



GOVERNO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Plano Estadual de Contingência
Doenças Transmitidas pelo *Aedes*
2017-2018

Governador do Estado de Minas Gerais

Fernando Damata Pimentel

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Prof. Sávio Souza Cruz

Secretário-Adjunto

Nalton Sebastião Moreira da Cruz

Chefia de Gabinete

Lizandro Carvalho de Almeida Lima

Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde

Rodrigo Fabiano do Carmo Said

Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde

Homero Cláudio Rocha Souza Filho

Subsecretária de Inovação e Logística em Saúde

Adriana Araujo Ramos

Subsecretária de Regulação

Wandha Karine dos Santos

Subsecretária de Gestão Regional

Márcia Faria Moraes Silva

Superintendente de Assistência Farmacêutica

Daniela Aguiar Alberto

Superintendente de Redes de Atenção à Saúde

Lara Farah Valadares

Superintendente de Atenção Primária à Saúde

Ana Paula Medrado de Barcellos

Assessora de Comunicação Social

Romyna Lara Valadares Almeida Lanza

Fundação Ezequiel Dias

Marluce Oliveira

Glauco de Carvalho Pereira

Maira Alves Pereira

Marcos Vinícius Ferreira Silva

Marília Lima Cruz Rocha

Coordenação do Programa Estadual de Controle das Doenças Transmitidas pelo Aedes

Márcia Costa Ooteman Mendes
Paula Vasconcelos de Figueiredo
Thiago Felipe Rodrigues de Oliveira
Dionísio Pacceli Costa
Juliana Rodrigues Alves Costa
Jefferson Neves

Elaboração:

Paula Vasconcelos de Figueiredo
Márcia Costa Ooteman Mendes

Revisão:

Rodrigo Fabiano do Carmo Said
Homero Cláudio Rocha Souza Filho
Wandha Karine dos Santos
Márcia Faria Moraes Silva
Glauco de Carvalho Pereira
Maira Alves Pereira

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Justificativa	4
3. Diagnóstico Situacional	5
3.1. Dengue	5
3.2. Chikungunya	9
3.3. Zika	11
3.4. Controle Vetorial	13
3.5. Rede assistencial	15
4. Objetivos	16
4.1. Objetivo geral	16
4.2. Objetivo específico	16
5. Plano de Contingência Estadual	16
5.1. Fases do Plano de Contingência	16
5.2. Plano de Ação	18
5.3. Monitoramento do Nível Estadual	20
6. Plano de Contingência Municipal	22

1. INTRODUÇÃO

Analisando as circunstâncias epidemiológicas do Estado de Minas Gerais, é possível considerar uma transmissão simultânea das doenças virais transmitidas pelo *Aedes*: dengue, chikungunya e zika. Fatores como a circulação disseminada do sorotipo DENV1, ocorrência de transmissão aglomerada de chikungunya em alguns municípios do Estado, circulação do vírus zika em todo território, notificação de casos graves e ocorrência de óbitos, indicam a necessidade de estratégias eficazes a fim de controlar situações críticas.

Com base nisso, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais apresenta a versão atualizada do Plano de Contingência para o Enfrentamento das Doenças Transmitidas pelo *Aedes*, com o objetivo de organizar os serviços de maneira intersetorial frente a uma tríplice epidemia. O plano contempla aspectos relacionados à vigilância em saúde, controle vetorial, assistência ao paciente, gestão, mobilização e comunicação social.

2. JUSTIFICATIVA

Ao longo dos anos, a transmissão de dengue no Estado de Minas Gerais tem sido motivo de grande preocupação por parte do Governo Estadual em função do dano causado à população mineira, especialmente em determinadas áreas do Estado onde as taxas de incidência, o número de casos graves e até mesmo a ocorrência de óbitos tem sido expressivas.

Com o registro dos primeiros casos de chikungunya em 2014 nos municípios brasileiros de forma autóctone, a Secretaria de Estado de Saúde tem organizado estratégias no controle dessa doença que apresenta agravamento de aproximadamente 60% dos casos nas formas subaguda e crônica, podendo assim permanecer por meses ou até mesmo anos com comprometimento motor, emocional e social dos doentes. Em 2015 confirmou-se também a circulação do vírus zika, que apresenta sintomas parecidos com os da dengue. Essa doença representa um importante problema de saúde pública já que estudos relacionam infecções congênicas em recém-nascidos e doenças neuroinvasivas associadas ao vírus.

Associado a isso, entre os 853 municípios do Estado, aproximadamente 96% (n= 822) estão comprovadamente infestados pelo vetor transmissor dessas arboviroses, o *Aedes aegypti*. Os demais 31 não possuem infestação por este inseto ou não houve detecção

durante a pesquisa larvária. Esta situação, no entanto, não é irreversível e municípios não infestados podem se tornar infestados ao longo do tempo. Outra preocupação é com a infestação do *Aedes albopictus*, que também é vetor das três doenças e já foi identificado em alguns municípios do Estado.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

3.1. Dengue

Casos de dengue têm sido registrados no Estado de Minas Gerais desde a década de 1980, com grande variação no número de registros. No ano de 2013, observou-se uma grande epidemia no Estado (Tabela 1) o que levou à implantação das ações do Programa Estadual de Controle Permanente da Dengue.

Diante da série histórica de casos prováveis no Estado no ano de 2016 ocorreu a maior epidemia, registrando 522.650 casos prováveis de dengue.

Tabela 1 - Casos prováveis de dengue, no Estado de Minas Gerais, 2011 a 2017.

Mês de início de Sintomas	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Janeiro	3.806	2.342	35.519	5.013	7.067	57.807	5.081
Fevereiro	5.659	2.599	62.559	8.576	9.324	138.060	4.874
Março	7.348	3.887	146.922	11.293	27.813	158.025	5.756
Abril	8.661	4.753	123.957	15.335	59.908	121.702	4.193
Maiο	6.914	3.848	31.307	9.815	51.151	36.302	3.255
Junho	1.690	2.526	7.231	3.497	14.167	4.761	1.835
Julho	655	1.221	1.654	1.116	3.302	1.012	660
Agosto	419	650	673	552	1.217	622	1
Setembro	399	532	577	653	965	643	
Outubro	504	659	744	643	1.298	752	
Novembro	880	1.162	1.056	873	3.816	1.201	
Dezembro	1.365	6.356	2.524	1.102	14.517	1.763	
TOTAL	38.300	30.535	414.723	58.468	194.545	522.650	25.655*

Fonte: SubVPS/SES-MG – Atualização: 03/08/2017

Nota: *Dados parciais sujeitos a revisão para o ano de 2017

Com o aumento no número de casos observa-se também o aumento no número de óbitos. A Tabela 2 mostra os óbitos confirmados por dengue registrados entre 2011 e 2017, sendo que o ano de 2016 possui o maior número de óbitos confirmados por dengue no Estado de Minas Gerais. Os óbitos são considerados eventos sentinela e marcadores de qualidade da assistência, merecendo atenção especial durante a investigação dos fatores de risco que levaram o paciente a esta evolução com o objetivo de identificar pontos críticos no acesso, na gestão e na capacidade técnica dos profissionais durante o processo, pretendendo assim evitar ocorrências semelhantes. Apesar das limitações da utilização de dados secundários sobre comorbidades e da ausência de informações anteriores a 2016, observa-se que estas estão presentes na maioria dos pacientes com evolução para óbito. Apesar de ocorrer óbitos em crianças, a mediana de idade a partir de 2013 aumentou e permaneceu elevada nos anos seguintes.

Tabela 2 – Óbitos confirmados por dengue, Minas Gerais, 2011 a 2017.

Ano	Óbitos confirmados	Presença de comorbidade	Mediana de idade
2011	20	Sem informação	35 (1 a 74)
2012	15	Sem informação	39 (6 a 88)
2013	106	Sem informação	57 (0 a 96)
2014	50	Sem informação	60 (0 a 96)
2015	74	Sem informação	57 (9 a 92)
2016	265	126 (47,3%)	66 (1 a 100)
2017	13*	11 (84,6%)	58 (3 a 93)

Fonte: DVA/SVEAST/SubVPS/SES-MG – Atualização: 26/09/2017

Nota: *Dados parciais sujeitos a revisão para o ano de 2017

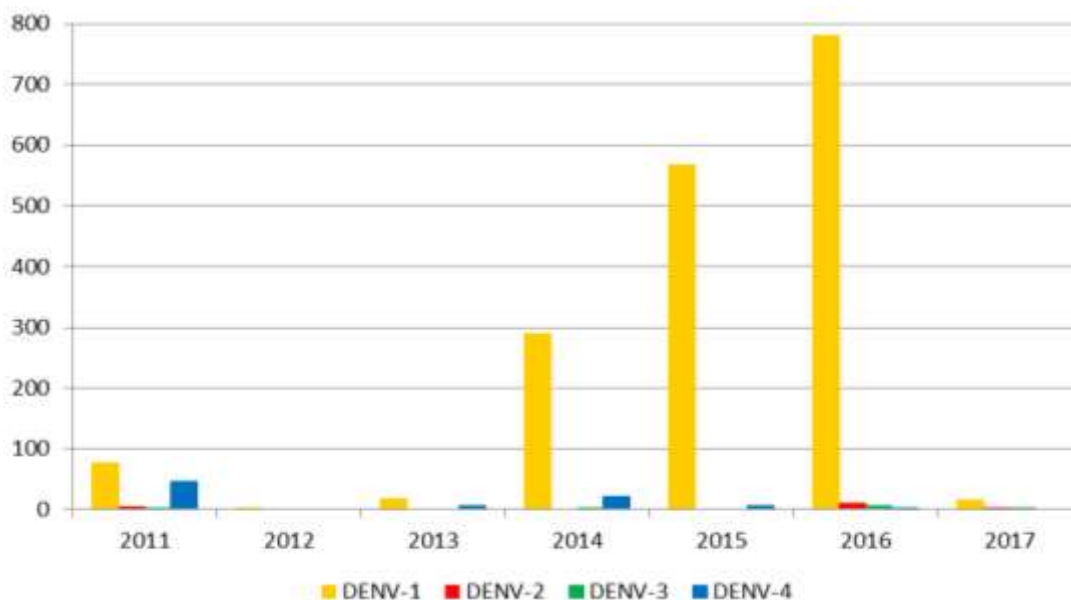
A Secretaria de Estado da Saúde através do Laboratório de Referência em Saúde Pública – FUNED realiza o monitoramento da circulação viral (DENV) junto aos municípios de Minas Gerais. Através das análises realizadas entre os anos de 2011 a 2017 foi identificada a circulação dos sorotipos DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4.

Em 2011 registrou-se a circulação dos quatro sorotipos de dengue, com predomínio dos sorotipos DENV1 e DENV4. No ano de 2012 o Estado identificou somente a circulação do sorotipo DENV1. Nos anos 2013 e 2015 observou-se a circulação de dois sorotipos virais:

DENV1 e DENV4. Já no ano de 2014 ocorreu a reintrodução do sorotipo DENV3 em Minas Gerais. Em 2016 houve predomínio da circulação do sorotipo DENV1 com identificação dos quatro sorotipos. A positividade das amostras de dengue para isolamento viral foi baixa em 2017, acompanhando a baixa notificação de casos de dengue no Estado, tendo sido identificado os sorotipos DENV1, DENV2 e DENV3 em apenas nove Unidades Regionais de Saúde (URS).

O gráfico abaixo demonstra a circulação viral no Estado de Minas Gerais no período de 2011 a 2017.

Figura 1 – Monitoramento viral da dengue, Minas Gerais, 2011 a 2017.

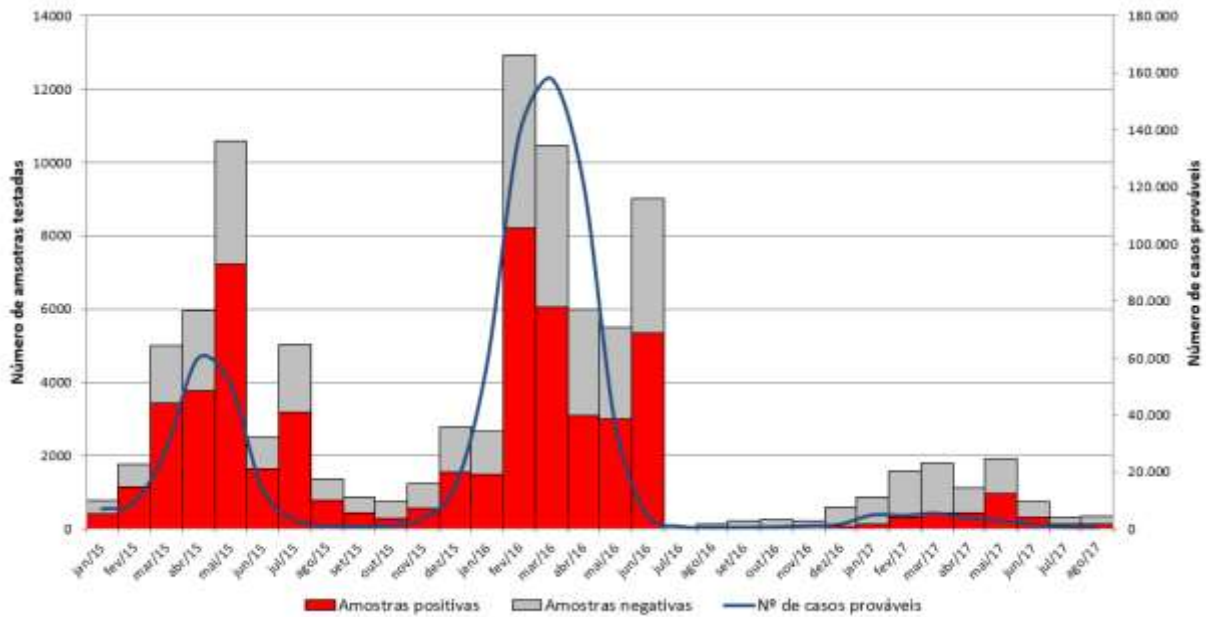


Fonte: GAL/FUNED/MG – Atualização: 31/07/2017

Nota: Dados parciais sujeitos a revisão para o ano de 2017

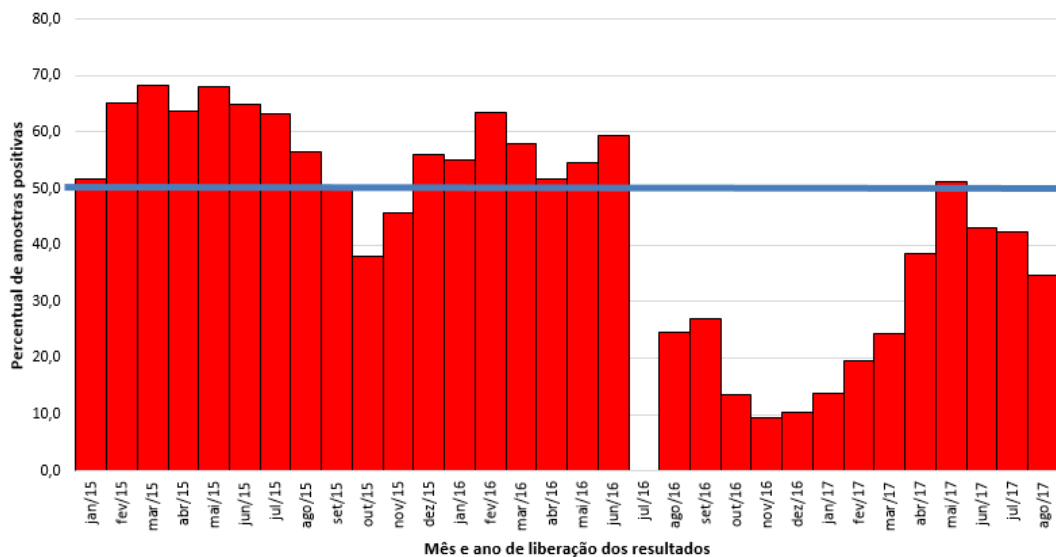
O registro de casos prováveis de dengue aumenta nos meses de fevereiro a março (meses epidêmicos). Na Figura 2, nota-se que nesse mesmo período também ocorre uma elevação no processamento de amostras para sorologia na Funed. Destacam-se os meses de maio de 2015, fevereiro e março de 2016 com mais de nove mil resultados liberados pela Funed. Em anos epidêmicos, como 2015 e 2016, observa-se que a positividade das amostras testadas ultrapassou 50%, na maioria dos meses (Figura 3).

Figura 2 – Amostras testadas para sorologia e casos prováveis de dengue, Minas Gerais, 2015 a 2017.



Fonte: GAL/FUNED/MG – Atualização: 28/08/2017

Figura 3 – Percentual de positividade das amostras de sorologia de dengue, Minas Gerais, 2015 a 2017.



Fonte: GAL/FUNED/MG – Atualização: 28/08/2017

3.2. Chikungunya

Os primeiros casos de chikungunya do Estado de Minas Gerais ocorreram em 2014, sendo todos importados de outros estados ou países que já possuíam a transmissão autóctone da doença. Observa-se um perfil epidemiológico muito semelhante nos anos de 2014 e 2015.

Em 2016, foram confirmados os primeiros casos autóctones (transmissão ocorrida no Estado de Minas Gerais), com maior registro de casos prováveis nos meses de março a maio.

Com a alteração do cenário epidemiológico no Estado, o número de casos prováveis de chikungunya em 2017 (dados até julho) aumentou mais de 4.000%.

Tabela 3 - Casos prováveis de chikungunya, no Estado de Minas Gerais, 2014 a 2017.

Mês de início de Sintomas	2014	2015	2016	2017
Janeiro	0	1	34	744
Fevereiro	0	1	78	3.436
Março	0	0	89	7.805
Abril	0	2	88	3.677
Maio	0	1	84	1.262
Junho	0	0	22	853
Julho	0	2	16	196
Agosto	1	0	7	
Setembro	1	1	9	
Outubro	5	4	7	
Novembro	8	3	25	
Dezembro	3	16	44	
TOTAL	18	31	503	17.973*

Fonte: SubVPS/SES-MG – Atualização: 31/07/2017

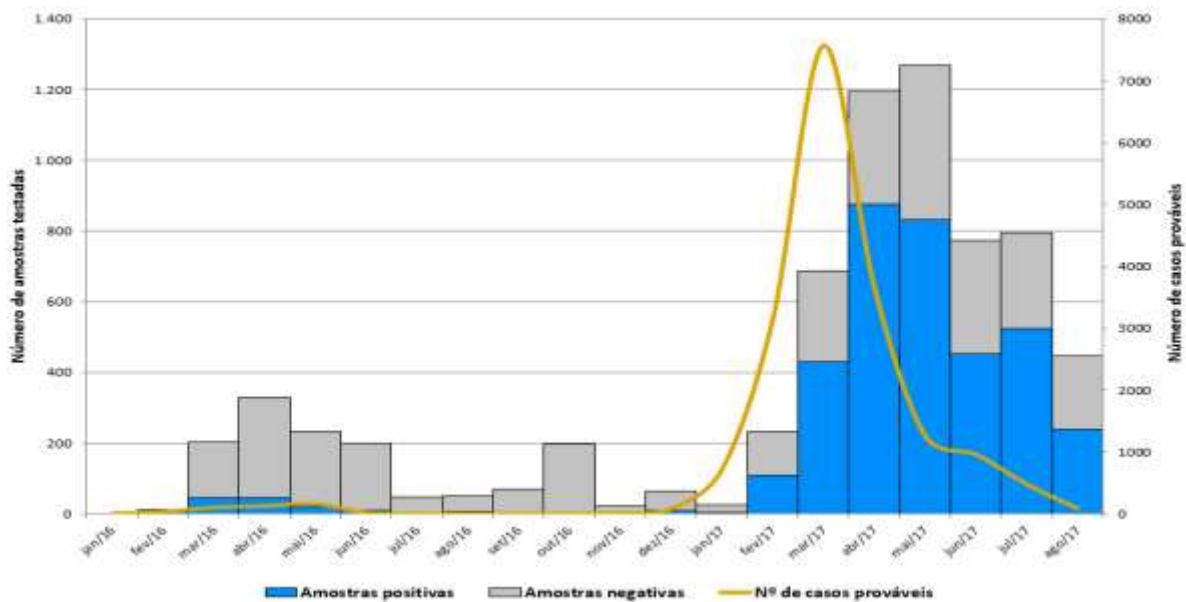
Nota: *Dados parciais sujeitos a revisão para o ano de 2017

No ano de 2017, Minas Gerais vivenciou sua primeira epidemia de chikungunya com concentração dos casos na região leste do Estado. Foram registrados 11 óbitos por chikungunya, a maioria com comorbidades e idade acima de 60 anos apresentando evolução com comprometimento cardíaco, respiratório e/ou renal. Outro grande risco ocorre para o recém-nascido se o parto acontecer no período de viremia materna, em geral apresenta manifestações graves que surgem entre três e sete dias de vida, como febre, dor, edema de

extremidades, sucção débil, exantema polimórfico tipo vesico-bolhoso, instabilidade hemodinâmica, sintomas neurológicos indicativos de meningoencefalite e manifestações hemorrágicas.

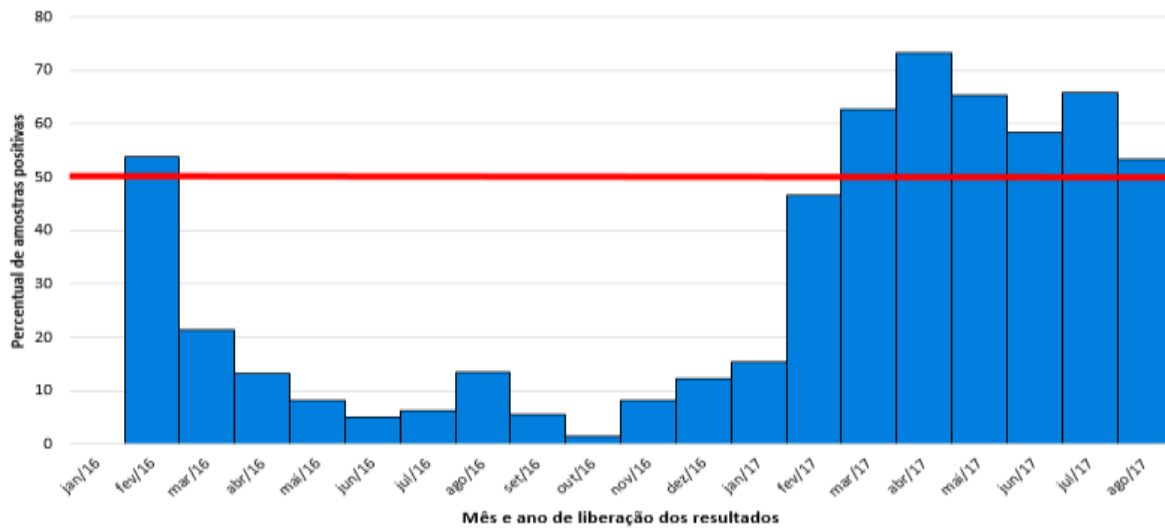
O pico dos casos prováveis de chikungunya foi acompanhado pelo aumento de amostras processadas pela Funed, comprovando a epidemia vivenciada pelo Estado de Minas Gerais no primeiro semestre de 2017 (Figura 4). A positividade acima de 50% do total de amostras de sorologia testadas pela Funed no ano de 2017 a partir de fevereiro já sinalizava a probabilidade de uma epidemia (Figura 5).

Figura 4 - Amostras testadas para sorologia e casos prováveis de chikungunya, Minas Gerais, 2016 a 2017.



Fonte: GAL/FUNED/MG – Atualização: 28/08/2017

Figura 5 - Positividade das amostras de sorologia de chikungunya, Minas Gerais, 2016 a 2017.

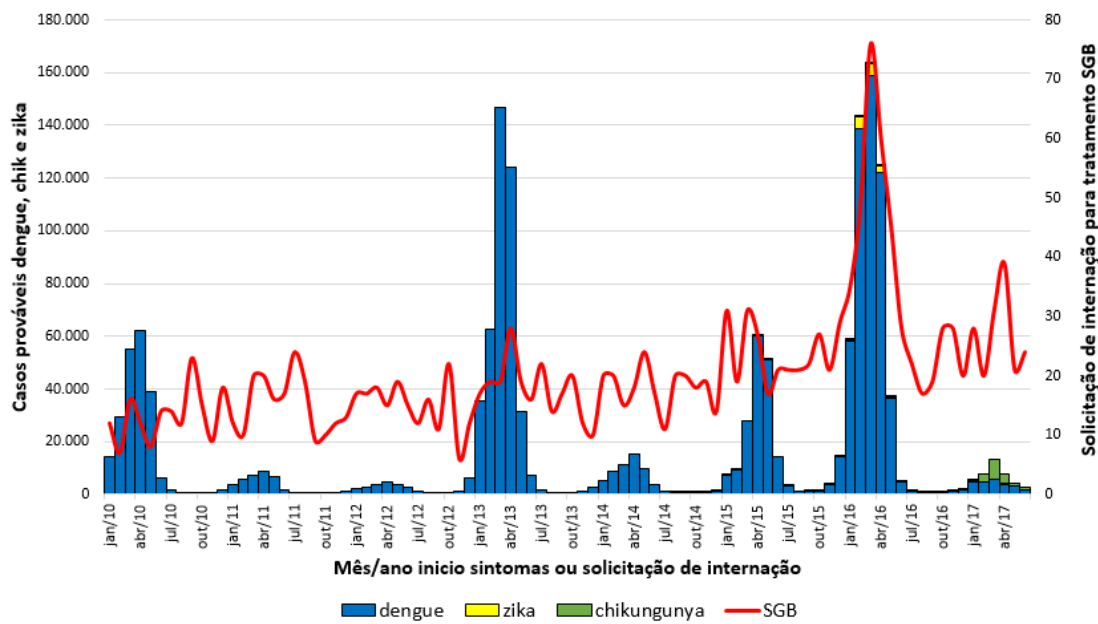


Fonte: GAL/FUNED/MG – Atualização: 28/08/2017

3.3. Zika

Os primeiros casos de zika foram registrados no final de 2015 em Unidades Sentinelas implementadas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. A partir de 2016, a microcefalia foi associada ao vírus zika e a notificação de casos suspeitos tornou-se universal. Recentemente casos de Síndrome de Guillain Barré foram relacionados com aumento de casos de zika. Considerando a dificuldade em diferenciar a infecção pelo vírus Zika e a infecção por outros flavivírus através da sorologia e o aumento de solicitações de internação para tratamento de Síndrome de Guillain Barré (SGB) em 2016, supõe-se que provavelmente ocorreu uma subnotificação de casos de zika (Figura 6).

Figura 6 - Casos prováveis de dengue, chikungunya e zika e solicitação de internação para tratamento de Guillain Barré, Minas Gerais, 2010 a junho de 2017.



Fonte: SubVPS/SES-MG: atualização em 18/09/2017; Susfácil: atualização em 18/09/2017

Foram registrados 14.086 casos prováveis de zika em 2016 e 765 em 2017 (até 31 de julho de 2017) em Minas Gerais. O número de casos prováveis este ano está muito inferior ao número de casos prováveis notificados em 2016. Foram notificados casos prováveis de zika em 85 municípios do Estado.

Tabela 4 - Casos prováveis de zika, no Estado de Minas Gerais, 2016 a 2017.

Mês de início de Sintomas	2016	2017
Janeiro	742	106
Fevereiro	4.945	131
Março	4.975	212
Abril	2.214	111
Maio	833	112
Junho	153	78
Julho	32	15
Agosto	20	
Setembro	33	
Outubro	30	
Novembro	55	
Dezembro	54	
TOTAL	14.086	765*

Fonte: SubVPS/SES-MG – Atualização: 31/07/2017

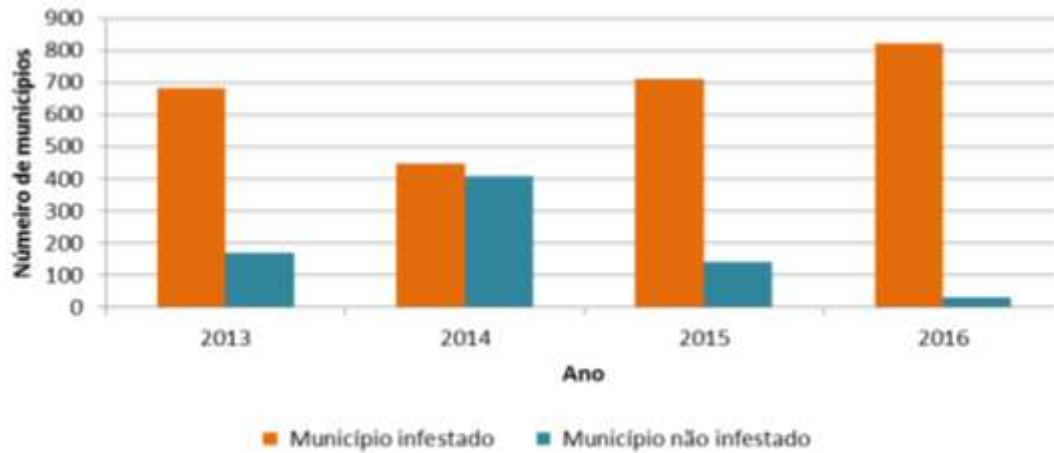
Nota: Dados parciais sujeitos a revisão para o ano de 2017

3.4. Controle Vetorial

O controle do *Aedes* no Estado é uma atividade complexa que envolve diversos fatores externos ao setor saúde. As ações desenvolvidas pelo Estado seguem as recomendações do Ministério da Saúde que envolvem: vigilância entomológica, suporte técnico no planejamento do LIRAA/LIA, prestação de assessoria técnica, capacitações e treinamentos, liberação de insumos estratégicos, equipamentos para controle químico e distribuição de armadilhas (ovitrapas).

Minas Gerais apresentou ao longo dos anos um aumento considerável no número de municípios com detecção de focos de *Aedes aegypti*, constituindo fator de risco para a transmissão das arboviroses. Da mesma forma que o número dos focos detectados elevou, a quantidade de municípios considerados infestados também ampliou (Figura 7).

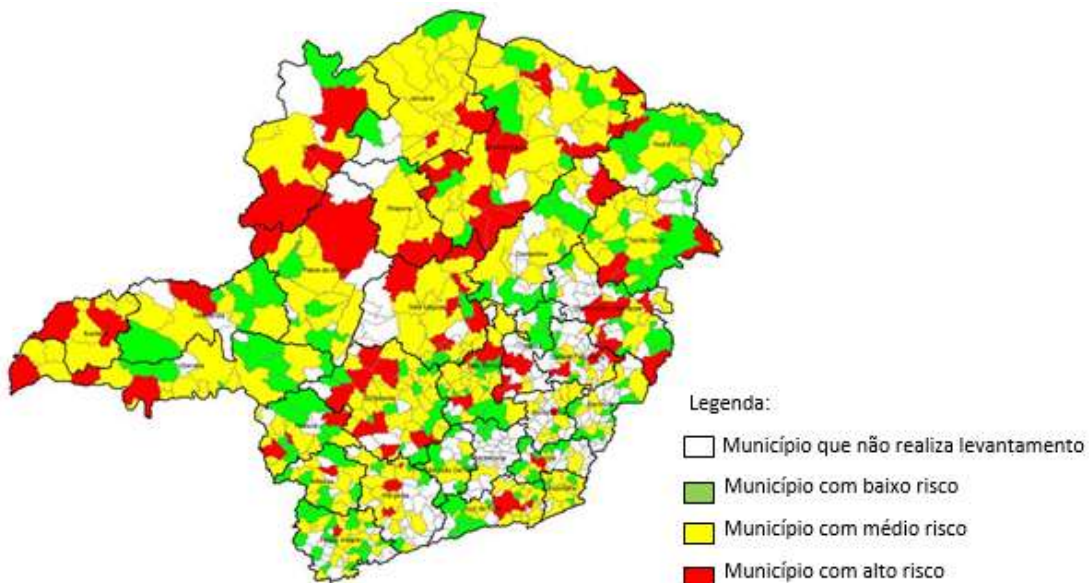
Figura 7 – Número de municípios infestados e não infestados, Minas Gerais, 2013 a 2016.



Fonte: PECDTA/SES-MG – Atualização: 06/01/2017

No levantamento de índice realizado no primeiro semestre de 2017, 76 municípios apresentaram índices de infestação predial acima de 3,9%, sendo considerados municípios com alto risco de ocorrência de epidemias; 313 estavam com médio risco (1 a 3,9%); 366 com baixo risco (até 1,0%) e 98 municípios não informaram o índice de infestação (Mapa 1).

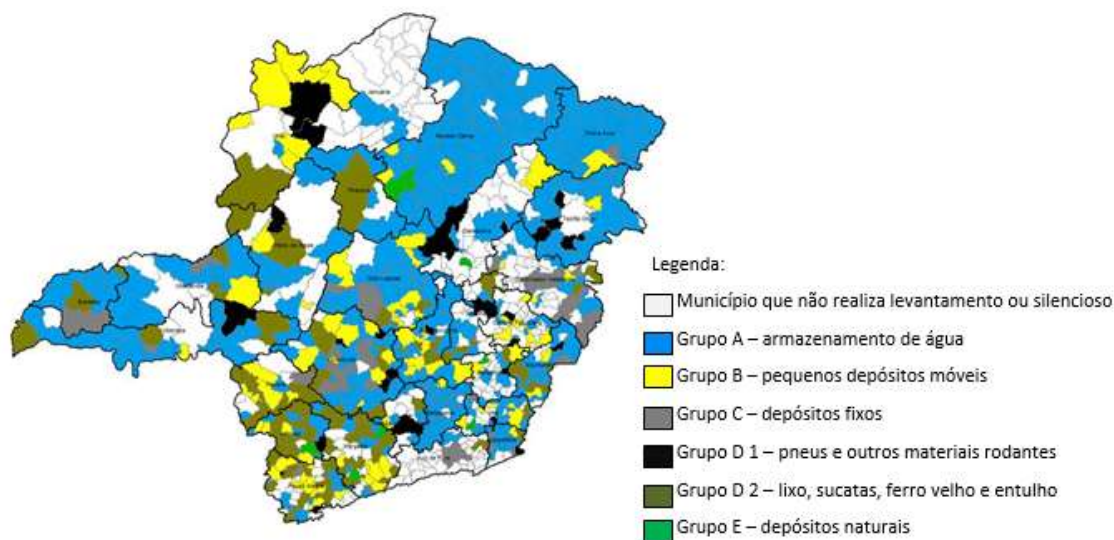
Mapa 1 – Índice de infestação predial, Minas Gerais, primeiro semestre 2017.



Fonte: SubVPS/SES-MG – Atualização: 31/07/2017

Os depósitos para armazenamento de água são predominantes no Estado de Minas Gerais, conforme demonstrados no Mapa 2. Em 380 municípios, o tipo de depósito predominante foi para armazenamento de água; em 114 municípios, lixo, sucatas, ferro velho e entulho e em 94 municípios, pequenos depósitos.

Mapa 2 – Depósitos predominantes, Minas Gerais, primeiro semestre 2017.



Fonte: SubVPS/SES-MG – Atualização: 31/07/2017

3.5. Rede assistencial

O Estado de Minas Gerais possui 1.393 leitos do SUS habilitados para internação de pacientes graves por arboviroses, no entanto, não são leitos exclusivos. (Tabela 5).

Tabela 5 – Leitos do SUS para internação de pacientes no Estado de Minas Gerais.

Macrorregião de Saúde	Clínica Geral	Geriatria	Pediatria clínica	UTI Adulto	UTI Pediátrico	UTI Neonatal
Centro	100	8	77	52	22	23
Centro Sul	31	2	25	7	2	2
Jequitinhonha	11	1	10	1	1	1
Leste	35	3	29	13	1	3
Leste do Sul	20	1	17	6	0	2
Nordeste	38	0	35	2	1	1
Noroeste	24	1	23	5	2	3
Norte	40	1	36	10	2	5
Oeste	38	1	36	11	2	2
Sudeste	50	1	42	25	8	8
Sul	105	18	102	32	10	16
Triângulo do Norte	29	6	28	16	3	8
Triângulo do Sul	24	2	19	11	2	3

Fonte: Susfácil – atualizado 18/09/2017

4. OBJETIVOS

O Plano de Contingência Estadual para o enfrentamento das doenças transmitidas pelo *Aedes* tem como objetivos:

4.1. Objetivo Geral

- Evitar a ocorrência de óbitos.

4.2. Objetivos Específicos

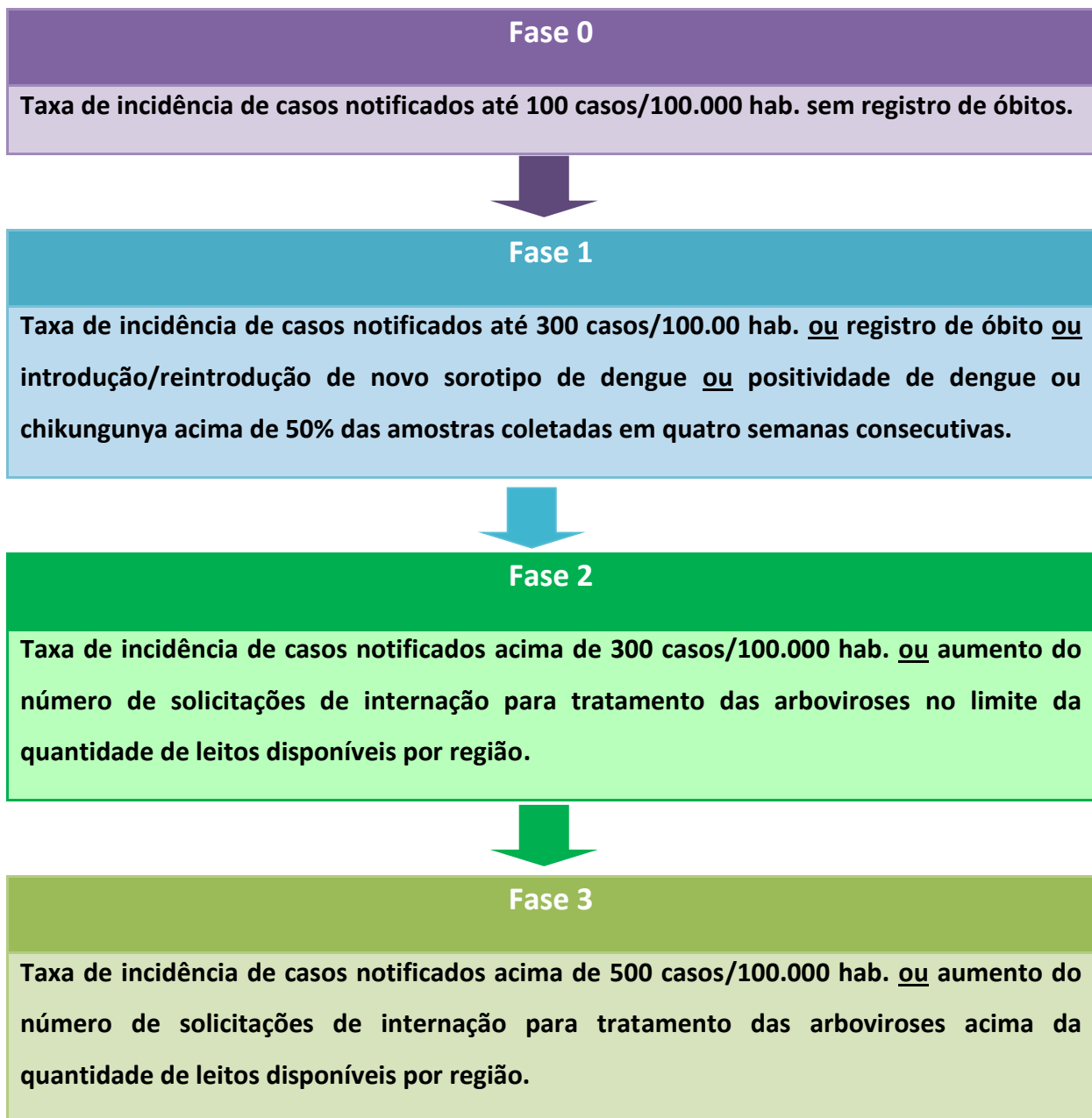
- Fortalecer a articulação entre as áreas e serviços envolvidos no enfrentamento da dengue, chikungunya e zika, além da articulação intersetorial;
- Promover assistência adequada ao paciente com acesso ao diagnóstico e manejo clínico adequado, por profissionais habilitados e capacitados;
- Disponibilizar os insumos estratégicos e equipamentos necessários;
- Sistematizar as atividades de comunicação.

5. PLANO DE CONTINGÊNCIA ESTADUAL

5.1. Fases do Plano de Contingência

De acordo com a taxa de incidência de casos notificados de dengue e chikungunya, a ocorrência de óbitos, o percentual de positividade de amostras laboratoriais de dengue e chikungunya, a circulação de sorotipo de dengue e o aumento da solicitação de leitos para casos graves, será possível classificar os municípios em quatro fases de contingência, que servirão para estabelecer quais as intervenções necessárias para cada situação. A Figura 3 mostra as fases do plano de contingência estadual com os indicadores utilizados para classificação. A cada vez que o limite da fase for superado, o Estado mudará de fase de enfrentamento, executando as ações planejadas para essa situação.

Figura 6 – Fases do Plano de Contingência Estadual



5.2. Plano de Ação

Fase 0	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<p>Realizar o acompanhamento integrado das atividades de controle das doenças transmitidas pelo <i>Aedes</i> realizadas no nível municipal;</p> <p>Orientar a intensificação das ações de controle vetorial nas localidades com índices de infestação elevada <u>ou</u> com permanência de casos notificados;</p> <p>Apoiar tecnicamente a realização do LIRAA / LIA;</p> <p>Gerenciar os estoques estaduais de inseticidas para controle do vetor;</p> <p>Elaborar e divulgar análise da situação atual da transmissão das doenças transmitidas pelo <i>Aedes</i> em Minas Gerais;</p> <p>Monitorar o sorotipo do vírus circulante no Estado;</p> <p>Distribuir o cartão de acompanhamento do paciente e disponibilizar fluxograma de manejo clínico;</p> <p>Estimular a participação do agente comunitário de saúde na busca ativa e acompanhamento dos pacientes;</p> <p>Distribuir material gráfico para atividades educativas;</p> <p>Atender demanda da imprensa.</p>	<p>Manter ações previstas na fase 0;</p> <p>Orientar os municípios a realizar ações de bloqueio de transmissão utilizando bomba costal e intensificar as ações de campo nas áreas;</p> <p>Encerrar os casos com evolução para óbito;</p> <p>Estimular municípios a realizarem ações de mobilização social;</p> <p>Liberar medicamentos.</p>	<p>Manter ações previstas na fase 1;</p> <p>Analisar a necessidade de realização de operação de UBV nos municípios prestando assistência técnica por intermédio das Centrais de UBV;</p> <p>Orientar municípios a encerrar casos pelo critério clínico-epidemiológico;</p> <p>Racionalizar os exames específicos, mantendo realização para TODOS os casos graves e grupos de risco;</p> <p>Analisar implantação de unidades de hidratação;</p> <p>Utilizar vaga zero para pacientes graves;</p> <p>Suspender temporariamente as internações eletivas;</p> <p>Sensibilizar os profissionais de saúde quanto ao manejo clínico.</p>	<p>Manter todas as ações previstas na fase 2;</p> <p>Intensificar apoio e visitas técnicas ao município;</p> <p>Realizar abertura de novos leitos: ampliação da rede SUS ou rede privada.</p>

5.3. Insumos estratégicos

Os itens para tratamento de dengue e chikungunya na fase aguda são distribuídos pela Superintendência de Assistência Farmacêutica. São eles:

- Cloreto de sódio 9mg/ml (solução estéril e injetável)
- Dipirona sódica 500mg (solução oral)
- Dispositivo intravenoso para acesso 16G*
- Dispositivo intravenoso para acesso 18G*
- Dispositivo intravenoso para acesso 20G*
- Dispositivo intravenoso para acesso 22G*
- Dispositivo intravenoso para acesso 24G*
- Equipo para administração de soluções parenterais*
- Paracetamol 200mg (solução oral)
- Paracetamol 500mg (comprimido)
- Sais de reidratação oral
- Dipirona sódica 500mg/ml (solução injetável)
- Metoclopramida cloridrato 5mg/ml (solução injetável)
- Ringer + lactato de sódio (solução injetável)

A liberação dos insumos está condicionada à incidência acumulada de dengue, zika e chikungunya nas quatro últimas semanas, de acordo com os critérios abaixo:

- Município silencioso (sem casos notificados) ou com baixa incidência de casos (inferior a 100 casos por 100 mil habitantes)
 - Não autorizada liberação de medicamentos
- Município com incidência média – maior ou igual a 100 casos e inferior a 300 casos por 100 mil habitantes
 - Medicamentos para tratar até 2% da população do município

* Itens são adquiridos pela Superintendência de Redes de Atenção à Saúde

- Município com incidência alta – maior ou igual a 300 casos e inferior a 500 casos por 100 mil habitantes
 - Medicamentos para tratar até 4% da população do município
- Município com incidência muito alta – maior ou igual a 500 casos por 100 mil habitantes
 - Medicamentos para tratar até 8% da população do município

A liberação não será acumulativa, ou seja, o teto máximo do cálculo desses itens para todos os municípios será de 8% população.

Os pedidos devem respeitar o intervalo mínimo de 28 dias.

Para as fases subaguda e crônica serão disponibilizados medicamentos específicos para tratamento da dor em pacientes com chikungunya. Os medicamentos serão liberados para os municípios em média, alta ou muito alta incidência de chikungunya.

5.4. Monitoramento do Nível Central

O monitoramento do plano de contingência será realizado na esfera estadual através dos Comitês Técnicos Regionais e do Comitê Gestor Estadual de Políticas de Enfrentamento de Dengue, Chikungunya e Zika. Os referidos comitês realizarão o monitoramento permanente da situação de transmissão das doenças nos municípios do Estado de Minas Gerais.

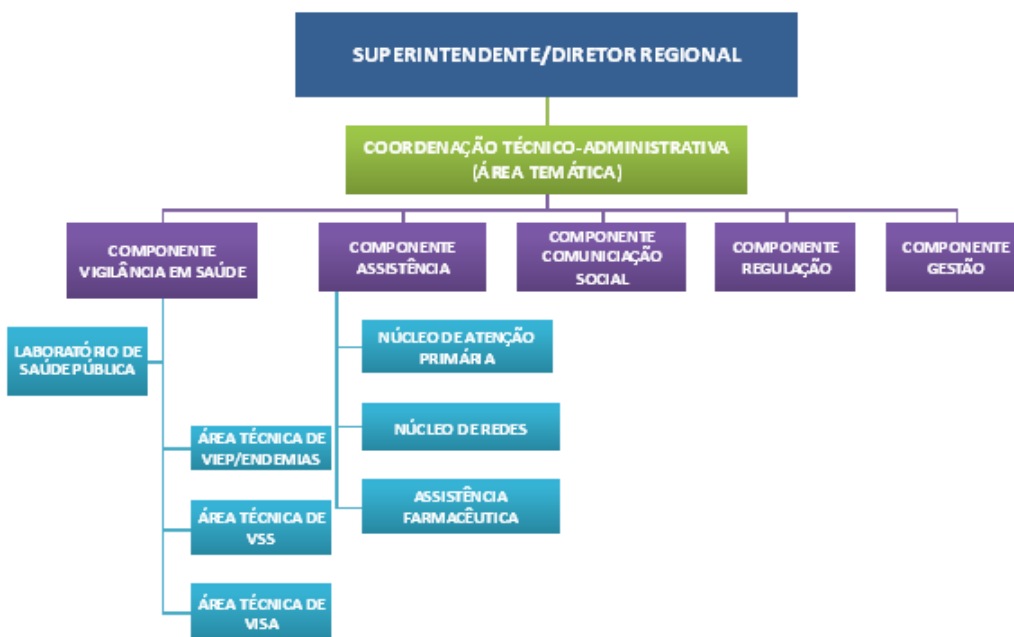
Os comitês têm como atribuições básicas:

- Monitorar indicadores do Programa Estadual de Controle das Doenças Transmitidas pelo *Aedes*, de acordo com as ações do Plano de Contingência;
- Monitorar a introdução dos vírus zika, chikungunya e dengue nos municípios que ainda não apresentaram casos autóctones, seu impacto e encaminhamentos necessários;
- Monitorar os casos graves de chikungunya, seu impacto e encaminhamentos necessários;
- Articular parcerias com demais órgãos ou secretarias para definição de estratégias;
- Planejar e executar ações no âmbito regional;

- Coordenar e assegurar a realização da elaboração dos planos de contingência municipais para o enfrentamento da dengue, chikungunya e zika.

A Figura 7 mostra a estrutura dos Comitês Regionais, que é gerido pelos Diretores e Superintendentes Regionais, com a coordenação técnico-administrativa pela Área Temática Regional de Vigilância em Saúde. Além disso, constam na sua composição os componentes da Vigilância em Saúde, Assistência, Comunicação Social, Regulação e Gestão.

Figura 7 – Estrutura do Comitê Técnico Regional de Controle da Dengue, Chikungunya e Zika.



Entre as principais rotinas do Comitê Regional:

- Identificar municípios críticos e apoiar ações de promoção, prevenção e controle da dengue, chikungunya e zika;
- Monitorar e avaliar a situação vigente dos municípios de sua jurisdição para classificação de fase conforme Plano de Contingência;
- Desenvolver reuniões com periodicidade com os municípios de sua jurisdição;
- Mobilizar ações intersetoriais para a abordagem do Programa Estadual de Controle das Doenças Transmitidas pelo *Aedes* a nível Regional;
- Articular e monitorar junto as áreas envolvidas as ações de suas responsabilidades, de acordo com o Plano de Contingência.

6. PLANOS DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAIS: DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA

Assim como o plano de contingência estadual, os planos de contingência municipais têm como objetivo principal evitar a ocorrência de óbitos por dengue, chikungunya e zika, além de prevenir e controlar processos epidêmicos. Os planos deverão ser organizados de acordo com os eixos previstos para atuação (vigilância epidemiológica e laboratorial, assistência, controle vetorial e mobilização e comunicação), com o planejamento das ações municipais para as quatro fases do Plano de Contingência.

Os Planos de Contingência Municipais serão compostos de quatro etapas:

- Elaboração do plano de contingência municipal;
- Assinatura do termo de compromisso do gestor;
- Aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
- Ciência na reunião de CIR.

O processo será acompanhado pela SES através dos Comitês Regionais.

6.1 - Modelo de plano de contingência municipal

I - INTRODUÇÃO

A transmissão simultânea das doenças virais transmitidas pelo *Aedes*: dengue, chikungunya e zika no Estado de Minas Gerais, além da ocorrência de casos graves e óbitos e formas crônicas de chikungunya, tem sido motivo de grande preocupação.

Diante deste cenário, o município _____ elabora seu plano de contingência municipal contra as doenças transmitidas pelo *Aedes* que contém o planejamento das ações que serão executadas em caso de epidemia de acordo com a situação epidemiológica.

II - OBJETIVOS

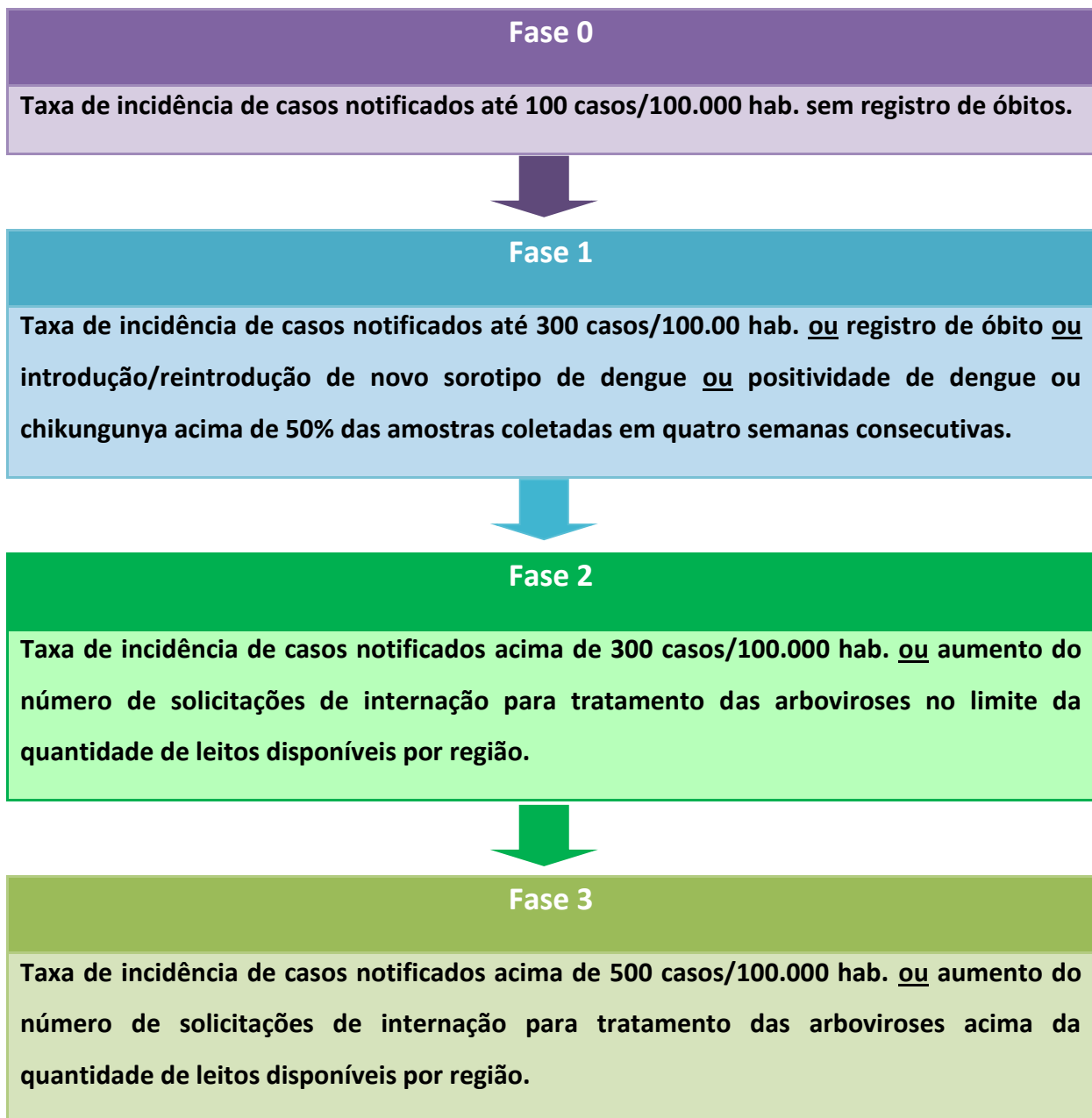
2.1 Objetivo Geral

- Evitar a ocorrência de óbitos.

2.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer a articulação entre as áreas e serviços envolvidos no enfrentamento das doenças além da articulação intersetorial;
- Definir estratégias para prevenir e controlar a transmissão através das ações de controle vetorial;
- Promover assistência adequada ao paciente com acesso ao diagnóstico e manejo clínico adequado, por profissionais habilitados;
- Promover a capacitação de profissionais envolvidos no enfrentamento das doenças transmitidas pelo *Aedes*;
- Aprimorar a vigilância com notificação e investigação oportuna dos casos, além de monitorar a circulação viral, utilizando como base para a tomada de decisão;
- Sistematizar as atividades de comunicação;
- Mobilizar a população para ações de autoproteção e proteção comunitária além da eliminação de criadouros nas residências;
- Mobilizar o setor privado para envolver-se na eliminação de criadouros.

III – FASES DO PLANO DE CONTINGÊNCIA



IV- PLANO DE AÇÃO

Fase 0	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<p>Investigar e digitar as fichas de notificação em tempo oportuno;</p> <p>Realizar atividades de controle das doenças transmitidas pelo <i>Aedes</i>;</p> <p>Intensificar ações de controle vetorial nas localidades com índices de infestação elevada ou com permanência de casos notificados;</p> <p>Realizar mutirões de limpeza;</p> <p>Realizar LIRAA / LIA;</p> <p>Elaborar e divulgar informes epidemiológicos para população e profissionais de saúde;</p> <p>Coletar amostras para identificação do sorotipo do vírus circulante;</p> <p>Distribuir o cartão de acompanhamento do paciente e disponibilizar fluxograma de manejo clínico;</p> <p>Estimular a participação do agente comunitário de saúde na busca ativa e acompanhamento dos pacientes;</p> <p>Distribuir material gráfico para atividades educativas;</p> <p>Atender demanda da imprensa;</p> <p>Realizar reuniões periódicas com o comitê gestor municipal.</p>	<p>Manter ações previstas na fase 0;</p> <p>Realizar ações de bloqueio de transmissão utilizando bomba costal e intensificar as ações de campo nas áreas;</p> <p>Intensificar ações para eliminar pendências; Notificar imediatamente casos graves e óbitos;</p> <p>Investigar oportunamente os casos com evolução para óbito;</p> <p>Verificar e corrigir possíveis falhas na assistência; Intensificar as ações de mobilização social;</p> <p>Expandir horário de atendimentos das unidades básicas de saúde;</p> <p>Identificar as unidades para atendimento das formas graves das doenças;</p> <p>Implantar acolhimento diferenciado para dengue, zika e chikungunya nas unidades com fluxo assistencial específico.</p>	<p>Manter ações previstas na fase 1;</p> <p>Solicitar a realização de operação de UBV;</p> <p>Avaliar possibilidade de encerrar casos pelo critério clínico-epidemiológico;</p> <p>Racionalizar os exames específicos, mantendo coleta para TODOS os casos graves e grupos de risco;</p> <p>Instalar máquinas portáteis de hemograma em unidades de saúde estrategicamente localizadas;</p> <p>Solicitar medicamentos;</p> <p>Avaliar implantação de unidades de hidratação;</p> <p>Avaliar suspensão temporária das consultas eletivas nas unidades básicas;</p> <p>Solicitar apoio técnico, operacional e financeiro para Secretaria Estadual de Saúde;</p> <p>Avaliar a necessidade de remanejamento de equipes de controle de vetores e digitadores.</p>	<p>Manter todas as ações previstas na fase 2;</p> <p>Realizar abertura de novos leitos: ampliação da rede SUS ou rede privada;</p> <p>Ampliar capacitações para médicos e enfermeiros ainda não treinados, envolver fisioterapeuta no caso de Chikungunya;</p> <p>Implantar Centros de Atendimento dos casos crônicos de chikungunya;</p> <p>Avaliar a necessidade de contratação temporária de profissionais de saúde (técnicos de laboratórios, digitadores, médicos e enfermeiros, entre outros).</p>

V- TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, secretário municipal de saúde de _____, me comprometo a executar as ações descritas neste Plano de Contingência Municipal contra as doenças transmitidas pelo *Aedes*, de acordo com a disponibilidade de recurso municipal.

Eu, _____, prefeito de _____, me comprometo a executar as ações descritas neste Plano de Contingência Municipal contra as doenças transmitidas pelo *Aedes*, de acordo com a disponibilidade de recurso municipal.

_____, Minas Gerais, _____ de _____ de 2017.

Assinatura e carimbo do Secretário Municipal de Saúde

Assinatura e carimbo do Prefeito