

Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses do Município de Prudentópolis

Rua Rui Barbosa, 1848 – Centro – Prudentópolis – Paraná – CEP: 84400-000

Fone: 0800 808 0236 ramal 8110

Atualizado em 26/11/2025

2025

Governador do Estado do Paraná
Carlos Roberto Massa Júnior

Secretário Estadual de Saúde
Carlos Alberto Gebrim Preto

Diretora da 5ª Regional de Saúde
Renata Araújo

Prefeito Municipal
Adelmo Luiz Klosowski

Secretário Municipal de Saúde
Marcelo Hohl Mazurechen

Rua Rui Barbosa, 1848 – Centro – Prudentópolis – Paraná – CEP: 84400-000

Fone: 0800 808 0236 ramal 8110

Atualizado em 26/11/2025

REFERÊNCIAS TÉCNICAS DAS ÁREA PRIORITÁRIAS E ESTRATÉGICAS:

Área	Nome	Telefone para contato	e-mail
Secretário Municipal de Saúde	Marcelo Hohl Mazurechen	0800 808 0235 ramal 8101	mmazurechen@hotmail.com
Responsável pela Atenção à Saúde (APS)	Camila Szymanski Tluski Siqueira	0800 808 0235 ramal 8101	aps.prudentopolis@gmail.com
Responsável pela Vigilância Epidemiológica	Pedro Alann Furmann	0800 808 0236 ramal 8129	dve@prudentopolis.pr.gov.br
Responsável pelo controle vetorial	Paulo Kachutski Filho	0800 808 0236 ramal 8131	kachutske@gmail.com
Responsável pela comunicação	Matheus Coelho	0800 808 0120 ramal 8000	
Responsável pela atenção à saúde (hospitalar)	Sonia Maria Schirlo Kellyn Cristiane de Souza Marlon Schoreder	0800 808 0235 ramal 8101 (42)3446-1236 (42)3446-1333	aps.prudentopolis@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O Plano de Contingência é um documento elaborado com o intuito de auxiliar o município de Prudentópolis na resposta a uma eventual epidemia de arboviroses no município, condição que pode determinar sérios danos à saúde das pessoas e a economia dos entes integrantes do Sistema Único de Saúde. Neste documento, são definidas as responsabilidades e estabelecida a organização necessária, de modo a atender a situações de emergência relacionadas à circulação do vírus da dengue no município, visando à integralidade das ações de prevenção e controle da doença.

Rua Rui Barbosa, 1848 – Centro – Prudentópolis – Paraná – CEP: 84400-000

Fone: 0800 808 0236 ramal 8110

Atualizado em 26/11/2025

As estratégias a serem adotadas no município contemplarão os aspectos clínicos, laboratoriais, entomológicos, ações integradas de educação em saúde, comunicação, mobilização social, saneamento e suporte legal para as ações.

Os arbovírus (do inglês Arthropod-borne virus) representam uma ameaça à saúde pública em todo o mundo. Os arbovírus causadores da dengue (Orthoflavivirus denguei – DENV) e Zika (Orthoflavivirus zikaense – ZIKV) são vírus de RNA do gênero Orthoflavivirus, pertencente à família Flaviviridae. Sobre o DENV, até o momento, são conhecidos quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4), cada um deles apresentando distintos genótipos e linhagens (Bezerra et al., 2021). Quanto ao ZIKV, até o momento são conhecidos e descritos dois genótipos do vírus, o Africano e o Asiático (Bernardo-Menezes et al., 2022). Em relação ao vírus chikungunya (Chikungunya virus – CHIKV), este pertence ao gênero Alphavirus, da família Togaviridae, e possui três genótipos: Oeste Africano, Asiático Caribenho e Leste-Centro-Sul Africano (ECSA), do qual deriva a linhagem Oceano Índico (ECSA-IOL) (Gregianini et al., 2023; Souza et al., 2023; 2024). No Brasil, até o momento, foram detectados os genótipos Asiático e ECSA. Os três arbovírus podem ser transmitidos ao homem por via vetorial, vertical e transfusional, sendo a principal forma de transmissão a via vetorial, que ocorre pela picada de mosquitos vetores, no ciclo humano-vetor-humano (Lopes et al., 2014). Apesar de existirem registros de transmissão vertical em humanos (gestante-feto) para o DENV, CHIK e ZIKV, a maior preocupação ocorre na transmissão vertical do ZIKV, que pode acontecer em diferentes idades gestacionais e resultar em amplo espectro de malformações no feto, incluindo aborto. Além dessas três formas de transmissão, estudos apontam que o ZIKV pode ser transmitido por via sexual de uma pessoa infectada (sintomática ou não) para seus parceiros, durante meses após a infecção inicial (Brito; Cordeiro, 2016). Os insetos vetores de DENV, CHIKV e ZIKV no Brasil são mosquitos da família Culicidae, pertencentes ao gênero Aedes, do subgênero Stegomyia. A espécie Aedes aegypti é a principal responsável pela transmissão dessas arboviroses no Brasil,

mas outra espécie de mosquito vetor, *Ae. albopictus*, tem ampla distribuição no território nacional e deve ter atenção da vigilância entomológica.

No Brasil, ambas as espécies se encontram disseminadas em todas as Unidades da Federação (UFs), amplamente dispersas em áreas urbanas (Consoli; Oliveira, 1994; Marcondes; Ximenes, 2016).

A arbovirose de maior magnitude no Brasil e no mundo é a dengue. A doença é encontrada em pelo menos 100 países tropicais e subtropicais, incluindo os países da África, Sudeste Asiático, Pacífico Ocidental, Américas, Caribe e Mediterrâneo Oriental (Parkash e Shueb, 2015). Os casos e óbitos por dengue notificados apresentam tendência de aumento nas últimas décadas, em todo o mundo, e são de ocorrência ampla nas Américas. Nessa região, os países tropicais e subtropicais são os mais atingidos, pois as condições climáticas e ambientais favorecem o desenvolvimento e a proliferação dos vetores (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023).

A Dengue é uma doença viral que se espalha rapidamente no mundo. Nos últimos 50 anos, a incidência aumentou 30 vezes, com ampliação da expansão geográfica para novos países e, na presente década, para pequenas cidades e áreas rurais. É estimado entre 50 milhões e 100 milhões de infecções, e 20.000 mortes anualmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), que aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas no mundo vivam em área de risco de transmissão do vírus. Na região das Américas, a doença tem se disseminado com surtos cíclicos ocorrendo a cada 3/5 anos. No Brasil, a transmissão vem ocorrendo de forma contínua desde 1986, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes ou alteração do sorotipo predominante. O maior surto no Brasil ocorreu em 2013, com aproximadamente 2 milhões de casos notificados. Atualmente, circulam no país os quatro sorotipos da doença.

Segundo informações do INFORME EPIDEMIOLÓGICO - SE 41 De 01/01/2025 a 29/09/2025

foram processadas 19.089 amostras para vigilância laboratorial da circulação viral dos 4 sorotipos; desse total, 3.366 amostras foram detectáveis para dengue em pacientes residentes no Paraná. Atualmente, percebe-se a inversão da circulação viral como predomínio do sorotipo DENV2.

Segundo informações do Informe entomológico da SESA 01/2025 -período: 01/01/2025 a 28/02/2025- em relação ao IIP, dos 399 municípios do Paraná: 33 municípios (8,3%) estão em risco; 181 municípios (45,3%) estão em situação de alerta; 96 municípios (24,1%) em situação satisfatória; 66 municípios (16,5%) não enviaram informação referente ao monitoramento entomológico e 23 municípios (5,8%) realizaram monitoramento por armadilhas.

O município de Prudentópolis apresentou o índice de infestação predial no ano de 2024 em janeiro 2,1% (situação de alerta), em março 6,0% (alto risco), em maio 3,6% (situação de alerta), em julho 1,0% (situação de alerta) em setembro 0,3% (baixo risco) e em novembro 1,5% (situação de alerta).

Os condicionantes que podem permitir a expansão da Dengue, referem-se, em grande parte, ao modelo de crescimento econômico implementado na região, caracterizado pelo crescimento desordenado dos centros urbanos com importantes

lacunas no setor de infraestrutura, tais como dificuldades para garantir o abastecimento regular e contínuo de água, a coleta e o destino adequado dos resíduos sólidos. Ressalta-se que mais de 80% da população do país está concentrada na área urbana.

O Município de Prudentópolis no ano de 2025 de janeiro a outubro notificou 115 casos suspeitos, sendo 39 casos autóctones confirmados, no ano de 2024 foram notificados 1294 casos, sendo 795 casos confirmados.

Existem pontos estratégicos para a disseminação do vetor e circulação do vírus ao longo das duas rodovias federais que cortam o nosso município. Estas fazem a ligação com a região oeste do estado e com a região portuária e, através das quais circulam anualmente milhares de pessoas de todas as regiões do estado e do país.

- **ZIKA VÍRUS**

O ZIKV, por seu turno, foi descrito pela primeira vez a partir da detecção em um macaco Rhesus 766, em Uganda, África, em 1947. O segundo isolamento do vírus aconteceu em 1948, em mosquitos da espécie *Aedes africanus*, a aproximadamente 300 m do primeiro Diretrizes nacionais para prevenção e controle das Arboviroses urbanas: Vigilância entomológica e controle vetorial 15 isolamento. A infecção foi detectada em humanos posteriormente, através de estudos sorológicos, em 1952, em Uganda e na Tanzânia (Zanluca et al., 2015). Foi apenas em 1968 que o vírus foi isolado de amostras humanas na Nigéria. Desde então, o vírus se dispersou pelo mundo, atingindo outros continentes, de modo que, em 2014, o ZIKV chegou à América, na Ilha de Páscoa, onde foi identificado o primeiro caso na região (Maguiña; Galan-Rodas, 2016). No Brasil, os primeiros casos foram identificados em 2015, nos estados da Bahia e do Rio Grande do Norte, ambos no Nordeste do país. O vírus se espalhou rapidamente pela população brasileira, especialmente nos estados da região Nordeste, resultando em um extenso surto. Isto coincidiu com um aumento significativo na incidência de recém-nascidos com malformações congênitas, incluindo microcefalia e outras anomalias congênitas, o que

não havia sido descrito em epidemias anteriores de Zika. Diante deste cenário, o Brasil declarou, através da Portaria n.º 1.813, de 11 de novembro de 2015, Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (Maguiña; Galan-Rodas, 2016). A relação do ZIKV com a microcefalia se tornou mais robusta, a partir da identificação do ZIKV em duas gestantes no estado da Paraíba, pelo Instituto Oswaldo Cruz, cujos fetos haviam sido diagnosticados com microcefalia. Aliado a isso, o Instituto Evandro Chagas (IEC/SVSA/MS) identificou o ZIKV no sangue de um recém-nascido com microcefalia, no Pará (Maguiña; Galan-Rodas, 2016). Atualmente, com a evolução do conhecimento sobre a doença, há comprovação científica de que o ZIKV possui tropismo por células neurais, que pode resultar em microcefalia e outras anomalias congênitas graves, em sua maioria anomalias neurológicas. Tal fenômeno passou a ser chamado de síndrome congênita do vírus Zika (Rossato; Lazzaretti, 2021). Após a grande epidemia de Zika, em 2016, o Brasil detectou a circulação do vírus de forma esporádica em alguns estados, principalmente nas regiões Nordeste e Sudeste, com período sazonal também definido entre os meses de outubro e maio (Brasil, 2023a).

A situação epidemiológica do município, com relação à Febre Zika Vírus, se caracteriza por ausência de casos autóctones ou importados até os dias atuais. Porém, considerando a dispersão do vetor e a circulação facilitada de pessoas nos dias atuais devido aos meios de locomoção, há probabilidade da ocorrência de casos da doença no município.

- **Chikungunya (CHIKV)**

A identificação da transmissão autóctone de chikungunya nas Américas, por sua vez, foi documentada no Caribe, em 2013. Os casos no Caribe foram transmitidos pelo mosquito *Aedes spp.* e o genótipo circulante identificado foi o Asiático e não o genótipo ECSA, já conhecido, que circulava no Velho Mundo (Nunes et al., 2015; Souza et al., 2023; 2024). Atualmente, há a circulação simultânea destas duas linhagens nas Américas. Antes disso,

a chikungunya foi descrita pela primeira vez durante um surto no sul da Tanzânia, na África, em 1952, onde a suspeita inicial era dengue (Weaver, 2014). As mutações do vírus ao longo do tempo, além de aumentarem a virulência, permitiram uma melhor adaptação do CHIKV a diferentes vetores, para além do *Ae. aegypti*, o *Ae. albopictus*. Isto contribuiu para uma grande expansão da chikungunya para o Oceano Índico e, posteriormente, Ásia e Europa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a doença já foi identificada em quase 40 países na Ásia, África, Europa e, mais recentemente, nas Américas. No Brasil, os primeiros casos autóctones de chikungunya foram identificados no município do Oiapoque, no Amapá, região Norte do país, e no município de Feira de Santana, na Bahia, região Nordeste, em setembro de 2014 (Nunes et al., 2015; Souza et al., 2023). Na ocasião, os dois genótipos circulantes foram o Asiático e o ECSA, respectivamente. Não houve identificação da mutação do vírus que lhe conferia capacidade de transmissão pelo *Ae. albopictus*, ficando restrito ao *Ae. aegypti* (Madariaga; Ticona; Resurrecion et al., 2016). A chikungunya se diferencia da dengue, entre outros aspectos, pela capacidade de tornar-se crônica, afetando a qualidade de vida das pessoas acometidas. É considerada uma doença com alta carga no país, sendo a fase crônica responsável pelos elevados valores de anos de vida ajustados por incapacidade (disability-adjusted life years – DALY) (Vidal et al., 2022). A realidade brasileira favoreceu a introdução e a expansão do CHIKV, pela alta dispersão do vetor *Ae. aegypti*, o amplo fluxo de pessoas e a suscetibilidade da população à infecção. Com a introdução do CHIKV no Brasil, delineou-se um cenário marcado pela coexistência de arboviroses transmitidas pelo *Ae. aegypti*, com aumento dos casos autóctones, registro de casos graves e ocorrência de óbitos.

No Paraná, segundo o **Informe Anexo 21 - 28/01/2025** do Boletim epidemiológico 2024/2025, SE 31/2024 a 04/2025 - 28/01/2025, foram notificados 777 casos, sendo confirmados 194 e 172 autóctones.

A situação epidemiológica do município, com relação à Febre Chikungunya, se caracteriza por ausência de casos autóctones ou importados até os dias atuais. Porém, considerando

a dispersão do vetor e a circulação facilitada de pessoas nos dias atuais devido aos meios de locomoção, há probabilidade da ocorrência de casos da doença no município.

- **FEBRE AMARELA URBANA**

A Febre Amarela Urbana é uma doença infecciosa grave, que ocorre nas Américas do Sul e Central, além de em alguns países da África e é transmitida por mosquitos em áreas urbanas ou silvestres. Sua manifestação é idêntica em ambos os casos de transmissão, pois o vírus e a evolução clínica são os mesmos — a diferença está apenas nos transmissores. No ciclo silvestre, em áreas florestais, o vetor da febre amarela é principalmente o mosquito *Haemagogus*. Já no meio urbano, a transmissão se dá através do mosquito *Aedes aegypti*. Geralmente, quem contrair este vírus não chega a apresentar sintomas ou os mesmos são muito fracos. As primeiras manifestações da doença são repentinas: febre alta, calafrios, cansaço, dor de cabeça, dor muscular, náuseas e vômitos por cerca de três dias. A forma mais grave da doença é rara e costuma aparecer após um breve período de bem-estar (até dois dias), quando podem ocorrer insuficiências hepática e renal, icterícia (olhos e pele amarelados), manifestações hemorrágicas e cansaço intenso. A maioria dos infectados se recupera bem e adquire imunização permanente contra a febre amarela urbana

A situação epidemiológica do município, com relação à Febre Amarela, se caracteriza por ausência de casos autóctones ou importados até os dias atuais. Porém, considerando a dispersão do vetor e a circulação facilitada de pessoas nos dias atuais devido aos meios de locomoção, há probabilidade da ocorrência de casos da doença no município.

O presente plano de contingência prevê as ações conforme duas situações sendo elas:

Nível de resposta I - Transmissão sustentada no município (número de casos prováveis em ascensão e dentro do canal endêmico do diagrama de controle ou da curva epidêmica).

Esse nível de resposta será acionado quando a curva de acompanhamento semanal de

casos suspeitos, emitida através de dados coletados pela Vigilância Epidemiológica, encontra-se em ascensão, porém não ultrapasse o limite superior do canal endêmico.

Nível de resposta II - Quando o município apresenta situação de epidemia, onde o número de casos prováveis encontra-se acima do limite superior do canal endêmico no diagrama de controle.

O Diagrama de Controle - representação gráfica da distribuição da média móvel semanal e desvio-padrão da média móvel dos valores da frequência observada, em um período de tempo (habitualmente 10 anos).

2. JUSTIFICATIVA

Considerando o conteúdo exposto e suas implicações sociais, econômicas e sobre o sistema de saúde pública brasileiro, é de fundamental importância e extremamente necessário a implementação de um plano, no qual medidas sejam tomadas no sentido de evitar a ocorrência de uma situação extrema, com eventual epidemia e casos graves, ou ao menos conseguir diminuir seus danos e impactos se tal situação vier a ocorrer.

3. ESTRATÉGIA DO PLANO DE CONTINGÊNCIA

Na aplicação do Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses do Município de Prudentópolis, serão realizadas atividades específicas a serem implementadas em dois níveis:

- **Nível de resposta I**
- **Nível de resposta II**

Nível de resposta I – Transmissão sustentada no município (número de casos prováveis em ascensão e dentro do canal endêmico do diagrama de controle ou da curva epidêmica).

Eixo	Ações
------	-------



MUNICÍPIO DE

PRUDENTÓPOLIS
SAÚDE

Vigilância Epidemiológica	• Identificar através da parceria com a rede locais de vulnerabilidade social a qual apresenta risco sanitário para arboviroses; • Manter equipe completa para executar os processos de trabalhos realizados, tais como técnico responsável pela Vigilância Epidemiológica das Arboviroses e interlocutora do SINAN; • Realizar coleta de notificações semanalmente nas Unidades de Saúde e Hospitais de acordo com a Portaria de Consolidação nº04/GM/MS/2017, pactuar com as unidades de saúde e hospitais a notificação imediata da ocorrência de casos graves ou óbitos; • Realizar envio de amostras para exames laboratoriais sejam eles LACEN e laboratórios de apoio para 100% dos casos suspeitos de arboviroses; • Reavaliar com periodicidade semestral a localização das Unidades Sentinelas (US) de arboviroses com intuito de verificar se está instalada em ambiente estratégico. Atualmente as unidades sentinelas estão localizadas nas seguintes ESF: Vila Mariana, Centro, Vila da Luz e Ronda a qual atende munícipes de todos os territórios do município;
---------------------------	---

Rua Rui Barbosa, 1848 – Centro – Prudentópolis – Paraná – CEP: 84400-000

Fone: 0800 808 0236 ramal 8110

Atualizado em 26/11/2025



MUNICÍPIO DE

PRUDENTÓPOLIS
SAÚDE

	• O Comitê de Vigilância do Óbito suspeito de Arboviroses deverá ser formado quando houver demanda, no período máximo de 24 horas da notificação da ocorrência do mesmo. Tal comitê deverá ser formado por equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, téc. Vigilância sanitária, agente de combate de endemias, agente comunitário de saúde, bioquímico, etc.)
Vigilância e controle vetorial	• Manter o Índice de Infestação Predial (IIP) atualizado para nortear as ações de controle vetorial; • Realizar visitas domiciliares com eliminação de depósitos, remoção ou vedação, e por último, tratamento focal, se necessário; • Realizar monitoramento periódico, com uma distribuição ampla por todo o território urbano, com informações sobre a infestação dos vetores em tempo oportuno, visando ao direcionamento das ações de controle vetorial a partir do bloqueio de focos. • Realizar visitas em dias (finais de semana) e horários diferenciados, para diminuição das pendências por imóveis fechados • Realizar pelo menos um levantamento de índice larvário – Levantamento de Índice Amostral (LIA) ou LIRAa – para produzir informações sobre o perfil de recipientes predominantes em uma determinada área e, por consequência, subsidiar o delineamento e a intensificação das estratégias de controle vetorial de acordo com o perfil



dos recipientes para cada realidade local.

- Realizar ações de vigilância ambiental, a fim de eliminar possíveis focos do vetor e potenciais criadouros;
- Monitoramento mensal por ovitrampas , com uma distribuição ampla por todo o território urbano para se obterem informações sobre a infestação dos vetores em tempo oportuno, visando ao direcionamento das ações de controle vetorial;
- Desenvolver ações junto à população, além do controle químico do vetor quando necessário. Estas ações compreendem reuniões, mutirões, palestras e outros, visando minimizar o risco que a doença oferece à população;
- Realizar mutirões de limpeza mensalmente;
- Organizar equipe direcionada para a inspeção de depósitos de difícil acesso;
- Realização das visitas quinzenais em pontos estratégicos e aplicação da resolução 29 SESA;
- Manter número de agentes de endemias preconizado pelo ministério da saúde (1 a cada 800 a 1000 imóveis) para realização das ações em tempo oportuno;
- Realizar intensificação de controle por áreas (bloqueio por ação focal, perifocal e espacial com UBV leve e pesada)
- Manter equipe capacitada para as ações que envolvam o uso de inseticidas;
- Disponibilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) necessários e suficientes para o desenvolvimento da atividade de bloqueio;
- Intensificar as ações de educação em saúde junto aos munícipes pela equipe de controle vetorial;



MUNICÍPIO DE

PRUDENTÓPOLIS
SAÚDE

Atenção à Saúde (Atenção Primária à Saúde, Pronto Atendimento, Hospitais e transporte sanitário)

Identificar, avaliar e propor ações sobre:

- Todas as equipes de saúde da atenção básica atenderão os pacientes estadiados como A e B e os hospitais atenderão os pacientes estadiados como C e D. Em anexo a identificação dos serviços (ANEXO A). Realizado matriciamento com as equipes de saúde da família e hospitais sobre fluxograma de classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de arboviroses, notificação e coleta de exames.
- Todas as equipes de saúde da atenção básica atenderão os pacientes estadiados como A e B e os hospitais atenderão os pacientes estadiados como C e D. Seguindo o fluxo de atendimento local em relação aos sintomáticos respiratórios.
- Realizar matriciamento com as equipes de saúde da família e hospitais sobre fluxograma de classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de arboviroses, notificação e coleta de exames. Disponibilizar o Fluxograma em local estratégico no consultório médico e sala de acolhimento e escuta qualificada.
- Disponibilizado em todas ESFs e UBS o cartão de acompanhamento ambulatorial da dengue modelo SESA-PR nos consultórios médicos e sala de acolhimento e escuta qualificada.
- Os prestadores responsáveis pela análise do hemograma/hematócrito do município, é o Laboratório Municipal aberto das 07:00 Às 16:00 de segunda a sexta-feira, em casos de emergência os Hospitais possuem seus laboratórios em funcionamento 24 horas
- A disponibilidade de exames de imagem para apoio no diagnóstico de casos com sinais de alarme e casos graves (radiografias, ultrassons), e locais onde serão realizados: o raio x e ultrassom é disponibilizado pela Secretaria de Saúde de segunda a sexta-feira das 08:00 às



MUNICÍPIO DE

PRUDENTÓPOLIS
SAÚDE

	17:00 são realizados no Centro Municipal de Saúde. Os hospitais possuem tais exames para os casos de emergência. • Disponibilizar em todas os ESF e UBS o kit de hidratação oral supervisionada (estadiamento B); • Disponibilizar em todas os ESF e UBS o kit de hidratação endovenosa (estadiamento A e B); • A partir da identificação do caso suspeito realizar o preenchimento completo da ficha do SINAN e encaminhar via malote em 24 horas para a Vigilância em Saúde; • Aplicar o protocolo de encaminhamento e transporte seguro da atenção básica para a atenção hospitalar (Anexo B)
Gestão	Extensão do horário de funcionamento da Vigilância Epidemiológica; Extensão do horário de motoristas para transporte das amostras; Extensão do horário de funcionamento do laboratório Municipal para coleta e análise de amostras, somente se os leitos dos Hospitais do Município não forem suficientes; Ampliação do horário de funcionamento das ESF/UBS de maior número de casos suspeitos e confirmados e risco e vulnerabilidade social e territorial; Extensão do horário de trabalho da Equipe de agentes de Combate a Endemias com apoio de caminhão e demais materiais e equipamentos necessários para bloqueio; Ampliação da disponibilidade de ambulâncias para transporte de pacientes. Em casos extremos na falta de ambulâncias, providenciar complementação através de terceirização imediata de serviço; Contratação de Agentes de Combate a Endemias em caráter de urgência; Vigilância ambiental participar das reuniões da equipe das ESF/UBS para discussão de problemas e formulação de estratégias locais; Realizar comunicação ativa entre Vigilância em Saúde e



MUNICÍPIO DE

PRUDENTÓPOLIS
SAÚDE

Atenção à Saúde através do fluxo de classificação de risco e manejo do paciente (ANEXO C);

A disponibilidade do hemograma/hematócrito em larga escala e em tempo oportuno, 24 horas por dia, e em todos os dias da semana. Para isso será realizado sobreaviso da equipe do Laboratório Municipal ou realizado credenciamento de laboratórios de apoio;

Manter o estoque estratégico de insumos da farmácia municipal a fim de evitar faltas de medicamentos e insumos;

Realizar a discussão e análise das principais fragilidades identificadas no enfrentamento dos agravos e formular a partir disso ações estratégicas que se fizerem necessárias;

Realizar matriciamento com as equipes de saúde da família e hospitais sobre o fluxograma de classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de arboviroses, notificação e coleta de exames e Plano Municipal de Contingência para o enfrentamento da Dengue, Zika Virus e Chikungunya.

Disponibilizar o Fluxograma em local estratégico no consultório médico e sala de acolhimento e escuta qualificada;

Intensificar as reuniões do Comitê Municipal Intersetorial de Enfrentamento às Arboviroses sempre que se fizer necessário e realizar a avaliação do panorama epidemiológico semanalmente pela sala de coordenação;

As respostas desencadeadas pelas ações realizadas pelas áreas técnicas serão avaliadas semanalmente através dos dados epidemiológicos.



MUNICÍPIO DE

PRUDENTÓPOLIS
SAÚDE

Comunicação e mobilização	• Utilizar meios de comunicação como facebook, whatsapp, e rádio, para veicular informação à população, relacionada ao controle vetorial, situação epidemiológica, serviços de saúde disponíveis para atendimento, sinais e sintomas ocasionados pelos agravos; • Mobilizar a população através de banners, cartazes e folders, além da parceria com a secretaria de educação (palestras nas escolas)
---------------------------	---

Nível de resposta II – Epidemia no município (número de casos prováveis acima do limite superior do canal endêmico no diagrama de controle ou da curva epidêmica):

Eixo	Ações
Vigilância Epidemiológica	• Intensificar as ações já em andamento no período de transmissão sustentada - Nível de Resposta I; • Identificar os territórios com ocorrência de surtos de arboviroses, verificar a existência de subnotificações e sendo necessário realizar o matriciamento com as equipes; • Realizar a vigilância ativa dos casos graves e óbitos através da visita diária aos hospitais e investigação de óbitos mal definidos.



MUNICÍPIO DE

PRUDENTÓPOLIS
SAÚDE

Vigilância e controle vetorial	• Intensificar as ações já em andamento no período de transmissão sustentada - Nível de Resposta I • Identificado a não efetividade das ações pontuais de bloqueio acionar 5º Regional de Saúde para avaliar a utilização do UBV Pesado; • A articulação das secretarias para o delineamento, planejamento e acompanhamento das estratégias de controle ao vetor; • Reuniões quinzenais com o Comitê Intergestor de Combate ao <i>Aedes</i>; • A operacionalização de inseticidas no município através do UBV costal se dará através dos agentes de endemias já alocados na SMS e havendo necessidade será contratado profissionais emergencialmente e realizado capacitação imediata, solicitar mais máquinas costais e inseticida via 5º Regional de Saúde.
--------------------------------	---

Atenção à Saúde (Atenção Primária à Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais e transporte sanitário)	• Intensificar as ações já em andamento no período de transmissão sustentada - Nível de Resposta I; • Criação de um Centro de Atendimento de Combate à Dengue com horário estendido e finais de semana, com atendimento médico e de enfermagem; • Viabilizar a coleta exames laboratoriais nas primeiras horas, conforme protocolo; • Encaminhar os casos graves para o Hospital de Referência o qual deverá solicitar vaga na Central de Leitos; • Elaborar escala de trabalho com equipe suficiente para atendimento do Centro de Atendimento de Combate à Dengue; • Contratar equipe médica, de enfermagem e serviços gerais em caso de alta demanda; • Reestruturar as Unidades de Saúde existentes e o Centro de Atendimento de Combate à Dengue Com ambiência e mobiliário adequado para observação e hidratação dos casos suspeitos de dengue; • Os serviços/locais que poderão ampliar leitos de suporte ou intensivos, em situações de esgotamento da capacidade instalada.
--	---

Gestão	• Intensificar as ações já em andamento no período de transmissão sustentada - Nível de Resposta I; • A contratação se dará através da realização de PSS emergencial para recursos humanos e a compra de insumos se dará por compra emergencial; • Realizar reuniões quinzenais ou semanais conforme a necessidade da equipe que compor a Sala de Coordenação de Combate à Dengue; • Integrar as Secretarias De Meio Ambiente, Transportes, Educação e instituições não governamentais a fim de desenvolver ações de combate às endemias; • A reorganização do fluxo para transferência de usuários entre serviços de saúde do município, ou fora dele será definida pela 5ª Regional de Saúde; • Realizar remoção e eliminação mecânica de criadouros, de forma articulada, intersetorial e interinstitucional, envolvendo secretarias municipais, membros do Comitê Municipal Intersetorial de Enfrentamento às Arboviroses, e instituições da sociedade civil organizada.
Comunicação e mobilização	• Intensificar as ações já em andamento no período de transmissão sustentada – Nível de Resposta I.

Conclusão

A avaliação da efetividade deste Plano deve ser feita periodicamente, de acordo com a situação epidemiológica e fatores como densidade de infestação pelo vetor e ocorrência de casos, visando corrigir e aperfeiçoar o uso dos recursos de controle disponíveis e

acompanhamento sistemático da situação. As análises devem ser feitas de forma acessível, devendo ser divulgadas para a população e órgãos de saúde.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. – 3. Ed. – Brasília: MS/FNS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. – PNCD. –
Brasília: MS, 2002.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Guia para elaboração de Plano de Contingência para Epidemias de Dengue. – Curitiba: SESA, 2009.

Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle da Dengue.

ANEXO A – Identificação dos Serviços da Rede de Atenção À Saúde de Prudentópolis

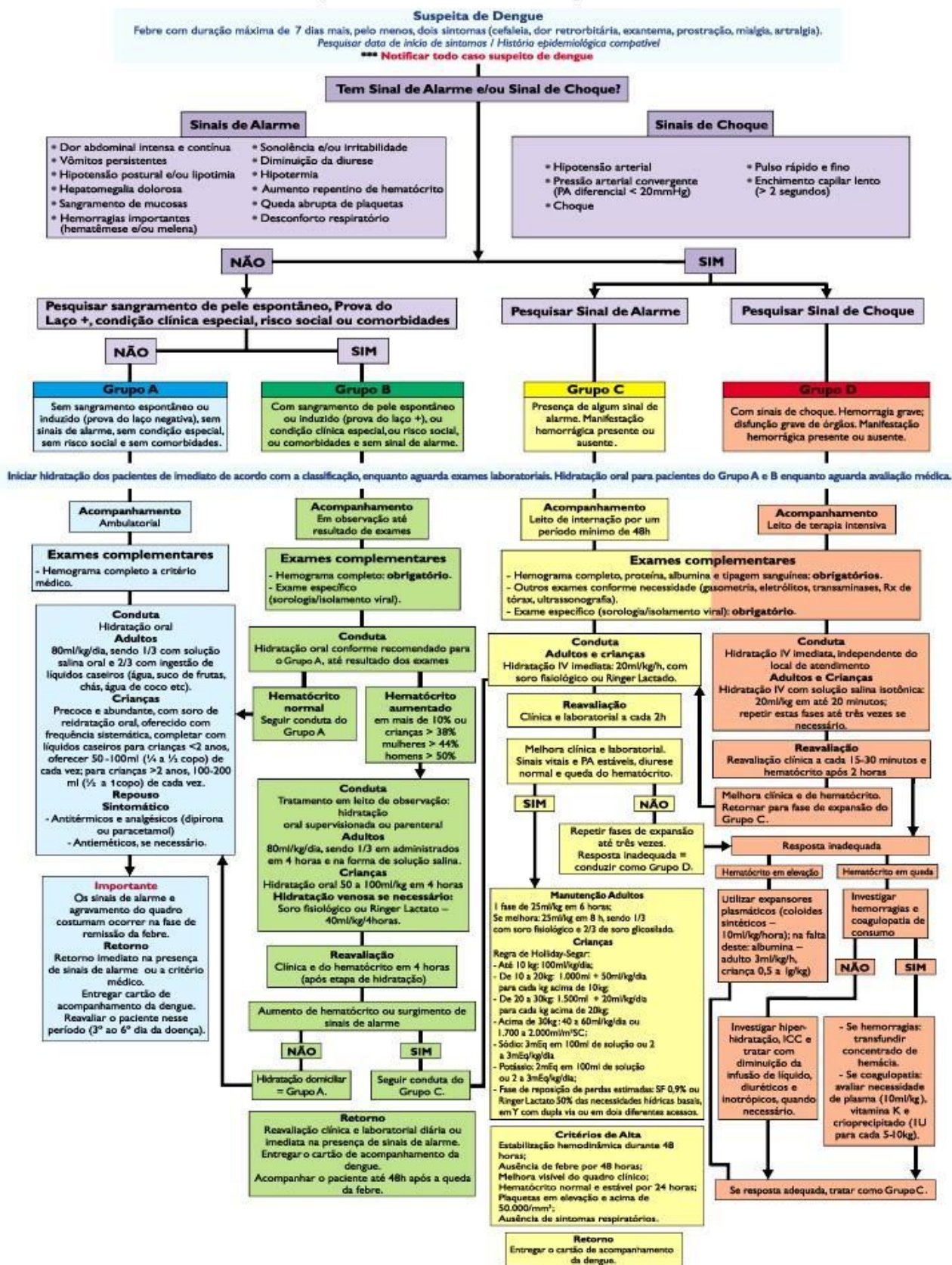
Atenção Primária à Saúde
ESF Vila Mariana
ESF São Basílio
ESF Vila Beraldo
ESF Vereador Francisco Klosowski
ESF Antonio Lemos
ESF Ronda
ESF Casa Feliz
CEEMP - Centro de Especialidades Municipal
ESF Angela Maria Machado
ESF Linha Esperança
UBS Capanema
ESF Barra Bonita
ESF Piquiri
UBS Perobas
UBS Cachoeirinha
UBS Linha Paraná
ESF Jaciaba
ESF Ligação
UBS Herval
Esf Tijuco Preto

UBS Patos Velhos UBS Marcondes ESF Lucia Fabri
Atenção Hospitalar Hospital Sagrado Coração de Jesus Hospital Irmandade Santa Casa

Anexo B – Protocolo Transporte Seguro do Paciente

Anexo C – Fluxograma de Atendimento do paciente suspeito de arbovirose na Rede de Atenção à Saúde de Prudentópolis e Manejo do Paciente suspeito ou confirmado de Arboviroses

Classificação de Risco e Manejo do Paciente



Condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades: lactantes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença ácido péptica e doenças autoimunes. Estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento diferenciado.

Exames complementares: hemograma obrigatório e outros exames laboratoriais de acordo com a condição clínica associada.

Reclassificar os pacientes após cada avaliação clínica e resultado de exames seguindo protocolo da dengue e vigilância clínica específica (condições associadas).

Obs.: consultar manual do MS para conduta em condições clínicas especiais.

Prova do Laço

Verificar a PA (deitada ou sentada); Calcular o valor médio: (PA sistólica + PA diastólica)/2;
Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por 5 minutos em adulto (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento de micropetéquias ou equimoses;
Desentourar um quadrado de 2,5cm (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço;
Contar o número de micropetéquias no quadrado. A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO SEGURO

REFERÊNCIA ↔

CONTRARREFERÊNCIA

HISTÓRICO DE REVISÃO

DATA	AUTORES	DESCRIÇÃO
11/08/2020	Alloma C. de Madureira Paula Enfermeira	– Criação do documento

		versão 1.0
14/08/2020	Camila S. Tluski Siqueira Enfermeira - Marcelo Hohl Mazurechen Secretário de Saúde -	Revisão versão 1.0
17/08/2020	Alloma C. de Madureira Paula Enfermeira Camila S. Tluski Siqueira – Enfermeira Celio Reis Junior – Médico Ricardo Ragugnetti – Médico Sandra Rodrigues Theobaldino Enfermeira Jessica Maria Petriu – Enfermeira Erica Moleta Bini Enfermeira Leandro Schastai Enfermeiro Ana Elisa Luiz –Enfermeira Caroline Schonberguer Assistente Social - Tatiane Bobalo – Secretária Danielle Maria Pacheco Assistente Social - Marcos V. L. Garcia – Médico	Aprovação versão 1.0 Participantes da Reunião da RAS de 17/08/2020

	Kellyn Cristiane de Souza – Enfermeira Solange Kuchla Beledeli – Enfermeira Ana Paula Strujak – Enfermeira Valdevino Antunes da Silva Juan L. Pinha - Médico Lucas Augusto Thomé Sanches Farmacêutico Rui Barbosa Ferro – Médico Zuraida T. Neves Pytovanciv Médica	
20/12/2021	Alloma C. de Madureira Paula Enfermeira Camila S. Tluski Siqueira – Enfermeira	Alteração do Protocolo - Nova versão 1.1
26/11/2025	Cássia Jaine do Nascimento	Atualização versão 1.1

JUSTIFICATIVA

No contexto brasileiro, a Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, traz a comunicação no ambiente dos serviços de saúde e a transferência de pacientes entre pontos de cuidado, como protocolos básicos da assistência em saúde (BRASIL, 2013).

A comunicação efetiva e o trabalho da equipe multiprofissional são compreendidos como determinantes da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos. As falhas na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (BAGNASCO,2012).

Mendes (2002) afirma que a atenção primária em saúde, deve cumprir nas Redes de Atenção à Saúde, três funções: resolução, coordenação e responsabilização. A função de resolução consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação consiste em organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde na rede; e a função de responsabilização consiste em se co responsabilizar pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

O Sistema de referência e contrarreferência em saúde foi criado para melhorar a atenção global ao paciente, uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. Através de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo.

Um sistema ineficiente (ou inexistente, no caso) de contrarreferência prejudica o seguimento do indivíduo em suas diferentes patologias, impede a correlação entre patologias de diferentes áreas da medicina e da saúde como um todo, dificulta a avaliação longitudinal do paciente e prejudica até mesmo a adesão correta do indivíduo ao seu tratamento. Aumenta os gastos na saúde, pois cria encaminhamentos desnecessários, repetição de tratamentos já realizados entre outros (SANTOS, 2015).

De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contrarreferenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita.

A referência e contrarreferência devem ser feitas em formulário próprio, preenchido pelo profissional de nível superior responsável. Sabendo disso, a Secretaria de Saúde de Prudentópolis, padroniza o uso da Guia de Referência e Contrarreferência a ser emitida pelo Sistema IDS Saúde, para encaminhamento do paciente para Atenção Secundária – Serviço Hospitalar de Internação e Urgência e Emergência, Especialidades Médicas e Multidisciplinares, CAPS, etc. - sendo a Guia de Referência a ser preenchida preferencialmente pelo profissional médico e a Guia de Contrarreferência a ser preenchida pelo profissional de saúde da Atenção Secundária, como devolutiva para a Atenção Básica para o cuidado continuado do paciente.

A ser emitida e preenchida preferencialmente através do sistema IDS Saúde (ou anexo do Ofício Circular nº 009/2020 preenchido à mão) e encaminhada pelo paciente ou seu responsável legal para Instituição Hospitalar ou Especialista (Regulação), conforme modelo abaixo (imagem 1).

É válido ressaltar que a guia de referência/contra referência deve ser entregue para o paciente garantindo assim o encaminhamento seguro, onde o nível de atenção a qual o paciente foi referenciado, terá acesso às informações do paciente. Lembrando que a continuidade e integralidade do cuidado está prevista nos Cadernos da Atenção Básica.

Profissionais que podem preencher a guia:

Referência para Urgência e Emergência: Médico ou Enfermagem (na ausência do médico)

- Referência para Internamento Hospitalar: Médico
- Referência para Especialista: Médico
- Referência para CAPS: Médico ou Enfermeiro
- Referência para Equipe Multidisciplinar: Médico ou Enfermeiro

Na Guia de Referência deve conter as informações:

- Nome completo e Data de Nascimento do paciente referenciado;
- Anamnese e Histórico Atual e Prgresso da doença com sinais e sintomas;
- Exame Físico;
- Exames e procedimentos realizados na Unidade de Saúde;
- Terapêutica utilizada de uso contínuo e/ou no atendimento com posologia;
- Diagnóstico com CID e Conduta Adotada;
- Especialidade/Instituição que referencia o paciente;
- Assinatura e Carimbo do Profissional.

A ser preenchida por profissional de nível superior responsável pelo cuidado do paciente na Instituição Hospitalar ao realizar o desfecho do atendimento ou do Especialista como devolutiva de caso, para manutenção e continuidade do cuidado ao paciente na Atenção Básica.

Evidenciando que o preenchimento da Contra Referência também deve ser feito de forma clara e objetiva sendo que no caso das Instituições Hospitalares, sendo que essa guia de contrarreferência deve ser entregue ao paciente ou responsável pelo paciente no desfecho do atendimento, seja alta, óbito, etc., conforme Contratos Vigentes.

Esse paciente e/ou seu responsável/familiar também devem ser devidamente orientados a levar a guia de contrarreferência na sua Unidade de Saúde referência a fim de garantir a continuidade do cuidado e manutenção da saúde.

Na Guia de Contrarreferência deve conter:

- Dados Complementares da História Clínica;
- Exame Físico;
- Investigação Diagnóstica;
- CID Diagnóstico; Terapêutica Adotada;
- Orientações/Solicitações conforme desfecho;
- Assinatura e Carimbo do Profissional.



CONTRA REFERÊNCIA

Dados Complementares da História Clínica:

Exame Físico:

Investigação Diagnóstica:

CID:

Diagnóstico:

Terapêutica:

Orientações/Solicitações:

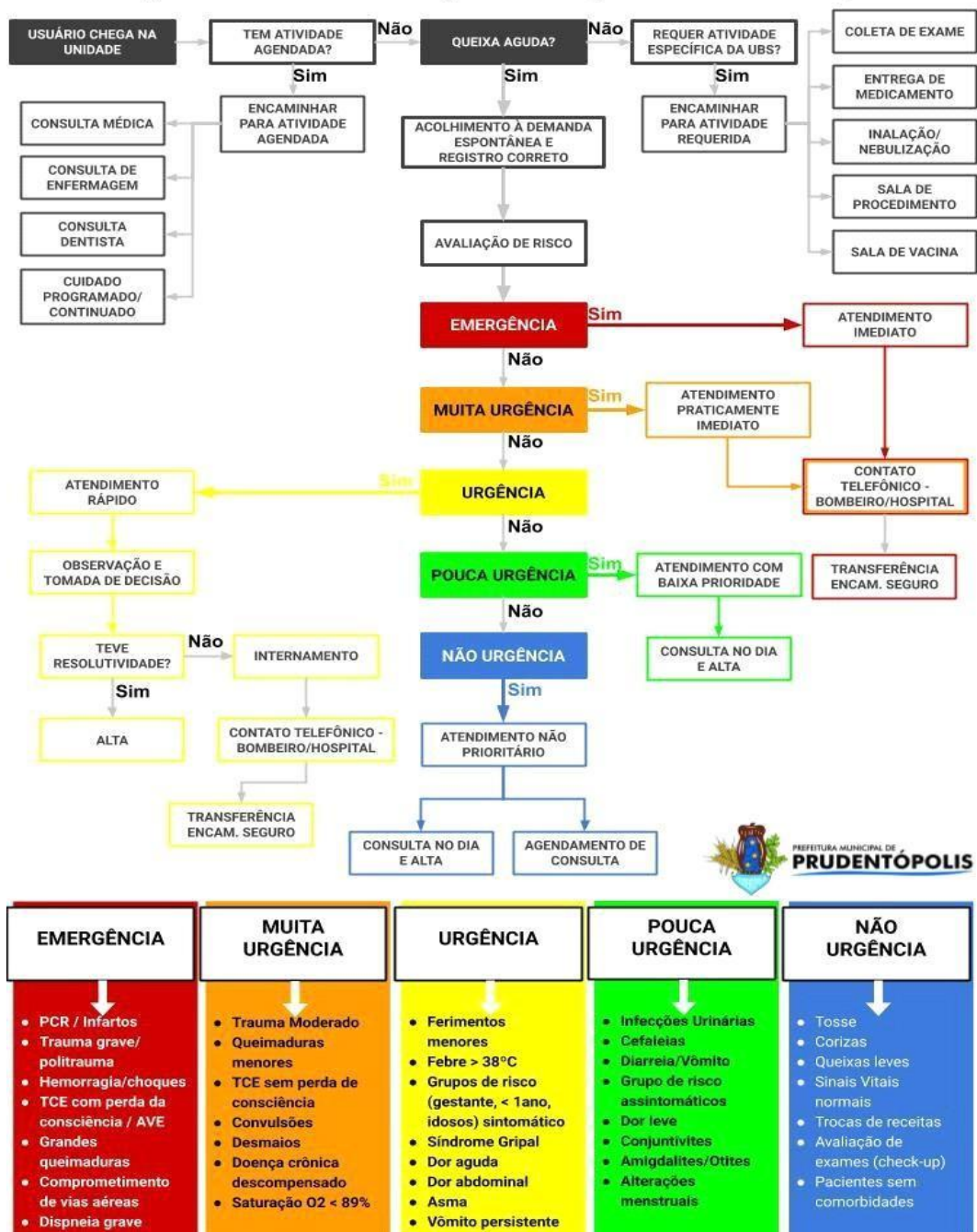
Data: / /

Carimbo e Assinatura

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO SEGURO NA ATENÇÃO BÁSICA

Definido para auxiliar na tomada de decisão do profissional de saúde das Unidades Básicas do município de Prudentópolis no atendimento seguro do paciente, principalmente no atendimento às queixas agudas, acolhimento e atendimento à demanda espontânea. Baseado no Protocolo de Classificação de Risco de Manchester e adaptado conforme Caderno da Atenção Básica nº 28 – Acolhimento à Demanda Espontânea, página 28.

Fluxograma de Atendimento Seguro na Atenção Básica - Prudentópolis



OBS: Situações de Atendimento à pacientes em condição de: Intoxicação Exógena, Picada de Animal

Peçonhento e Tentativa de Suicídio, avaliar sinais e sintomas o paciente de forma integral e para garantir a Avaliação do Risco mais adequada à condição de saúde do paciente.

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO SEGURO DA UBS PARA OS HOSPITAIS

Definido para ilustrar as etapas de atenção ao paciente que precisará ser referenciado para o Serviço Hospitalar, seja de Internamento ou de Urgência/Emergência e assim melhorar a assistência ao paciente e garantir um encaminhamento seguro.

PACIENTE QUE PRECISA SER ENCAMINHADO DA UBS PARA O SERVIÇO HOSPITALAR



Telefone para contato:

Hospital Santa Casa de Misericórdia: 3446-1236 / Enfermeira Kellyn C. de Souza
Hospital Sagrado Coração de Jesus: 3446-1333

Bombeiros (ambulância trauma/clínica): 193 ou 3446-5134

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE IRREGULARIDADES

Desenvolvido com o objetivo de monitorar e avaliar os fluxos acima definidos, para que seja notificada qualquer irregularidade clínica e de fluxo entre níveis de Atenção ao Paciente supracitados, a fim de melhorar a qualidade no atendimento prestado ao usuário SUS entre as Redes De Atenção à Saúde.

A notificação poderá acontecer da APS para as Instituições Hospitalares, e vice-versa, também entre Unidades de Saúde e entre Hospitais.

O Sistema para Notificação de Irregularidades Clínica e de Gestante será disponibilizado em Google Formulários, de forma online através de link, a ser preenchido os seguintes campos

Obrigatórios (*): Unidade/Instituição de Saúde que representa; Profissional de Saúde comunicante; Data da Ocorrência; Por quem a inconformidade foi vivenciada; Caso gestante – Trimestre Gestacional; Nível de Prioridade da Notificação; e Detalhamento da Notificação (campo descritivo para realização do relato).



Formulário

Clínico:

https://docs.google.com/forms/u/1/d/e/1FAIpQLScDP6eRkEvagMoyKsx5HlFouCPq96etzNGOrBsb_eIdGIIsru1Q/viewform

Formulário

Gestantes:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdK6JFTLbDWt3cw2OONqJxV_4IWDVtT0HstnH7MODUC9cQEg/viewform

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se imprescindível que um instrumento de referência e contrarreferência seja colocado em prática nos estabelecimentos de saúde, para haver a integração da rede e continuidade dos cuidados oferecidos a esse paciente, facilitando, assim, o acesso dos usuários em todos os níveis de complexidade, além da melhoria da qualidade da atenção prestada à população.

Considera-se que para que possa ocorrer elo entre a integralidade e o sistema de referência e contrarreferência, é necessário que haja a organização em rede dos serviços de maior e menor complexidade, e com esse ideal, a Secretaria Municipal Saúde, em parceria com outros

membros da Rede de Atenção à Saúde, buscou através da criação deste Protocolo de Encaminhamento Seguro, sistematizar o cuidado prestado ao usuário SUS, trazendo uma forma de comunicação efetiva e continuada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno da Atenção Básica nº 28: Acolhimento à Demanda Espontânea. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. 28p. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf Acesso em: 10 ago. 2020.

UNA-SUS. Sistema Universidade Aberta SUS. Curso de Especialização e Linhas de Cuidado em Enfermagem. Urgência e Emergência. Módulo 5: Classificação de Risco e Acolhimento. Unidade 3: Classificação de Risco conforme o Sistema de Triagem de Manchester.

Disponível em:

https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/10197/mod_resource/content/2/un03/top02p01.h_tml Acesso em: 07 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRONDANI J. E. et al. DESAFIOS DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ATENÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES. Revista Cogitare Enferm. 2016 Jan/mar; 21(1): 01-08. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/758/43350-174716-1-pb.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2020.

SERVIN S. C. N. et al. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Política Municipal de Humanização – PMH. São Luis - Maranhão. Disponível

em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf.

Acesso em: 13 ago. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - PROTOCOLO DE CRITÉRIOS

DE RISCO. Atenção à Saúde. Campinas – São Paulo. Disponível

em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_urg_emerg/protocolo_criterio_risco.htm. Acesso em: 11 ago. 2020.

MOREIRA D. A. et al. O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AMBIGUIDADES E DESAFIOS RELACIONADOS AO ACESSO.

Texto contexto - enferm. vol.26 no.2 Florianópolis 2017 Epub June 05, 2017. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000200302&script=sci_arttext&tlng=pt.

Acesso em: 12 ago. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. OFICINA 5:

FLUXOS INTERNOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. Brasília – Distrito Federal.

Disponível em: <http://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-5-Fluxo-UE-APS.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2020.

OLINO L. et al. Rev. COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A

SEGURANÇA DO PACIENTE: NOTA DE

TRANSFERENCIA E MODIFIED EARLY WARNING SCORE. Gaúcha Enferm. vol.40

no.spe Porto Alegre 2019 Epub Apr 29, 2019. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000200422&script=sci_arttext&tlng=pt

.Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no

Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.

Acesso em: 13 ago. 2020.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil; Brasília, DF; 2013 [citado 2018 jul 10].

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 04 ago. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas:

Vigilância Entomológica e Controle Vetorial [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses – Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

SERRA C. G., RODRIGUES P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência*. 2010; 15 (Supl. 3): 3579-86.

*ALVES M. L. F. et al. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. *Rev Med Minas Gerais* 2015; 25(4): 469-475. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1859>. Acesso em: 14 ago. 2020.*

Secretaria Estadual de Saúde do Paraná – SESA. Boletim Infestação Predial Anexo 5 Informe Entomológico. Disponível em: <https://www.dengue.pr.gov.br/Pagina/Boletim-Infestacao-Predial> com acesso em 24/10/2025