

PLANO DE CONTINGÊNCIA DAS ARBOVIROSES

SUBSECRETARIA
MUNICIPAL DE
GESTÃO DA SAÚDE



Saúde
Secretaria Municipal



Prefeitura de
Manaus

Março de 2025
Manaus/AM

DAVID ANTÔNIO ABISAI PEREIRA DE ALMEIDA

Prefeito de Manaus

SHÁDIA HUSSAMI HAUACHE FRAXE

Secretária Municipal de Saúde

DJALMA PINHEIRO PESSOA COELHO

Subsecretário Municipal de Gestão da Saúde

MARINÉLIA MARTINS FERREIRA

Diretora de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Zoonoses e da Saúde do Trabalhador

FRANCISCA SONJA ALÊ GIRÃO FARIAS

Diretora de Atenção Primária

ÂNGELA MARIA LOUREIRO DA SILVA

Diretora de Atenção Especializada e Apoio Diagnóstico

SANAY SOUZA PEDROSA

Diretora de Inteligência de Dados

ANDREA MARIA PAMPOLHA ARRUDA

Diretora de Comunicação

ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO

Viviana Cláudia de Paula Conceição Almeida – Gerente de Vigilância Epidemiológica
Alinne de Paula Rodrigues Antolini – Gerência de Vigilância Ambiental e Controle de Agravos por Vetores

ELABORAÇÃO

Grupo Técnico instituído pela PORTARIA Nº 1016/2024-DVAE/SUBGS/SEMSA

Composição do GT:

Adriana de Oliveira Barros – Cirurgiã-Dentista Geral
Adriany AlvesPinto Diniz de Araújo – Enfermeira Geral
Alciles Pereira Comape – Chefe da Divisão de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores
Alinne de Paula Rodrigues Antolini – Gerente de Vigilância Ambiental e Controle de Agravos por Vetores
Amanda Cardelis Lins – Chefe de Divisão de Ações Estratégicas de Educação na Saúde
Ana Carolina de Araújo de Souza – Chefe do Setor de Controle de Endemias
Ana Cristina Dias da Cruz – Assistente Social Geral
Ana Fátima Carvalho e Silva – Farmacêutica Geral
Ana Paula Miranda Mundim Pombo – Enfermeira Epidemiologista
Ana Paula Neves da Silva – Gerente de Apoio Diagnóstico
André Moises Cassiano Cordovil – Enfermeiro
André Nunes de Lima – Chefe do Setor arlyss de Controle de Endemias
Andrea Maria Pampolha Arruda – Diretora de Comunicação
Arlysson Laurido de Oliveira – Gerente de Vigilância em Saúde
Bruno Barros de Oliveira – Gerente de Inteligência Geográfica
Edvaldo Raimundo Nazaré da Rocha – Chefe de Núcleo de Controle de Agravos Transmitidos por Aedes
Elizabeth Ferreira Bezerra Lopes – Assistente Social em Administração de Recursos Humanos
Elizângela Rodrigues de Freitas – Gerente de Vigilância em Saúde
Enock Barroso dos Santos – Enfermeiro Epidemiologista
Francinara Batista Neves Lima – Gerente de Vigilância em Saúde
Francisco Ricardo Santana Cavalcante – Chefe de Setor de Controle de Endemias Terrestre
Francisco Walter da Silva Junior – Chefe de Setor de Controle de Endemias
Francismar da Silva Lopes – Gerente de Plataformas Digitais
Francivânia Oliveira da Rocha – Chefe de Núcleo de Ações Estratégicas
Graziela Andrade das Neves – Gerente do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
Isabel Cristina Hernandes – Gerente de Imunização
Jailce Nogueira Doria – Chefe de Núcleo do Programa Saúde na Escola
Luciano Lopes da Silva – Chefe de Setor de Controle de Endemias
Maria Aparecida Santos da Silva – Gerente de Vigilância em Saúde
Maria da Conceição Silva e Souza – Enfermeira Geral
Mariluce Gonçalves de Araújo – Enfermeira
Rúbia Gilvandra Santos Medeiros – Gerente de Vigilância em Saúde
Sanay Souza Pedrosa – Diretora de Inteligência de Dados
Sara Cavalcante da Silva – Técnica em Enfermagem
Thiago Pacheco da Frota – Biólogo
Viviana Cláudia de Paula Conceição Almeida – Gerente de Vigilância Epidemiológica

REVISÃO

Aldeniza Araújo de Souza – Assessora de Gabinete da Subsecretaria

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	4
2. INTRODUÇÃO.....	5
3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MANAUS.....	11
4. CENÁRIO ENTOMO-EPIDEMIOLÓGICO DAS ARBOVIROSES NO MUNICÍPIO DE MANAUS	13
4.1- CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO	13
A) DENGUE.....	13
B) CHIKUNGUNYA.....	14
C) ZIKA.....	16
D) FEBRE DO OROPOUCHE	17
E) FEBRE DO MAYARO	18
4.2- CENÁRIO ENTOMOLÓGICO	19
4.2.1- Espacialização dos bairros de Manaus, segundo Índice de Infestação Predial (IIP) de acordo com o resultado do Levantamento do Índice Rápido do <i>Aedes aegypti</i> – LIRAA	22
4.2.2- Mapas de vulnerabilidade por bairro após a realização do LIRAA.....	23
5. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MUNICIPAL	24
5.1- ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – APS.....	24
5.2- ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	26
5.2.1- Apoio Diagnóstico	27
5.2.1.1- Fluxo Laboratorial	28
6. OBJETIVOS	31
6.1- OBJETIVO GERAL.....	31
6.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
7. NÍVEIS DE ATIVAÇÃO DO PLANO DE CONTIGÊNCIA.....	32
7.1 - DIAGRAMA DE CONTROLE	32
7.2- CENÁRIOS DE RISCO E NÍVEIS DE ATIVAÇÃO.....	33
7.2.1- Cenário dengue.....	33
7.2.2- Cenário chikungunya.....	34
7.2.3- Cenário zika.....	34
7.2.4- Cenário febre do oropouche e febre do mayaro	35
8. ORGANIZAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS EMERGÊNCIAS DE ACORDO COM OS NÍVEIS DE ATIVAÇÃO ..	35
8.1- NÍVEIS DE RESPOSTA	36
8.1.1- Nível 1 de Resposta	36
8.1.2- Nível 2 de Resposta	36
8.1.3- Nível 3 de Resposta	36
8.2- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	36
8.3- VIGILÂNCIA AMBIENTAL (CONTROLE VETORIAL).....	40
8.4- REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	42
8.5 - MOBILIZAÇÃO SOCIAL, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	46
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
10. ANEXOS	51



1. APRESENTAÇÃO

Dengue, chikungunya e zika são arboviroses causadas por vírus transmitidos principalmente pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti* infectada. Em todas as áreas tropicais e subtropicais do mundo, têm sido motivo de apreensão da população e do poder público, em função dos impactos causados à saúde pública e à sociedade, em razão de epidemias recorrentes e do aumento de casos graves e óbitos (BRASIL, 2019a).

Além das três arboviroses citadas, tivemos também a partir de 2023, os registros de casos de febre do oropouche e do mayaro, arboviroses de importância principalmente nos estados da região Amazônica, mas também com relatos de casos e surtos em outras regiões do país e outros países das Américas Central e do Sul.

Segundo o Ministério da Saúde - MS (2022), as arboviroses, notadamente a dengue, presentes no País há cerca de quatro décadas, são um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, sobretudo com a cocirculação de chikungunya e zika, a partir de 2015.

Situações como falta de saneamento básico e de abastecimento de água, aumento da população em aglomerados urbanos, do deslocamento intra e interurbano, entre diversos outros fatores, têm contribuído demasiadamente para a permanência do vetor em convívio íntimo com a população. Como consequência dessa relação, tem-se a cada ano o aumento significativo do número de notificações, casos graves e óbitos por arboviroses.

A vigilância e o controle das arboviroses estão relacionados às atividades articuladas entre áreas técnicas do setor saúde e dos setores parceiros (educação, meio ambiente, defesa civil, infraestrutura, assistência social etc.), participação da sociedade civil e alinhamento dos governos federal, estaduais e municipais.

O objetivo central deste plano é maximizar a efetividade das ações e diminuir o tempo de resposta do enfrentamento das arboviroses, minimizando as dificuldades decorrentes da sazonalidade e os riscos de epidemia.

A estratégia central se baseia na leitura rápida do cenário local com tempo de resposta adequado e rápido, utilizando níveis de ativação, garantindo articulação de outros setores/órgãos de governo e celeridade na gestão de recursos e tomada de decisão.

Dessa forma, busca-se responder de forma assertiva e rápida, enfatizando a integração entre vigilância e assistência, com foco na mobilização social e comunicação em tempo real em toda a rede.



2. INTRODUÇÃO

No Brasil, ocorre circulação expressiva dos vírus da dengue (DENV), desde os anos 1980, e da chikungunya (CHIKV) e do zika (ZIKV) introduzidos no país nos anos de 2014 e 2015 respectivamente. A partir de 2019, evidenciou-se a recirculação no país do sorotipo 2 do vírus da dengue (DENV-2) e registrou-se o aumento de casos, em geral com maior gravidade (BRASIL, 2022).

O vírus do oropouche (OROV) foi isolado pela primeira vez no Brasil em 1960, a partir de amostra de sangue de uma bicho-preguiça (*Bradypus tridactylus*) capturada durante a construção da rodovia Belém-Brasília. Desde então, casos isolados e surtos foram relatados no Brasil, principalmente nos estados da região Amazônica.

O vírus mayaro (MAYV) foi isolado pela primeira vez em Trinidad, em 1954, e o primeiro surto no Brasil foi descrito em 1955, às margens do rio Guamá, próximo de Belém/PA. Desde então, casos esporádicos e surtos localizados têm sido registrados nas Américas, incluindo a região Amazônica do Brasil, principalmente nos estados das regiões Norte e Centro-Oeste.

Múltiplos fatores, que agem simultaneamente em diferentes escalas de espaço e tempo, incidem sobre a transmissão das arboviroses, criando padrões complexos de transmissão, persistência e dispersão. A identificação dos padrões de transmissão e das escalas nas quais operam é uma necessidade urgente imposta pela situação epidemiológica vigente (OPAS, 2019a). Fatores relacionados à infraestrutura urbana e social do país geram condições ideais de proliferação do vetor, como o adensamento dos espaços urbanos e a irregularidade ou a ausência dos serviços públicos de saneamento, como a coleta dos resíduos e o abastecimento de água para consumo; aliados a esses fatores, ainda há maior movimentação de pessoas e bens, alterações ambientais e a resistência a inseticidas (BRASIL, 2022).

O modo de transmissão dos cinco arbovírus ao homem é predominantemente por via vetorial, podendo ser também vertical e transfusional e, no caso do zika, sexual. A transmissão vetorial de DENV, CHIKV e ZIKV ocorrem pela picada de fêmeas de *Aedes aegypti* infectadas, no ciclo humano-vetor-humano. Esses vírus são mantidos entre mosquitos no ambiente, sendo estes os hospedeiros definitivos (BRASIL, 2022).

O oropouche, também causado por um arbovírus (vírus transmitido por artrópodes) tem transmissão feita principalmente pelo inseto conhecido como *Culicoides paraensis* (maruim) e possui dois tipos de ciclos de transmissão da doença: o ciclo silvestre, onde os bichos-preguiça e



primatas não-humanos (e possivelmente aves silvestres e roedores) atuam como hospedeiros e o ciclo urbano, onde os humanos são os principais hospedeiros do vírus. Há registros de isolamento do OROV em algumas espécies de insetos, como *Coquillettidia venezuelensis* e *Aedes serratus*. No entanto, o vetor primário é o *Culicoides paraensis*, conhecido como maruim ou mosquito-pólvora. O inseto *Culex quinquefasciatus*, comumente encontrado em ambientes urbanos, pode ocasionalmente transmitir o vírus também.

A febre do mayaro é também outra arbovirose da família Togaviridae, gênero Alphavirus, assim como o vírus chikungunya, ao qual é relacionado genética e antígenicamente.

O ciclo epidemiológico do vírus mayaro (MAYV) é semelhante ao da febre amarela silvestre e se dá com a participação de mosquitos silvestres, principalmente do gênero *Haemagogus*, com hábitos estritamente diurnos e que vivem nas copas das árvores, o que favorece o contato com os hospedeiros animais. Nesse ciclo, os primatas são os principais hospedeiros do vírus e o homem é considerado um hospedeiro acidental. Possivelmente, outros gêneros de mosquitos participam do ciclo de manutenção do vírus na natureza, tais como *Culex*, *Sabethes*, *Psorophora*, *Coquillettidia* e *Aedes*; além de outros hospedeiros vertebrados como pássaros, marsupiais, xenartras (preguiças, tamanduás e tatus) e roedores, que podem atuar na amplificação e manutenção do vírus em seu ambiente natural. Dada a comprovação em laboratório da possibilidade de infecção do *Aedes aegypti* pelo MAYV (competência vetorial) e de achados de infecção natural, considera-se haver risco potencial de transmissão urbana, que poderia eventualmente ser sustentada num ciclo homem-mosquito-homem.

Os insetos vetores de dengue, chikungunya e zika no Brasil são mosquitos da família Culicidae, pertencentes ao gênero *Aedes*, do subgênero *Stegomyia*. A espécie *Aedes aegypti* é a única comprovadamente responsável pela transmissão dessas arboviroses no Brasil, e pode ser transmissora do vírus da febre amarela em áreas urbanas. No Brasil, o mosquito encontra-se em todas as Unidades da Federação (UFs), disperso amplamente em áreas urbanas. A espécie *Aedes albopictus* também é encontrada no País desde 1986, principalmente em ecótopos naturais e em peridomicílios arborizados, mas tem demonstrado elevada capacidade para utilizar ampla variedade de criadouros artificiais no território brasileiro (Gomes *et al.*, 1999). O *Aedes albopictus* tem ampla dispersão, sendo transmissor de dengue, chikungunya e zika no Sudeste Asiático e encontrado naturalmente infectado por DENV e ZIKV em campo (Rezende *et al.*, 2020).



Cada arbovirose tem seu período de incubação e transmissibilidade. O processo de transmissão compreende um Período de Incubação Intrínseco (PII) – que ocorre no ser humano – e outro extrínseco, que acontece no vetor. Esses períodos se diferenciam de acordo com o vírus envolvido na transmissão e, no caso do Período de Incubação Extrínseco (PIE), também em função da temperatura ambiente.

Em relação ao DENV, o período de incubação intrínseco pode variar de 4 a 10 dias. Após esse período, inicia-se o período de viremia no homem, que geralmente se inicia um dia antes do aparecimento da febre e se estende até o quinto dia da doença. O período de incubação intrínseco do CHIKV pode variar de 1 a 12 dias. O período de viremia no homem pode perdurar por até 10 dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes do aparecimento dos sintomas. O período de incubação intrínseco do ZIKV é de 2 a 7 dias, em média. Estima-se que o período de viremia no homem se estenda até o quinto dia do início dos sintomas.

O período de incubação intrínseco do OROV em humanos pode variar entre 3 e 8 dias após a picada do maruim, a fase aguda da doença geralmente dura de 2 a 7 dias; já o do MAYV é de 3 a 11 dias, sendo autolimitada, com o desaparecimento natural dos sintomas em uma semana. No entanto, em alguns casos, o vírus pode provocar complicações neurológicas, assim como todos os arbovírus em questão.

O *Aedes aegypti* pode adquirir o vírus ao picar uma pessoa no período virêmico, dando início ao PIE. Esse período corresponde ao tempo entre a ingestão de sangue virêmico, pelo mosquito suscetível, até o surgimento de partículas infectantes do vírus na saliva do inseto. Em relação ao DENV e ao ZIKV, o PIE varia de 8 a 14 dias; para o CHIKV, o período é menor, de 3 a 7 dias. O período de incubação é influenciado por fatores ambientais, especialmente a temperatura. Após o PIE, o mosquito permanece infectante até o final da sua vida (6 a 8 semanas), sendo capaz de transmitir o vírus para o homem (BRASIL, 2022).

Os maruins são insetos muito pequenos, medem cerca de 1,5 mm, podendo atingir 3 mm. Outra característica sua é a picada muito dolorosa, é um inseto que causa incômodo para a população quando há infestação. Vivem em florestas e em áreas rurais, principalmente onde tem plantação de banana. Na nossa região, o maruim também é encontrado em área urbana. Nas cidades da região amazônica em geral, as áreas urbanas estão mais próximas das áreas silvestres e por isso há essa urbanização do vetor.



Segundo a pesquisadora e entomologista da Fiocruz Maria Clara Alves Santarém, a fêmea do maruim procura locais com bastante matéria orgânica e umidade para depositar seus ovos. As florestas, troncos de árvore em decomposição, cascas de frutas caídas no chão, bromélias, beiras de riachos e folhagem do solo são os locais preferenciais. Nos bananais, ela deposita os ovos no cepo da bananeira, parte do caule que fica quando a árvore é cortada para colheita da banana. Na área urbana, ela pode colocar ovos no quintal se houver qualquer tipo de matéria orgânica acumulada no chão (FIOCRUZ, 2024).

Os maruins adultos, machos e fêmeas, se alimentam do néctar de plantas. Porém, as fêmeas do gênero *Culicoides* picam porque elas precisam de sangue para amadurecimento dos ovos. Os insetos se infectam ao picar um indivíduo infectado e transmitem o vírus para outros indivíduos através da picada. Como os sintomas da febre oropouche são muito parecidos com os da dengue e as duas doenças ocorrem na mesma época do ano, casos de oropouche podem ser clinicamente diagnosticados como dengue.

Quanto ao MAYV não existe transmissão de uma pessoa para outra diretamente. O sangue dos doentes é infectante para os mosquitos durante o período de viremia, que dura entre 3 a 6 dias. A transmissão ocorre a partir da picada de mosquitos fêmeas infectadas ao se alimentar do sangue de primatas (macacos) ou humanos. Depois de infectados, e após um período de incubação extrínseca (em torno de 12 dias), os mosquitos podem transmitir o vírus por toda a vida. Assim como a febre amarela, a doença pelo vírus mayaro é considerada uma zoonose silvestre e, portanto, de impossível eliminação. O homem é considerado um hospedeiro acidental, quando frequenta o habitat natural de hospedeiros, reservatórios e vetores silvestres infectados.

A suscetibilidade para arboviroses é universal. Quanto à imunidade, em relação à dengue, uma vez que haja infecção, a imunidade adquirida é permanente para um mesmo sorotipo (homóloga). A imunidade cruzada (heteróloga), no entanto, persiste temporariamente no indivíduo, ou seja, quando induzida por um sorotipo é apenas parcialmente protetora contra outros sorotipos e desaparece rapidamente. À luz dos conhecimentos atuais, acredita-se que a imunidade desenvolvida para o CHIKV seja duradoura e protetora contra novas infecções, ainda que produzida por diferentes genótipos desse vírus. As evidências científicas disponíveis até o momento não permitem assegurar o tempo de duração da imunidade conferida pela infecção natural do ZIKV (BRASIL, 2022).



Importante destacar que especialmente a dengue pode progredir para quadros graves e que não existe, até o momento, um medicamento específico para tratamento. Dessa forma, o desenvolvimento de uma vacina segura e eficaz contra os quatro sorotipos virais da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4) é um avanço no campo da imunização e torna-se mais um passo necessário para ampliar as medidas integradas e efetivas para a prevenção e controle da doença, que se baseiam na vigilância epidemiológica e laboratorial, no manejo clínico e na comunicação efetiva.

O Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) incorporou a vacina contra dengue atenuada, em fevereiro de 2024, no Calendário Nacional de Vacinação, considerando ser uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública para a promoção da saúde, controle e eliminação de doenças imunopreveníveis, para adolescentes de 10 a 14 anos, que é o público alvo desta vacina. No entanto, devido o IBGE ainda não ter divulgado os quantitativos populacionais por setor censitário do Censo 2022, para cálculo da estimativa populacional por distrito, considerou-se a proporção de nascidos vivos de mães residentes em Manaus em 2022 por bairro (Tabela 1) para fins de definição do quantitativo do público alvo a ser alcançado.

O objetivo da imunização é contribuir na redução da incidência, hospitalizações e óbitos decorrentes das infecções pelo vírus da dengue na população alvo. O esquema vacinal recomendado corresponde à administração de 2 (duas) doses, com intervalo de 3 (três) meses entre as doses, independentemente de infecção prévia por dengue (soropositivos e soronegativos), tendo a meta de 90% de cobertura vacinal.

O município de Manaus disponibiliza este imunobiológico em 77 (setenta e sete) salas de vacinas (Anexo 2), distribuídas em todas as zonas administrativas da cidade, no entanto as coberturas ainda estão muito aquém da meta a ser alcançada, principalmente quando se avalia a segunda dose aplicada (Tabela 2).

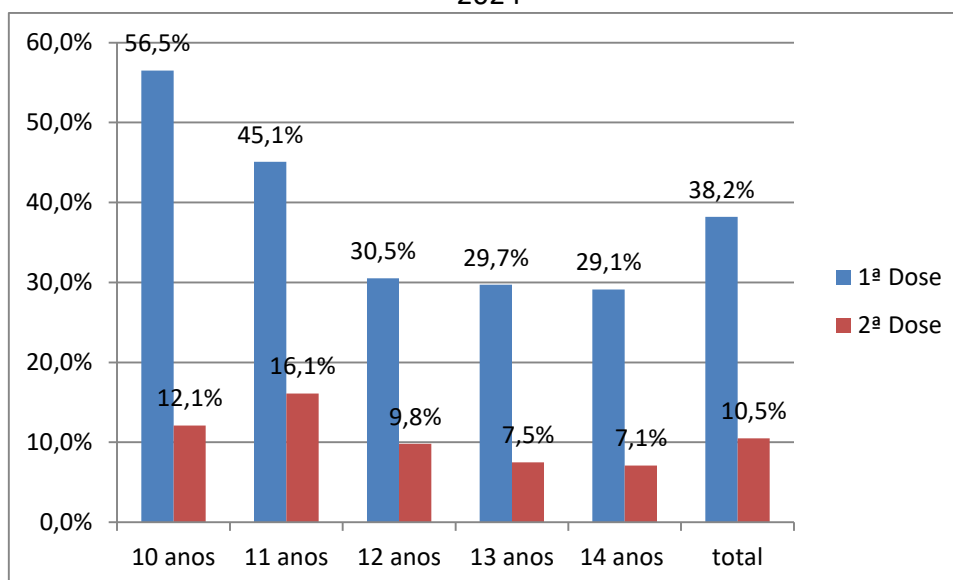


Tabela 1 - Público Alvo de Manaus para a vacina contra a dengue por distrito de saúde

DISA	10 ANOS	11 ANOS	12 ANOS	13 ANOS	14 ANOS	TOTAL
NORTE	11.009	10.865	11.380	10.792	10.682	54.728
SUL	5.917	5.838	6.114	5.800	5.738	29.407
LESTE	8.917	8.803	9.216	8.743	8.653	44.332
OESTE	6.566	6.484	6.786	6.437	6.371	32.644
RURAL	321	317	332	315	312	1.597
MANAUS	32.730	32.307	33.828	32.087	31.756	162.708

Fonte: Censo demográfico IBGE 2022. Dados sujeitos à alterações.

Tabela 2 - Cobertura Vacinal em Manaus com esquema completo de fevereiro a novembro 2024



Fonte: Painel de Demas/MS, acessado em 13/12/2024

*Taxa calculada considerando a população de 2022

As medidas de vigilância em saúde para dengue, chikungunya e zika envolvem uma sequência de ações diferenciadas, estabelecidas de acordo com a situação epidemiológica do município, do nível da infestação pelo Aedes e da circulação de DENV, CHIKV e ZIKV em cada território (BRASIL, 2019a). Essas medidas não diferem muito das ações para o combate à febre do oropouche e febre mayaro na área urbana.

Dengue, chikungunya, zika, oropouche e mayaro compartilham sinais clínicos semelhantes, o que dificulta a suspeita inicial pelo profissional de saúde, podendo, em algum grau, confundir à adoção de manejo clínico adequado e, por conseguinte, predispor à ocorrência de formas graves, levando eventualmente a óbitos, principalmente os casos de dengue.



Os dados sobre os exames específicos disponíveis no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) devem ser acrescentados às análises do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para identificar a taxa de positividade para cada uma dessas arboviroses, evitando que se subestime a real situação do local. Ressalta-se que a vigilância laboratorial deve ser empregada para atender às demandas da vigilância epidemiológica, não sendo seu propósito o diagnóstico de todos os casos suspeitos em situações de epidemia.

Além disso, o monitoramento detalhado dos arbovírus circulantes deve ser realizado de modo permanente, para detectar oportunamente a circulação viral dos sorotipos de DENV, CHIKV, ZIKV, OROV e MAYV. Essa atividade é de fundamental importância, uma vez que a alternância dos sorotipos de dengue e a introdução/reintrodução/predominância desses arbovírus estão relacionadas à ocorrência de epidemias (BRASIL, 2022).

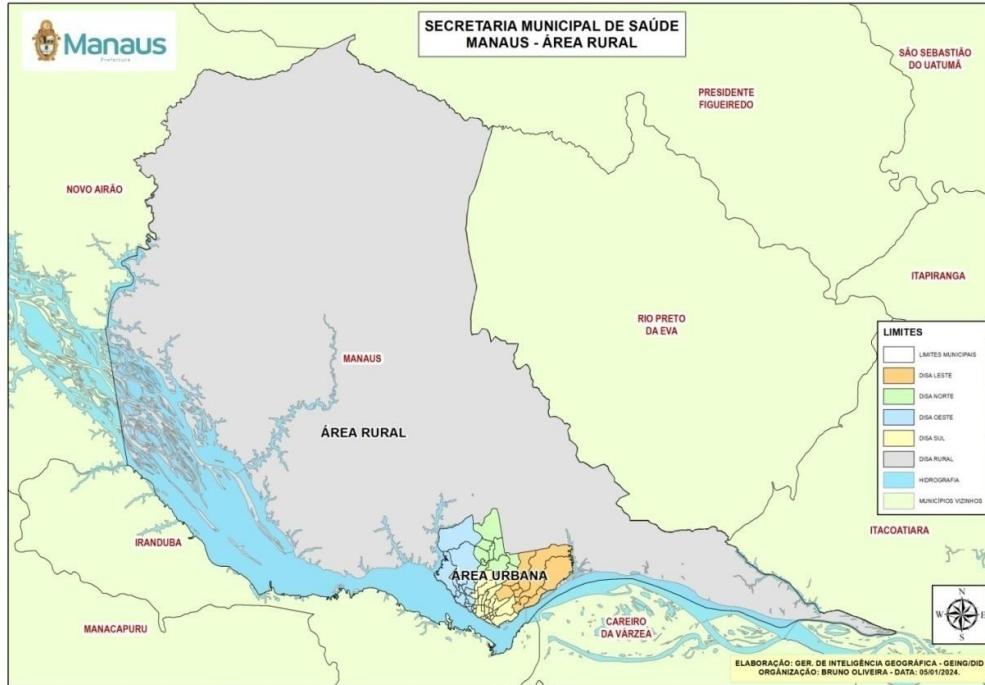
Levando em consideração os aspectos da vigilância e da assistência para enfrentamento de emergências por dengue, chikungunya, zika, oropouche e mayaro no período epidêmico das doenças, este Plano de Contingência orienta o enfrentamento às emergências relacionadas a esses agravos, com o objetivo de reduzir a transmissão e a morbimortalidade por essas arboviroses no município de Manaus.

3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MANAUS

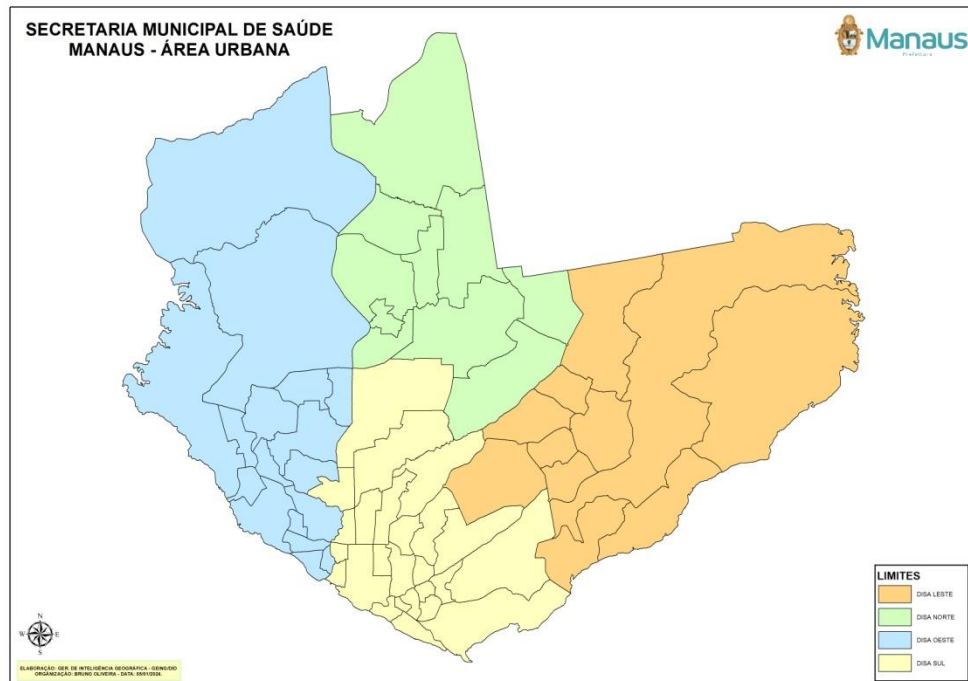
Manaus possui área de 11.401,092 Km², representando 0.72% do estado do Amazonas, 0.30 % da Região Norte e 0.13% de todo o território brasileiro. Desse total 2.295,040 Km² estão em perímetro urbano (Figura 1). Localizada na região central amazonense, na margem esquerda do Rio Negro é a maior cidade da Região Norte do Brasil, com densidade de 181,01 hab./Km². Possui uma população de 2.063.689 residentes e um total de 714.248 imóveis.

O território de Manaus está organizado em cinco regiões distritais administrativas de saúde, sendo quatro urbanas e uma rural, denominadas Distritos de Saúde (DISAs): Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural (Figura 2).

A) FIGURA 1 – Mapa de Manaus com a divisão urbana e rural.



B) FIGURA 2 – Distritos de Saúde na área urbana de Manaus.





Insta ressaltar que em cada diretoria distrital de saúde, existe a gestão local do território nas ações de vigilância epidemiológica, controle vetorial e rede de assistência, a fim de garantir a agilidade na ação com atenção às singularidades locais.

4. CENÁRIO ENTOMO-EPIDEMIOLÓGICO DAS ARBOVIROSES NO MUNICÍPIO DE MANAUS

O delineamento das ações relacionadas aos diferentes níveis de ativação do plano de contingência depende diretamente do cenário entomo-epidemiológico (vetor e doença) existente no município, portanto segue abaixo os respectivos cenários epidemiológicos relacionados aos casos de dengue, chikungunya, zika, febre do oropouche e mayaro, além do cenário entomológico do *Aedes aegypti*.

4.1- CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

A) DENGUE

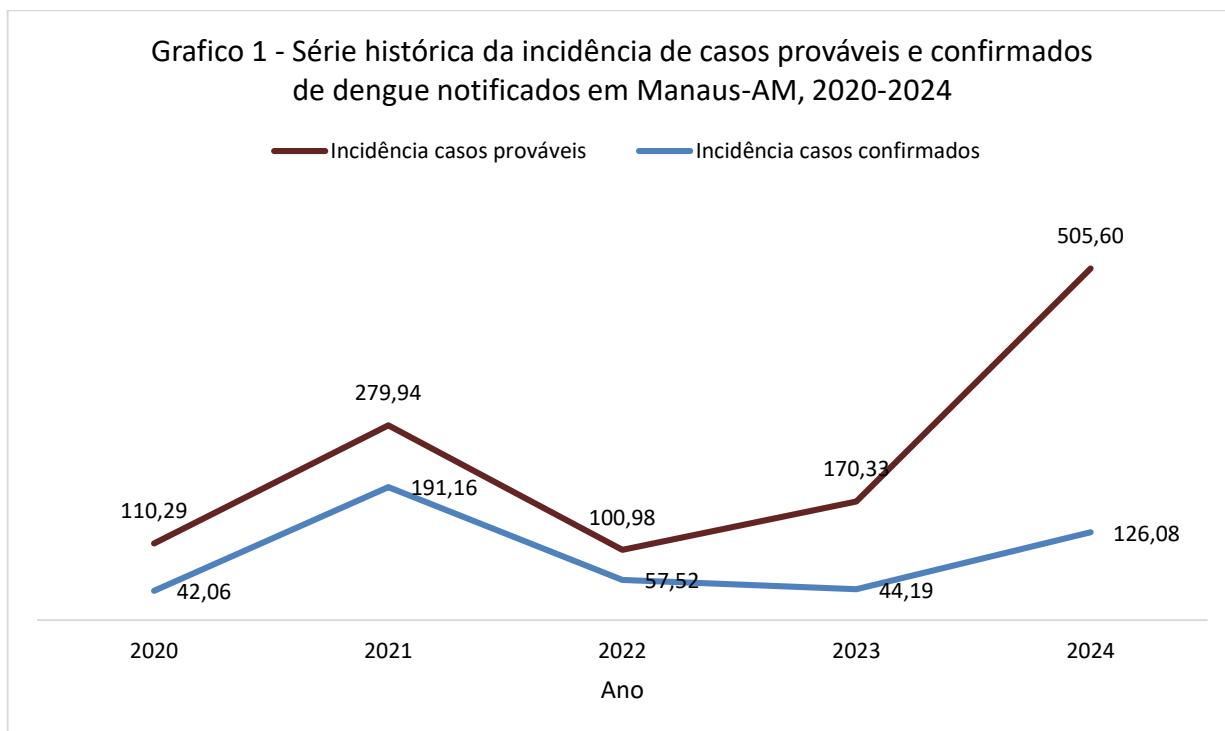
Ao analisarmos os dados dos últimos cinco anos, o período com maior registro de notificações de casos prováveis de dengue foi o ano de 2024 com 10.434 casos, representando um coeficiente de incidência anual de 505,60/100.000 hab. (Tabela 3; Gráfico 1). Quanto aos casos confirmados, o maior registro foi no ano de 2021 com 3.889 casos e incidência anual de 191,16/100.000 hab. (Tabela 3; Gráfico 1). Dados preliminares apontam que a taxa de crescimento anual em 2024, em relação ao ano anterior (2023), apresentou aumento tanto no número de notificações de casos prováveis quanto nos casos confirmados 196,84% e 185,31%, respectivamente.

Tabela 3 - Classificação de casos prováveis de dengue residentes em Manaus-AM, 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024*
Notificados	2.276	5.777	2.084	3.515	10.434
Confirmados	868	3.889	1.154	880	2.547
Confirmados com sinal de alarme	15	53	31	28	46
Confirmados graves	3	3	2	4	9
Inconclusivos	74	93	65	11	21
Descartados	1.332	1.790	861	2.624	7759
Ign./branco	2	5	4	-	52

* Período até 30/11/2024

Fonte: SINAN WEB



* Período até 30/11/2024

Fonte: SINAN-WEB

Quanto à evolução dos casos prováveis, observa-se que no ano de 2024, 10.072 casos evoluíram para cura (Tabela 4), o que corresponde a um percentual de 96,53% dos casos totais e dois casos evoluíram para óbito atribuídos ao agravamento, ambos com comorbidades associadas.

Tabela 4 - Evolução de casos prováveis de dengue residentes em Manaus-AM, 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024*
Cura	2.106	5.534	1.922	3.392	10.072
Óbito por agravamento	-	5	3	3	2
Óbito por outras causas	6	12	18	25	14
Óbito em investigação	-	-	-	-	1
Ign./branco	164	226	141	95	345
Total	2.276	5.777	2.084	3.515	10.434

* Período até 30/11/2024

Fonte: SINAN WEB

B) CHIKUNGUNYA

Ao analisarmos os dados dos últimos cinco anos, o período com maior registro de notificações de casos prováveis de chikungunya foi o ano de 2024 com 282 casos, representando um coeficiente de incidência anual de 13,66/100.000 hab. (Tabela 5; Gráfico 2). Quanto aos casos confirmados, o maior registro foi no ano de 2021 com 51 casos e incidência anual de

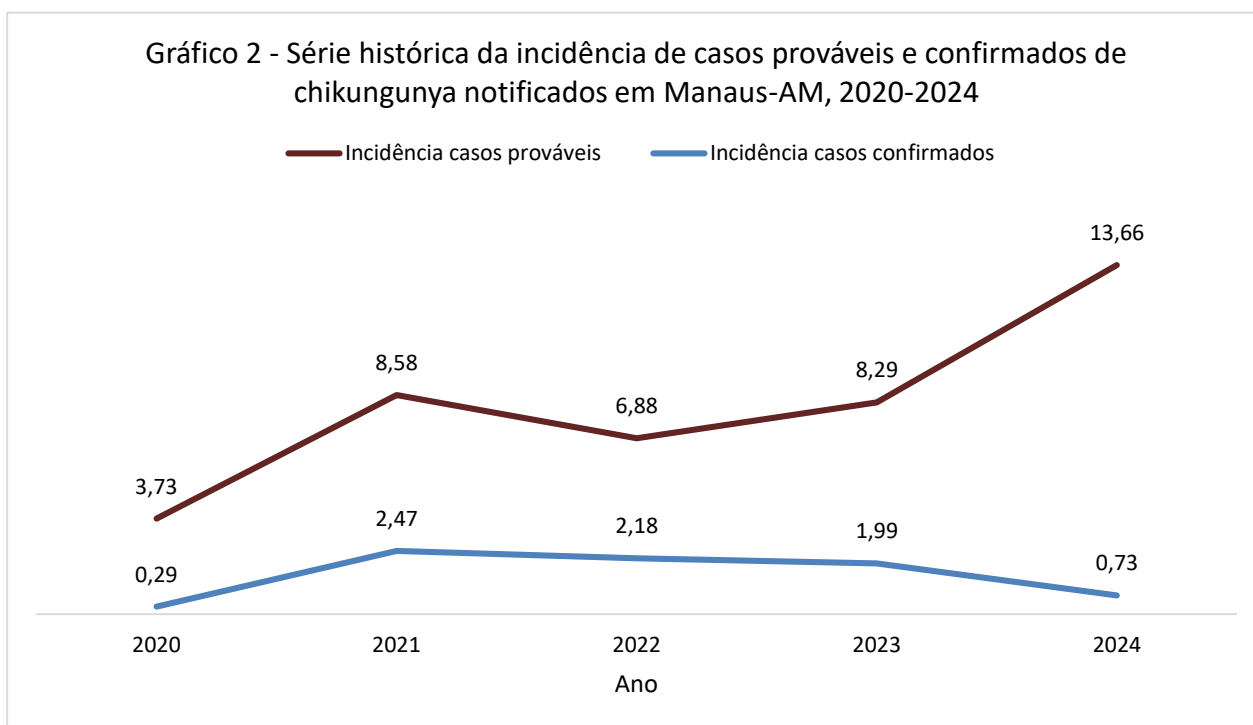
2,47/100.000 hab. (Tabela 5; Gráfico 2). A taxa de crescimento anual até o período analisado em 2024, apresentou um acréscimo de 64,91% na notificação de casos prováveis e redução de 63,41% nos casos confirmados, em relação ao ano anterior (2023).

Tabela 5 - Classificação de casos prováveis de chikungunya residentes em Manaus-AM, 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024*
Notificados	77	177	142	171	282
Confirmados	6	51	45	41	15
Descartados	56	118	90	115	239
Ign./branco	15	8	7	15	28

* Período até 30/11/2024

Fonte: SINAN WEB



* Período até 30/11/2024

Fonte: SINAN WEB

É importante salientar que não houve registros de óbitos por este agravo em nenhum dos anos avaliados e que, em 2024, 88,25% dos casos evoluíram para cura (Tabela 6).



Tabela 6 - Evolução de casos prováveis de chikungunya residentes de Manaus-AM, 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024*
Cura	59	163	125	145	248
Óbito por agravo	-	-	-	-	-
Óbito por outras causas	1	4	6	6	1
Óbito em investigação	-	-	-	-	-
Ign./branco	17	10	11	20	33
Total	77	177	142	171	282

* Período até 30/11/2024

Fonte: SINAN WEB

C) ZIKA

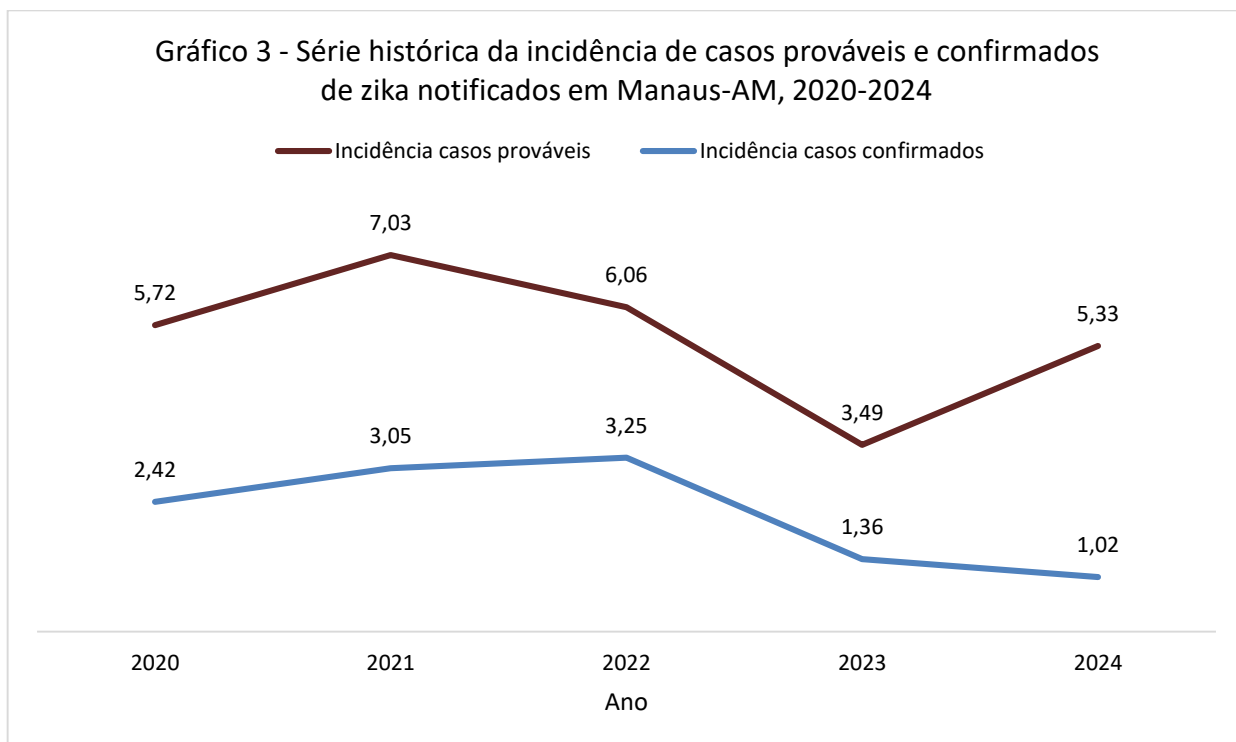
Dados dos últimos cinco anos apontam que o período com maior registro de notificações de casos prováveis de zika foi o ano de 2021 com 145 casos, representando um coeficiente de incidência anual de 7,03/100.000 hab. (Tabela 7; Gráfico 3). Quanto aos casos confirmados, o maior registro foi no ano de 2022 com 67 casos e incidência anual de 3,25/100.000 hab. (Tabela 7; Gráfico 3). Até o período analisado, a taxa de crescimento anual em 2024 em relação ao ano anterior (2023), apresentou um acréscimo de 52,78% na notificação de casos prováveis e redução de 25,00% nos casos confirmados.

Tabela 7 - Classificação de casos prováveis de zika residentes de Manaus-AM, 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024*
Notificados	118	145	125	72	110
Confirmados	50	63	67	28	21
Inconclusivos	4	2	1	-	-
Descartados	64	79	57	39	86
Ign./branco	-	1	-	5	3

* Período até 30/11/2024

Fonte: SINAN/NET



* Período até 30/11/2024

Fonte: SINAN-WEB

No ano de 2024 não houve registros de óbitos por este agravo e 95,45% dos casos prováveis evoluíram para cura (Tabela 8).

Tabela 8 - Evolução de casos prováveis de zika residentes de Manaus-AM, 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024*
Cura	106	131	117	62	105
Óbito por agravo	-	1	-	-	-
Óbito por outras causas	-	3	5	4	-
Óbito em investigação	-	-	-	-	-
Ign./branco	12	10	3	6	5
Total	118	145	125	72	110

* Período até 30/11/2024

Fonte: SINAN/NET

D) FEBRE DO OROPOUCHE

Os casos de febre do oropouche foram identificados a partir do GAL por meio de Busca Ativa Laboratorial (BAL) no final do segundo semestre de 2023 e no início do primeiro semestre de 2024, quando o Laboratório Central do Amazonas – LACEN-AM começou a utilizar os testes de RT-PCR para este agravo, tendo o município de Manaus em 2024 apresentado 871 casos, todos confirmados laboratorialmente, tendo um deles evoluído a óbito não atribuído ao

agravo, encerrado como óbito por outras causas (tabela 9).

Dos casos confirmados em 2024, 15 foram em gestantes, com desfecho dos partos sem registro de síndrome congênita ao nascimento e 01 foi em um recém-nascido com 4 (quatro) dias de vida, diagnosticado na maternidade, também sem registro de síndrome congênita. Quando comparado ao ano anterior (2023), o ano de 2024 teve a maior incidência identificada deste agravo, sendo ela de 42,21/100.000 hab. (Gráfico 4).

Tabela 9 - Classificação e Evolução de casos de febre do oropouche em residentes de Manaus-AM, 2020-2024*

	2020	2021	2022	2023	2024*
Confirmados	-	-	-	202	871
Cura	-	-	-	202	870
Óbito por agravo	-	-	-	-	-
Óbito por outras causas	-	-	-	-	1
Óbito em investigação	-	-	-	-	-

* Período até 30/11/2024

Fonte: GAL



* Período até 30/11/2024

Fonte: GAL

E) FEBRE DO MAYARO



Os casos de febre do mayaro são os menos recorrentes no município de Manaus, sendo principalmente registrados no interior do estado do Amazonas. Os casos residentes em Manaus foram identificados a partir de 2024, no total de 7 (sete) casos confirmados laboratorialmente (tabela 10), com coeficiente de incidência de 0,34/100.000 hab.

Tabela 10 - Classificação e evolução de casos de febre do mayaro residentes de Manaus-AM, 2020-2024*

	2020	2021	2022	2023	2024*
Confirmados	-	-	-	-	7
Cura	-	-	-	-	7
Óbito por agravo	-	-	-	-	-
Óbito por outras causas	-	-	-	-	-
Óbito em investigação	-	-	-	-	-

* Período até 30/11/2024

Fonte: GAL

4.2- CENÁRIO ENTOMOLÓGICO

A caracterização entomológica é o conjunto de informações relativas ao vetor. A vigilância entomológica é empregada para determinar mudanças na distribuição e densidade do vetor, avaliar programas de controle, obter medições relativas à população de vetores ao longo do tempo e direcionar as ações de intervenção oportunas, além de identificar áreas de infestação de alta densidade ou períodos de aumento populacional. (BRASIL, 2009)

Na vigilância entomológica, há diferentes metodologias para levantamento de acordo com as diferentes fases de vida do vetor. Os indicadores principais são aqueles relacionados à fase de larva (Índice de Infestação Predial – IIP, Índice de Tipo de Recipientes – ITR e Índice de Breteau – IB), obtidos pelo Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti* (LIRAA) ou LIA (Levantamento de Índice Amostral); à fase de ovo (Índice de Positividade de Ovo – IPO e Índice de Densidade de Ovo – IDO) e à fase de adulto (Índice de densidade de mosquitos nas residências, Índice de positividade de armadilhas e Índice de densidade de mosquitos em armadilhas). (BRASIL, 2009)

Métodos para controle de vetores compreendem toda prática que busca a prevenção, repressão ou exclusão de um organismo vetor de doenças. Para controle do *Aedes*, devem ser orientadas medidas para evitar a transmissão dos arbovírus, aí incluídas medidas individuais como o uso de telas e repelentes pelos pacientes durante o período de viremia, a fim de se



evitarem novas transmissões, em especial para os familiares e vizinhos. É importante destacar a realização das ações para bloqueio da transmissão, em resposta aos primeiros casos suspeitos na localidade, com orientação à comunidade, aplicação de adulcicida e controle casa a casa no perímetro do local provável de infecção (LPI) de um indivíduo. (BRASIL, 2022)

O município de Manaus utiliza como norteador das ações entomológicas o Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* – LIRAA, que tem como objetivo principal a obtenção de indicadores entomológicos de maneira rápida, dispondo de informações em determinado período, a fim de direcionar as ações de controle vetorial nas áreas consideradas de maior risco. (BRASIL, 2009)

Durante o LIRAA todos os depósitos que contenham água deverão ser examinados minuciosamente, uma vez que podem ser criadouros potenciais para a fêmea do *Ae. aegypti*.

Segundo as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (MS, 2009), o índice de infestação predial - IIP com valor menor que 1% é considerado satisfatório; de 1 a 3,9% é dado como alerta e acima de 3,9% é considerado risco.

O primeiro LIRAA de 2024 (Figura 3) no município de Manaus foi realizado no período entre os dias 19 a 29 de junho, onde foram visitados 26.307 imóveis em todos os bairros de Manaus, envolvendo cerca de 286 profissionais da SEMSA, essa ação teve sua estratégia pautada na realização de visita domiciliar, buscando identificar e coletar as formas imaturas (larvas) do mosquito, bem como eliminar e/ou tratar os potenciais criadouros do mosquito.

O segundo LIRAA de 2024 (Figura 4) foi realizado no período compreendido entre 11 a 23 de novembro, onde foram visitados 26.698 imóveis em todos os bairros de Manaus, envolvendo cerca de 261 profissionais da SEMSA, com a utilização das mesmas estratégias do primeiro. Importante ressaltar que o período chuvoso em 2024, começou tardiamente em relação ao esperado, tendo o LIRAA sido finalizado antes das chuvas iniciarem, o que ocorreu em meados de dezembro.

Mesmo com a utilização do LIRAA, é importante ressaltar que as ações de controle vetorial ocorrem diariamente no município com ações de campo desenvolvidas pelos Agentes de Combate às Endemias – ACE em todos os DISAs, descritas no quadro abaixo (quadro 1).



Quadro 1: Número de Imóveis e de Agente de Combate às Endemias – ACE para as ações de controle vetorial de campo por Distrito de Saúde em 2024.

DISA	SUPERVISOR	VISITA CASA A CASA	RG*	PEs**	0800***	UBV**** COSTAL	TOTAL DE IMÓVEIS
SUL	8	27	6	3	3	5	189.000
LESTE	4	15	-	3	-	1	166.554
NORTE	8	20	-	5	2	2	193.737
OESTE	3	13	-	3	1	2	167.957
TOTAL	23	75	6	14	6	10	714.248

Fonte: NUCATA/GEVAM/DVAE

* RG – Registro Geral de Imóveis

** PEs – Pontos Estratégicos

***0800 – Serviço oferecido à população para atendimento à denúncias ou informações sobre possíveis criadouros em terrenos baldios.

****UBV Costal – Ultra Baixo Volume de utilização individual por ACE

No primeiro LIRAA, os depósitos encontrados que mais contribuem para a proliferação do mosquito *Aedes aegypti* foram os recipientes **tipo B**, conhecido como depósitos móveis, que são: vasos, frascos com água, pratos, pingadeiras, bebedouros representaram 33,4% dos depósitos predominantes, já os depósitos do **tipo A2**, que são utilizados para o armazenamento de água para consumo em nível de solo, como tambores, tonéis ou camburões, barril, tina etc., representaram 27,2%, e os depósitos **tipo D2**, tais como, lixo recipientes, garrafas, latas, ferro velho, que responderam por 26,6% do total de depósitos encontrados.

LIRAA	ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL - IIP	ÍNDICE DE BRETEAU -IB
1º	2,0%	2,6%
2º	1,8%	2,4%

No último LIRAA de 2024, os depósitos encontrados que mais contribuem para a proliferação do mosquito *Aedes aegypti* em Manaus são do **tipo B** e representaram 35,3% dos depósitos predominantes, demonstrando a necessidade da participação efetiva da população nas ações de controle do Aedes, especialmente na eliminação de criadouros, uma vez que esse tipo de recipiente é encontrado principalmente nas residências.

Os depósitos **tipo A2**, representaram 27,5%, demonstrando a necessidade de medidas de orientação à população quanto ao armazenamento de água para consumo humano e sua

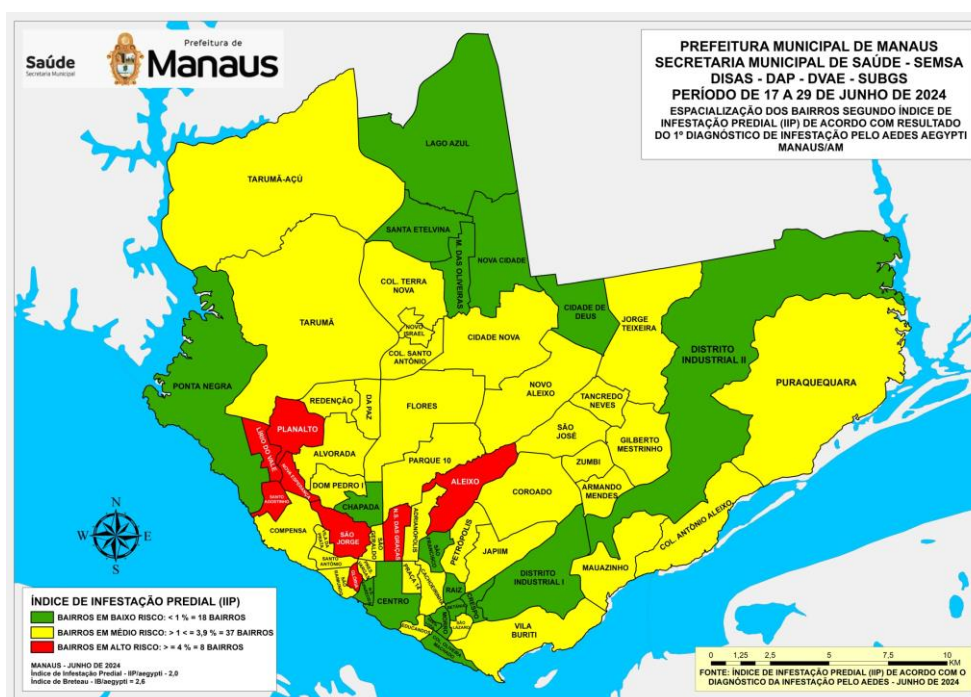
proteção adequada. Os recipientes **tipo D2** apresentou resultado de 23,8%, confirmando a importância da articulação com outras secretarias municipais nas ações de combate ao mosquito para sua efetiva prevenção e controle.

Os dois LIRAA realizados apontam que Manaus permanece em Médio Risco (alerta) para as doenças transmitidas pelo Aedes (médio risco compreende valores entre 1,0 e 3,9).

Após a realização do LIRAA é possível avaliar o cenário do município com a elaboração do mapa de vulnerabilidade, por meio da classificação dos bairros por indicadores de risco para as arboviroses, considerando as notificações de casos de zika, chikungunya e dengue nas Semanas Epidemiológicas - SE de 18 a 33 de 2024 (1º LIRAA) e SE 38 a 43 (2º LIRAA), a infestação do *Aedes aegypti*, o índice de Breteau e os depósitos predominantes (Figuras 5 e 6).

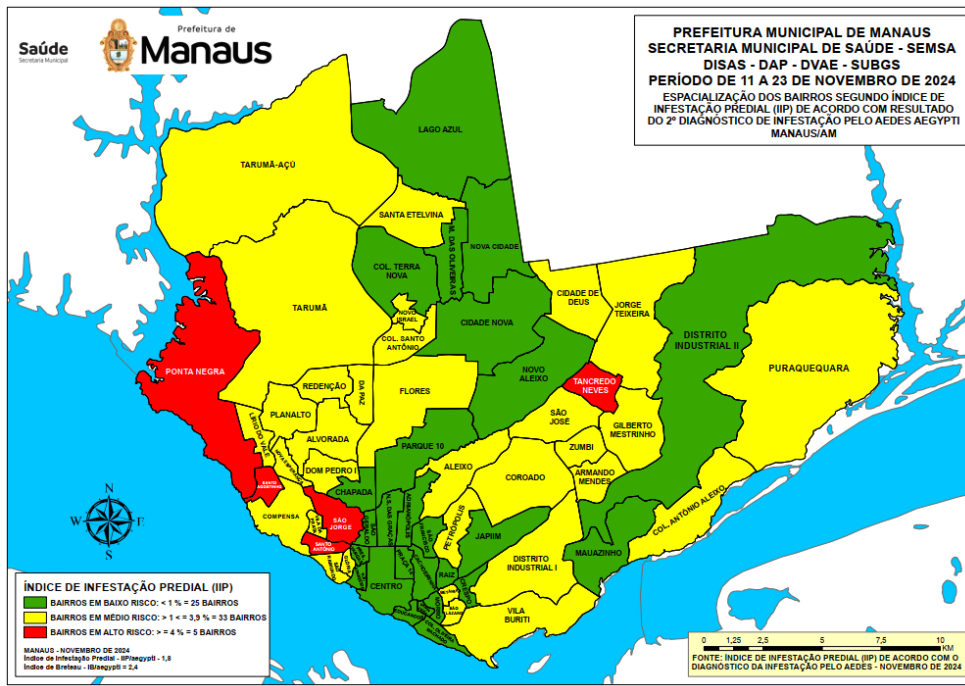
4.2.1- Espacialização dos bairros de Manaus, segundo Índice de Infestação Predial (IIP) de acordo com o resultado do Levantamento do Índice Rápido do *Aedes aegypti*– LIRAA

A) FIGURA 3 – 1º LIRAA – Realizado no período de 19 a 29 de junho de 2024.



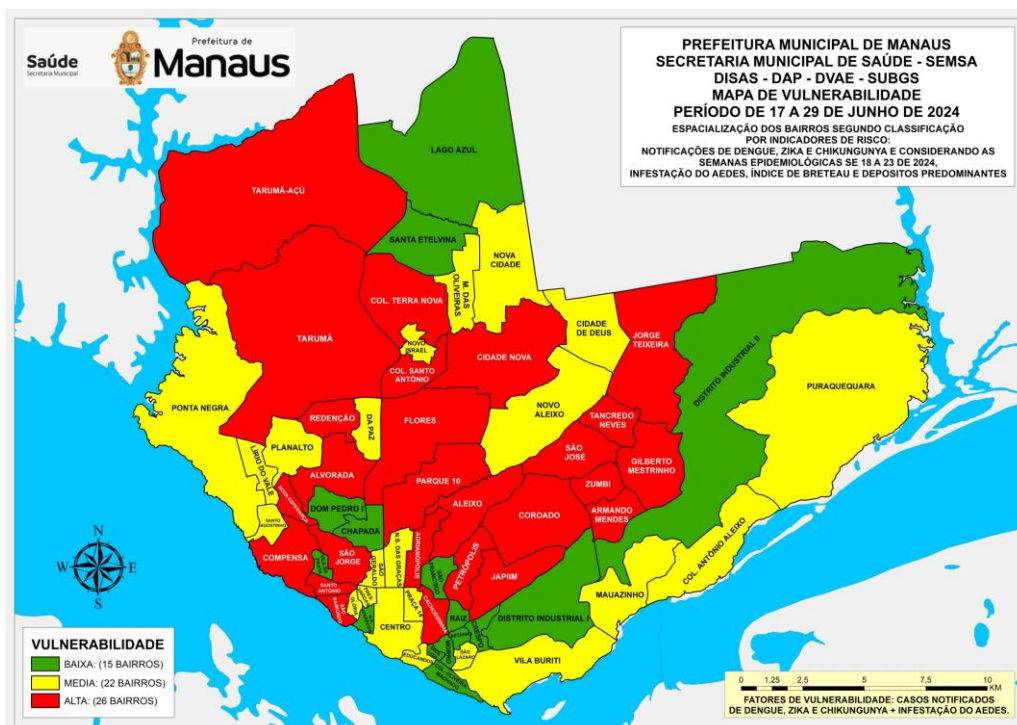


B) FIGURA 4 – 2º LIRAA – Realizado no período de 11 a 23 de novembro de 2024.

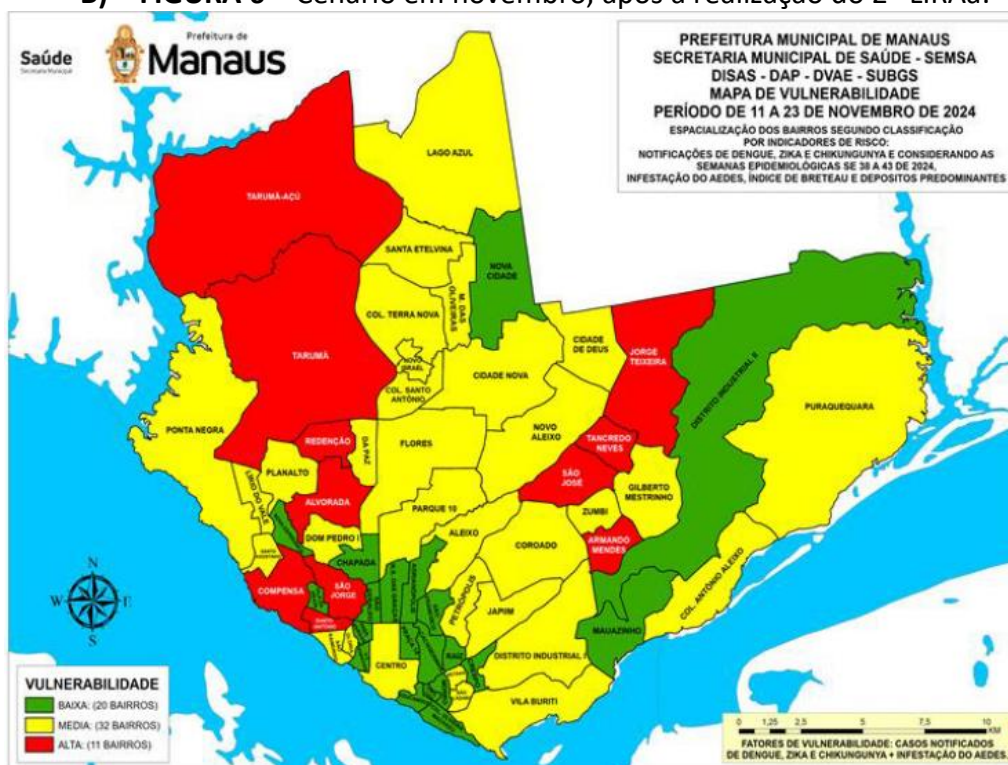


4.2.2- Mapas de vulnerabilidade por bairro após a realização do LIRAA

A) FIGURA 5 – Cenário em junho, após a realização do 1º LIRAA.



B) FIGURA 6 – Cenário em novembro, após a realização do 2º LIRAa.



5. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MUNICIPAL

5.1- ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – APS

A Atenção Primária à Saúde (APS) é parte fundamental da atenção integral à saúde e visa o atendimento contínuo às necessidades básicas de saúde da população de forma regionalizada e sistematizada, integrando ações preventivas e curativas no âmbito individual e coletivo, através do diagnóstico, tratamento, prevenção de agravos, reabilitação e manutenção.

É executada de forma descentralizada e com alta capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Esta configuração permite que a mesma desempenhe seu papel de ser a porta preferencial de acesso ao Sistema de Saúde, e coordenadora da integralidade do cuidado, que são fundamentos e diretrizes estabelecidos na Portaria 2.436/2017 (Política Nacional de Atenção Básica-PNAB).

Como porta preferencial do SUS, deve estar preparada para acolhimento e atendimento dos casos de arboviroses, adotando estratégias que possibilitem ampliação do acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), postos e centros de saúde em situações de epidemia, principalmente nas áreas de maior incidência de casos. Por isso é de



suma importância o acesso aos serviços de saúde e atendimento qualificado de casos suspeitos de arboviroses, através dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS, e a promoção de um efetivo cumprimento do Protocolo de Manejo Clínico das arboviroses, com diagnóstico diferencial, avaliação de risco e monitoramento dos casos.

Quadro 2: Rede de Atenção Primária do município de Manaus por distrito de saúde.

ESPECIFICAÇÃO	LESTE	NORTE	OESTE	SUL	RURAL	TOTAL
UBS TRADICIONAL	01	04	-	-	-	05
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	47	60	41	45	07	200
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA FLUVIAL	-	-	-	-	02	02
UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE DA MULHER	01	01	01	01	01	05

Fonte: CNES (Competência Nov, 2024)

Quadro 3: Número de Equipes da APS do município de Manaus por distrito de saúde.

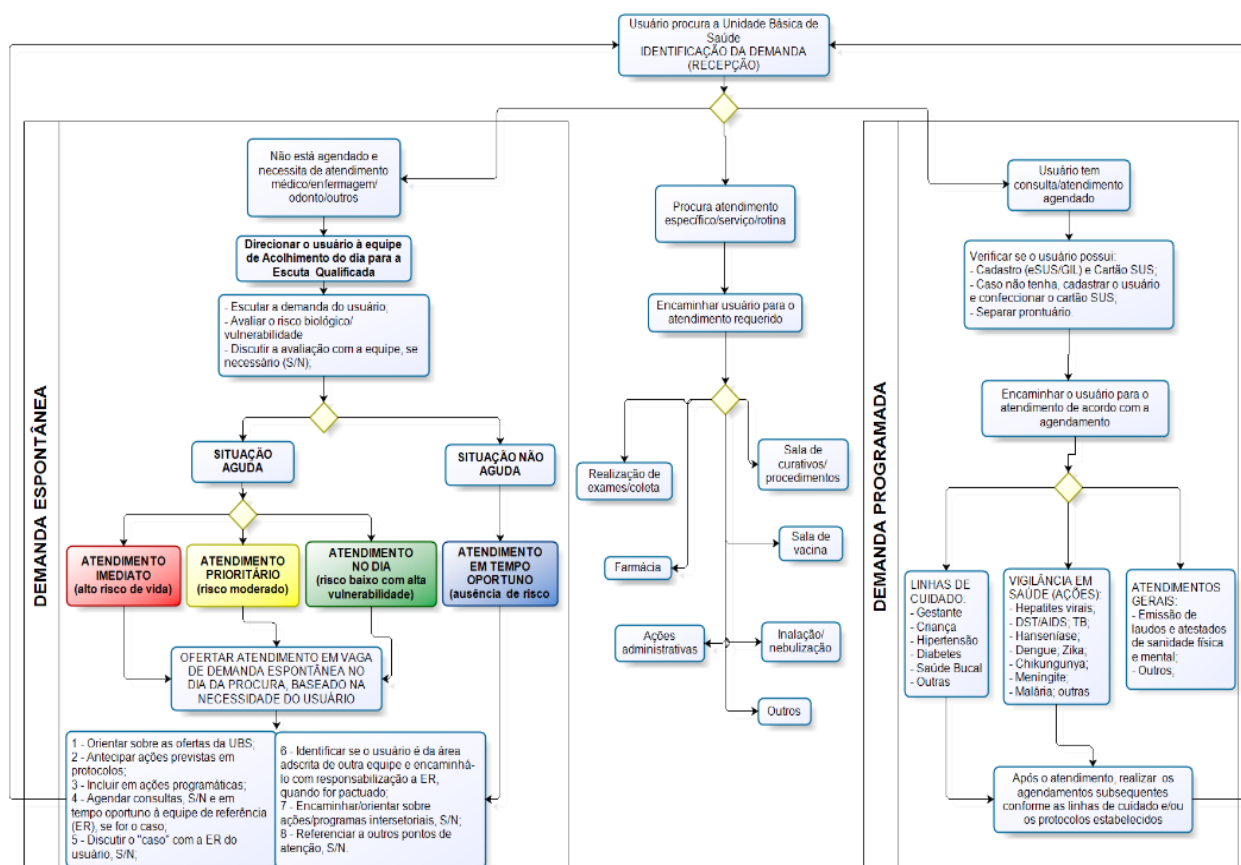
ESPECIFICAÇÃO	LESTE	NORTE	OESTE	SUL	RURAL	TOTAL
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	93	110	69	70	15	357
EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	27	28	29	29	05	118
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA	-	-	-	-	02	02
EQUIPE DE SAÚDE PRISIONAL	01	05	-	-	-	06
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	55	79	48	58	12	252
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	16	07	08	17	02	50
EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA	-	-	-	02	-	02

Fonte: CNES (Competência Nov, 2024)

As equipes de Atenção Primária devem atuar com base no fluxo (Figura 7) e protocolos assistenciais vigentes, de forma articulada com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de qualificar e assegurar, sempre que necessário, encaminhamentos seguros e em tempo oportuno. A atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) é de suma importância, e ambos devem atuar de forma integrada e complementar nos domicílios e nos demais espaços da comunidade, fortalecendo o vínculo e a

comunicação da população com os serviços de Atenção Primária, realizando as ações de vigilância e busca ativa de casos com base no perfil epidemiológico do território (BRASIL, 2022).

FIGURA 7 – Fluxo de Atendimento na APS.



Fonte: Norma Técnica 001/2018 – SUBGS/SEMSA MANAUS

5.2- ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE

Em Manaus funcionam 03 Hospitais e Prontos Socorros de porta aberta, 09 Serviços de Pronto Atendimento – SPA e 02 Unidades de Pronto Atendimento – UPA distribuídos nas 4 zonas urbanas administrativas da capital, todos eles de gestão estadual.

A Rede de Atenção Especializada, sob gestão municipal, funciona com 04 laboratórios distritais, 01 Central de Regulação SAMU 192 regional, 01 maternidade municipal (MMT), 05 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, sendo dois deles infanto juvenil, um no distrito sul e um no leste, além de 04 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e 04 Policlínicas (Quadro 4).



Quadro 4: Rede de Atenção Especializada de Manaus por distrito de saúde.

ESPECIFICAÇÃO	LESTE	NORTE	OESTE	SUL	RURAL	TOTAL
LABORATÓRIO DISTRITAL	01	01	01	01	-	04
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO	01	01	01	01	-	04
POLICLÍNICAS	01	01	01	01	-	04
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS	02	-	-	03	-	05

Fonte: CNES (Competência Nov, 2024)

5.2.1- Apoio Diagnóstico

A rede municipal de apoio laboratorial da SEMSA Manaus é composta por 04 (quatro) Laboratórios Distritais, 01 (um) Laboratório de Especialidades Prof. Sebastião Ferreira Marinho, 01 (um) Laboratório de Vigilância, 01 (um) Laboratório de Urgência na Maternidade Moura Tapajóz, 02 (dois) Laboratórios nas Unidades de Saúde Fluvial, 01 (um) Laboratório de Controle de Qualidade da Tuberculose e 01 (um) Laboratório Central de Controle e Qualidade de Diagnóstico de Malária (laboratório de revisão).

Os quatro Laboratórios Distritais disponibilizam 94 tipos de exames, de acordo com os protocolos de atenção dos programas de Atenção Básica do Município.

As coletas de sangue são descentralizadas em 60 postos de coleta fixos e 38 postos de coleta itinerantes, realizados em locais de difícil acesso e/ou em unidades de saúde que atualmente não possuem estrutura física que permita implantar coleta diariamente.

Os Laboratórios Distritais - LD são formados pelos seguintes setores: recepção/cadastro, fracionamento das amostras, hematologia, bioquímica, uroanálise, parasitologia, microbiologia, sorologia/hormônios/imunologia e esterilização. A equipe de recursos humanos é composta por: assistentes administrativos, auxiliares de serviços gerais, farmacêuticos - bioquímicos, técnicos e auxiliares de patologia clínica.

Os LD apresentam alto desempenho, pois utilizam um sistema gerenciador de laboratório (software) que propicia o acompanhamento dos processos pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos (cadastro, identificação, triagem, emissão/impressão de relatórios e laudos, arquivos de resultados anteriores, etc.), gerenciamento da produção e rastreamento da amostra. A incorporação da automação, o interfaceamento dos equipamentos com o programa gerenciador



aliado a integração eletrônica do módulo laboratorial com as unidades que compõem o sistema, acarretou ao longo do tempo um aumento substancial na demanda dos exames ofertados, propiciando um incremento significativo aos usuários do Sistema Único de Saúde que a SEMSA atende.

A coleta de sangue é realizada em tubo primário com identificação em código de barras, as amostras biológicas são transportadas por empresa terceirizada que obedecem a uma rota definida previamente. Após a chegada da amostra ao LD, esta obedece a um fluxo interno até a liberação do laudo pelo farmacêutico – bioquímico e impressão do resultado nos postos de coleta conectados via sistema com os LD.

Inicialmente esta estratégia está sendo aplicada nas Unidades de Saúde com postos de coletas fixos, podendo ser estendida às demais Unidades, conforme Anexo 1.

5.2.1.1- Fluxo Laboratorial

O fluxo laboratorial inicia-se após solicitação do exame pela equipe de saúde nas unidades básicas, onde os pacientes são orientados a procurar o posto de coleta da unidade para agendamento local, os exames constantes na carteira de serviço da SEMSA Manaus não são agendados via regulação. Nos casos em que a unidade não possui posto de coleta, estes são orientados a procurar o posto de coleta mais próximo da sua localidade.

As amostras suspeitas de arboviroses deverão ser cadastradas no Sistema SOFTLAB e coletadas nos postos mediante solicitação dos exames e o preenchimento da:

- Ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que deve ser preenchida pelo profissional solicitante (médico ou enfermeiro);
- Formulário do Sistema Gerenciador de Ambientes Laboratoriais (GAL);

O Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) coordena todas as etapas para o diagnóstico virológico das arboviroses por isolamento viral (coleta, armazenamento e transporte das amostras). Os campos do formulário com os dados descritos abaixo são de preenchimento obrigatório para recebimento da amostra pelo (LACEN) para realização de exame.

- Nome da Instituição solicitante
- Nome completo do paciente
- Data de nascimento
- UF do Nascimento

- Sexo
- Cartão Nacional de Saúde – CNS
- Gestante – sim ou não
- Nome completo da mãe
- Paciente em tratamento – sim ou não
- Nome do profissional solicitante e CRM/COREN/UF
- Assinatura e carimbo do profissional solicitante (CPF)
- Nome da instituição coletora
- Data de coleta de sangue
- Hora da coleta de sangue
- Data do preenchimento do formulário
- Data de primeiros sintomas
- Sintomatologia

COLETA DE AMOSTRAS

Para um cenário nos níveis 1 e 2 de ativação, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) estabeleceu estratégias como a realização de exames inespecíficos (ex.: hemograma) nos próprios Laboratórios Distritais e coleta de sorologia para o Laboratório Central.

Deverão ser coletados 5mL de sangue em **1 ou 2 tubos sem anticoagulante ou com gel separador** e um **tubo com o anticoagulante ácido etilenodiamino tetra-acético (EDTA)** por paciente. Para as amostras coletadas em tubos sem anticoagulante ou com gel separador, os tubos devem ser centrifugados por 10 minutos a 1.500 rpm. Caso o posto de coleta não tenha geladeira, as amostras devem ser deixadas em um ambiente mais fresco e encaminhadas o mais breve possível ao Laboratório Distrital.

As amostras deverão ser coletadas de segunda a sexta-feira e o envio ao LACEN deve ocorrer nas próximas 24 horas após a coleta.

CRITÉRIOS DE REJEIÇÃO DE AMOSTRA

- Coleta realizada em tubo com anticoagulante
- Amostra hemolisada
- Presença de coágulo visível no tubo
- Formulário preenchido de maneira inadequada – campos obrigatórios não preenchidos



IDENTIFICAÇÃO DOS TUBOS

Identificar os tubos com os seguintes dados:

- Nome completo do paciente
- Unidade de Saúde de coleta da amostra
- Exame solicitado
- Data e hora da coleta

COLETA DE HEMOGRAMA

No cadastro do sistema SOFTLAB, adicionar a observação de **URGÊNCIA (campo existente no próprio programa)**, mediante identificação do tubo e da lâmina se necessário.

O resultado do exame de hemograma estará liberado no sistema em prazo máximo de 2 horas após a chegada da amostra no Laboratório Distrital.

Vale ressaltar que no cadastro no GAL deverá conter os detalhes do agravo de arbovirose como suspeito e ainda os dados da notificação da ficha do SINAN, sendo obrigatória a transcrição dos dados de notificação realizados pelos Distritos de Saúde (DISAs), atentando-se ao preenchimento dos campos: Agravo, Número da notificação, Data da Notificação, Código CNES, Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) e data dos primeiros sintomas, itens esses que devem constar na referida ficha de notificação.

Para cadastro da amostra, deverão ser observados os seguintes critérios relacionados à Data de Primeiros Sintomas:

- Início de sintomas até 5 dias – cadastrar **dengue diferencial - sorologia. Será realizado o exame de RT-PCR para zika, chikungunya, dengue, oropouche e mayaro.**
- Mais de 5 dias de sintomas – cadastrar **dengue – pesquisa de anticorpos. Caso a coleta seja feita a partir do 6º dia de sintomas, será realizada a pesquisa de anticorpos de dengue, zika e chikungunya.**
- Se vier solicitado Teste Rápido para Dengue – cadastrar **dengue antígeno NS1.**

RESULTADO NO GAL

Os resultados são disponibilizados no GAL com acesso para a Vigilância Epidemiológica em média 4 dias após o envio.

LOGÍSTICA

As amostras podem ser coletadas de segunda a sexta-feira, com exceção de feriados e

pontos facultativos. O envio das amostras ao LACEN deve acontecer diariamente ou conforme pactuado entre o Laboratório Distrital e o LACEN.

O envio das amostras ao LACEN deve ser acompanhado do **Mapa dos Exames Encaminhados para a rede do GAL, em duas vias**. Sendo uma via para o laboratório de destino (LACEN) e uma via para o laboratório que realizou o cadastro (Laboratório Distrital).

Enviar as amostras em caixa de transporte em temperatura ambiente com duas vias da declaração de transporte.

Quadro 5: Rede de Atenção Especializada de Manaus por distrito de saúde.

ESPECIFICAÇÃO	LESTE	NORTE	OESTE	SUL	RURAL	TOTAL
LABORATÓRIO DISTRITAL	01	01	01	01	-	04
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO	01	01	01	01	-	04
POLICLÍNICAS	01	01	01	01	-	04
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS	02	-	-	03	-	05

Fonte: CNES (Competência Nov, 2024)

6. OBJETIVOS

6.1- OBJETIVO GERAL

Maximizar a capacidade de resposta integrada dos serviços de assistência e de vigilância do município de Manaus, possibilitando respostas rápidas, adaptativas e eficientes, capazes de impactar positivamente na morbimortalidade por arboviroses.

6.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reduzir a morbidade e mortalidade por arbovírus;
- Fortalecer as ações de mobilização intersetorial e interinstitucional, dentro da transversalidade e da especificidade de cada setor/gerência/diretoria desta SEMSA e de instituições parceiras;
- Prover insumos e recursos humanos, logísticos e financeiros de forma estratégica para garantir eficiência e continuidade dos serviços;

- Definir, de acordo com a situação entomo-epidêmica, as ações de educação e comunicação em saúde;
- Promover resposta rápida e graduada de acordo com o cenário de risco.

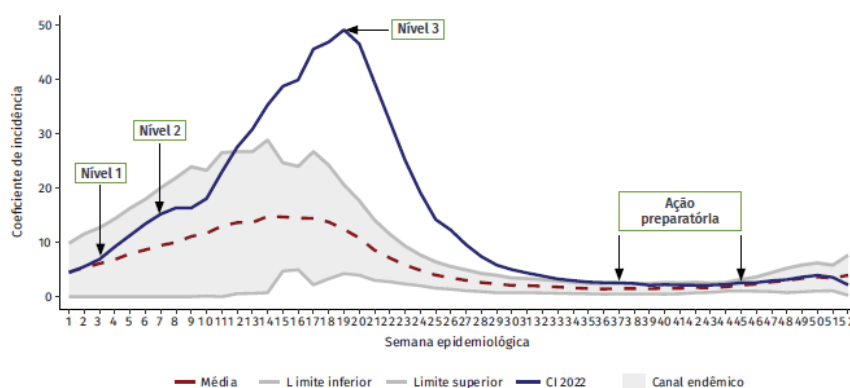
7. NÍVEIS DE ATIVAÇÃO DO PLANO DE CONTIGÊNCIA

7.1 - DIAGRAMA DE CONTROLE

O diagrama de controle é uma ferramenta estatística que descreve, de forma resumida, 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. Auxilia na determinação de situações de alerta epidêmico e na previsão de epidemias, por meio da sobreposição da curva epidêmica (frequência observada ou incidência do ano atual) ao canal endêmico (frequência esperada); ou seja, ele ajuda na identificação do excesso de incidência observada em relação à esperada (Figura 8). Além disso, norteia a identificação dos níveis de resposta aos diferentes cenários de risco em que incidem diferentes atividades de contenção.

Na aplicação desse Plano, serão definidas atividades específicas a serem implementadas em três níveis. A ativação de cada um desses níveis será norteada pelo diagrama de controle, conforme Figura abaixo.

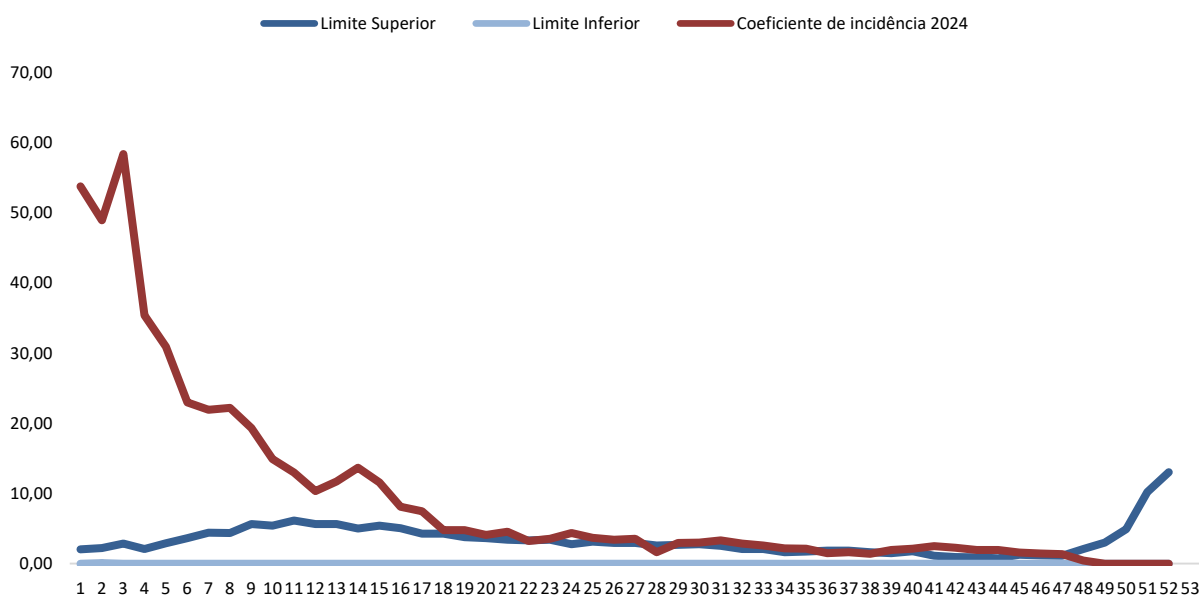
FIGURA 8 - Estruturação de diagrama de controle e seus componentes (limite superior, média móvel e taxa de incidência), por semana epidemiológica, ano de 2019.



Fonte: Cgarb/Deidt/SVS/MS

A redução gradual das atividades preconizadas no Plano de Contingência será realizada à medida que se observar a redução da incidência de casos por quatro semanas consecutivas no caso da curva epidêmica, ou quando a curva de incidência retornar ao canal endêmico, considerando o diagrama de controle.

Gráfico 5 - Diagrama de controle da dengue, por semana epidemiológica, Manaus AM, 2024*



Fonte: SINAN-WEB

*Período de avaliação: 01/01 a 30/11/2024

7.2- CENÁRIOS DE RISCO E NÍVEIS DE ATIVAÇÃO

7.2.1- Cenário dengue

NÍVEL	CENÁRIO	CRITÉRIOS PARA ATIVAÇÃO DE AÇÕES NOS DIFERENTES NÍVEIS
1- RESPOSTA INICIAL (VERDE)	Aumento de incidência de casos prováveis e sem óbitos.	<p>Situação 1 - Ausência de óbitos por dengue; seguido de pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento da incidência dos casos prováveis de dengue dentro do canal endêmico do diagrama de controle. ✓ Aumento da incidência dos casos prováveis de dengue, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior.
2- ALERTA (AMARELO)	Aumento de incidência de casos prováveis e ocorrência de óbitos em investigação.	<p>Situação 1– Óbitos por dengue em investigação; seguido de pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incidência dos casos prováveis de dengue dentro do canal endêmico do diagrama de controle. ✓ Aumento da incidência dos casos prováveis de dengue, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento dos casos de dengue com sinais de alarme e de dengue grave prováveis, entre as semanas epidemiológicas, em comparação ao ano anterior.



		Situação 2– Óbitos por dengue em investigação. E ✓ Incidência dos casos prováveis de dengue, acima do limite superior (LS) do diagrama de controle. Situação 3– Óbitos confirmados. E ✓ Incidência dos casos prováveis de dengue dentro do canal endêmico do diagrama de controle.
3- EMERGÊNCIA (VERMELHO)	Aumento de incidência de casos prováveis e óbitos confirmados.	✓ Incidência dos casos prováveis de dengue, acima do limite superior (LS) do diagrama de controle. E ✓ Óbitos por dengue confirmados.

Fonte: Adaptado de Cgarb/Deidt/SVS/MS

7.2.2- Cenário chikungunya

NÍVEL	CENÁRIO	CRITÉRIOS PARA ATIVAÇÃO DE AÇÕES NOS DIFERENTES NÍVEIS
1- RESPOSTA INICIAL (VERDE)	Aumento de incidência de casos prováveis e sem óbitos.	✓ Aumento da incidência dos casos prováveis de chikungunya por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E ✓ Ausência de óbitos por chikungunya;
2- ALERTA (AMARELO)	Aumento de incidência de casos prováveis e ocorrência de óbitos em investigação.	Situação 1– aumento da incidência dos casos prováveis de chikungunya, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E ✓ Óbitos por chikungunya em investigação. E/OU ✓ Aumento de positividade laboratorial (IgM e/ou biologia molecular), entre as semanas epidemiológicas, em comparação ao ano anterior. Situação 2– redução da incidência dos casos prováveis de chikungunya, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, após o município ter apresentado os critérios do nível 3. E ✓ Óbito confirmado por chikungunya.
3- EMERGÊNCIA (VERMELHO)	Aumento de incidência de casos prováveis e óbitos confirmados.	✓ Aumento da incidência dos casos prováveis de chikungunya, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E ✓ Óbito confirmado por chikungunya.

Fonte: Adaptado de Cgarb/Deidt/SVS/MS

7.2.3- Cenário zika

NÍVEL	CENÁRIO	CRITÉRIOS PARA ATIVAÇÃO DE AÇÕES NOS DIFERENTES NÍVEIS
1- RESPOSTA INICIAL (VERDE)	Aumento de incidência de casos prováveis e sem óbitos.	✓ Aumento da incidência dos casos prováveis de zika, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E ✓ Ausência de óbitos por zika.
2- ALERTA (AMARELO)	Aumento de incidência de casos prováveis e ocorrência de óbitos em investigação.	Situação 1 – Aumento da incidência dos casos prováveis de zika, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E ✓ Aumento de positividade laboratorial (IgM e/ou biologia molecular), entre as semanas epidemiológicas, em comparação ao ano anterior.

		Situação 2 – Redução da incidência dos casos prováveis de zika, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, após o município ter apresentado os critérios do nível 3. E ✓ Óbito confirmado por zika.
3- EMERGÊNCIA (VERMELHO)	Aumento de incidência de casos prováveis e óbitos confirmados.	✓ Aumento da incidência dos casos prováveis de zika, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E ✓ Aumento do registro de positividade em gestante por quatro semanas consecutivas. OU ✓ Óbitos por zika confirmados conforme critério laboratorial.

Fonte: Adaptado de Cgarb/Deidt/SVS/MS

7.2.4- Cenário febre do oropouche e febre do mayaro

NÍVEL	CENÁRIO	CRITÉRIOS PARA ATIVAÇÃO DE AÇÕES NOS DIFERENTES NÍVEIS
1- RESPOSTA INICIAL (VERDE)	Aumento de incidência de casos prováveis e sem óbitos.	✓ Aumento da incidência dos casos confirmados de oropouche ou mayaro, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E ✓ Ausência de óbitos por Oropouche e/ou Mayaro.
2- ALERTA (AMARELO)	Aumento de incidência de casos prováveis e ocorrência de óbitos em investigação.	✓ Redução da incidência dos casos confirmados de oropouche ou mayaro, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, após o município ter apresentado os critérios do nível 3. E ✓ Óbito confirmado por oropouche ou mayaro.
3- EMERGÊNCIA (VERMELHO)	Aumento de incidência de casos prováveis e óbitos confirmados.	✓ Aumento da incidência dos casos confirmados de oropouche ou mayaro, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E ✓ Aumento do registro de positividade em gestante por quatro semanas consecutivas. OU ✓ Óbitos por oropouche ou mayaro confirmados conforme critério laboratorial.

Fonte: Adaptado de Cgarb/Deidt/SVS/MS

8. ORGANIZAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS EMERGÊNCIAS DE ACORDO COM OS NÍVEIS DE ATIVAÇÃO

Para cada cenário, deverão ser executadas ações relacionadas aos componentes do plano: vigilância epidemiológica e laboratorial, vigilância entomológica e controle vetorial, rede de atenção à saúde, comunicação/mobilização social e educação em saúde. As ações ora descritas são comuns para dengue, chikungunya e zika.



8.1- NÍVEIS DE RESPOSTA

8.1.1- Nível 1 de Resposta

Este nível se configura com a continuidade das ações do cenário de preparação, aliando-se com a realização de outras ações específicas ao novo cenário. O objetivo das ações neste nível é evitar que a incidência ultrapasse os limites do diagrama de controle, por meio de estratégias que visem à contenção da transmissão viral.

8.1.2- Nível 2 de Resposta

Este nível é identificado quando a taxa de incidência de dengue ultrapassa o limite superior do canal endêmico; e, para as demais arboviroses quando é ultrapassada a taxa de incidência em comparação com o mesmo período do ano anterior ou anos epidêmicos.

8.1.3- Nível 3 de Resposta

Este nível é ativado quando a taxa de incidência de dengue ultrapassa o limite superior do canal endêmico/diagrama de controle e há óbitos confirmados para dengue. Para as demais arboviroses, há aumento da incidência por quatro semanas consecutivas (comparado ao mesmo período do ano anterior ou de anos epidêmicos) e óbito confirmado. Para zika, considera-se também o aumento de positividade em gestantes.

A partir deste nível deverá ser ativada uma sala de situação para o acompanhamento detalhado do cenário ou um Centro de Operações de Emergências - COE para coordenação das ações de resposta à Emergência em Saúde Pública -ESP entre as três esferas de gestão do SUS.

8.2- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Vigilância epidemiológica consiste no conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e de controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.

Dessa forma, no que concerne aos casos suspeitos de dengue, chikungunya, zika, oropouche e mayaro, por se tratarem de doenças de notificação compulsória, a vigilância epidemiológica necessita realizar investigação dos casos que depende da coleta, da tabulação e da análise dos dados, necessita ainda realizar atividades de monitorização, qualificação, análise

de resultados e divulgação de dados.

As ações estratégicas a serem desempenhadas para esse eixo são divididas em quatro grupos de atuação: gestão de informações epidemiológicas, fortalecimento da notificação e manejo pelas redes pública e privada, vigilância laboratorial e vigilância do óbito.

1. Gestão de informações epidemiológicas	
Ações nos diferentes níveis	Responsável
I. Elaborar e monitorar regularmente o diagrama de controle e a curva epidêmica das arboviroses no município.	DVAE
II. Ativar Sala de Situação no município.	DVAE
III. Analisar e esclarecer informações geradas pelo monitoramento das arboviroses por levantamentos entomológicos e rumores de notícias, pesquisas e redes sociais.	DVAE/DCOM
IV. Elaborar quinzenalmente o informe epidemiológico acerca do monitoramento dos casos de arboviroses, considerando os níveis de ativação.	DVAE/DISAs/DCOM
V. Emitir alertas a partir do monitoramento epidemiológico dos casos de arboviroses.	DVAE
VI. Monitorar periodicamente os indicadores relacionados à notificação, investigação e encerramento em tempo oportuno.	DVAE/DISAs
VII. Monitorar periodicamente a validade e a completude das variáveis relacionadas aos critérios de classificação dos casos graves.	DVAE
VIII. Qualificar as fichas de notificação para o encerramento oportuno dos casos.	DISAs
IX. Monitorar periodicamente os objetivos e ações do plano de contingência do combate as arboviroses.	SEMSA
X. Apoiar as estratégias de comunicação institucional, jornalística, publicitária e de redes sociais sobre prevenção e controle das arboviroses.	SEMSA
XI. Apresentar a situação epidemiológica aos gestores para acompanhamento do cenário, e eventual, tomada de decisão.	DVAE
XII. Monitorar a evolução das internações de casos de arboviroses.	DVAE/DISAs
XIII. Articular medidas de forma intra e interinstitucionalmente, para o enfrentamento de surtos e/ou epidemias, visando uma resposta imediata e integrada no município.	SEMSA
XIV. Monitorar notificações da Rede de Atenção à Saúde e identificar unidades de saúde silenciosas.	DVAE/DISAs/DAP



XV.	Monitorar, na Rede de Atenção à Saúde, possíveis falhas na notificação, nos fluxos, no diagnóstico laboratorial específico e no manejo clínico dos casos suspeitos de arboviroses e intervir para readequação.	DVAE/DISAs/DAP
XVI.	Receber as fichas de notificação de arboviroses nos plantões de finais de semana e feriados.	DVAE
XVII.	Investigar todos os casos suspeitos, conforme o cenário epidemiológico, utilizando a ficha de investigação dos sistemas de informações oficiais.	DVAE/DISAs
XVIII.	Articular com a Fundação de Vigilância em Saúde – FVS, treinamentos direcionados aos núcleos de Vigilância Hospitalar.	DVAE
2. Fortalecimento da notificação/Investigação na Rede Pública e Privada		
Ações nos diferentes níveis		Responsável
I.	Fornecer material de apoio para os profissionais de saúde (fluxograma de classificação de risco e manejo clínico do paciente com suspeita de infecção por arbovírus, manuais e diretrizes).	DCOM/DVAE DISAs/DAP
II.	Apoiar, desenvolver ou realizar cursos de capacitação sobre manejos epidemiológico e clínico de casos de arboviroses para os profissionais de saúde do município.	DVAE/DAP/ESAP
III.	Apoiar ações de educação em saúde e a divulgação das medidas de prevenção e controle das arboviroses junto à população e nas redes de serviços de saúde pública e privada.	DVAE/DISAs DCOM/DAP
IV.	Manter investigação epidemiológica de campo (plantão CIEVS) nos dias extraordinários.	DVAE
V.	Apoiar a implementação do protocolo para investigação oportuna dos casos suspeitos com complicações, graves e óbitos por arboviroses.	DVAE/DISAs
3. Vigilância Laboratorial		
Ações nos diferentes níveis		Responsável
I.	Monitorar semanalmente os dados consolidados de laboratório (biologia molecular e sorologia para arbovírus) para análises epidemiológicas, como a taxa de positividade e sorotipos circulantes.	DVAE/DISAs
II.	Implementar o fluxo laboratorial já estabelecido.	DVAE/DAEAD/DISAs
III.	Realizar Busca Ativa Laboratorial (BAL), no Sistema de Gerenciamento de Amostras Laboratoriais (GAL).	DVAE
4. Vigilância do óbito		
Ações nos diferentes níveis		Responsável
I.	Monitorar periodicamente a validade e a completude das variáveis relacionadas aos óbitos.	DVAE/DISAs



II.	Apoiar o monitoramento do protocolo para investigação oportuna dos casos suspeitos de arboviroses com internação e óbitos.	DVAE/DAP/DISAs
III.	Acompanhar os indicadores epidemiológicos como as taxas de mortalidade e letalidade.	DVAE/DISAs/DAP

NÍVEIS DE ATIVAÇÃO - ARBOVIROSES VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA		
NÍVEL	CENÁRIO	ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS
1- RESPOSTA INICIAL (VERDE)	Aumento de incidência de casos prováveis e sem óbitos.	1. Gestão de informações epidemiológicas Subitens: I; III; IV; VI; VII; VIII; IX; X; XI; XII; XIII; XIV; XV; XVI, XVII e XVIII 2. Fortalecimento da notificação e Investigação na Rede Pública e Privada Subitens: I; II, III; IV e V 3. Vigilância Laboratorial Subitens: I; II e III
2- ALERTA (AMARELO)	Aumento de incidência de casos prováveis e ocorrência de óbitos em investigação.	1. Gestão de informações epidemiológicas Subitens: I; III; IV; V; VI; VII; VIII; IX; X; XI; XII; XIII; XIV, XV; XVI, XVII e XVIII 2. Fortalecimento da notificação e Investigação na Rede Pública e Privada Subitens: I; II, III; IV e V 3. Vigilância Laboratorial Subitens: I; II e III 4. Vigilância do óbito Subitens: I; II e III
3- EMERGÊNCIA (VERMELHO)	Aumento de incidência de casos prováveis e óbitos confirmados.	1. Gestão de informações epidemiológicas Subitens: I; II; III; IV; V; VI; VII; VIII; IX; X; XI; XII; XIII; XIV, XVI, XVII e XVIII 2. Fortalecimento da notificação e Investigação na Rede Pública e Privada Subitens: I; II, III; IV e V 3. Vigilância Laboratorial Subitens: I; II e III 4. Vigilância do óbito Subitens: I; II e III

8.3- VIGILÂNCIA AMBIENTAL (CONTROLE VETORIAL)

O Controle Vetorial compõe a Vigilância Ambiental e como parte da Vigilância em Saúde coleta, consolida, analisa e dissemina dados e informações referentes aos vetores.

Cabe à vigilância entomológica realizar visitas diárias aos imóveis para detecção, instrução *in loco*, coleta de dados e eliminação de focos larvários. Os dados levantados devem subsidiar a construção de indicadores necessários para monitoramento como índice de infestação predial e índice de *Breteau* (depósito). Esses indicadores permitem a leitura espacial da distribuição e densidade vetorial amostral por regiões e microáreas, a fim de subsidiar a tomada de decisões de forma efetiva e oportuna.

As ações estratégicas a serem desempenhadas para esse eixo são divididas em dois grupos de atuação: Gestão de Informações Entomológicas e Fortalecimento das Ações de Controle do Vetor.

1. Gestão de Informações Entomológicas		
	Ações nos diferentes níveis	Responsável
I.	Avaliar os indicadores entomológicos e epidemiológicos, por meio de ferramentas de monitoramento vetorial, e dos dados do SINAN para direcionar as ações para as localidades e sublocalidades com médio e alto índice de vulnerabilidade;	DVAE/DISAs
II.	Promover o fortalecimento das ações entomológicas, em cada Distrito de Saúde, e reestruturação do Setor de Entomologia, de acordo com os parâmetros preconizados pelo MS, para melhor avaliação e direcionamento das ações;	DVAE/DISAs
III.	Gerar informações a partir de dados fornecidos pelo monitoramento das arboviroses por meio de levantamentos entomológicos;	DVAE
IV.	Participar na elaboração periódica do informe epidemiológico acerca do monitoramento dos casos de arboviroses segundo o cenário que se apresentar.	DVAE/DISAs/DCOM
V.	Monitorar periodicamente os objetivos e ações do plano de contingência do combate as arboviroses.	SEMSA
VI.	Apoiar as estratégias de comunicação institucional, jornalística, publicitária e de redes sociais sobre prevenção e controle das arboviroses.	SEMSA
VII.	Apresentar a situação entomológica aos gestores para acompanhamento do cenário e eventual, tomada de decisão.	DVAE



VIII.	Articular medidas de forma intra e interinstitucionalmente, para o enfrentamento de surtos e/ou epidemias, visando uma resposta imediata e integrada no município.	SEMSA
IX.	Articular junto aos setores que integram a estrutura da SEMSA para a implantação de brigadas a fim de identificar e eliminar focos, conforme Portaria 1.175/2014 - GABIM/SEMSA.	DVAE/DAP/DISAs
2. Fortalecimento das Ações de Controle do Vetor		
Ações nos diferentes níveis		Responsável
I.	Intensificar as ações de visita domiciliar de mobilização social para educação em saúde, eliminação de focos e implantação de <i>check-list</i> pelos ACEs e ACSs nas áreas prioritárias.	DVAE/ DAP/DISAs
II.	Priorizar realização de ações em Pontos Estratégicos (PE) com potenciais riscos de proliferação vetorial, com eliminação mecânica de criadouros, tratamento focal, perifocal, educação em saúde com ênfase em medidas antivetoriais, georreferenciamento e atualização da relação dos PE.	DVAE/DISAs
III.	Realizar bloqueio mecânico e químico, mediante notificação de casos, conforme diretrizes técnicas.	DVAE/DISAs
IV.	Realizar ações de monitoramento entomológico, nas áreas de abrangência do DISA Rural, em locais com características urbanas, para vigilância dos vetores de arboviroses.	DVAE/DISAR
V.	Atualizar os cadastros e o georreferenciamento dos meliponários junto a ADAF e ACAM, a fim de subsidiar e orientar as programações de aplicação de inseticida, com equipamento a Ultra Baixo Volume – UBV.	DVAE/DISAs
VI.	Buscar parcerias com outros setores, secretarias e instituições do município, para eliminação ou mitigação de potenciais riscos de proliferação vetorial, tais como: armazenamento inadequado de água devido abastecimento irregular; pontos estratégicos de criadouros (sucatas, ferro velho, coletores de resíduos), hortas comunitárias e outras atividades com impacto ambiental; bem como vistorias e notificações com uso da Legislação Sanitária, Ambiental e Código de Postura do Município.	DVAE/DAP/DISAs
VII.	Fortalecer a capacidade operacional dos DISAs em relação a RH, transporte e insumos, a fim de garantir a cobertura adequada, visando a redução da infestação vetorial, interrompendo assim a cadeia de transmissão.	DVAE/DAP/DISAs
VIII.	Elaborar e executar a programação com Ultra Baixo Volume –UBV pesada, conforme o cenário de risco.	DVAE/DISAs
IX.	Articular junto às instituições do estado e/ou do Ministério da Saúde o incremento, se necessário, no envio de insumos e	SEMSA



equipamentos estratégicos para as ações de controle vetorial.

NÍVEIS DE ATIVAÇÃO - ARBOVIROSES CONTROLE VETORIAL		
NÍVEL	CENÁRIO	ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS
1- RESPOSTA INICIAL (VERDE)	Aumento de incidência de casos prováveis e sem óbitos.	1. Gestão de informações entomológicas Subitens: I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII e IX 2. Fortalecimento das Ações de Controle do Vetor Subitens: I, II, III, IV e V
2- ALERTA (AMARELO)	Aumento de incidência de casos prováveis e ocorrência de óbitos em investigação.	1. Gestão de informações entomológicas Subitens: Todas do nível 1 2. Fortalecimento das Ações de Controle do Vetor Subitens: Todas do nível 1 e VI
3- EMERGÊNCIA (VERMELHO)	Aumento de incidência de casos prováveis e óbitos confirmados.	1. Gestão de informações entomológicas Subitens: Todas do nível 1 e 2. 2. Fortalecimento das Ações de Controle do Vetor Subitens: Todas do nível 1 e 2, com exceção do III. E mais: VII, VIII e IX

8.4- REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O paciente com dengue e outras arboviroses tem como porta preferencial no SUS a APS, porém alguns casos podem agravar necessitando de atendimentos nos demais pontos da rede de atenção. Alguns sinais de alarme podem surgir e, por meio destes se tem conseguido identificar precocemente os pacientes que podem evoluir para uma forma grave da doença ou para óbito.

Nos casos graves onde a assistência da APS não possui mais ferramentas para o manejo, o paciente deverá ser direcionado para unidades de urgência e emergência ou para internação hospitalar.

As unidades hospitalares são responsáveis por receber casos graves de arboviroses, como, por exemplo, dengue com sinais de alarme ou grave e doenças neuroinvasivas causadas por arbovírus. Nessas instituições os pacientes entram conforme regulação, sendo esta de responsabilidade do Complexo Regulador Estadual, de acordo com a unidade a ser referenciada e pactuações vigentes.

As ações estratégicas para esse eixo são divididas em dois grupos de atuação: Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde - APS e Monitoramento e Organização da Rede.

1. Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde - APS	
Ações nos diferentes níveis	Responsável
I. Intensificar as ações de responsabilidade dos ACS, conforme art. 3º Portaria nº 44, de 03 de janeiro de 2002;	DAP/DISAs
II. Ofertar em horário integral de funcionamento dos EAS, a imunização contra dengue para adolescentes de 10 a 14 anos;	DVAE/DISAs
III. Realizar a busca ativa daqueles que tomaram a primeira dose da vacina e não retornaram para segunda dose;	DISAs
IV. Fomentar a utilização dos protocolos de manejo das arboviroses na Atenção Primária;	DAP/DISAs
V. Fornecer material de apoio para os profissionais de saúde (fluxograma de classificação de risco e manejo clínico do paciente com suspeita de infecções por arbovírus, manuais e diretrizes).	SEMSA
VI. Reforçar o funcionamento do fluxo de informação da vigilância epidemiológica junto à APS;	DAP/DISAs
VII. Orientar o desenvolvimento do autocuidado de forma permanente nas comunidades, o acesso à informação e as ações de educação em saúde para a prevenção das arboviroses;	DVAE/DAP/DISAs DCOM
VIII. Monitorar periodicamente os indicadores de oportunidade de notificação, investigação e encerramento.	DVAE/DAP/DISAs
IX. Incentivar/monitorar o preenchimento completo das notificações de casos suspeitos de arboviroses, por todos os profissionais;	DAP/DISAs/DVAE
X. Apoiar as estratégias de comunicação, campanha publicitária e mídia social sobre prevenção e controle das arboviroses.	DAP/DVAE
XI. Apoiar, desenvolver ou realizar cursos de capacitação sobre aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais para todos os profissionais de saúde do município.	DVAE/DAP/DISAs DAEAD/ESAP



XII.	Detectar oportunamente o surgimento dos casos com sinais de agravamento na APS;	DISAs
XIII.	Criar estratégias de realização de busca ativa dos usuários vinculados à área de abrangência da unidade (casos novos e pacientes faltosos no retorno programado), conforme o cenário;	DAP/DISAs
XIV.	Acompanhar longitudinalmente o usuário após a primeira consulta, ofertando os retornos para reavaliação, conforme os prazos estabelecidos;	DISAs
XV.	Realizar encaminhamento responsável às unidades de referência, em caso de impossibilidade de reavaliação na Unidade de Saúde, por exemplo, aos finais de semana e feriados;	DISAs
XVI.	Reclassificar o usuário a cada retorno programado à Unidade de Saúde;	DISAs
XVII.	Acompanhar a evolução dos casos, por meio de visita domiciliar, consulta médica ou com enfermeiro(a) ou contato telefônico, de acordo com o cenário;	DISAs/DAP
XVIII.	Notificar imediatamente os casos, solicitar coleta de material para diagnóstico laboratorial e realizar investigação de casos graves e óbitos.	DISAs/DVAE/DAEAD
XIX.	Apoiar ações de educação em saúde e a divulgação das medidas de prevenção e controle da doença junto à população e nas redes de serviços de saúde públicas e privadas.	DVAE/DISAs/DAP
XX.	Alertar sobre os perigos da automedicação e ficar atento aos usuários que apresentarem sintomas de arboviroses por ocasião de consulta com farmacêutico.	DAP/DAEAD/DISAs
XXI.	Orientar para não utilização do Ácido Acetil Salicílico (AAS) e antiinflamatórios não esteroidais (AINES) sem orientação médica.	DAP/DAEAD/DISAs
XXII.	Incentivar a hidratação oral por meio do fornecimento de soro oral aos sintomáticos identificados através de consulta.	DISAs/DAP/DAEAD
2. Monitoramento e Organização da Rede		
Ações nos diferentes níveis		Responsável
I.	Monitorar periodicamente os objetivos e ações do plano de contingência do combate as arboviroses.	SEMSA

II.	Monitorar notificações da Rede de Atenção à Saúde e identificar unidades de saúde silenciosas.	DVAE/DISAs/DAP
III.	Monitorar a cobertura vacinal contra a Dengue e discutir estratégias para alcance das metas.	DVAE/DISAs/DAP
IV.	Sempre que detectar, na Rede de Atenção à Saúde, falhas na notificação, nos fluxos, no diagnóstico laboratorial específico e no manejo clínico dos suspeitos de arboviroses, intervir para readequação.	GEVEP/CIEVS DISAs/DAP
V.	Reforçar o fluxo de comunicação direta com a Rede de Urgência e Emergência (RUE/SAMU), para a referência (Unidade de Pronto Atendimento) dos casos com sinais de gravidade;	DAP/DISAs/DVAE
VI.	Realizar o acompanhamento via telemonitoramento da evolução dos casos de arboviroses para pacientes com doenças crônicas, idosos, grávidas e crianças menores de dois anos, conforme cenário;	DAP
VII.	Adequar os horários de funcionamento das USF's conforme a necessidade e demanda, incluindo finais de semana e feriados, priorizando atendimentos a casos agudos, conforme o cenário epidemiológico.	GABIN
VIII.	Implementar/divulgar e monitorar o fluxo laboratorial já estabelecido.	DVAE/DAEAD/DISAs
IX.	Monitorar e readequar se necessário e de acordo com o cenário, o fluxo de atendimento na RAS municipal, estabelecendo unidades de referência ou pontos de apoio para as situações apresentadas.	GABIN
X.	Em cenário de ativação 3, implantar nas unidades porte 4, no mínimo uma por distrito, uma sala para realização de hidratação venosa, conforme protocolo do MS.	GABIN

NÍVEIS DE ATIVAÇÃO – ARBOVIROSES REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE		
NÍVEL	CENÁRIO	ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS
1- RESPOSTA INICIAL (VERDE)	Aumento de incidência de casos prováveis e sem óbitos.	1. Fortalecimento da ESF Subitens: I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX e XX. 2. Monitoramento e Organização da Rede Subitens: I, II, III e VII

2- ALERTA (AMARELO)	Aumento de incidência de casos prováveis e ocorrência de óbitos em investigação .	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimento da ESF Subitem: Todos os do nível 1 Monitoramento e Organização da Rede Todos do nível 1 e mais os subitens: IV e V
3- EMERGÊNCIA (VERMELHO)	Aumento de incidência de casos prováveis e óbitos confirmados .	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimento da ESF Subitem: Todos os do nível 2 Monitoramento e Organização da Rede Todos os do nível 2 e mais os subitens: VI e VIII

8.5 - MOBILIZAÇÃO SOCIAL, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Este eixo destina-se a desenvolver a abordagem de prevenção e combate ao vetor *Aedes aegypti*, tratando de temas relativos às arboviroses e ao fluxo de atendimento da rede pública de saúde de Manaus.

As ações estratégicas em todos os níveis de ativação são voltadas para a comunicação, mobilização e educação em saúde, integrando a sociedade em um movimento informacional (utilidade pública/instrução), participativo (controle de criadouros/denúncia) e educacional (formação/cultura de prevenção). O objetivo final é empoderar toda a comunidade para a vigilância de arboviroses, gerando a corresponsabilização sanitária do cidadão.

A Educação em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, as instituições formadoras e a comunidade em geral.

1. Mobilização Social, Comunicação e Educação em Saúde		
	Ações nos diferentes níveis	Responsável
I.	Produzir e distribuir releases e sugestões de pauta para os meios de comunicação (portais, rádio, jornal e televisão), assim como agendar entrevistas e atender as demandas da imprensa para esclarecimentos e atualização da sociedade quanto às arboviroses no município.	DCOM
II.	Finalizar e divulgar o aplicativo “Xô Aedes”, ferramenta digital para apoiar o combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> , que permite ao cidadão comum e aos profissionais da saúde e da	DID/DCOM



	educação, consulta e registro do “ <i>check list</i> 10 minutos contra o <i>Aedes</i> ” e o envio de informações sobre focos de mosquito e/ou possíveis criadouros para a mobilização e articulação intersetorial no combate ao vetor;	
III.	Estimular a prática dos “10 minutos contra a dengue” como ação coletiva de prevenção;	DCOM/DAP/DVAE DISAs
IV.	Produzir material informativo para atividades de promoção e educação em saúde;	DCOM/DAP/DVAE ESAP
V.	Produzir e veicular material informativo de circulação interna (sede e unidades da Semsa), para manter os servidores da saúde municipal atualizados sobre os mais diversos aspectos da prevenção e do controle das arboviroses;	DVAE/ DISAs/DCOM
VI.	Monitorar as redes sociais da Semsa e produzir e publicar informações oficiais, com o objetivo de manter o discurso sobre o tema alinhado e atualizado, evitando, tanto quanto possível, a circulação de boatos e imprecisões que prejudiquem a participação da população nas ações de prevenção e controle;	DCOM
VII.	Monitorar periodicamente os objetivos e ações do plano de contingência as arboviroses.	SEMSA
VIII.	Apoiar as estratégias de comunicação institucional, jornalística, publicitária e de redes sociais sobre prevenção e controle das arboviroses.	SEMSA
IX.	Divulgar os grupos específicos, faixa-etária e doses a serem tomadas da vacina contra a dengue;	DCOM
X.	Divulgar as salas de vacina com oferta para a imunização contra dengue em horários de rotina e horários ampliados;	DCOM
XI.	Divulgar para a população nos diversos meios de comunicação a organização dos serviços de saúde para atendimento de acordo com o cenário;	DCOM
XII.	Divulgar informes quinzenalmente sobre o cenário epidemiológico das arboviroses no município considerando os níveis de ativação;	DCOM
XIII.	Definir os interlocutores responsáveis pelas informações sobre arboviroses junto aos veículos de comunicação, considerando os níveis de atuação e priorizando o nível de emergência;	GABIN/DCOM
XIV.	Divulgar a Semana de Mobilização Social para o “Dia D de combate ao <i>Aedes aegypti</i> ” estabelecida pela Lei 4.398	SEMSA



	Decreto Estadual 36.640 de 22/01/2016, considerando informações entomológicas e epidemiológicas de risco;	
XV.	Mobilizar intra e interinstitucionalmente para participação no Carnaval por meio do “Bloco Xô Mosquito”;	SEMSA
XVI.	Fortalecer a Integração entre as secretarias de Educação do município (Semed) e do Estado (Seduc) em 293 escolas públicas e nas que farão adesão ao Programa Saúde da Escola – PSE em 2025, conforme pactuado na meta do plano municipal, visando a redução da infestação por <i>Aedes aegypti</i> ;	DAP/DISAs
XVII.	Implementar Brigadas nas 293 escolas públicas pactuadas no PSE, e nas que farão adesão do programa em 2025, conforme pactuado na meta do plano municipal, com a formação dos brigadistas escolares e profissionais de educação para realização da inspeção semanal com o <i>check list</i> “10 minutos contra o <i>Aedes</i> ”;	DAP/DISAs
XVIII.	Monitorar e avaliar mensalmente as ações desenvolvidas pelos brigadistas juntamente com as equipes de saúde e educação responsáveis pelo território;	DAP/DISAs
XIX.	Fornecer material de apoio para os profissionais de saúde (fluxograma de classificação de risco e manejo clínico do paciente com suspeita de infecções por arbovírus, manuais e diretrizes).	DCOM/DVAE/DISAs DAP
XX.	Fomentar a Semana Saúde na Escola: implementação do PPA (Programa de Prevenção das Arboviroses);	DAP
XXI.	Apoiar ações de educação em saúde e a divulgação das medidas de prevenção e controle das arboviroses junto à população e nas redes de serviços de saúde públicas e privadas;	DVAE/DISAs/DCOM DAP
XXII.	Atuar em parceria com o controle social por meio dos 73 conselhos locais de saúde para mobilização e divulgação das informações e ações de prevenção e controle dos vetores transmissores de arboviroses junto à comunidade em geral;	DVAE/DISAs/DAP
XXIII.	Atender as demandas de capacitação junto às áreas técnicas envolvidas na promoção, prevenção e controle das arboviroses;	DVAE/DAP/ESAP
XXIV.	Buscar parceria com as instituições de ensino superior públicas e privadas para ações de mobilização e divulgação das ações de prevenção e controle dos vetores e do funcionamento da rede de atenção à saúde;	DVAE/DISAs/DCOM DAP/ESAP



XXV. Produzir minicursos educativos em formato audiovisual para inserção na plataforma Ambiente Virtual de Aprendizagem AVA/Esap;	DAP/DVAE/ESAP
XXVI. Mobilizar Instituições parceiras como Semulsp, Semad, Seminf, Semmas, Semed, Semasc, Seconci, Secti, Implurb, Assembleia Legislativa, Câmara de Vereadores, Arquidiocese de Manaus, Ordem dos Ministros Evangélicos do Amazonas, Suframa, CDL e outras, para implementar medidas de prevenção e controle as arboviroses.	DAP/DVAE/DCOM

NÍVEIS DE ATIVAÇÃO - ARBOVIROSES		
MOBILIZAÇÃO SOCIAL/COMUNICAÇÃO/EDUCAÇÃO EM SAÚDE		
NÍVEL	CENÁRIO	ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS
1- RESPOSTA INICIAL (VERDE)	Aumento de incidência de casos prováveis e sem óbitos.	Subitens: I a XXVI
2- ALERTA (AMARELO)	Aumento de incidência de casos prováveis e ocorrência de óbitos em investigação.	Todas as ações do nível 1
3- EMERGÊNCIA (VERMELHO)	Aumento de incidência de casos prováveis e óbitos confirmados.	Todas as ações do nível 2 com intensificação da periodicidade de divulgação dos dados epidemiológicos e de todas as ações de combate ao vetor.



9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância 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.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3. ed. rev. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 6- Distrito Federal. Plano para enfrentamento da dengue e outras arboviroses (2020-2023). DF
- 7- FIOCRUZ (Brasil). Conheça o maruim, vetor principal da febre Oropouche. 2024. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/noticias/conheca-o-inseto-culicoides-paraensis-vetor-principal-da-febre-oropouche>. Acesso em: 02 dez. 2024.
- 8- Governo de Goiás. Plano de Contingência para controle Arboviroses - 2023/2024 (Dengue - Chikungunya - Zika). Goiânia. Dezembro 2022.
- 9- NOTA INFORMATIVA Nº 30/2023-CGAR/DEDT/SVSA/MS, que Alerta acerca do aumento das arboviroses no Brasil.
- 10- NOTA TÉCNICA Nº 001/2023/DVE/DVA/LACEN/FVS-RCP, que Orienta profissionais de saúde dos municípios quanto à necessidade de intensificação das ações de vigilância, prevenção e controle das arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*.
- 11- NOTA TÉCNICA Nº 17/2023-CGAR/DEDT/SVSA/MS, que trata de orientações para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), diante do cenário de aumento do número de casos de dengue, Zika e chikungunya no país, definidas no âmbito do Centro de Operações de Emergência (COE) Arboviroses.
- 12- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.
- 13- Porto Velho-RO. Plano municipal de contingência para enfrentamento das arboviroses- 2023-2024. Janeiro. 2023
- 14- Prefeitura de Manaus. Plano de Contingência de Vigilância e Controle da Dengue em Manaus, 2014 a 2017. Dez.2013.
- 15- Resolução nº 588, de 12 de junho de 2018, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que Aprova a Política Nacional de Vigilância em Saúde – PNVS.
- 16- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Plano Municipal de enfrentamento da dengue e demais arboviroses 2022/2023.



10. ANEXOS

ANEXO 1: Sala de Coleta de exames Laboratoriais – SEMSA

DISA NORTE				
Nº ORDEM	UNIDADE DE POSTO DE COLETA	ENDEREÇO	POSTO DE COLETA	LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA
1	Policlínica Dr. José Antônio da Silva	Rua das Aroeiras, nº 55, Monte das Oliveiras	Fixo	Laboratório Distrital Norte - CDMBL - Rua 17, n. 170, Núcleo III. Cidade Nova I
2	USF Amazonino Mendes	Av. da Esperança, 550 - Lago Azul	Fixo	
3	UBS Armando Mendes	Rua Aragarças, 786 – Manoa	Fixo	
4	USF Arthur Virgílio Filho	TV 10, 3015, CJ Amadeu Botelho, Amazonino Mendes	Fixo	
5	USF Augias Gadelha	Rua A, n. 15. Cidade Nova I	Fixo	
6	USF Dr. José Figliuolo	Rua Rio Maicuru, s/n - Lago Azul	Fixo	
7	UBS Fátima Andrade	Rua 52, Conj. Amazonino Mendes, Mutirão	Fixo	
8	USF Frei Valério Di Carlo	Rua Rufino de Elizalde, s/n - Novo Israel.	Fixo	
9	USF Major Sálvio Belota	Rua das Samambaias, n. 786. Sta Etelvina	Fixo	
10	USF Nilton Lins	Av. Prof. Nilton Lins, 2344 Flores	Fixo	
11	USF Prof. Carlson Gracie	Av. Curaçau, S/N, Nova Cidade	Fixo	
12	USF Carmen Nicolau	Rua Nestor Nascimento, S/N, Lago Azul	Fixo	
13	Unidade de Saúde da Família N 02	Rua dos Curiós, s/n - Cidade de Deus	Itinerante	
14	Unidade de Saúde da Família N 06	Rua Bias Fortes, s/n - Cidade de Deus	Itinerante	
15	Unidade de Saúde da Família N 16	Av. Amazonas, 31, Campo Dourado – Cidade Nova	Itinerante	
16	Unidade de Saúde da Família N 22	Rua 20 de novembro, 40, Florestal – Monte das Oliveiras	Itinerante	
17	Unidade de Saúde da Família N 24	Rua Sofonias, s/n – Monte das Oliveiras	Itinerante	
18	Unidade de Saúde da Família N 26	Av. Preciosa, 262 - Monte das Oliveiras	Itinerante	
19	Unidade de Saúde da Família N 27	Rua São Nicolau esquina com Rua Feliciano, s/n, Monte Pascoal - Monte das Oliveiras	Itinerante	
20	Unidade de Saúde da Família N 30	Rua Santa Helena, 30 - Loteamento Rio Piorini - Colônia Terra Nova	Itinerante	
21	Unidade de Saúde da Família N 36	Rua Carlos Alberto s/n - Cidade de Deus	Itinerante	



22	Unidade de Saúde da Família N 39	Av. D, s/n - Cidade Nova	Itinerante	
23	Unidade de Saúde da Família N 40	Rua Manoel Belém, s/n – Manoa	Itinerante	
24	Unidade de Saúde da Família N 43	Rua 27, s/n, Cj. Alfredo Nascimento – Cidade de Deus	Itinerante	
25	Unidade de Saúde da Família N 46	Rua Abiu, s/n - Colônia Terra Nova	Itinerante	
26	Unidade de Saúde da Família N 47	Rua Dália Vermelha, s/n, Santa Marta - Colônia Terra Nova	Itinerante	
27	Unidade de Saúde da Família N 48	Av. São João, s/n, Comunidade São João – Lago Azul	Itinerante	
28	Unidade de Saúde da Família N 54	Rua Frei José de Leonissa, s/n – Santa Etelvina	Itinerante	
29	Unidade de Saúde da Família N 55	Rua 25, s/n - Cidade Nova	Itinerante	
30	Unidade de Saúde da Família N 56	Rua Rio Caquetá, s/n, Comunidade Lagoa Azul – Lago Azul	Itinerante	
DISA OESTE				
Nº ORDEM	UNIDADE DE POSTO DE COLETA	ENDEREÇO	POSTO DE COLETA	LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA
1	Policlínica Dr. Djalma Batista	Rua Teotônio Vilela, s/n – Compensa 2.	Fixo	Laboratório Distrital Oeste - Av. Brasil s/nº, Compensa II.
2	UBS Ajuricaba	Av. Leste, s/n – Alvorada	Fixo	
3	UBS Deodato de Miranda Leão	Av. Presidente Dutra, s/n. Glória.	Fixo	
4	UBS MansourBulbol	Av. Desembargador João Machado, s/n. Alvorada I	Fixo	
5	UBS Santo Antônio	Rua Lauro Bittencourt, s/n. Santo Antônio.	Fixo	
6	UBS Santos Dumont	Rua Comte. Norberto Wongall, n. 434, Flores.	Fixo	
7	UBS Vila da Prata	Rua Promécio, 150 – Vila da Prata.	Fixo	
8	Unidade de Saúde da Família O 01	Av. Peixe cavalo, s/n – Tarumã-Açu	Itinerante	
9	Unidade de Saúde da Família O 07	Rua H, Alvorada 1	Itinerante	
10	Unidade de Saúde da Família O 10	Rua 3, esquina com rua Airas Santiago. Nova Esperança	Itinerante	
11	Unidade de Saúde da Família O 11	Rua Osvaldo Barbosa 12, Nova Esperança	Itinerante	
12	Unidade de Saúde da Família O 19	Rua Plínio Coelho, 182 – Compensa	Itinerante	
13	Unidade de Saúde da Família O 38	Beco Pero de Ataíde, 56 – Dom Pedro	Itinerante	
14	Unidade de Saúde da Família O 45	Av. Praia do Futuro, s/n – Tarumã	Itinerante	
15	Unidade de Saúde da Família O 46	Rua Raimundo Maia, S/N Parque São Pedro, Tarumã	Itinerante	



DISA SUL				
Nº ORDEM	UNIDADE DE POSTO DE COLETA	ENDEREÇO	POSTO DE COLETA	LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA
1	Policlínica Dr. Antônio Reis	Rua São Luiz, s/n. São Lázaro.	Fixo	Laboratório Distrital Sul – Avenida Téfê, 25. Raiz.
2	UBS Almir Pedreira	Rua 09 de Maio, s/n. Lagoa Verde.	Fixo	
3	UBS Frank Calderon	Rua Boa Esperança, s/n - Aterro do 40, Crespo.	Fixo	
4	UBS Japiim	Rua 31 de março, nº 70, Conj. 31 de Março, Japiim I.	Fixo	
5	UBS José Rayol dos Santos	Rua Constantino Nery, s/n. Conj. Chapada Flores.	Fixo	
6	UBS Lourenço Borghi	Travessa S - 06, s/nº. Japiinlândia.	Fixo	
7	UBS Luiz Montenegro	Rua Rio Jutaí, nº. 37. Nossa Senhora das Graças.	Fixo	
8	UBS MegumoKado	Rua Inocência de Araújo, nº51, Educandos.	Fixo	
9	UBS Petrópolis	Rua Delfim de Souza, s/n. Petrópolis	Fixo	
10	UBS Santa Luzia	Rua Leopoldo Neves, s/n. Santa Luzia.	Fixo	
11	UBS São Francisco	Rua Rodolfo Monteiro, s/n. São Francisco.	Fixo	
12	UBS Theodomiro Garrido	Rua São José, s/n. Col Oliveira Machado.	Fixo	
13	UBS Theomário Pinto da Costa	Travessa 02 de agosto, s/n. Bairro da União.	Fixo	
14	UBS Vicente Pallotti	Av. Tarumã, n. 1011. Praça 14 de Janeiro.	Fixo	
DISA LESTE				
Nº ORDEM	UNIDADE DE POSTO DE COLETA	ENDEREÇO	POSTO DE COLETA	LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA
1	Policlínica Enfª Ivone Lima dos Santos	Rua 08, s/nº loteamento Laura Vicunã, Coroado III.	Fixo	Laboratório Distrital Leste - Rua J, s/nº Etapa B. São José III.
2	UBS Dr. José Avelino Pereira	Rua Cravinho, s/n. João Paulo.	Fixo	
3	UBS Dr. Platão Araújo	Rua Barroso, s/n - Puraquequara.	Fixo	
4	UBS Geraldo Magela	Rua I, s/n. Armando Mendes.	Fixo	
5	UBS José Amazonas Palhano	Rua Antonio Matias, s/n. São José II.	Fixo	
6	UBS Josephina de Mello	Rua Cupiúba, 232, Jorge Teixeira I.	Fixo	
7	UBS Lago do Aleixo	Rua Raoul Foullereau, Nº 112, Colônia	Fixo	



		Antônio		
8	UBS Luiza do Carmo Ribeiro	Rodovia BR 319 nº 5585, Vila Felicidade.	Fixo	
9	USF Maria Leonor Brilhante	Rua Autaz Mirim, s/n. Tancredo Neves.	Fixo	
10	UBS Mauzinho	Rua Rio Negro n. 113, Mauzinho.	Fixo	
11	UBS Gebes de Medeiros	Rua dos Pirarucus, n 100 - Jorge Teixeira	Fixo	
12	USF Alfredo Campos	Rua André Araújo, s/n. Zumbi II.	Fixo	
13	Clinica da Família Waldir Bugalho	Rua Sete de Setembro, S/Nº - Jorge Teixeira - IV Etapa	Fixo	
14	Clinica da Família Desembargador Fabio do Couto Valle	Av. Brigadeiro HilarioGurjão, S/Nº - Jorge Teixeira - IV ETAPA	Fixo	
15	Clinica da Família Senador Severiano Nunes	Rua das Dálias, s/nº - Jorge Teixeira - I Etapa	Fixo	
DISA RURAL				
Nº ORDEM	UNIDADE DE POSTO DE COLETA	ENDEREÇO	POSTO DE COLETA	LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA
1	USFF Dr. Ney Lacerda	Unidade Fluvial (Rio Negro)	Itinerante	Laboratório Distrital Norte - CDMBL - Rua 17, n. 170, Núcleo III. Cidade Nova I
2	USFF Dr. Antônio Levino	Unidade Fluvial (Rio Amazonas)	Itinerante	
3	UBS Rural N Sra. de Fátima	Comunidade Nossa Sra. De Fátima – Igarapé do Tarumã (Rio Negro)	Itinerante	
4	UBS Rural Ada Rodrigues Viana	BR – 174, Km 924 (antigo Km 41) – Comunidade Nova Canaã	Itinerante	
5	UBS Rural Pau-Rosa	BR – 174, Km 21 – Ramal do Pau Rosa, Km 15	Itinerante	
6	UBS Rural São Pedro	Rodovia AM 010, KM 35	Itinerante	
7	UBS Rural Ephigênio Sales	Rodovia AM 010, KM 41	Itinerante	
8	UBS Rural N Sra. Do Livramento	Comunidade N. Sra. do Livramento (Rio Negro)	Itinerante	
9	UBSF Rural Cuieiras	BR – 174, Km 15 – Ramal Cláudio Mesquita	Itinerante	



ANEXO 2: Salas de Vacinas com oferta de vacina contra a Dengue

DISA	N	UNIDADE DE SAÚDE
NORTE	1	USF ENFERMEIRA ANNA BARRETO PEREIRA
	2	USF PREFEITO MANOEL HENRIQUE RIBEIRO
	3	USF FREI VALÉRIO DI CARLO
	4	USF DR. JOSÉ FIGLIOULO
	5	USF CARMEN NICOLAU
	6	USF PREFEITO AMAZONINO MENDES
	7	USF FATIMA ANDRADE
	8	USF ARTHUR VIRGÍLIO FILHO
	9	USF PREFEITO FRANK ABRAHIM LIMA
	10	USF ARMANDO MENDES
	11	USF BALBINA MESTRINHO
	12	USF MAJOR PM SÁLVIO BELOTA
	13	USF PROFESSOR CARLSON GRACIE
SUL	14	USF DR. ANTONIO REIS
	15	POLICLÍNICA CASTELO BRANCO
	16	USF THEOMÁRIO PINTO DA COSTA
	17	USF LÚCIO FLÁVIO VASCONCELOS DIAS
	18	USF ALMIR PEDREIRA
	19	USF BENEDITO BATISTA DE ALMEIDA
	20	USF SÃO FRANCISCO
	21	USF DR LUIZ MONTENEGRO
	22	USF DR. JOSÉ RAYOL DOS SANTOS
	23	USF FRANK ROSEMBERG CALDERON
	24	USF JAPIIM
	25	USF LOURENÇO BORGHI
	26	USF MEGUMO KADO
	27	USF NILTON LINS
	28	USF PETRÓPOLIS
	29	USF SANTA LUZIA
	30	USF VICENTE PALLOTTI
	31	USF ROSA PEREIRA DE ALMEIDA
LESTE	32	USF ENFERMEIRA JOSEPHINA DE MELLO
	33	USF DR JOSE AVELINO PEREIRA
	34	USF SENADOR SEVERIANO NUNES
	35	USF DR WALDIR BUGALHO DE MEDEIROS
	36	USF DESEMBARGADOR FABIO COUTO VALLE
	37	UBS CACILDA DE FREITAS
	38	USF DR JOSE AMAZONAS PALHANO
	39	USF GERALDO MAGELA



	40	USF DR ALFREDO CAMPOS
	41	USF DR GILSON MOREIRA
	42	USF JOÃO NOGUEIRA DA MATTA
	43	USF DR SILAS DE OLIVEIRA SANTOS
	44	USF DR PLATAO ARAUJO
	45	USF GUILHERME ALEXANDRE
	46	USF LAGO DO ALEIXO
	47	USF NOVA ESPERANÇA
	48	USF DRA LUIZA DO CARMO RIBEIRO FERNANDES
	49	USF MAUAZINHO
	50	USF ENFERMEIRA IVONE LIMA DOS SANTOS
	51	USF MARIA LEONOR BRILHANTE
OESTE	52	POLICLÍNICA DJALMA BATISTA (O16)
	53	USF RAIMUNDO FRANCO DE SÁ
	54	USF SANTO ANTÔNIO
	55	USF SÃO VICENTE DI PAULO
	56	USF IDA MENTONI
	57	USF RAYOL DOS SANTOS
	58	USF DOM MILTON
	59	USF MANSOUR BULBOL
	60	USF AJURICABA
	61	USF LUIS MONTENEGRO
	62	USF LINDALVA DAMASCENO
	63	USF PARQUE DAS TRIBOS
	64	USF BAIRRO DA PAZ
	65	USF REDENÇÃO
	66	USF VILA DA PRATA
	67	USF DEODATO DE MIRANDA LEÃO
RURAL	68	USFR PAU ROSA
	69	USFR CONSELHEIRA ADA RODRIGUES VIANA
	70	USFR SÃO PEDRO
	71	USFR EPHIGÊNIO SALLES
	72	USFR N. Sr.ª DE FÁTIMA
	73	USFR N. Sr.ª AUXILIADORA
	74	USFR N.SR DO LIVRAMENTO
	75	USFF DR. NEY LACERDA
	76	USFF DR. ANTÔNIO LEVINO
	77	PÓLO BASE NOSSA SENHORA DA SAÚDE

