar a parametrização da agenda dos profissionais, em caso de epidemia de dengue, para priorizar atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação de Arboviroses;
- Oferta de 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;
- Priorizar-se-á 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 receberam alta hospitalar, para verificar o cumprimento das recomendações na fase de convalescência.

#### **11.4 Rotina para atendimento a pacientes com suspeita de dengue nas Unidades de Saúde do município de Fortaleza - Atenção Primária à Saúde**

A rotina para atendimento aos pacientes com suspeita de Dengue nas UAPS seguirá o fluxo interno da Atenção Primária.

Em caso de necessidade de encaminhamento de pacientes para outros serviços de saúde seguirá o fluxo de referência externo mediante preenchimento de ficha de referência.

Os pacientes do grupo B que chegarem à UAPS após às 12h ou finais de semana ou feriados deverão ser encaminhados à UPA 24h/Hospital.

As pessoas com suspeita de Dengue residentes no território de abrangência da UAPS que foram primeiramente atendidos em algum outro ponto de atenção da Rede (UAPS, UPA 24h ou Hospital) serão acompanhadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família sendo garantida a continuidade do cuidado.

### Fluxo 3 - Assistência aos pacientes com suspeita de Dengue nas UAPS

#### Paciente suspeito de Dengue e retorno de Dengue



#### Sala de Procedimentos (Técnico de Enfermagem)

- Suspeita de Dengue: presença de febre há menos de 7 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: • Cefaleia • Dor retroorbitária • 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.

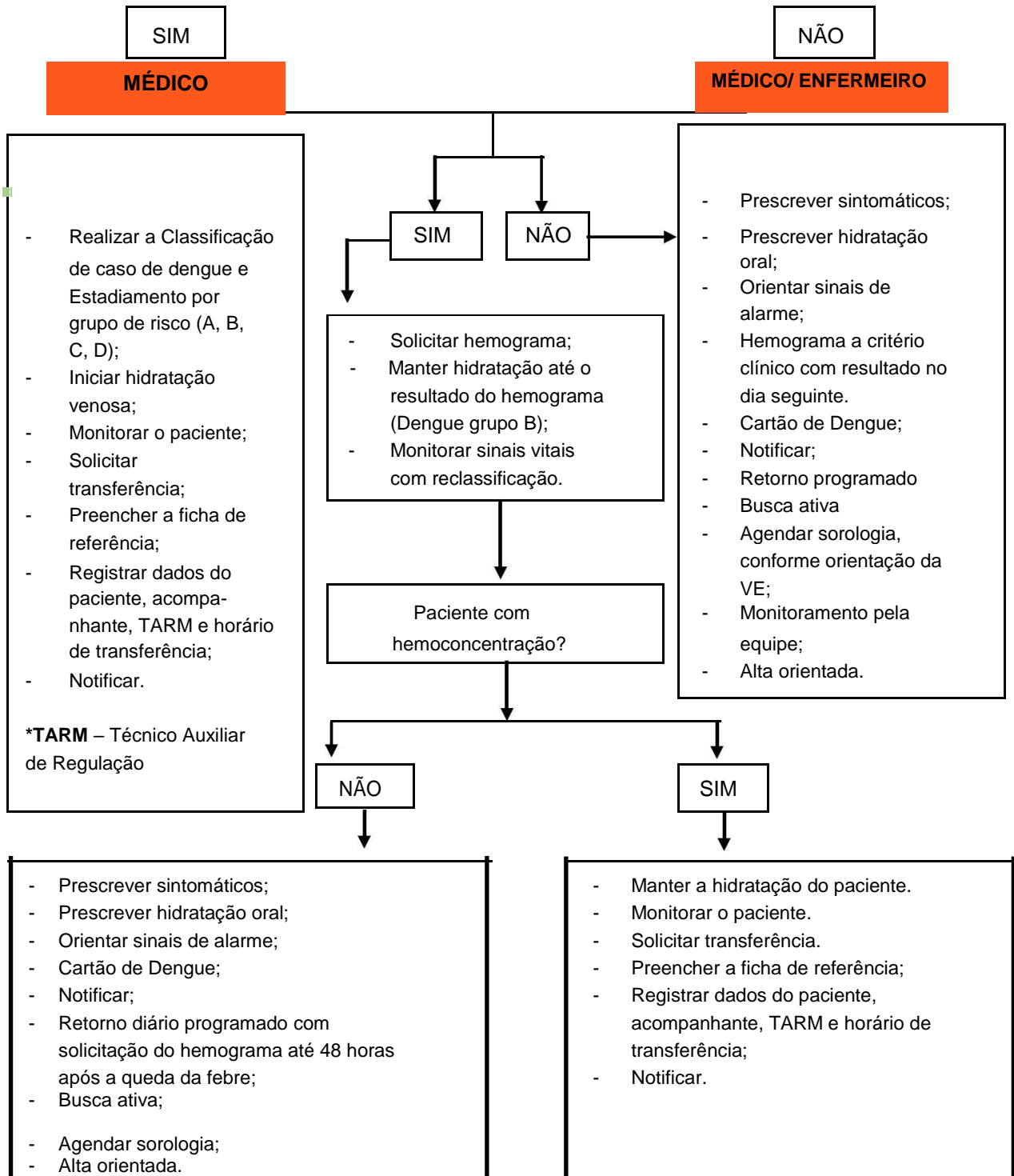
Na ausência do Prontuário Eletrônico preencher ficha de contingência do sistema



#### Acolhimento (Enfermeiro):

- Fazer a prova do laço em pacientes que não apresentem sinais de sangramento;
- 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 sobre os sinais de alarme.

## Paciente com sinal de alarme ou sinal de choque?



## 11.5 Média complexidade: assistência ao paciente

### 11.5.1 Quantidade de Unidades de Saúde de Média Complexidade

✓ **Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h** – 06 unidades de Gestão Municipal: UPA Jangurussu, UPA Cristo Redentor, UPA Itaperi, UPA Vila Velha, UPA Bom Jardim, UPA Edson Queiroz.

✓ **Unidades Hospitalares** – 09 unidades:

- Hospital da Criança de Fortaleza HCF – HCF;
- Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição – HDNSC (em reforma);
- Hospital Maria José Barroso de Oliveira – HMJBO (Frotinha da Parangaba);
- Hospital Evandro Ayres de Moura – HDEAM (Frotinha do Antônio Bezerra);
- Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará – HDGMBC (Gonzaguinha da Barra);
- Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter – HDGMJW (Gonzaguinha José Walter);
- Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann – HMDZAN;
- Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira – HDEBO (Frotinha de Messejana);
- Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana – HDGMM (Gonzaguinha de Messejana).

### 11.5.2 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 com Arboviroses e/ou suspeita de Arboviroses atendidos nas UPA 24h e nas unidades hospitalares passarão pelo acolhimento com classificação de risco e os pacientes com suspeita de Arbovirose. Após a classificação, seguirão o fluxo de atendimento recomendado pelo Ministério da Saúde: Classificação de Risco para Prioridade no Atendimento e Fluxograma do Manejo Clínico de Dengue.

As UPA 24h atuam centradas nos requisitos de qualidade e seguindo rigorosamente as orientações de classificação de risco, elencados no Protocolo de Manchester, sobre a priorização do atendimento de acordo com a necessidade clínica do paciente, sendo os pacientes classificados como:

- **EMERGÊNCIA** deverá ser atendido **IMEDIATAMENTE** (cor Vermelho);
- **URGÊNCIA MAIOR** deverá ser atendido em até **10 minutos** (cor Laranja);
- **URGÊNCIA** deverá ser atendido em até **60 minutos** (cor Amarelo);
- **URGÊNCIA MENOR** deverá ser atendido em até **02 horas** (cor Verde);
- **NÃO URGENTE** deverá ser atendido em até **04 horas** (cor Azul).

Todos os pacientes com Arboviroses atendidos nas UPA 24h passarão pelo acolhimento com classificação de risco, assegurando o atendimento de acordo com a prioridade clínica. Após o atendimento médico, os pacientes com suspeita de Arboviroses seguirão o fluxo recomendado pelo Ministério da Saúde, conforme os protocolos oficiais.

O manejo dos pacientes será realizado da seguinte forma:

- **Grupo B:** pacientes serão conduzidos dentro da unidade, seguindo os protocolos clínicos estabelecidos;
- **Grupo C:** pacientes serão mantidos em observação por no mínimo 24 horas. Caso necessário, serão encaminhados, via regulação, para os hospitais de referência para continuidade do atendimento.

A oferta de insumos (material médico-hospitalar) e medicamentos nas UPA 24h e unidades hospitalares será ajustada conforme o aumento da demanda, garantindo a manutenção da qualidade no atendimento.

Essa adequação incluirá:

1. **Previsão e reposição:** estoques serão monitorados para assegurar disponibilidade contínua de materiais essenciais e medicamentos;
2. **Planejamento estratégico:** a reposição será baseada em projeções de aumento de demanda, especialmente em cenários de epidemias ou surtos;
3. **Integração logística:** a articulação entre fornecedores e unidades permitirá uma reposição ágil e eficiente, minimizando riscos de desabastecimento.

Com essa estratégia, a Rede Municipal reforça a capacidade de atender às necessidades dos pacientes, mesmo em situações de maior pressão sobre o sistema de saúde.

### 11.5.3 Leitos de observação e de internação

As UPA 24h sob gestão municipal de Fortaleza dispõem de:

- leitos de observação adulta;
- 03 leitos de observação pediátrica;
- 02 leitos de observação categorizados como eixo vermelho (sala de reanimação).

Em situações de epidemia, propõe-se a ampliação de 15 leitos nas UPA 24h municipais como medida para mitigar os impactos do aumento da demanda e garantir o acesso universal à saúde com qualidade.

Essa estratégia trará diversos benefícios, entre os quais:

1. Redução do tempo de espera por atendimento, garantindo maior agilidade na assistência;
2. Melhoria da qualidade da assistência integrada ao paciente, favorecendo um cuidado mais eficiente e centrado no indivíduo;
3. Prevenção de desfechos desfavoráveis aos pacientes, evitando agravamentos ou complicações;
4. Aumento da resolutividade no atendimento, com capacidade ampliada para tratar mais casos diretamente nas unidades;
5. Humanização do atendimento, proporcionando um cuidado mais acolhedor e digno aos usuários do sistema.

A implementação dessa medida fortalece a Rede de Urgência e Emergência do município de Fortaleza, contribuindo para uma resposta mais eficaz em situações de crise sanitária.

#### 11.5.4 Fluxo de encaminhamento para referência

O manejo dos pacientes com Arboviroses nas UPA 24h, segue critérios baseados nos grupos (A, B, C e D), de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Orientações e Encaminhamentos:

##### **1. Pacientes dos Grupos A e B:**

- Encaminhamento à UAPS de origem para continuidade do tratamento no dia seguinte, durante o período da manhã;
- Devem portar a Ficha de Referência;
- Pacientes sem UAPS identificada: recebem orientação do Assistente Social da UPA 24h para procurar a Unidade de Saúde mais próxima da residência, conforme o mapa de vinculação (Anexo I).

## **2. Pacientes do Grupo C:**

- Permanecem na UPA 24h por, no mínimo, 24 horas;
- Se necessário, são encaminhados a hospitais de referência por meio da Central de Regulação de Leitos.

## **3. Pacientes do Grupo D:**

- São diretamente encaminhados aos hospitais de referência, seguindo critérios de urgência e complexidade.

## **4. Alta e acompanhamento:**

- Pacientes com melhora dos sintomas recebem alta médica, acompanhada de orientações detalhadas.
- Caso apresentem piora em domicílio no pós-alta, são orientados a retornar para as UAPS para reavaliação e em caso necessário retornar às UPA 24h.
- Pacientes que evoluíram com complicações e necessitarem de cuidados de alta complexidade serão inseridos na Central de Regulação de Leitos para internamento nos leitos de retaguarda dos hospitais da Rede.

Essa organização garante fluxo contínuo e atendimento adequado, priorizando casos de maior gravidade e integrando a Rede de Saúde para suporte completo aos pacientes.

O HDGMBC, HDGMJW e HDGMM estarão aptos a acolher e atender gestantes com suspeita e/ou confirmação de Arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika). Ofertarão também atendimento à necessidade de internação por meio dos leitos de retaguarda regulados. O HMDZAN também disponibilizará leitos de retaguarda para o atendimento das Arboviroses.

## 12 CAPACIDADE INSTALADA

Quadro 12 - Número de estabelecimentos de saúde na Rede Municipal de Saúde, Fortaleza, 2015 a 2025

Total de Estabelecimentos de Saúde		Ano										
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Unidade Básica de Saúde	UBS, USF e Centro de Saúde, e outras	96	109	109	113	113	116	116	116	118	134	134
	UPA 24 horas (Pronto Atendimento)	03	05	05	06	06	06	06	06	06	06	06
Unidades de média complexidade	Hospital Municipal (média complexidade)	9	9	9	9	9	9	9	9(*)	9(*)	9(*)	9(*)
<b>Total</b>		<b>123</b>	<b>136</b>	<b>138</b>	<b>143</b>	<b>143</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>149</b>	<b>149</b>	<b>149</b>

Fonte: SMS. (\*) Um hospital em situação de reforma e ampliação (HDNSC - até 1º semestre/2026).

Quadro 13 – Dimensionamento de equipe assistencial mínima por plantão 12 horas nas UPA 24h

Profissionais de saúde UPA 24h	Número de profissionais por plantão 12 horas
	TOTAL
Médico	05
Enfermeiro	05
Assistente Social	01
Farmacêutico	01
Técnico de Enfermagem	12
Técnico de Radiologia	01
Auxiliar de Farmácia	01
Maqueiro	02
Técnico de Enfermagem (ambulância)	02
Auxiliar de laboratório	02

Fonte: COGES/SMS. Nota: em períodos de sazonalidade, o Contrato de Gestão prevê o incremento de mais um profissional médico nas UPA 24h municipais.

Quadro 14 - Número de profissionais de saúde para atender ao paciente com Arboviroses/UAPS

Profissionais de saúde - APS	Número de profissionais
	TOTAL
Médicos da Atenção Primária à Saúde	544
Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde	515
Técnicos de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde	549
Auxiliares de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde	02
Agentes Comunitários de Saúde	2.000

Fonte: Relatório de Atestos das Unidades de Atenção Primária à Saúde - mês de outubro de 2025

A seguir são apresentados os quantitativos de pessoal (recursos humanos) para a execução das atividades de Vigilância, Controle e Assistência dos casos notificados de Arboviroses.

### 13 EIXO EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

---

A Escola de Saúde Pública de Fortaleza (ESPFOR), fundada em 05 de janeiro de 2024, apresenta-se como instituição de ensino e pesquisa vinculada à SMS, voltada à qualificação profissional de trabalhadores do SUS, com o propósito de atender às necessidades de capacitação deste público-alvo, além de suprir as lacunas advindas da formação profissional, que repercutirão em mudanças positivas nas práticas dos serviços de saúde e melhoria da qualidade da atenção prestada à população de Fortaleza.

A ESPFOR baseia-se no pressuposto constante na Portaria n.º 2.436/2017 que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, considerando a Educação Permanente em Saúde como “aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde”.

Desta forma, todos os profissionais atuantes no Sistema Municipal de Saúde serão incentivados a discutir e refletir sobre a temática das Arboviroses, em reuniões de equipe e rodas de gestão, tendo como embasamento os dados epidemiológicos do território de adscrição, advindos das Salas de Situação.

Com o objetivo de atualizar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre diagnóstico, tratamento e manejo das Arboviroses, a ESPFOR disponibilizará cursos autoinstrucionais na plataforma de Educação Permanente da SMS destinados aos profissionais de nível superior e técnico, assim como aos ACS e ACE. Serão realizadas ainda, ações de Educação Permanente voltadas aos profissionais atuantes nos serviços de Urgência e Emergência do Município.

Por meio dos *Conectados pelo Conhecimento*, realizar-se-á *lives* voltadas para a temática, com a finalidade de disseminar informações e permitir maior interação entre os facilitadores e os profissionais. As *lives* ficam gravadas no canal da ESPFOR no YouTube e podem ser acessadas a qualquer momento. Além disso, serão elaborados podcasts e videocasts envolvendo a temática, que serão disseminados através dos canais oficiais da SMS.

Registra-se a participação de mais de 1.115 trabalhadores, entre ACS e ACE, na 2ª turma do Curso *Mais Saúde com Agente*, realizado em parceria com o Ministério da Saúde e CONASEMS, voltado à qualificação das práticas territoriais desses profissionais.

Assim como as atividades de Educação Permanente realizadas pelos profissionais de saúde, também deverão ser realizadas ações de Educação em Saúde voltadas para a comunidade, promovendo a participação ativa das pessoas na prevenção e controle das Arboviroses. Isso pode incluir palestras, rodas de conversa nas UAPS, nas escolas e demais espaços sociais, nas reuniões dos Conselhos Locais, incluindo a elaboração e distribuição de materiais educativos como informativos, panfletos, vídeos, podcasts, jogos, entre outros.

A Educação em Saúde capacita as pessoas a entenderem os riscos associados às Arboviroses e a adotarem medidas preventivas. Isso inclui o uso de repelentes, eliminação de criadouros de mosquitos e reconhecimento dos sintomas precocemente.

Neste contexto, a ESPFOR como condutora das Políticas de Educação Permanente em Saúde, atua no fortalecimento do Sistema Local de Saúde, impactando positivamente na prática profissional e melhorando a qualidade dos serviços ofertados à população de Fortaleza.

## 14 EIXO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

---

As ações relacionadas à Assistência Farmacêutica compreenderão:

- ✓ Monitorar sistematicamente o estoque dos medicamentos, de acordo com o protocolo das Arboviroses, disponíveis na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e UAPS.
- ✓ Monitorar a realização dos exames laboratoriais dentro do protocolo das Arboviroses.
- ✓ Distribuir a vacina produzida pelo Butantan (Qdenga – TAK-003) para as 134 UAPS do Município.
- ✓ Realizar a análise dos casos de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) relacionados à Farmacovigilância/Tecnovigilância.

Apresenta-se a seguir, a relação do uso de medicamentos para Dengue, conforme publicação recente do Ministério da Saúde intitulada: *Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança*:

- Dipirona – adultos: 20 gotas ou 1 comprimido (500 mg) até de 6/6 horas.
- Dipirona – crianças: 10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar a dose máxima por peso e idade).

Gotas: 500 mg/ml (1 mL = 20 gotas).

Solução oral: 50 mg/mL.

Solução injetável: 500 mg/mL.

Comprimidos: 500 mg por unidade.

- Paracetamol – adultos: 40 gotas ou 1 comprimido (500 mg) de 4/4 horas, podendo ser 60 gotas ou 2 comprimidos (500 mg) até de 6/6 horas (não exceder a dose de 4 g no período de 24 horas).
- Paracetamol – crianças: 10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade). Não utilizar doses maiores que a recomendada, considerando que doses elevadas são hepatotóxicas.

Gotas: 200 mg/mL (1 mL = 20 gotas).

Comprimidos: 500 mg por unidade.

## 15 GESTÃO, PLANEJAMENTO, GOVERNANÇA E FINANCIAMENTO

---

O processo saúde-doença não se reduz ao ambiente, vetor e agente causador. Há outros determinantes nesse processo que impactam de forma significativa, destacando-se a desigualdade social e fatores como o crescimento desordenado impulsionado pelo fluxo migratório, as mudanças climáticas, o aumento na produção de lixo, a falta de estrutura e saneamento das cidades.

Portanto, além do comprometimento de todos os envolvidos, de uma estrutura organizacional com capacidade instalada bem definida, apoio administrativo e logístico, capacitações contínuas, otimização dos recursos disponíveis, comunicação proativa e uma abordagem contínua de avaliação e aprimoramento, cabe aos entes federados o compromisso com a operacionalização de políticas públicas para resolver as lacunas assistenciais agudizadas nos territórios periféricos, nomeados como cinturões da pobreza.

Reforça-se a necessidade de fortalecimento da organização da Rede de Atenção e Vigilância à Saúde para o atendimento adequado e oportuno dos pacientes adoecidos pelos arbovírus; acompanhamento e monitoramento do padrão de ocorrência de casos, índices de infestação predial, óbitos por Dengue e indicadores entomológicos do Município; garantia dos insumos básicos, incluindo a aquisição e distribuição de repelentes para as gestantes acompanhadas na Rede Municipal de Saúde; integração das ações intra e intersetoriais; capacitação das equipes de saúde para manejo clínico; desenvolvimento de ações em educação em saúde; otimização das supervisões dos levantamentos entomológicos e perfis epidemiológicos de forma sistemática; investimento em ações de comunicação/mobilização ampliada; articulação comunitária com empresas, imprensa, organizações não governamentais e sociedade civil, visando o pertencimento de usuários e profissionais nas ações de prevenção e combate ao vetor para mitigar óbitos, priorizando a ampla divulgação através dos canais midiáticos.

Ainda sob a competência da Gestão, acrescenta-se o encaminhamento deste Plano de Contingência ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação; monitorar a situação epidemiológica das Arboviroses e a gestão dos atendimentos e dos leitos de regulação, a fim de consubstanciar a tomada de decisão para a implementação de novas estratégias necessárias ao enfrentamento das Arboviroses.

O financiamento das ações para enfrentamento e redução do impacto das Arboviroses sobre a saúde da população de Fortaleza, requer uma abordagem integral de enfrentamento deste desafio. Na esteira da transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde, destacam-se as ações contingenciais contempladas no bloco das despesas de custeio, no teto da Vigilância em Saúde, ainda insuficiente face ao conjunto de demandas, e que abrange as ações de Vigilância Ambiental, de Vigilância Epidemiológica, de Controle Vetorial, Comunicação e Mobilização Social, contribuindo para a prevenção e controle do vetor.

Além dos recursos do teto, soma-se a contrapartida financeira do Município que viabiliza a força de trabalho responsável pelo desenvolvimento das ações de prevenção, controle e assistência, sobretudo os ACS e os ACE, além da aquisição e distribuição dos inseticidas, kits diagnósticos, locação de veículos, e determinados equipamentos utilizados no controle das Arboviroses, sobretudo da dengue.

Menciona-se também as ações executadas na Atenção Primária em Saúde financiadas pelos recursos do Piso de Atenção Básica, relacionam-se diretamente com as ações de prevenção, controle, diagnóstico e tratamento da dengue, somadas ao teto da Média e Alta Complexidade (Quadro 16).

Este Plano será atualizado, de forma contínua, consoante às mudanças no cenário epidemiológico e orientações da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e do Ministério da Saúde.

Todas as versões deste Plano serão publicizadas nos sites oficiais da Prefeitura de Fortaleza e encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza.

Quadro 15 - LOA/2026 - PMF

<b>PROGRAMA</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROGRAMA</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>TOTAL</b>
128	Vigilância à Saúde	2010	Gestão e manutenção das ações das Políticas de Vigilância Epidemiológica	16.058.088,00
128	Vigilância à Saúde	2044	Gestão e manutenção das ações da Rede de Atenção às Condições Crônicas	1.045.000,00
128	Vigilância à Saúde	2055	Realização de ações de prevenção combinada às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais (IST/HIV/aids e Hepatites Virais)	4.772.000,00
128	Vigilância à Saúde	2195	Remuneração de pessoal ativo do município e encargos sociais	128.598.000,00
128	Vigilância à Saúde	2239	Gestão e manutenção das ações das Políticas de Vigilância em Saúde	2.751.700,00
<b>TOTAL GERAL</b>				<b>153.224.788,00</b>

Fonte: COCONT/SMS, 2026.

## 16 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

---

Os processos de monitoramento e avaliação exigem atualizações, acompanhamentos e avaliações periódicas das ações programadas nos respectivos eixos, para identificar as fortalezas, fragilidades e lacunas que demandam ajustes para o aprimoramento, o fortalecimento da capacidade de respostas em tempo oportuno e a alocação eficiente dos recursos.

Destaca-se a dinamicidade desses processos face às novas informações obtidas no decorrer dos cenários epidemiológicos e entomológicos, envolvendo a adequação de estratégias para garantir sua adequação as necessidades atuais.

O monitoramento e avaliação do *Plano Municipal de Contingência para o Controle e Enfrentamento de Epidemias por Arboviroses – 2026* do município de Fortaleza estará sob a responsabilidade de todas as Coordenadorias da SMS, que planejam e executam as ações estratégicas de enfrentamento, e também ocorrerá por meio de outras plataformas de informação e análise da situação de saúde.

É fundamental estabelecer canais de comunicação efetivos entre os responsáveis pela implementação deste Plano, permitindo o compartilhamento de informações relevantes e a tomada de decisões conjuntas. A colaboração e o engajamento de todos os envolvidos promovem a troca de conhecimento, experiências e boas práticas, fortalecendo a capacidade de resposta.

## 17 QUADRO RESUMO DAS AÇÕES CONTINGENCIAIS

QUADRO RESUMO DAS AÇÕES CONTINGENCIAIS PLANO MUNICIPAL DE CONTINGÊNCIA PARA O CONTROLE E ENFRENTAMENTO DE EPIDEMIAS POR ARBOVIROSES / 2026			
Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
1.0	Contínua	Gabinete	i) Monitoramento e avaliação do Plano.
<b>Status da ação: não iniciada</b>			
Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
2.0	Contínua	ESPFOR	<p>i) Atualizar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre diagnóstico, tratamento e manejo das Arboviroses.</p> <p>ii) Disponibilizar cursos autoinstrucionais na plataforma de Educação Permanente da SMS destinados aos profissionais de nível superior e técnico.</p> <p>iii) Realizar ações de Educação Permanente voltadas aos profissionais atuantes nos serviços de Urgência e Emergência.</p> <p>iv) Realizar <i>lives, pod casts e vídeo casts</i> sobre a prevenção e tratamento das Arboviroses e disponibilizá-las por meio dos canais oficiais da SMS e do Canal do <i>you tube Conectados pelo Conhecimento</i>.</p>
<b>Status da ação: não iniciada</b>			
Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
3.0	Oportuna e contínua	Gabinete, COVIS, CORAC	<p>i) Encaminhamento do Plano de Contingência ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação;</p> <p>ii) Monitorar a situação epidemiológica das Arboviroses;</p> <p>iii) Gerir sobre os atendimentos e oferta de leitos de regulação.</p>
<b>Status da ação: iniciada</b>			

Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
4.0	Contínua	COAF	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Monitorar o estoque dos medicamentos, de acordo com o protocolo das Arboviroses, disponíveis na Central de Abastecimento Farmacêutico e UAPS;</li> <li>ii) Monitorar a realização dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo das Arboviroses;</li> <li>iii) Distribuir a vacina Qdenga para as 134 UAPS;</li> <li>iv) Realizar a análise dos casos de ESAVI relacionados à Farmacovigilância/Tecnovigilância.</li> </ul>
<b>Status da ação: iniciada</b>			
Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
5.0	Oportuna	UPA 24h COGES COREPH	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Garantir insumos e medicamentos nas UPA 24h e unidades hospitalares será ajustada conforme o aumento da demanda, garantindo a manutenção da qualidade no atendimento;</li> <li>ii) Implementar o fluxo de encaminhamento para referência, conforme as recomendações para o manejo dos pacientes com Arboviroses do Ministério da Saúde.</li> </ul>
<b>Status da ação: não iniciada</b>			
Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
6.0	Oportuna	COREPH CORAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Disponibilizar leitos de retaguarda para o atendimento das Arboviroses;</li> <li>ii) Garantir o atendimento e internação (por meio da Central de Regulação de Leitos) de gestantes com suspeita e/ou confirmação de Arboviroses.</li> </ul>
<b>Status da ação: não iniciada</b>			
Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
7.0	Oportuna	CORAPP	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Aplicar a rotina para atendimentos aos pacientes com suspeita de Dengue nas UAPS;</li> <li>ii) Organizar o fluxo de coleta de exames laboratoriais nas UAPS (sem retaguarda) para realizar 30 exames: 15 coletas de urgência e 15 eletivas;</li> <li>iii) Organizar o fluxo de coleta de exames laboratoriais nas UAPS (com retaguarda) para realizar 45 exames: 15 coletas de urgência e 30 eletivas;</li> <li>iv) Ajustar a parametrização da agenda dos profissionais, priorizando o atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação de Arbovirose;</li> <li>v) Priorizar a visita domiciliar pela equipe de saúde aos pacientes com confirmação de Arbovirose.</li> </ul>
<b>Status da ação: não iniciada</b>			

Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
8.0	Oportuna e sistemática	CORAPP	i) Aplicar a rotina para atendimentos aos pacientes com suspeita de Dengue nas UAPS; ii) Organizar o fluxo de coleta de exames laboratoriais nas UAPS; iii) Ajustar a parametrização da agenda dos profissionais, priorizando o atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação de Arbovirose; iv) Priorizar a visita domiciliar pela equipe de saúde aos pacientes com confirmação de Arbovirose.
<b>Status da ação: não iniciada</b>			
Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
9.0	Contínua	COAF CORAPP COVIS	i) Monitorar o estoque do imunobiológico contra a Dengue; ii) Ofertar o imunobiológico contra a Dengue no subgrupo populacional indicado pelo Ministério da Saúde; iii) Realizar busca ativa de crianças e adolescentes de 10 a 14 anos.
<b>Status da ação: iniciada</b>			
Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
10.0	Oportuna	COVIS	i) Convocar profissionais de outros programas da Vigilância em Saúde para intensificação das ações de controle das Arboviroses; ii) Priorizar as ações contingenciais em áreas de maior incidência de infestação do vetor; iii) Priorizar aplicação espacial de inseticidas com equipamentos portáteis para corte de transmissão em áreas de baixa incidência e casos; iv) Articular com a SESA/CE a cessão de servidores e equipamentos para aplicação de UBV Pesado; v) Suspensão do LIRAa em conformidade com as esferas estadual e federal; vi) Intensificar ações de manejo ambiental, de controle focal e perifocal e controle legal nos Pontos Estratégicos; v) Realizar mutirão de visita domiciliar.
<b>Status da ação: não iniciada</b>			

Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
11.0	Oportuna	COVIS	<p>i) Divulgar, junto à população, as estratégias de enfrentamento às Arboviroses nos bairros com índice elevado de infestação do vetor e de casos;</p> <p>ii) Realizar exposições educativas sobre o ciclo biológico do vetor utilizando maquetes, palestras nas instituições públicas, privadas, religiosas e filantrópicas e em locais de grande fluxo de pessoas;</p> <p>iii) Intensificar as ações educativas nas salas de esperas das UAPS, nos corredores comerciais e em feiras livres;</p> <p>iv) Realizar <i>blitz</i> educativa nos cruzamentos das principais ruas e avenidas de grande circulação de veículos e pedestres, com distribuição de material informativo sobre as Arboviroses;</p> <p>v) Contribuir com a estimulação da atuação dos alunos da rede escolar municipal, por meio de exposições educativas, palestras, gincanas, passeatas e outros eventos;</p> <p>vi) Contribuir com as ações integradas da estratégia das <i>Operações Fronteira</i> em áreas conurbadas dos municípios por meio de articulações com gestores e instituições envolvidas, <i>Operação Quintal Limpo</i>, monitoramento de <i>Brigadas Voluntárias</i>, exposições educativas, palestras e ações lúdicas;</p> <p>vii) Ampliar a participação da Rede de Proteção Social (Cras, Creas, Unidades de Acolhimento institucional, Centros de Convivência, Cento POP, Cucas) nas ações de educação em Saúde;</p> <p>viii) Instituir a Semana Municipal de Mobilização contra as Arboviroses no Calendário Municipal.</p> <p>ix) Estimular a prática dos "10 minutos contra Dengue" como ação coletiva de prevenção.</p>
<b>Status da ação: iniciada</b>			
Ação	Data/ Prazo	Responsável	Descrição
12.0	Contínua	COVIS	<p>i) Monitorar diariamente a tendência da transmissão das Arboviroses;</p> <p>ii) Elaborar instrumentos de divulgação dos dados sobre a transmissão das Arboviroses.</p>
<b>Status da ação: iniciada</b>			

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Informe semanal nº 17: monitoramento das arboviroses – semanas epidemiológicas 01 a 23 de 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.**

BRASIL. Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilancia em Saude. Departamento de Vigilancia Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. **Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas: Vigilância Entomológica e Controle Vetorial [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses – Brasília: Ministério da Saúde, 2025. 190 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web:**  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_Arboviroses\\_urbanas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_Arboviroses_urbanas.pdf)  
ISBN 978-65-5993-769-1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano de contingência para resposta às emergências em Saúde Pública por dengue, chikungunya e Zika [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis.** – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 44 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_contingencia\\_dengue\\_chikungunya\\_zika.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_dengue_chikungunya_zika.pdf)  
ISBN 978-65-5993-329-7

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. **Guia para elaboração de planos de contingência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Emergências em Saúde Pública.** – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança – 6. ed. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saude. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doencas Transmissiveis. **Chikungunya: manejo clinico [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis.** – 2. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025. 72 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya\\_manejo\\_clinico\\_2ed\\_rev.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico_2ed_rev.pdf)

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Nota Técnica n.º 01, de 24 de junho de 2025.** Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Fortaleza. CORAPP/SMS. Fortaleza, 2025.

IBGE. **Censo Demográfico 2022**: População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e a idade. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em:<<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 28/01/2026.

INFODENGUE-MOSQLIMATE. Sprint Infodengue–Mosqlimate: avaliação das previsões da temporada 2024-2025 e previsões para a temporada 2025-2026. Rio de Janeiro: **Infodengue** / Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Getulio Vargas, 2025. Relatório técnico.

## ANEXO I

Mapa de Vinculação das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) para as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), segundo as CORES

CORES I	
UPA	UAPS
UPA CRISTO REDENTOR	DR IRAGUASSU TEIXEIRA
	AIRTON MONTE
	CARLOS RIBEIRO
	PAULO DE MELO MACHADO
	FCO. DOMINGOS DA SILVA
	GUIOMAR ARRUDA
	VIRGÍLIO TÁVORA
	MARIA CIRINO
4 VARAS	
UPA VILA VELHA	REBOUÇAS MACAMBIRA
	JOÃO MEDEIROS DE LIMA
	CASEMIRO LIMA FILHO
	FERNANDO FAÇANHA
	MARIA APARECIDA
	ZENIRTON PEREIRA
	LINEU JUCÁ

CORES II	
UPA	UAPS
UPA PRAIA DO FUTURO	AIDA SANTOS E SILVA
	CÉLIO BRASIL GIRÃO
	FREI TITO
	FLAVIO MARCILIO
	ODORICO DE MORAIS
	RIGOBERTO ROMERO
	SANDRA NOGUEIRA
UPA CRISTO REDENTOR	PAULO MARCELO
UPA EDSON QUEIROZ	IRMÃ HERCÍLIA ARAGÃO
	MIRIAM PORTO MOTA
	PIO XII
	BENEDITO ARTUR DE CARVALHO

<b>CORES III</b>	
<b>UPA</b>	<b>UAPS</b>
UPA VILA VELHA	IVANA PAES
	GEORGE BENEVIDES
	CLODOALDO PINTO
	HERMÍNIA LEITÃO
	LICÍNIO NUNES
UPA AUTRAN NUNES	METON DE ALENCAR
	CDFAM (GILMÁRIO MOURÃO)
	CÉSAR CALS FILHO
	FERNANDES TÁVORA
	WALDEMAR DE ALCÂNTARA
	HUMBERO BEZERRA
	ANASTÁCIO MAGALHÃES
	JOÃO XXIII
	ELIÉZER STUDART
	FCO. PEREIRA DE ALMEIDA
	SOBREIRA AMORIM
SANTA LIDUÍNA	
UPA CONJUNTO CEARÁ	RECAMONDE CAPELO
	MARIUSA SILVA

<b>CORES IV</b>	
<b>UPA</b>	<b>UAPS</b>
UPA ITAPERI	JOSÉ VALDEVINO DE CARVALHO
	FRANCISCO MONTEIRO
	OCELO PINHEIRO
	DOM ALOÍSIO LORSCHIEDER
	LUÍS ALBUQUERQUE MENDES
	LUIS COSTA
	ROBERTO DA SILVA BRUNO
	TURBAY BARREIRA
	GOTHARDO PEIXOTO
UPA AUTRAN NUNES	OLIVEIRA POMBO
	ABEL PINTO
	ANTONIO CIRIACO
UPA CANINDEZINHO	GUTEMBERG BRAUN

CORES V	
UPA	UAPS
UPA AUTRAN NUNES	GALBA DE ARAÚJO
UPA CONJUNTO CEARÁ	MACIEL DE BRITO
	JURANDIR PICANÇO
	FERNANDO DIÓGENES
	EDIMILSON PINHEIRO
	PONTES NETO
	RONALDO ALBUQUERQUE
UPA BOM JARDIM	DOM LUSTOSA
	GUARANY MONT' ALVERNE
	ARGEU HERBSTER
	ABNER CAVALCANTE
	JOÃO PESSOA
	SIQUEIRA
UPA CANINDEZINHO	REGINA SEVERINO
	GRACILIANO MUNIZ
	JOÃO ELISIO HOLANDA
	PARQUE SÃO JOSÉ
UPA JOSÉ WALTER	PEDRO CELESTINO
	LUIZA TÁVORA
	ZÉLIA CORREIA
	VIVIANE BENEVIDES
	JOSÉ WALTER
	REGIS JUCÁ
	JOSÉ PARACAMPOS
	LUCIANO TORRES DE MELO

CORES VI	
UPA	UAPS
UPA JANGURUSSU	MELO JABORANDI
	JANGURUSSU
	EVANDRO AYRES DE MOURA
	PEDRO SAMPAIO
	JOSÉ BARROS DE ALENCAR
	ACRISIO EUFRASINO
	WALDO PESSOA
	MARCUS AURÉLIO
	OSMAR VIANA
	FAUSTO FREIRE
	GRAZIELA BARROSO
UPA JOSÉ WALTER	EDMAR FUJITA
	JOÃO HIPÓLITO
	ALARICO LEITE
	JANIVAL DE ALMEIDA
UPA ITAPERI	VICENTINA CAMPOS
	EDILMAR NORÕES
UPA EDSON QUEIROZ	MATTOS DOURADO
	MANOEL CARLOS GOUVEIA
	MARIA DE LOURDES
	CÉSAR CALS OLIVEIRA
	MONTEIRO DE MORAIS
UPA MESSEJANA	HÉLIO GOES
	TEREZINHA PARENTE
	GALBA DE ARAÚJO
	ANISIO TEIXEIRA
	OTONI CARDOSO
	MESSEJANA
	LUIZ FRANKLIN
	SITIO SÃO JOÃO
POMPEU VASCONCELOS	

## ANEXO II

### Principais contatos da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza

CARGO/RESPONSÁVEL	CONTATO TELEFÔNICO	E-MAIL
SMS Gabinete - Secretária Riane Maria Barbosa de Azevedo	(85) 9 9622-9663	riane.azevedo@sms.fortaleza.ce.gov.br
SMS Gabinete - Secretária Adjunta Aline Gouveia Martins	(85) 9 8806-7827	aline.martins@sms.fortaleza.ce.gov.br
SMS Gabinete - Secretária Executiva Rita de Cassia Rodrigues Pereira	(85) 9 9935-8284	rita.pereira@sms.fortaleza.ce.gov.br
ASCOM Ravenna de Paula Moura	(85) 9 8804-6387	ascomsaudefortaleza@gmail.com
CORAPP Erlemus Ponte Soares	(85) 9 9689-2990	erlemus.soares@sms.fortaleza.ce.gov.br
COREPH Luiz Valdo Pinheiro	(81) 9 9738-0080	alencar.coreph@gmail.com
COVIS Josete Malheiro Tavares	(85) 9 9988-3139	josete@sms.fortaleza.ce.gov.br
CEVEPI Rui de Gouveia Soares Neto	(85) 9 9995-8540	rui.neto@sms.fortaleza.ce.gov.br
COFIN Cícero Vidal Sampaio	34526607	cofin@sms.fortaleza.ce.gov.br
COAD Camille Calheiros Alves Pinto Monteiro	(85) 9 9921-9566	camille.calheiros@sms.fortaleza.ce.gov.br
COPLAG Karol Marielly Távora Moita	(85) 9 8824-7078	karol.moita@sms.fortaleza.ce.gov.br

**RESOLUÇÃO / CMSF N.º 007, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2026**



**Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza**

**RESOLUÇÃO/CMSF Nº 007, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2026.**

*Dispõe sobre a aprovação do Plano Municipal de Contingência para o Controle e enfrentamento de Epidemias por Arboviroses.*

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, em sua 208ª (Ducentésima Oitava) Reunião Extraordinária do CMSF, realizada no dia 24 de fevereiro de 2026, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Municipal nº 11.532, de 16 de maio de 2025, cumprindo as disposições da Constituição Federal de 1988 e, da legislação brasileira correlata;

Considerando o inciso III do Art. 198, da Constituição Federal de 1988 o qual prevê a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização das ações e serviços públicos de saúde;

Considerando os incisos I, VIII, XII, XIII, XIV do Art. 3º, da Lei nº 11.532 de 16 de maio de 2025, que define como competências deste Conselho, dentre outras: atuar na formulação de diretrizes, estratégias e controle da execução da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa; fiscalizar e acompanhar a execução das ações e dos serviços de saúde; deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades de saúde do Município; analisar, propor e aprovar os critérios para a programação e a execução orçamentária e financeira do Fundo Municipal de Saúde (FMS), fiscalizando a movimentação e a destinação dos recursos financeiros; estabelecer os critérios e as diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a legislação vigente, baseando-se em estudos epidemiológicos, sociológicos e em pesquisas de avaliação de serviços;

Considerando a apresentação, discussão e debates do Plano Municipal de Contingência para o Controle e Enfrentamento de Epidemias por Arboviroses para o exercício de 2026, o qual orienta o enfrentamento de emergências por Dengue, Chikungunya e Zika a partir de uma construção coletiva realizada pelas equipes técnicas relacionadas à Vigilância à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Rede de Urgência e Emergência, Assistência Farmacêutica, Escola de Saúde Pública de Fortaleza, e Comunicação;

Considerando que o Plano tem como Objetivo Geral a prevenção e controle de processos epidêmicos, evitando a ocorrência de óbitos por Dengue, Chikungunya e Zika, o pleno do CMSF, resolve:



**Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza**

**Art. 1º** Aprovar o Plano Municipal de Contingência para o Controle e Enfrentamento de Epidemias por Arboviroses 2026.

**Pedro Alves de Araújo Filho**  
Presidente do CMSF

Homologo a Resolução do CMSF nº 007, de 24 de fevereiro de 2026.

**Riane Maria Barbosa de Azevedo**  
Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza



Este documento é cópia do original e assinado digitalmente sob o número P6USMPWJ  
Para conferir o original, acesse o site <https://assinaja.sepog.fortaleza.ce.gov.br/validar/documento>, informe o protocolo 5179887 e código P6USMPWJ  
Para validar a assinatura digital, acesse o site do Instituto Nacional de Tecnologia da Informação: <https://validar.it.gov.br/>

**ASSINADO POR:**

Assinado por: PEDRO ALVES DE ARAUJO FILHO em 09/03/2020