

*“Qualidade da assistência prestada ao paciente com dengue no Município de São Luís – Maranhão, 2011”*

por

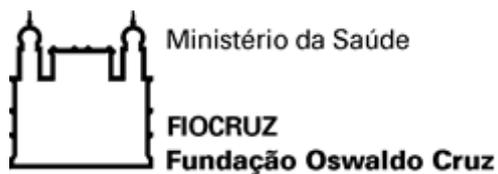
*Suely Nilsa Guedes de Sousa Esashika*

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública*

*Orientador principal: Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha*

*Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marina Atanaka dos Santos*

*Brasília, agosto de 2012*



*Esta dissertação intitulada*

*“Qualidade da assistência prestada ao paciente com dengue no Município de  
São Luís – Maranhão, 2011”*

*apresentada por*

*Suely Nilsa Guedes de Sousa Esashika*

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro*

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marina Ferreira de Noronha*

*Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha – Orientador principal*

*Dissertação defendida e aprovada em 02 de agosto de 2012.*

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

E74 Esashika, Suely Nilsa Guedes de Sousa

Qualidade da Assistência Prestada ao Paciente com Dengue em  
São Luís – Maranhão, 2011. / Suely Nilsa Guedes de Sousa  
Esashika. – 2012.

159 f. : il. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Cunha, Rivaldo Venâncio da

Santos, Marina Atanaka dos

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

Dedico este trabalho à minha mãe (*in memoriam*) meu eterno amor, por tudo o que ela foi capaz de me ensinar especialmente a crer em Deus, na sua bondade e justiça, o que permitiu que brotassem em mim atitudes que só são possíveis quando há um exemplo maior a ser seguido, e ao meu pai.

Ao meu marido, Admilson, pelos 25 anos de amor, respeito, dedicação, e especialmente por estar sempre ao meu lado me fortalecendo diante das dificuldades.

Aos meus amados filhos, Daniel, Danilo e Rafael pela ternura e intensa alegria que compartilhamos em nosso dia a dia, ajudando-me a transformar todo cansaço e desânimo em fortaleza e fé.

Aos meus queridos irmãos e sobrinhos, pelo profundo carinho e inesquecíveis dias de nossas vidas.

Aos meus sogros Ossamu e Ester, e as minhas cunhadas que me acolheram como mais uma filha e irmã em seus corações.

## AGRADECIMENTOS

Aos amigos Ana Paula Resende, Consuelo Oliveira, Kleber Luz, Leônidas Braga Júnior, Leudinéa Sá, Lúcia Alves da Rocha, Lúcia Araújo, Maria Gorette Reis, Marisa Rolan, Maria da Graça, Márcia Fabbro, Renata Peres, Rivaldo Cunha, Rita Medeiros, Maria do Socorro Silva, Stefan Ujvari, Vera Bastos e todos os que aceitaram o desafio de compartilhar de seus conhecimentos sobre a dengue por todo nosso Brasil.

Ao Dr. Eric Martinez pelo exemplo de simplicidade diante do saber e pela oportunidade de aprendizado.

Ao Ismael Moura, Maria Amélia Dias que me ajudaram a crer que por meio das ciências exatas é possível transformar a qualidade em quantidade e vice-versa e a Stella Vaz.

Aos professores do curso de mestrado, em especial a Marina Atanaka, Marly Cruz, Sônia Santos e Elizabeth Moreira dos Santos, pela paciência e tolerância dedicada ao longo dessa jornada e um agradecimento especial ao Dr. Rivaldo pela confiança e pela força me desejando sempre muito axé.

Pelo incentivo recebido das amigas Aline Reis, Ana Johnson, Elza Krawiec, Estanislene Brilhante, Karen Sakita, Laíze Brilhante, Nelma Faria, Romina Oliveira, Simone Pereira, e todos os colegas de curso, que me ajudaram a transformar um sonho em realidade.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, Maranhão – MA, pelo apoio recebido dos gestores e técnicos, que lutam pela melhoria da saúde em seu município.

Ao Dr. Giovanini Coelho pela oportunidade de aprendizado.

Não podia deixar de agradecer a Gorette, Tom, Priscila e Socorrinho pelo acolhimento e carinho recebido durante a realização do trabalho de campo em São Luís.

Por fim gostaria de encerrar meus agradecimentos citando uma frase de Fernando Pessoa sobre o que é ser feliz “É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida”, e a Ele agradeço por tudo que tenho recebido.

*Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.*

**Chico Xavier**

## RESUMO

O presente estudo avaliou a qualidade da assistência prestada ao paciente com dengue no município de São Luís, Maranhão, no ano de 2011, no âmbito da atenção básica, secundária e hospitalar. Com o cenário atual da dengue no Brasil, a doença está longe de dar trégua ao setor saúde e o óbito evitável, continua a acontecer. O Município de São Luís foi selecionado para a pesquisa devido à ocorrência de sucessivas epidemias, circulação dos quatro sorotipos do vírus e alta taxa de letalidade por dengue. Para esta pesquisa utilizou-se como estratégia metodológica o estudo de caso, com onze unidades de saúde selecionadas pelo critério de localização em distritos sanitários com maior incidência de dengue no período da pesquisa. A Qualidade foi o eixo estruturante estabelecido para pesquisa, traduzida pela Dimensão Adequação dos componentes Estrutura, Processo e Qualidade técnico-científica, e subdimensões (disponibilidade, conformidade e oportunidade). Estas dimensões e subdimensões foram mensuradas e os escores estabelecidos possibilitaram a categorização da Qualidade em Índices de adequação como: adequado; parcialmente adequado; pouco adequado e inadequado. Observou-se que o Índice de Adequação na Atenção Básica apresentou-se como pouco adequado (49,6%), na atenção secundária (78,3%) e hospitalar (72,6%) como parcialmente adequado. Dentre os componentes avaliados, a Atenção Básica apresentou maior limitação tanto na estrutura do serviço (50,3%) quanto no processo de trabalho (46,5%), o que pode justificar a procura do usuário do Sistema Único de Saúde por serviços com maior poder de resolutividade da doença. No estudo de caso observou-se que, apesar de ser fundamental, a estratégia Avaliação com classificação de risco para atendimento do paciente com dengue não foi incorporada por alguns serviços de saúde. No contexto organizacional destaca-se a necessidade da incorporação da missão da atenção básica enquanto porta de entrada no Sistema Único de Saúde, de forma a dar a resolutividade que o caso requer. Com relação ao contexto externo, observou-se a influência das políticas públicas, sobre os determinantes de saúde, refletindo diretamente na qualidade da assistência. Portanto, uma melhor gestão dos serviços de saúde, com políticas públicas voltadas para o interesse da população pode contribuir para redução dos óbitos por dengue e mudar o cenário epidemiológico e de assistência do município.

**Palavras-chave:** Avaliação. Assistência. Dengue. Saúde pública. Política pública.

## ABSTRACT

The present study evaluated the quality of health care, considered as well basic, secondary and hospital care offered to patients with dengue in the Municipality of São Luís, State of Maranhão, Brazil, in 2011. Current dengue situation in the country is far from giving relief to Public Health, and the obvious, in fact avoidable, continues to happen. São Luís was selected for this study because of successive epidemics, the known four types of virus circulating, and high lethality rate for dengue. As methodological strategy, this case study was realized in 11 health unities, selected by criterion of localization in Sanitary Districts with highest incidence of dengue during the research period. Quality was the study's structural axis, represented by 'Dimension Adequacy size of the components Structure, Process and Technical-Scientific Quality', and sub-dimensions: availability, conformity and opportunity. Dimension and sub-dimensions were measured, scores established allowed the characterization of the quality in adequacy indexes categorized as appropriate, partially appropriate, less appropriate, and inappropriate. Adequacy index of Basic Health Care was found as less appropriate (49,6%), and in secondary (78,3%) and hospital care (72,6%), as partially appropriate. Among evaluated components, Basic Health Care presented major limitation in both, health service structure (50,3%) and work process (46,5%), justifying Brazilian Health System – SUS – user's search for services with more power of resolution of diseases. In this case study, although fundamental, strategy of 'Evaluation with risk classification' of care to patient with dengue was not incorporated by some health services. Factors as lacks of physical space and human resources, and absence of standard technics in routine services contributed for non-incorporation of this practice. In organizational context, the incorporation of Basic Health Care mission as gateway to Brazilian Health System is more than relevant, in the way to resolution the case requires. In external context, it was observed the influence of public policies on health's determinants, reflecting directly in health care quality. Therefore, the management of health services, oriented by public policies to attend population demands, can contribute to reduction of deaths due to dengue, and to changes in the epidemiological situation of the disease, as well in the health care to the population of São Luís.

**Keywords:** Evaluation. Health care. Dengue. Public health. Public policies.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	- Agente de Controle de Endemias
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AM	- Amazonas
CAAE	- Certificado de Apresentação e Apreciação de Ética
CE	- Ceará
CEMAC	- Central de Marcação de Consulta
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASSEMS	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONEP	- Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CS	- Centro de Saúde
DENV	- Vírus dengue
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública
ES	- Espírito Santo
ESF	- Estratégia Saúde da Família
FHD	- Febre Hemorrágica da Dengue
FIOCRUZ	- Fundação Osvaldo Cruz
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IR	- Irrelevante
MA	- Maranhão
MG	- Minas Gerais
MLP	- Modelo Lógico do Programa
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAHO	- <i>Pan American Health Organization</i>
PNCDD	- Programa Nacional de Controle da Dengue

POP	- Procedimento Operacional Padrão
R	- Relevante
RJ	- Rio de Janeiro
RNA	- <i>Ribonucleic Acid</i>
RR	- Muito Relevante
SAME	- Serviço Médico Especializado
SCD	- Síndrome do Choque da Dengue
SEMUS	- Secretaria Municipal de Saúde
SES/MA	- Secretaria de Estado de Saúde de Maranhão
SINAN	- Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SP	- São Paulo
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UESF	- Unidades Estratégia de Saúde da Família
UF	- Unidade da Federação
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
US	- Unidade de Saúde
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
WHO	- <i>World Health Organization</i>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa da dengue no mundo CDC – Health map Collaboration, 2011.....	20
Figura 2 -	Classificação de risco do paciente com dengue.....	27
Figura 3 -	Distribuição dos casos notificados de dengue, São Luís, Maranhão, 1996-2011.....	35
Figura 4 -	Distribuição dos sorotipos do vírus dengue, São Luís, Maranhão, 2001-2011.....	35
Figura 5 -	Letalidade por formas graves, Maranhão, 2002-2011.....	36
Figura 6 -	Modelo Lógico – Qualidade da Assistência Prestada ao Paciente com Dengue na Atenção Básica.....	45
Figura 7 -	Modelo Lógico – Qualidade da Assistência Prestada ao Paciente com Dengue na Atenção Secundária.....	46
Figura 8 -	Modelo Lógico – Qualidade da Assistência Prestada ao Paciente com Dengue na Atenção Terciária.....	47
Figura 9 -	Diagrama de avaliação de qualidade, dimensões e respectivas subdimensões.....	50
Figura 10 -	Nuvens de palavras – Atendimento do paciente com dengue na Unidade de Saúde.....	70
Figura 11 -	Árvore de palavras – Infraestrutura das Unidades de Saúde.....	86
Figura 12 -	Árvore de palavras – Infraestrutura das Unidades de Saúde segundo a percepção do usuário.....	87
Figura 13 -	Profissionais por categoria atuando no serviço de saúde.....	91
Figura 14 -	Profissionais por categoria capacitados em dengue, São Luís, Maranhão, 2001.....	92
Figura 15 -	Fatores que interferem nas práticas de assistência segundo os profissionais de saúde.....	109

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Interessados e usuários potenciais da avaliação.....	48
Quadro 2 -	Critérios/Indicadores utilizados para obtenção do Índice de Adequação da dimensão e subdimensão do componente Estrutura.....	56
Quadro 3 -	Critérios/Indicadores utilizados para obtenção do Índice de Adequação da dimensão e subdimensão do componente Processo.....	57
Quadro 4 -	Critérios/Indicadores utilizados para obtenção do Índice de Adequação da dimensão Qualidade Técnico-Científico e subdimensões de Conformidade e Oportunidade do componente Processo.....	58
Quadro 5 -	Eixos, componentes, subcomponentes, dimensão, subdimensão e critérios/indicadores.....	59
Quadro 6 -	Matriz de Relevância para Avaliação de Qualidade da Assistência ao Paciente com dengue, São Luís, Maranhão, 2011.....	62

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estados que concentram 81,6% (233.488) dos casos notificados de janeiro a abril, 2012.....	21
Tabela 2 -	Distritos sanitários, população total e cadastrada, número de USF e Equipes de Saúde da Família e Percentual de Cobertura.....	37
Tabela 3 -	Número de casos suspeitos de dengue por Unidades de saúde.....	53
Tabela 4 -	Matriz de Julgamento – Estrutura.....	64
Tabela 5 -	Matriz de Julgamento – Processo – Organização dos serviços de saúde....	65
Tabela 6 -	Matriz de Julgamento – Processo – Qualidade Técnico-Científico.....	66
Tabela 7 -	Parâmetros para atribuição do Índice de Adequação e de Qualidade Técnico-Científico.....	71
Tabela 8 -	Pontuação dos subcomponentes da Estrutura, São Luís, 2011.....	73
Tabela 9 -	Percentual de Adequação obtido em cada subcomponente da dimensão Estrutura, São Luís, 2011.....	85
Tabela 10 -	Índice de Adequação segundo a dimensão Adequação e subdimensão Disponibilidade do componente Estrutura – Atenção Básica.....	88
Tabela 11 -	Índice de Adequação segundo a dimensão Adequação e subdimensão Conformidade do componente Processo – Atenção Básica.....	94
Tabela 12 -	Índice de Qualidade Técnico-Científico segundo as subdimensões Conformidade e Oportunidade – Atenção Básica.....	98
Tabela 13 -	Índice de Adequação segundo a dimensão Adequação e subdimensão Disponibilidade do componente Estrutura – Atenção Secundária.....	102
Tabela 14 -	Índice de Adequação do componente Processo segundo a subdimensão Conformidade – Atenção Secundária.....	105
Tabela 15 -	Índice de Qualidade Técnico-Científico segundo as subdimensões Conformidade e Oportunidade – Atenção Secundária.....	110
Tabela 16 -	Índice de Adequação ao componente Estrutura segundo a subdimensão Disponibilidade– Atenção Hospitalar.....	115

Tabela 17 - Índice de Adequação do componente Processo segundo a dimensão Adequação e subdimensão Conformidade – Atenção Hospitalar.....	118
Tabela 18 - Índice de Qualidade Técnico-Científico segundo as subdimensões Conformidade e Oportunidade – Atenção Hospitalar.....	122
Tabela 19 - Síntese do Índice de Adequação e Índice de Qualidade por nível de complexidade da assistência.....	126

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 DENGUE NO CONTEXTO GERAL.....	18
2.1 Abordagem epidemiológica da dengue.....	18
2.2 O vírus e os padrões de resposta à infecção.....	22
2.3 Resposta imunológica.....	24
2.4 A doença e suas formas de apresentação.....	25
2.5 Dengue no contexto da assistência.....	26
3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	30
4 ASPECTOS GEOGRÁFICOS, DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS, MARANHÃO.....	34
5 OBJETIVOS.....	39
5.1 Objetivo geral.....	39
5.2 Objetivos específicos.....	39
6 PERGUNTAS AVALIATIVAS.....	40
7 MODELO LÓGICO DO COMPONENTE ASSISTÊNCIA.....	41
7.1 Modelo Lógico – Qualidade da assistência ao paciente com dengue.....	42
8 INTERESSADOS E USUÁRIOS POTENCIAIS DA AVALIAÇÃO.....	48
9 MÉTODO.....	49
9.1 Tipo de estudo.....	49
9.2 Critérios de seleção das unidades de saúde.....	52
9.2.1 Amostras do estudo.....	52
9.3 Tipos de dados e instrumentos utilizados para coleta.....	53
9.3.1 Validação dos instrumentos de coleta de dados.....	54
9.3.2 Critérios/Indicadores utilizados para elaboração dos instrumentos de coleta dos dados.....	55
9.3.3 Matriz de Relevância.....	62
9.3.4 Matriz de Julgamento.....	64
9.4 Metodologia de análises dos dados.....	67
9.4.1 Plano de análise dos dados quantitativos.....	68
9.4.2 Plano de análise das entrevistas.....	68

9.4.3 Caracterização dos Índices de Adequação e de Qualidade técnico-científico .....	70
9.5 Aspectos éticos .....	82
10 RESULTADOS .....	83
11 SÍNTESE DO ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.....	124
12 CONSIDERAÇÕES .....	127
13 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	130
14 CONCLUSÃO.....	132
15 RECOMENDAÇÕES.....	134
16 REFERÊNCIAS .....	137
APÊNDICES .....	146
APÊNDICE “A” .....	147
APÊNDICE “B” .....	153
APÊNDICE “C” .....	155

## 1 INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença infecciosa sistêmica e dinâmica considerada como um sério problema de saúde pública no Brasil. As mudanças climáticas, associadas aos fatores ambientais, demográficos e sociais fazem com que a doença ocupe um espaço importante dentre as doenças emergentes e reemergentes devido à sua rápida expansão e aumento da morbimortalidade. As dimensões continentais do Brasil e os diferentes perfis epidemiológicos existentes imprimem ao país grandes desafios no âmbito do setor saúde, especialmente em se tratando da dengue.

A mortalidade vinculada com uma epidemia de dengue pode estar relacionada com diversas características do vírus e do hospedeiro, como a virulência da cepa viral circulante e as particularidades imunitárias da população, mas ela se relaciona, sobretudo com o nível de preparação do sistema de saúde para fazer frente a estas contingências (MARTINEZ, 2006, p. 60-74).

Neste contexto, destaca-se a importância do Sistema Único de Saúde – SUS e seu gerenciamento nas diferentes esferas de governo, para que a prestação dos serviços se dê com excelência, equidade e com tecnologia em saúde necessária para atendimento da população de forma curativa, mas acima de tudo preventiva, proporcionando bem-estar à população.

A dengue é uma doença que exige do SUS uma resposta rápida, que possibilite diagnosticar, estadiar e tratar os casos, para que o desfecho seja a cura. Para tanto é necessário que os serviços de saúde estejam organizados, isto significa estabelecer serviço de referência e fluxo de encaminhamento para o recebimento dos doentes, ter leitos hospitalares disponíveis, insumos necessários e pessoal capacitado em dengue para atendimento dos casos nos diferentes níveis de complexidade da assistência. Além disso, é importante a divulgação de informação sobre a doença, que de fato é importante, pois conforme a argumentação de Tauil (2002, p. 867-871), “[...] a população deve ser informada da possibilidade de formas graves e até letais da doença, estimulando a busca precoce de assistência.”

Com este propósito, o Ministério da Saúde – MS, por intermédio do Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD, juntamente com os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS) lançou, em julho de 2009, as “Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue”. Esse documento visa unificar as ações de assistência em saúde, padronizando em todo o País as condições básicas necessárias para atendimento do paciente com dengue, estabelecer a

classificação de risco como norma para atendimento dos usuários do SUS e reiterar as atribuições de cada nível de atenção em saúde.

Isso significa que toda a rede de serviços de saúde pública (unidade estratégia saúde da família, unidade básica de saúde, centro de saúde, unidades mistas, unidades de pronto atendimento e hospitais) deve passar a adotar a classificação da gravidade dos sinais e sintomas como forma de agilizar e orientar o atendimento dos casos suspeitos de dengue.

Considerando a importância do atendimento oportuno e a necessidade da incorporação de tecnologia em saúde necessária para a integralidade do cuidado e com base no cenário da dengue no mundo e em especial no Brasil, motivada pelo desafio que representa trabalhar na saúde pública, com esta pesquisa buscou-se avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente com dengue no Município de São Luís, Estado do Maranhão – MA, 2011, com o intuito de contribuir para o fortalecimento das ações de saúde prestadas pelo SUS e, por conseguinte, para a melhoria de sua qualidade.

## **2 DENGUE NO CONTEXTO GERAL**

Neste capítulo serão abordadas informações referentes aos aspectos epidemiológicos da doença, sua dispersão pelos continentes e no Brasil, determinantes de expansão, o vírus, a doença, suas formas de apresentação e quadro clínico.

O tópico relacionado ao vírus, padrão de resposta do hospedeiro, fisiopatogenia e resposta imunológica tem como objetivo subsidiar o entendimento sobre a ocorrência destas formas graves de dengue no mundo e em especial no nosso país, onde há circulação comprovada dos quatro sorotipos virais.

### **2.1 Abordagem epidemiológica da dengue**

As primeiras descrições de epidemia de dengue na literatura médica foram relatadas em 1779, no Cairo e na Indonésia. Em 1780, Benjamin Rush relatou uma enfermidade ocorrida de forma epidêmica na Filadélfia, que pelas características apresentadas sugeriam ser dengue (SILER *et al.*, 1926).

Entretanto, relatos de uma doença semelhante a dengue já apresentava uma ampla dispersão mesmo antes do século XVIII (GUBLER, 1998), sendo que a primeira epidemia conhecida de Febre Hemorrágica do Dengue – FHD ocorreu em Manila nas Filipinas em 1953-1954, onde dois novos vírus sorologicamente relacionados foram isolados e denominados de vírus dengue tipo 3 e 4 (HAMMON *et al.*, 1960); anteriormente os vírus dengue tipo 1 e 2 tinham sido identificados por Sabin e cols. (1952).

Apesar dos relatos existentes, as evidências sobre as epidemias atribuídas à dengue registradas antes do período de desenvolvimento das técnicas de isolamento viral deixam dúvidas se todas tiveram como agente etiológico o vírus da dengue e se foram provocadas por um ou mais sorotipos ou pela mesma cepa (TEIXEIRA *et al.*, 1999).

Segundo Pinheiro e Corber (1997), Gubler (1998) e *World Health Organization* – WHO (2002,) após a II Guerra Mundial, ocorreu um aumento dramático na incidência da dengue e FHD com abrangência de proporção mundial, de modo que as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pela propagação geográfica e intensificação das epidemias de dengue e FHD na Ásia, espalhando-se pela Índia, Paquistão, Sri Lanka, Ilhas Maldivas e China.

Há várias décadas no continente asiático a FHD/Síndrome do Choque da Dengue – SCD é responsável por milhares de mortes em epidemias anuais que atingem principalmente crianças fazendo com que a dengue ficasse caracterizada como uma doença pediátrica (FISCHER; HALSTEAD, 1970) especialmente no sudeste asiático. Isto pode estar relacionado com a circulação de forma endêmica dos quatro sorotipos do vírus dengue e amplificação da população de *Aedes aegypti* decorrentes da Segunda Guerra Mundial. Pode também estar relacionado com a forma assintomática da doença e dificuldade de identificar dengue em criança.

Entre os anos de 1950 a 1970, as epidemias no continente americano foram raras, especialmente em decorrência da erradicação do *Aedes aegypti* na maioria dos países da América Central e do Sul (GUBLER, 1998). Nesse continente os sorotipos do vírus dengue responsáveis pelas epidemias foram conhecidos a partir de 1952, quando foi isolado o DENV-2 em Trinidad (ANDERSON *et al.*, 1956). Após uma década foi isolado DENV-3 em Porto Rico (NEFF *et al.*, 1967;1986).

O DENV-1 foi introduzido na Jamaica em 1977, e sua ampla dispersão resultou em várias epidemias nos países do Caribe e América Central (PAHO, 1989). Em 1981, ocorreu a introdução do DENV-4 na Ilha de São Bartolomeu, em Porto Rico, e posteriormente tornou-se endêmico na região e em alguns países (PAHO, 2001). Em Cuba, no mesmo período, ocorreu a introdução do DENV-2, ocasionando a primeira epidemia por FHD das Américas, com 158 óbitos, sendo 101 crianças (KOURÍ *et al.*, 1987).

O DENV-3 foi detectado em 1963-1966, inicialmente na América Central, depois no México e América do Sul (GUZMAN *et al.*, 1996; AZUKU *et al.*, 2001). Entre os anos de 2000 a 2005, o DENV-3 circulou em vários países e foi introduzido na América do Sul pela Venezuela e Brasil, causando grandes epidemias (PAHO, 2000; NOGUEIRA *et al.*, 2001).

Desde 1846, há relatos de epidemias de dengue no Brasil, ocorridas em São Paulo e Rio de Janeiro (BARRETO; TEIXEIRA, 2008). Posteriormente, em 1888, 1916 e 1923, foram registradas outras epidemias, supostamente de dengue no Rio de Janeiro e em São

Paulo (LUZ, 1888; MEIRA, 1926; PEDRO, 1923). Em 1928, um navio francês com casos suspeitos esteve em Salvador, Bahia – BA, mas não houve circulação do vírus na população dessa capital (SOARES, 1928).

A reinfestação pelo *Aedes aegypti* favoreceu a introdução do vírus dengue em Boa Vista, Roraima – RR, em 1981 (OSANAI *et al.*, 1983). Entretanto, foi a partir do ano de 1986, pela introdução do DENV-1 no Rio de Janeiro, que o vírus se espalhou pelo Brasil (SCHATZMAYAR, 2000).

Durante quase uma década, o DENV-1 e DENV-2 circularam de forma concomitante no país, até a introdução do DENV-3 em 2000, identificado primeiramente em São Paulo de um caso importado da Nicarágua (ROCCO *et al.*, 2001). No mesmo ano, o DENV-3 foi isolado no Rio de Janeiro e rapidamente se espalhou por todo Brasil (NOGUEIRA *et al.*, 2001).

Até a metade da década de 1990, o Sudeste Asiático se constituía na região do mundo mais atingida por dengue (TEIXEIRA *et al.*, 2008). Com a dispersão do vetor e do vírus para vários países das Américas do Norte, Central e do Sul, estes países passaram a contribuir com mais da metade dos casos notificados da doença no mundo, conforme Figura 1.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, no ano de 2011, nas regiões das Américas (Norte, Central e México), cone sul, caribe hispânico, inglês e francês, foram notificados 1.093.252 casos de dengue, com incidência de 208,8 por 100.000/hab, sendo 19.455 casos de dengue grave, 763 óbitos e taxa de letalidade de 3,9%.



Figura 1 – Mapa da dengue no mundo CDC – Health map Collaboration, 2011.

Fonte: CDC/OMS (2011).

De acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde – MS, no Brasil, no ano de 2011, foram notificados 764.032 casos de dengue; destes, 7.744 foram casos de dengue grave e 2.801 casos de FHD. Com relação aos óbitos foram confirmados 482 óbitos por dengue no país, sendo 291 por dengue grave e 191 por FHD, com taxa de letalidade de 4,5% (BRASIL, 2012).

A Região Sudeste representa a região com maior número de casos (361.350 casos; 47,2%), seguida da Região Nordeste (195.365 casos; 25,6%), Norte (119.398 casos; 15,6%), Centro-Oeste (51.941 casos; 6,8%) e Sul (35.978 casos; 4,7%). Aproximadamente 53,1% (405.783) dos casos do país se concentraram em quatro Unidades da Federação (UFs), a saber: Rio de Janeiro – RJ (165.787; 21,6%), São Paulo – SP (114.884; 15,7%), Amazonas – AM (61.906; 8,1%) e Ceará – CE (63.206; 8,2%).

As Regiões Sudeste e Nordeste concentram 64,1% dos casos graves já confirmados, com destaque para os Estados do RJ (2.868), Espírito Santo – ES (1.642) e CE (455).

De janeiro a abril de 2012, foram notificados 286.011 casos de dengue, com taxa de incidência de 149,37, por 100 mil habitantes, sendo 1.083 casos de dengue grave, 74 óbitos e taxa de letalidade de 6,8 %. Em 10 UFs, estão concentrados 81,6% (233.488) dos casos notificados no período, conforme Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Estados que concentram 81,6% (233.488) dos casos notificados de janeiro a abril, 2012.

UF	Janeiro a Abril - 2012				
	Casos	Incidência	UF	Casos	Incidência
RJ	80.160	501,3	MG	14.006	71,5
BA	28.154	200,9	MT	13.802	454,5
PE	27.393	311,4	TO	11.589	837,7
SP	19.670	47,7	PA	11.223	148,0
CE	17.205	203,6	RN	10.286	324,7

Fonte: SINAN (2012) (dados sujeitos à alterações).

Em nosso país, as condições socioambientais favoráveis à expansão do *Aedes aegypti* possibilitaram a dispersão desse vetor, desde sua reintrodução em 1976, que não conseguiu ser controlada com os métodos tradicionalmente empregados no seu combate. Programas essencialmente centrados no combate químico, com baixíssima ou mesmo nenhuma

participação da comunidade, sem integração intersetorial e com pequena utilização do instrumental epidemiológico mostraram-se incapazes de conter um vetor com altíssima capacidade de adaptação ao novo ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos novos hábitos (FUNASA, 2002).

A globalização do comércio ajudou a transportar o vírus da dengue para diversas regiões do planeta. Outros centros urbanos receberam mosquitos contaminados ou pessoas doentes. Alguns tipos de microrganismos adaptaram-se melhor aos mosquitos presentes nas áreas para onde foram levados, facilitando as epidemias. Outros vírus ainda sofreram mutações que contribuíram para proliferação de epidemias (UJVARI, 2008).

Os condicionantes de expansão da dengue nas Américas e no Brasil são similares e referem-se, em grande parte, ao modelo de crescimento econômico implementado na região, caracterizado pelo crescimento desordenado dos centros urbanos (BRASIL, 2009).

O Brasil concentra mais de 80% da população na área urbana, 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.

Outros fatores, tais como a acelerada expansão da indústria de materiais não biodegradáveis, além de condições climáticas favoráveis, agravadas pelo aquecimento global, conduzem a um cenário que impede, em curto prazo, a proposição de ações visando à erradicação do vetor transmissor (BRASIL, 2009) contribuindo para o cenário atual da dengue em nosso país.

## **2.2 O vírus e os padrões de resposta à infecção**

A dengue é uma enfermidade causada por um vírus de genoma *ribonucleic acid* – RNA pertencente ao grupo B dos arbovírus, família *Flaviviridae*, gênero *Flavivirus*. Compreende quatro sorotipos imunologicamente distintos: DENV-1, DENV-2, DENV3 e DENV-4 (TRAVASSOS *et al.*, 1998).

A infecção por qualquer um dos quatro sorotipos do vírus pode variar desde uma infecção assintomática até formas graves como a dengue hemorrágica e ou síndrome do choque da dengue (OPAS, 1995).

Devido à frequente associação com as formas mais graves da doença e com epidemias de dengue hemorrágico, o vírus DENV-2 tem recebido atenção especial (HALSTEAD, 1980).

Existem dois padrões de respostas à infecção pelo vírus dengue: primária e secundária. A resposta primária ocorre em indivíduos que não são imunes aos flavivírus. A resposta secundária é observada em indivíduos com infecção por dengue que já tiveram infecção prévia por flavivírus.

Estudos epidemiológicos e sorológicos realizados em Cuba e na Tailândia são bons exemplos da importância da infecção secundária como fator de risco para FHD (GUZMÁN; KOURÍ, 2002). Desde as primeiras observações feitas por HALSTEAD (1970), a FHD tem estado presente em situações onde há circulação de mais de um sorotipo do vírus (PAHO, 1994; GUZMÁN *et al.*, 2000; GUZMÁN *et al.*, 1990). No Brasil, após um período de epidemias sequenciais pelos vírus dengue tipo 1 e 2, foi realizado estudo soropidemiológico em alunos de escolas públicas do município de Niterói, RJ, em menores de 15 anos. Este estudo revelou que infecções secundárias foram observadas em 61% (181/297) dos casos positivos, porém, sem registros de casos de FHD. Infecções assintomáticas ou oligossintomáticas foram detectadas em 56% da população estudada (CUNHA *et al.*, 1995).

No que se refere à patogenia do vírus dengue, esta vem sendo estudada há vários anos e diversas teorias tentam explicar a ocorrência destas formas graves de dengue, como a da infecção sequencial postulada por Halstead (1970; 1980; 1982) e da virulência de determinadas cepas do vírus, defendida por Rosen (1977). Uma terceira teoria reconhece que as duas primeiras não explicam de forma isolada os eventos epidemiológicos que vêm ocorrendo no mundo, propõe a teoria integral de multicausalidade, que integra vários fatores de risco como: individuais, epidemiológicos e virais (GUZMÁN; KOURÍ, 2002; GUZMÁN *et al.*, 1988; BRAVO *et al.*, 1987; KOURI *et al.*, 1987).

Estudos realizados por Robert e cols. (1997) revelam que os anticorpos pré-existentes fixam-se nas proteínas de superfície do DENV causador da nova infecção, facilitando uma penetração maciça das partículas virais em macrófagos/monócitos, produzindo uma intensa resposta inflamatória. De acordo com Cummings *et al.*, (2005), uma segunda infecção causada por outro sorotipo produz uma amplificação da infecção mediada por anticorpos, ou imunoamplificação com uma grande replicação viral e aumento da viremia, a qual determina a gravidade da enfermidade.

### 2.3 Resposta imunológica

O vírus dengue entra em contato com a pele e penetra na célula dendrítica da epiderme, que são as células-alvo primárias (PALUCKA, 2000; KWAN *et al.*, 2005), principalmente as células de Langherans, que se ativam e apresentam o vírus aos linfócitos T. Os vírus que penetram a derme são também reconhecidos pelos monócitos e células endoteliais. Os linfócitos T CD4 são os primeiros que se ativam e posteriormente os CD8 que liberam as citocinas (CARDIER *et al.*, 2005).

As citocinas são proteínas que compartilham um grande número de propriedades durante o desenvolvimento da imunidade natural e específica, mediando e regulando as respostas imunológicas e inflamatórias determinadas por diversos tipos de células. Assim, a resposta imunológica do hospedeiro pode ser protetora ou patogênica que se caracteriza por uma produção excessiva de citocinas e mudanças nas respostas TH1 a TH2 (MABALIRAJAN *et al.*, 2005) e a inversão do índice de CD4/CD8.

Estudos têm demonstrado que a fuga plasmática está associada a nível elevado de citocinas no plasma: o TNF alfa e beta, o IFN gama, II2 e II4 (GAGNON *et al.*, 2002; AZEVEDO *et al.*, 2001; JUFFRIE *et al.*, 2001). Desta forma, o derrame excessivo de citocinas produz um aumento da permeabilidade vascular que se traduz no extravasamento de plasma, que é uma alteração fisiopatológica fundamental na dengue, mediante os quais líquidos e proteínas saem para o espaço extra vascular produzindo a hemoconcentração e às vezes o choque hipovolêmico (BASU, 2008).

Outro aspecto importante na dengue é a apoptose celular, que é um fenômeno biológico que ocorre tanto em condições fisiológicas como patológicas. Na dengue a infecção viral induz a apoptose dos linfócitos T e pode provocar danos em outras células e tecidos dos hospedeiros tais como endotélio, hepatócitos, miocardiocitos, neuronais, tubulares renais e outros que poderiam explicar no comprometimento de muitos órgãos durante a infecção (LIMONTA *et al.*, 2007).

As hemorragias na dengue são fenômenos multicausais: vasculopatias, trombocitopenias, distúrbios da coagulação e outros Halstead (1982). A trombocitopenia é ocasionada pela destruição das plaquetas no sangue periférico por um mecanismo imuno-mediado. As causas dos sangramentos na dengue são múltiplas (SRICHAIKUL; NIMMANNITYA, 2000) e incluem as causas vasculares e algumas alterações da coagulação

por ação cruzada de alguns anticorpos antivirais contra o plasminogênio e outras proteínas, assim como um desequilíbrio entre os mecanismos da coagulação e da fibrinólise. Portanto, os sangramentos durante a dengue não estão em relação direta com a intensidade da trombocitopenia (GOMBER *et al.* 2001).

#### **2.4 A doença e suas formas de apresentação**

A dengue é uma enfermidade dinâmica, de curta duração, porém com o passar dos dias sua expressão pode se agravar de forma súbita e o doente necessitar de atendimento médico e acompanhamento sistemático durante o curso da doença. A infecção pelos vírus dengue causa um espectro que inclui desde formas assintomáticas até quadros graves de hemorragias e choque (WHO, 1997). Existem também as chamadas formas atípicas (STROBEL; LAMAURY, 2001) que resultam da afetação especialmente intensa de um órgão ou sistema causando encefalopatia, miocardiopatia ou hepatopatia por dengue, assim como insuficiência renal aguda, e outras que também estão associadas à mortalidade (MARTINEZ, 2005).

A dengue é uma enfermidade cujo curso é caracterizado por três etapas clínicas: a etapa febril onde se enquadram a maioria dos casos de dengue, a etapa crítica e a etapa de recuperação. Na dengue o primeiro dia sem febre corresponde ao dia de maior risco de complicações. A etapa crítica coincide com o extravasamento plasmático e sua expressão mais temida é o choque (MARTINEZ, 2005).

Na dengue, a primeira manifestação é a febre, geralmente de início abrupto, associada à cefaléia, adinamia, mialgias, artralguas, dor retroorbitária, com presença ou não de exantema e/ou prurido. Anorexia, náuseas, vômitos e diarréia podem estar associados ao quadro clínico da doença (SILVA, 1992). As manifestações hemorrágicas como epistaxe, petéquias, gengivorragia, metrorragia, hematêmese, melena, hematúria e outras, podem ser observadas em todas as apresentações clínicas da dengue (FAGBAMI *et al.*, 1995). Assim como as petéquias e a hemorragia subconjuntival (PADBIDRI *et al.*, 1995).

Na dengue todos os sinais e sintomas devem ser valorizados. Alguns pacientes podem evoluir para formas graves da doença e passam a apresentar sinais de alarme, principalmente quando ocorre a defervescência da febre, entre o terceiro e o sétimo dia nas crianças e nos adultos pode estender-se até do quatro ao sexto dia. Rosso *et al.*, (1994) chamam atenção para presença da dor abdominal igualmente em adultos e crianças com FHD, como um sinal

premonitório do choque. Nesta etapa pode aparecer a hepatomegalia, a dor abdominal é intensificada ou persistente (NIMMANNITYA; THISKAYORN; HEMSICART, 1997).

Para Teelucksing *et al.*, (1999) há especial significado a tríade dor abdominal, vômitos e hepatomegalia em casos de crianças com choque por FHD. A trombocitopenia se intensifica e a hemoconcentração aumenta progressivamente. As hemorragias podem aparecer se acentuar e evoluir para um comprometimento hemodinâmico importante, caracterizado por choque grave e possível óbito. Portanto, é importante ressaltar que o fator determinante na febre hemorrágica da dengue é o extravasamento plasmático, que pode ser expresso por meio da hemoconcentração, hipoalbuminemia e ou presença de derrames cavitários, que devem ser detectados de forma precoce (WHO, 1997).

## **2.5 Dengue no contexto da assistência**

Muitas informações acerca do vetor, do vírus e da doença foram obtidas em decorrência das epidemias que aconteceram ao longo dos anos em várias partes do mundo. Entretanto, a lição mais importante ainda não foi compreendida, é que a quase totalidade dos óbitos por dengue é evitável e depende, na maioria das vezes, da qualidade da assistência prestada e da organização da rede de serviços de saúde existente em cada local.

Na última década observou-se um aumento do número de casos graves de dengue ou FHD que demandaram internação hospitalar chegando a mais de 80.000 internações em 2010. De forma semelhante, a taxa de letalidade por dengue nos últimos anos vem se mantendo acima do que é preconizado pela OMS o que torna obrigatório para o setor saúde avaliar a qualidade da assistência prestada à população.

A organização da rede de serviços de saúde é condição essencial para o enfrentamento de uma epidemia de dengue. O estabelecimento e utilização de protocolos clínicos, sistema de referência e contra referência, com base na classificação de risco, torna possível o atendimento oportuno e com qualidade ao doente, oferecendo condição para evitar a ocorrência de óbitos (BRASIL, 2009).

A porta de entrada preferencial para atendimento da pessoa com suspeita de dengue é a Atenção Primária, porém, todos os serviços de saúde devem acolher os casos, classificar o risco, atender, e, se necessário, encaminhar para o serviço compatível com a complexidade/necessidade do paciente, se responsabilizando por sua transferência, e posterior acompanhamento até o seu pronto restabelecimento (BRASIL, 2009).

A utilização da classificação de risco para atendimento do paciente, baseada na gravidade da doença e não pela ordem de chegada do paciente ao serviço de saúde, é uma ferramenta fundamental para melhorar a qualidade da assistência. No contexto organizacional, a classificação de risco tem por objetivo reduzir o tempo de espera do paciente por atendimento médico, visando à aceleração do diagnóstico, tratamento e internação, quando for o caso, e contribuir para a organização do fluxo de pacientes na unidade de saúde e a priorização do atendimento dos casos de acordo com a gravidade (BRASIL, 2009).

A avaliação com classificação de risco do paciente com suspeita de dengue, estabelecida nas Diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD tem por base os critérios adotados pela Política Nacional de Humanização. O estadiamento da doença deve ser realizado por enfermeiro ou médico, que de posse do protocolo técnico deve identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, grau de sofrimento e agravo à saúde. Portanto, cabe ao profissional de saúde avaliar, orientar, encaminhar, coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no protocolo técnico. Esse dado subsidiará o médico quanto ao diagnóstico, estadiamento e tratamento do paciente com suspeita de dengue (BRASIL, 2009).

De acordo com os sinais e sintomas, a classificação de risco pode ser estabelecida da seguinte forma:

-  **Grupo A - atendimento de acordo com o horário de chegada**
-  **Grupo B - prioridade não urgente**
-  **Grupo C - urgência atendimento o, mas rápido possível.**
-  **Grupo D - emergência, paciente necessidade de atendimento imediato.**

Figura 2 – Classificação de risco de paciente com dengue.

Fonte: Brasil. MS (2009).

Desta forma a classificação de risco contribuirá para o reconhecimento precoce dos sinais de alarme e estadiamento do paciente de acordo com o grupo de risco preconizado.

O paciente classificado como Grupo A – Azul, corresponde ao paciente que apresenta febre com menos de 7 dias e, pelos menos dois dos seguintes sintomas inespecíficos: cefaléia, prostração, dor retroorbitária, exantemas, mialgias e artralgias, prova do laço negativa, ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas, ausência de sinais de alarme. Este paciente necessita de atendimento em unidades da Atenção Primária constituída pelas Unidades básicas, Unidade Estratégia Saúde da Família, Centro de Saúde e Posto de Saúde. Após consulta e avaliação clínica, o paciente classificado neste grupo deve realizar o tratamento no domicílio, com hidratação via oral de forma sistemática, com acompanhamento pela equipe ESF e ser orientado para retornar a unidade de saúde identificada no “Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue” no primeiro dia da defervescência da febre, ou em caso de surgimento de sinais de alarme.

O paciente classificado no Grupo B – Verde, corresponde ao paciente que apresenta febre com menos de 7 dias, e pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas inespecíficos: cefaléia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias, artralgias, prova do laço positiva ou manifestação hemorrágica espontânea sem repercussão hemodinâmica e ausência de sinais de alarme. Este paciente necessita de atendimento em unidade com suporte para observação da Atenção Secundária constituída pelas Unidades Mistas, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), hospital de pequeno porte.

O paciente do Grupo B deve aguardar o resultado do hemograma em leito de observação, com hidratação oral e/ou venosa. Deve receber hidratação supervisionada e, avaliação médica. Após atendimento o paciente poderá realizar o tratamento no domicílio e, orientado para retornar a unidade de saúde identificada no Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue, no primeiro dia da defervescência da febre, ou em caso de surgimento de sinais de alarme.

O paciente classificado como Grupo C – Amarelo, corresponde ao paciente que apresenta sinais de alarme (dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, pressão convergente, hipotensão postural e/ou lipotimia, sonolência e/ou irritabilidade, hepatomegalia dolorosa, hemorragias importantes hematêmese e/ou melena, diminuição da diurese, diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia, desconforto respiratório, aumento repentino do hematócrito, queda abrupta de plaquetas, derrames cavitários). Esse

paciente necessita de atendimento de urgência em Unidades de Atenção Terciária em Saúde com leitos de internação.

O paciente classificado como Grupo D – Vermelho, corresponde ao paciente que apresenta sinais de choque (hipotensão arterial, pressão arterial convergente, extremidades frias, cianose, pulso rápido e fino, enchimento capilar lento (>2 segundos)). Esse paciente necessita de atendimento imediato, receber hidratação venosa vigorosa (fase de expansão) em qualquer unidade de saúde, e ser transferido em ambulância com suporte avançado, para um hospital de referência com leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI.

### 3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste capítulo serão apresentados alguns fundamentos teóricos utilizados como subsídio para as escolhas metodológicas desta pesquisa, bem como aspectos teóricos relativos à prática da avaliação e sua utilização no campo da saúde.

Tão importante quanto entender o que é avaliação, é conhecer as formas de avaliar; uma avaliação pode ser normativa ou pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processos), e os resultados obtidos. Já a pesquisa avaliativa, preocupa-se em examinar *ex-postuma* a intervenção usando de procedimentos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, e o contexto no qual ela se situa, a fim de orientar na tomada de decisão (CONTRANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Avaliação é constituída de etapas e podem ser agrupadas nas ações de medir, comparar e emitir juízo de valor. Nela é necessário identificar com clareza o que vai se avaliar, que características observar e medir, como se pretende observar e medir o objeto (variáveis), bem como, o que se fará com o juízo de valor emitido neste processo. Assim, a avaliação depende de quem a realizará e para quem se destina, isto é, com a avaliação realizada quais decisões serão tomadas e por quem (CONTRANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Com base no enfoque sistêmico e principalmente preocupado em avaliar a qualidade do cuidado médico, Donabedian (1988) sistematizou diversas propostas de abordagens na tríade: estrutura, processo e resultados. A estrutura corresponde às características relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais. O processo se refere ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação profissionais e pacientes. E os resultados são o produto das ações e as modificações no estado de saúde de indivíduos e da população. O autor considera o processo como a melhor abordagem para avaliar a qualidade do cuidado. Ressalta, também, a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e, conseqüentemente, de seus resultados. O autor faz um alerta: o uso isolado de qualquer uma destas abordagens apresenta-se insuficiente, sendo a melhor estratégia a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (DONABEDIAN, 1988).

Segundo Silva (1994) apud Donabedian (1980), particularmente preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico, a “estrutura” corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais: o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes. E os “resultados” seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio.

Na área da saúde a avaliação vem ganhando espaço como campo de conhecimento, além de constituir-se como prática fundamental para a gestão da atenção à saúde (FIGUEIRÓ *et al.*, 2004). Fresse *et al.*, (2005) destacam dois aspectos fundamentais na definição de Contandriopoulos *et al.* (1997): o primeiro “fazer um julgamento de valor”, o qual incorpora as concepções e pressupostos que fundamentam “a visão de mundo” de quem avalia e afasta a concepção de um “julgamento” neutro, tendo em vista a opção do avaliador por um determinado referencial teórico; e o segundo refere-se à importância da tomada de decisão, como ponto central da avaliação.

Neste contexto a avaliação vem contribuindo para a melhoria da qualidade da prestação de serviço. A história da prestação de serviços de uma organização e a forma como se notabilizam pela excelência ou não dos serviços que prestam deixa evidente que algo além do usual é realizado para manutenção da excelência conquistada, ou que algo precisa ser feito para conquistá-la. Neste aspecto, a avaliação desempenha um papel importante na identificação destes sinais que, de acordo com Lewis e Haeckel (1994, p. 177), podem se dividir em três categorias:

[...] funcionais, os que dizem respeito à qualidade técnica do serviço, isto é sua confiabilidade e funcionalidade. Tudo o que influencie as impressões do cliente quanto à qualidade técnica do serviço – sua presença ou ausência – constitui um sinal funcional. Sinais mecânicos que provêm de objetos inanimados que incluem visões, cheiros, sons, gostos e texturas. Instalações, equipamentos, móveis, vitrines, iluminação e outras pistas sensoriais, fornecem uma apresentação visual do serviço, comunicando sem palavras e Sinais humanos relacionados ao comportamento e à aparência dos prestadores de serviço – sua linguagem verbal e corporal, o tom da voz, o nível de entusiasmo e a adequação da roupa.

A avaliação de aspectos subjetivos da produção de saúde por programas se faz por meio de abordagens qualitativas, que não são expressas por indicadores ou padrões numéricos. As duas dimensões – quantitativa e qualitativa – são inerentes a fenômenos complexos como a saúde, não havendo predomínio de uma sobre outra. Esta compreensão é importante para que haja o rigor necessário para a escolha de métodos e abordagens adequados para a avaliação (BOSI; UCHIMURA, 2006; FURTADO, 2001). Essa visão requer a construção de novos horizontes para as práticas avaliativas em saúde, onde não só se permite como se incentiva a mescla de métodos quantitativos e métodos menos estruturados, de cunho qualitativo (SANTOS-FILHO, 2007).

Para Tanaka e Melo (2001) e Calvo e Henrique (2006), a avaliação deve ser um elemento cotidiano do trabalho em saúde, com finalidade de orientar o planejamento e a execução das ações. A consolidação do processo avaliativo é uma importante ferramenta de gestão nas esferas de governo, e quando incorporada às práticas dos serviços de saúde subsidia o planejamento, auxilia na tomada de decisões e na formação dos sujeitos envolvidos no processo.

A qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde está intimamente relacionada com o grau de atendimento das necessidades da população, que espera que as ações estejam implantadas nos serviços de saúde, em sua estrutura e procedimentos possibilitando um bom atendimento. Dentro do contexto político-organizacional da assistência ao paciente com dengue, os serviços de saúde são reflexos da capacidade do governo de planejar, monitorar e executar ações que visem à melhoria da prestação dos serviços e bem estar da população.

Destaca-se Uchimura e Bosi (2002) quando se referem à capacidade do sistema, serviço ou procedimento de saúde para solucionar as demandas, necessidades e os problemas que lhes são apresentados, considerando a tecnologia para este nível de atenção, de acordo com os conhecimentos técnicos e científicos atuais, as normas e protocolos que organizam as ações e práticas, e os valores culturalmente aceitos. Com base nos fundamentos dos referidos autores, a organização de serviços é fundamental para o atendimento do paciente com dengue que por ser uma doença dinâmica, onde o paciente pode evoluir de um estágio a outro em tempo relativamente curto, exige uma rede de saúde estruturada e organizada. Assim é necessária a normatização de fluxo, elaboração de protocolos para atendimento, disponibilização de materiais e equipamentos em condições de uso, alocação adequada de

recursos humanos, capacitações sistemáticas, elaboração de boletins epidemiológicos atualizados, rede de referência e contra referência estabelecida, e profissionais atuantes.

Para Vuori (1991) qualidade em saúde tem muitas facetas, podendo o termo ser empregado para significados distintos. Entretanto, com o crescente interesse sobre o tema é possível encontrar inúmeras abordagens e definições sobre qualidade, constituindo um desafio para a maioria dos pesquisadores, especialmente porque não há um consenso sobre uma definição apropriada. Isto faz com que o termo qualidade no contexto da assistência, denote um grande espectro de características desejáveis de cuidados e dentre estes se inclui a qualidade técnico-científico necessário no processo saúde-doença, possibilitando avaliar a qualidade do cuidado dispensado. Portanto, há uma enorme necessidade de que as políticas públicas estejam focadas nos determinantes de saúde da população, para que esta possa gozar de pleno estado de bem estar.

Neste sentido, as Unidades Estratégia de Saúde da Família – UESF, Unidades Básicas de Saúde – UBSs, ambulatórios, unidade intermediárias e de atenção hospitalar, devem estar preparadas para prestar o atendimento com a qualidade desejada. É necessário que haja capacidade instalada e qualidade técnica para atender o paciente com suspeita de dengue o mais próximo de sua residência, evitando assim as peregrinações e internações.

Para Paim (2003), um modelo de atenção pode ser considerado como uma racionalidade, uma lógica, que orienta a ação. O novo modelo que se deseja construir com o SUS se baseia em preceitos como a oferta organizada de serviços, a vigilância à saúde com uso de: intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação interssetorial e a territorialização. Em regiões onde a dengue apresenta-se com caráter endêmico/epidêmico, o treinamento para as equipes de saúde deve ter caráter permanente, baseado em manuais de diagnóstico e manejo clínico e de assistência de enfermagem, visando à homogeneidade de condutas e estabelecimento de critérios para encaminhamentos de pacientes para unidades de referência, bem como critérios para internação e alta.

A utilização de forma sistemática dos instrumentos de integração entre serviços (classificação de risco, cartão dengue, guia de referência e contra referência) com definição e prática de atividades em cada nível de complexidade da assistência, contribuirá para a resolutividade com sucesso dos casos de dengue.

#### **4 ASPECTOS GEOGRÁFICOS, DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS, MARANHÃO**

O presente estudo foi realizado no Município de São Luís, situado ao norte do Estado do Maranhão – MA. Este município apresenta uma área de 834.780 Km<sup>2</sup>, que corresponde a 0,24% do território do Estado, com população estimada de 1.014.837 habitantes, e densidade demográfica de 1.215,69 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). O clima é o tropical quente e úmido, com duas estações: a chuvosa (janeiro a junho), com precipitação pluviométrica média de 1.954mm<sup>3</sup>, com estiagem nos meses de julho a dezembro. A temperatura varia de entre 28 a 30° C, em média. As condições climáticas do município proporcionam ao mosquito transmissor do vírus da dengue as condições ideais para sua manutenção e proliferação. Desde o ano de 1996 o município vem enfrentando epidemias por diferentes sorotipos virais, comprovadas laboratorialmente, aumento sucessivo dos óbitos por dengue, com taxa de letalidade de 11,6% em 2011.

A alta taxa de letalidade por dengue em São Luís tem despertado interesse de estudiosos na área da avaliação em saúde, na tentativa de identificar fatores que contribuem para manutenção do cenário.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, em São Luís, os primeiros casos de dengue ocorreram em 1986; um conjunto de ações para o controle vetorial foi empreendido e a doença foi controlada no mesmo ano. Em 1996, após um período de dez anos sem casos autóctones de dengue, ocorreu uma epidemia causada pelo sorotipo DENV-1. De 1996 a 2011 foram notificados 35.509 casos de dengue conforme Figura 3. Neste período observou-se que com a introdução do DENV-2 em 2001, e do sorotipo DENV-3 em 2002, os casos da doença começaram apresentar algum grau de gravidade (SILVA; SILVA, 2008).

De acordo com dados da Secretaria Municipal da Saúde – SEMUS, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011, foram notificados 5.351 casos de dengue e, desses, 1.409 foram confirmados por critério laboratorial. 87 casos foram classificados como dengue com complicação e 25 casos como febre hemorrágica da dengue. Do total de 13 óbitos, 10 (dez) foram confirmados por laboratório e 03 (três) confirmados pelo critério clínico epidemiológico. Com relação à faixa etária dos óbitos, 5 (cinco) ocorreram em < 10 anos, e 8 (oito) na faixa etária de 20 a 79 anos. No mesmo período de 2010 até a semana epidemiológica 52 foram notificados 2.864 casos, quando comparado com a semana 52 de

2011 houve um aumento de 186,8% do número de casos notificados. A letalidade por dengue com gravidade em São Luís encontra-se no momento em 11,6%.

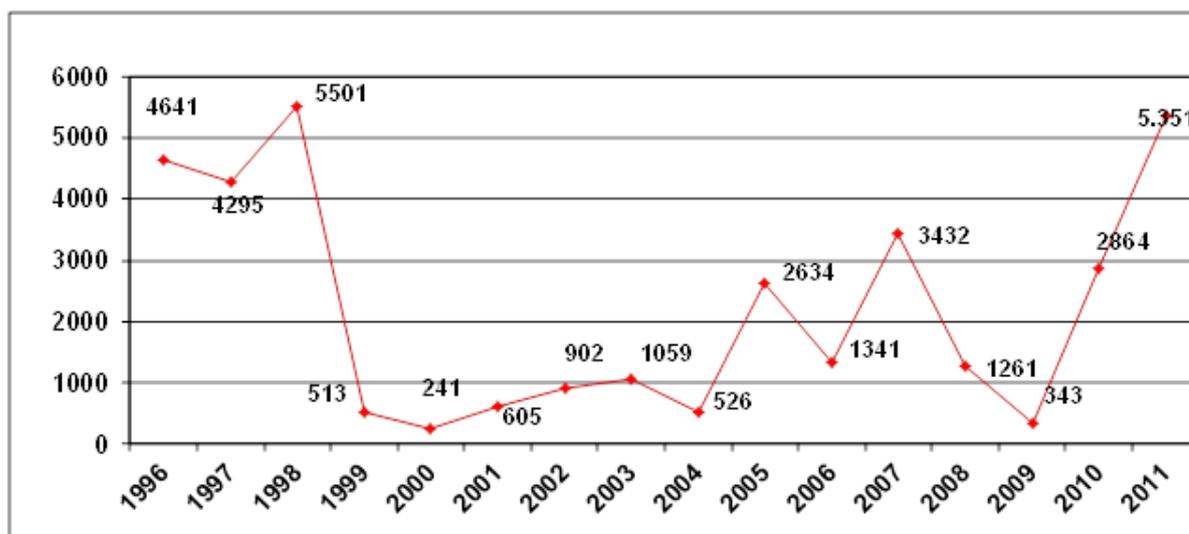


Figura 3 – Distribuição dos casos notificados de dengue, São Luís, Maranhão, 1996-2011.

Fonte: SEMUS/SVES/PCFAD (2011).

No município de São Luís-MA, no período que compreende os anos de 2001 a 2011 foram isolados os sorotipos DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4, conforme Figura 4.

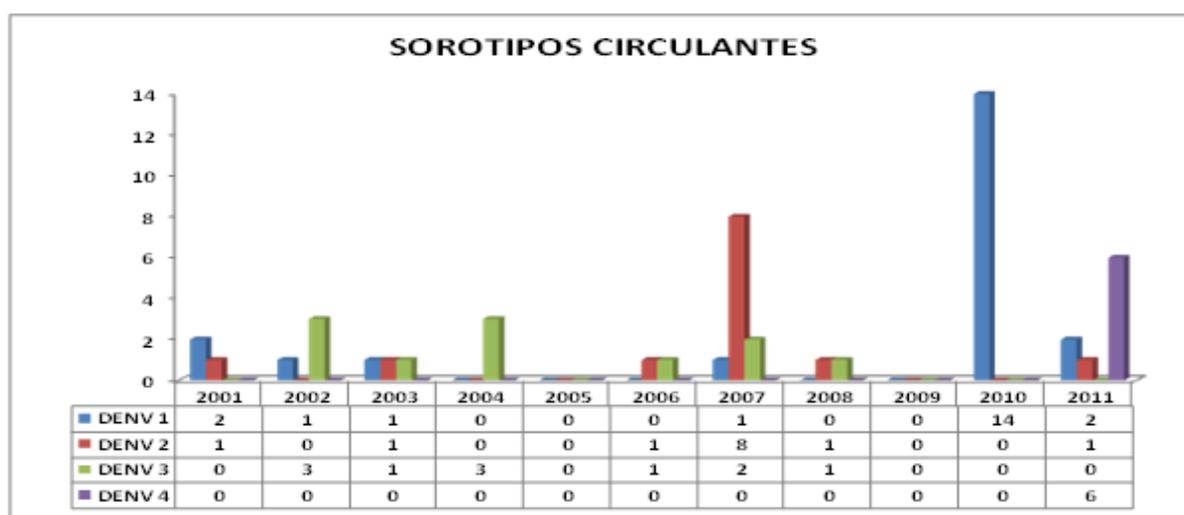


Figura 4 – Distribuição dos sorotipos do vírus dengue, São Luís, Maranhão, 2001-2011.

Fonte: SEMUS/SVES/PCFAD (2011).

Ressalta-se que no período que compreende os anos de 2002 a 2011, foi registrada a ocorrência de 24 óbitos, sendo 12 por Febre Hemorrágica da Dengue – FHD (SES/MA, 2011), conforme Figura 5.

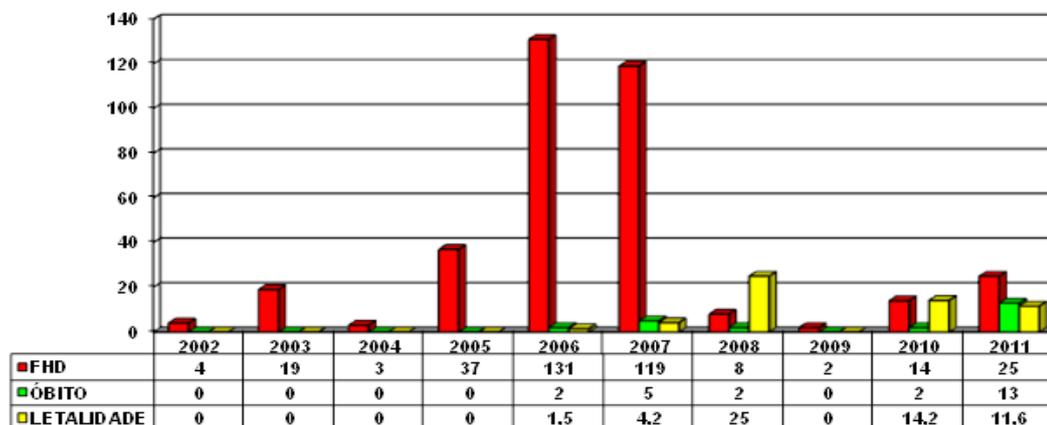


Figura 5 – Letalidade por formas graves, Maranhão, 2002-2011.

Fonte: SEMUS/SVES/PCFAD (2011).

Diante da magnitude do problema, destaca-se a importância da assistência na promoção, proteção e recuperação de saúde dos indivíduos acometidos pela dengue.

A rede de assistência se encontra sob a gestão da Superintendência de Assistência a Rede de Saúde, órgão vinculado a SEMUS. Dentre as principais atividades da Superintendência de Assistência a Rede de Saúde, destacam-se: programar, coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar os serviços a serem executados na rede municipal de saúde, em seus vários níveis de complexidade, de forma a responder as necessidades da assistência à população.

Ao órgão compete à articulação entre a rede da assistência com a vigilância epidemiológica, a área da informação, educação e comunicação, como estratégia de promoção à saúde, e neste aspecto se destaca a importância da articulação da assistência com a vigilância epidemiológica, no sentido da notificação oportuna dos casos, a fim de que as ações de controle vetorial sejam desencadeadas para contenção de possíveis epidemias. Estas articulações permitem identificar lacunas no setor saúde, possibilitando o desenvolvimento de ações curativas, mas acima de tudo preventivas.

Destaca-se o importante papel da Superintendência no sentido de reorientar os serviços na distribuição dos recursos físicos, materiais e humanos, para os locais mais carentes e assegurar ações de saúde em todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras.

Ainda com o propósito de melhorar o desempenho das atividades da rede de saúde do município, a Superintendência de Assistência a Rede de Saúde conta com os serviços da Central de Marcação de Consultas – CEMAC criada com o objetivo de facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde, dar suporte a estrutura de saúde do município, atender os encaminhamentos dos pacientes que realizaram uma consulta na atenção básica ou que necessitam de realizar exames laboratoriais, de imagens, e outros realizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Para atendimento desta demanda, a CEMAC dispõe de 26 unidades para autorização de consultas e exames.

Para atendimento da demanda de saúde, o município é constituído por sete distritos sanitários, e uma rede de saúde composta por: 42 unidades saúde da família, 7 Unidades Mistas (com atendimento 24 horas), 10 centros de saúde, 6 hospitais e 15 unidades de serviços de saúde diversos. Conta também com 96 equipes Estratégia Saúde da Família – ESF, o que representa uma cobertura inferior a 60.0% para o total da população cadastrada (335.871 hab), distribuída entre os sete distritos sanitários, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Distritos Sanitários, população total e cadastrada, número de USF e Equipes de Saúde da Família e percentual de cobertura.

DISTRITO	POPULAÇÃO	POPULAÇÃO CADASTRADA	Nº USF	Nº EQUIPES	%DE COBERTURA
Bequimão	103.306	15.698	02	05	15,1
Centro	125.055	31.839	03	08	25,4
Cohab	151.119	54.174	04	12	35,8
Coroadinho	137.873	18.535	02	04	13,4
Itaqui-Bacanga	149.519	40.128	04	11	26,8
Tirirical	231.435	125.670	15	39	54,3
Vila Esperança	88. 519	49.827	12	17	56,3
<b>TOTAL</b>	<b>986.826</b>	<b>335.871</b>	<b>42</b>	<b>96</b>	<b>34</b>

Fonte: SEMUS/SVES/PCFAD (2011).

Um fato relevante merece ser mencionado: durante a realização do estudo, o sistema de saúde do município de São Luís foi evidenciado pelos meios de comunicação de massa em decorrência da superlotação dos hospitais e demais serviços de saúde. Em decorrência disso, as condições de atendimento da população ficaram precárias e, de acordo com as fontes de informação da mídia local, a situação foi agravada com o fechamento de um hospital e duas policlínicas que atendiam a demanda do interior do estado.

Em decorrência da situação estabelecida, foi necessário reavaliar a forma de conduzir as atividades em campo, evitando suscitar dúvidas ou constrangimentos quanto à participação dos indivíduos na pesquisa. Foi evitado qualquer forma de registro fotográfico dos ambientes visitados, optando-se por não gravar as entrevistas, e todos os relatos foram documentados por meio de anotações feitas no próprio instrumento para coleta de dados. A pesquisa foi conduzida de forma ética, pautada nos critérios estabelecidos, fundamentada na transparência, responsabilidade e prudência.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo geral**

Avaliar a qualidade da assistência prestada aos pacientes com dengue, na rede municipal de saúde de São Luís, Maranhão – MA, no ano de 2011.

### **5.2 Objetivos específicos**

- Avaliar se os recursos disponíveis e as atividades realizadas nas unidades de saúde são ofertados em quantidade e com a qualidade necessária para atendimento do paciente com dengue;
- Avaliar se a assistência prestada ao paciente com dengue é realizada conforme critérios técnico-científicos, preconizado em manuais e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde – MS.

## 6 PERGUNTAS AVALIATIVAS

A determinação das perguntas avaliativas é responsável pelo alicerce e direcionamento do processo avaliativo, servindo para delimitar o que será avaliado, articulando o foco da avaliação (SAMICO *et al.*, 2010).

De acordo com Hartz e Silva (2005), em um estudo, a pergunta avaliativa é o fio condutor para análise e atribuição de explicação e/ou causalidade aos achados sendo, portanto, fundamental para construção e implementação da avaliação.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram elaboradas as seguintes perguntas avaliativas:

- Os serviços de saúde apresentam a estrutura necessária e realizam o atendimento ao paciente com dengue de acordo com previsto nas diretrizes do Ministério da Saúde, de acordo com o seu nível de complexidade?
- Quais os fatores que interferem na prática dos serviços de saúde para que a taxa de letalidade por dengue no município se mantenha em alta nos últimos anos?
- Os fatores relacionados com o contexto organizacional interferem na qualidade da assistência prestada ao paciente com dengue nos serviços de saúde?

Para responder a essas questões, primeiramente foi necessário descrever em detalhes a racionalidade da intervenção avaliada, usando como referencial o Modelo Lógico – ML do componente assistência por nível de complexidade da assistência prestada ao paciente com dengue e identificar os interessados e potenciais usuários nos resultados obtidos na avaliação.

## 7 MODELO LÓGICO DO COMPONENTE ASSISTÊNCIA

No caso desta avaliação, o modelo lógico da assistência foi elaborado antes da definição do desenho da avaliação, pois fazia parte da rotina de trabalho da pesquisadora, o que facilitou o desenvolvimento do processo de trabalho. Entretanto, mesmo que se tenha conhecimento do processo de trabalho, para elaboração do modelo lógico é essencial que seja feita uma pactuação com os atores envolvidos, que têm governabilidade sobre a situação, como uma forma de clarear o entendimento sobre o que se pretende avaliar e qual o propósito da avaliação.

O modelo lógico é uma maneira sistemática e visual de apresentar e compartilhar a compreensão das relações entre os recursos disponíveis para as ações programadas e as mudanças ou resultados que se espera alcançar (KELLOGG FOUNDATION, 2004). Esse modelo apresenta desenho do funcionamento do programa factível em determinadas circunstâncias, para resolver os problemas identificados. Pode ser a base para um convincente relato do desempenho esperado, ressaltando onde está o problema objeto do programa e como este se qualifica para enfrentá-lo (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2004). Entretanto, é importante destacar as limitações do modelo nas etapas de sua construção, pois não é possível estabelecer no quadro todo o nível de detalhamento de seus componentes e subcomponentes, a serem avaliados.

Pressupõe também a participação dos interessados na avaliação, de forma que a sua construção passe por adequações de acordo com a pactuação entre os envolvidos (SANTOS *et al.*, 2005). O Modelo Lógico – ML é elaborado a partir da definição do problema prioritário, pois “antes de tudo é necessário saber discriminar os problemas que merecem e devem ser investigados” (ALVES, 2003, p. 96). De fato, o problema faz parte do ML, porque ao descrever uma intervenção há uma “explicitação clara da racionalidade que liga o problema às ações organizadas para controlá-lo” (SANTOS *et al.*, 2005, p. 7).

Com base nas referências teóricas, nas informações obtidas durante as entrevistas com os gestores e informantes chaves do município, bem como nas Diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD (BRASIL, 2009) foi possível definir melhor o objeto de observação, retratar o seu contexto, identificar elementos da organização do serviço, e elaborar de forma resumida um modelo-lógico da assistência das unidades de saúde do município.

Para esta construção tomou-se também como referência o modelo lógico do componente assistência proposto por Pimenta (2004), na tentativa de identificar os fatores que interferem na prática dos serviços saúde, onde eles estariam situados e de que forma estes fatores poderiam contribuir para a manutenção da alta taxa de letalidade por dengue no município de São Luís, Maranhão – MA, em 2011.

O modelo lógico construído contempla os principais elementos, necessários ao funcionamento do serviço de saúde, que são compostos por estrutura física, recursos físicos, recursos humanos, protocolos, normas técnicas e fluxos de forma a garantir o atendimento do paciente com dengue no Sistema Único de Saúde – SUS.

Para esta pesquisa foram construídos três diagramas que apresentam de forma resumida como foi organizada a estrutura lógica do componente - 3 Assistência, contido nas Diretrizes do PNCD, por nível de complexidade.

### **7.1 Modelo Lógico – Qualidade da assistência ao paciente com dengue**

No modelo lógico da qualidade da assistência ao paciente com dengue contemplou-se de forma resumida o conjunto de ações que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde conforme representados nas Figuras 6, 7 e 8.

Todas as unidades de saúde independente do nível de complexidade devem apresentar estrutura e recursos físicos compatíveis com a demanda, estar provida de equipamentos, medicamentos e insumos básicos (agulhas, seringas, algodão, álcool, fita hipoalérgica, luvas, máscaras, toucas, suporte para hidratação, maca) e outros materiais adequados ao elenco e complexidade das ações propostas para funcionamento da unidade, de forma a garantir a qualidade do atendimento e resolutividade do caso.

No ML da assistência deve estar contemplado aspectos referentes à capacidade instalada tanto de recursos humanos por categorias profissionais e no caso de médicos, ter generalistas e/ou especialistas, e toda equipe de profissionais de saúde deve estar capacitados para o atendimento do paciente com dengue, quanto de tecnologia em saúde, de forma a disponibilizar e garantir o acesso ao atendimento médico, e oportunidade com que os exames inespecíficos são ofertados. Consiste também, em dispor de fluxo interno e externo, com

processos de trabalho bem estruturados que permitam garantir agilidade e oportunidade na execução das ações.

Outro aspecto importante que deve estar contemplado diz respeito à implantação e/ou implementação do protocolo clínico para o diagnóstico, manejo clínico da assistência ao paciente com dengue de acordo com orientação do Ministério da Saúde – MS, e instituir a classificação de risco na rotina de atendimento de forma a priorizar atendimento médico, e realização avaliações periódicas do processo de trabalho, como forma de aprimoramento das ações desenvolvidas pelas unidades estratégia saúde da família, unidades básicas, centros de saúde e postos de saúde.

No Modelo Lógico da atenção primária, destaca-se a importância das ações desenvolvidas pela estratégia saúde da família, como estratégia prioritária para a organização da atenção primária. Tem como um de seus preceitos desenvolver relações de vínculos e responsabilizações entre as equipes da Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e a população de seu território de abrangência, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, considerando a magnitude da dengue em nosso país. A atenção primária tem importante papel a cumprir na prevenção, atenção e controle da doença. Constitui porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde e tem situação privilegiada para efetividade das ações, por estar próxima da comunidade em que atua.

No âmbito da atenção secundária representada pelas unidades de pronto atendimento, unidades de urgência e emergência, pronto-socorro, ambulatórios especializados ou hospitais de pequeno porte, o modelo lógico deve ser elaborado no sentido de atender os pacientes classificados no Grupo B – Verde e no Grupo Especial do estadiamento clínico da dengue.

Esse grupo de paciente, preferencialmente referenciado pela Atenção Primária em Saúde, apresentam algum tipo de manifestação hemorrágica, seja ela espontânea ou provocada (prova do laço positiva), ou paciente classificado no Grupo Especial (crianças, gestantes, idosos, pacientes com comorbidades) necessita que um conjunto de ações esteja instituído na rotina de atendimento da unidade, para que procedimentos como a hidratação oral ou venosa, supervisão pela equipe de enfermagem e avaliação médica de forma contínua seja realizado. É necessário que todo um processo de trabalho esteja estabelecido para que esse paciente que precisa permanecer na unidade por um período mínimo de 12 horas em leito de observação, receba atendimento clínico e laboratorial periódico, e após avaliação possa ser liberado com orientação para acompanhamento pela equipe da atenção básica, ou em caso de

agravamento, serem referenciados para unidade hospitalar com leito de internação (MS, 2009).

Para este nível de complexidade de assistência, além das condições básicas, também devem ser asseguradas a realização de exames de ultrassom e raios-X para pesquisa de derrames cavitários, atentando para as limitações de alguns pacientes do Grupo Especial. Deve ainda dispor de laboratório para realização de exames inespecíficos, garantindo agilidade na execução e liberação do resultado do hemograma e demais exames no mesmo dia, pois são necessários para avaliação e manejo clínico adequado garantindo assim a resolutividade do atendimento do paciente do Grupo B e do Grupo Especial, de modo a reduzir a demanda para as unidades hospitalares com leito de internação, referenciando para essas unidades apenas os pacientes que necessitem deste tipo de atendimento (Grupos C e D).

No âmbito da atenção terciária ou hospitalar, o Modelo Lógico deve contemplar o conjunto de ações necessárias para atendimento dos pacientes classificados como Grupos C e D. Estes pacientes necessitam de atendimento imediato em unidade terciária/hospitalar, por apresentem fatores de risco para Febre Hemorrágica da Dengue/Síndrome do Choque da Dengue – FHD/SCD (história de dengue anterior, virulência da cepa, doenças crônicas, características individuais desconhecidas ou pertencentes ao Grupo Especial), com presença de sinais de alarme clínicos e laboratoriais.

Estes pacientes precisam de atendimento por profissionais especialistas, capacitados para o diagnóstico, manejo clínico e assistência ao paciente com dengue, e também precisam que o elenco de condições básicas (equipamentos, medicamentos, insumos e exames) e condições mais complexidade (leitos de internação, semi-intensiva e de terapia intensiva) esteja instituído, garantindo a resolutividade do atendimento na Atenção Terciária em Saúde. Espera-se que após alta, caso necessário, este paciente retorne a unidade de atenção primária em saúde de referência, para acompanhamento, estabelecendo assim o fluxo da atenção na rede de saúde.

Com base nas necessidades identificadas foram elaborados os seguintes modelos lógicos, conforme se segue.

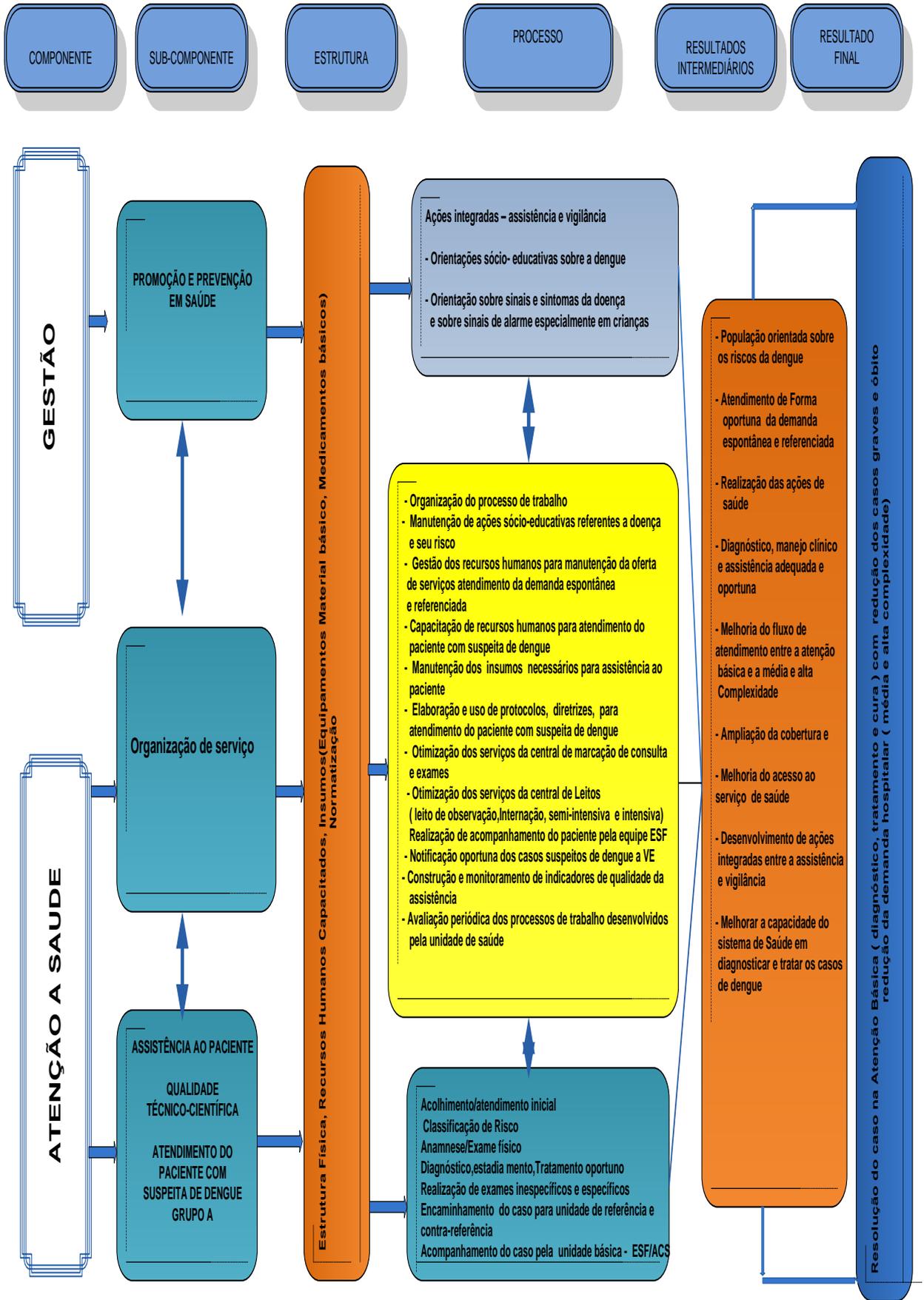


Figura 6 – Modelo Lógico – Qualidade da Assistência Prestada ao Paciente com dengue na Atenção Básica.

Fonte: Dos autores.

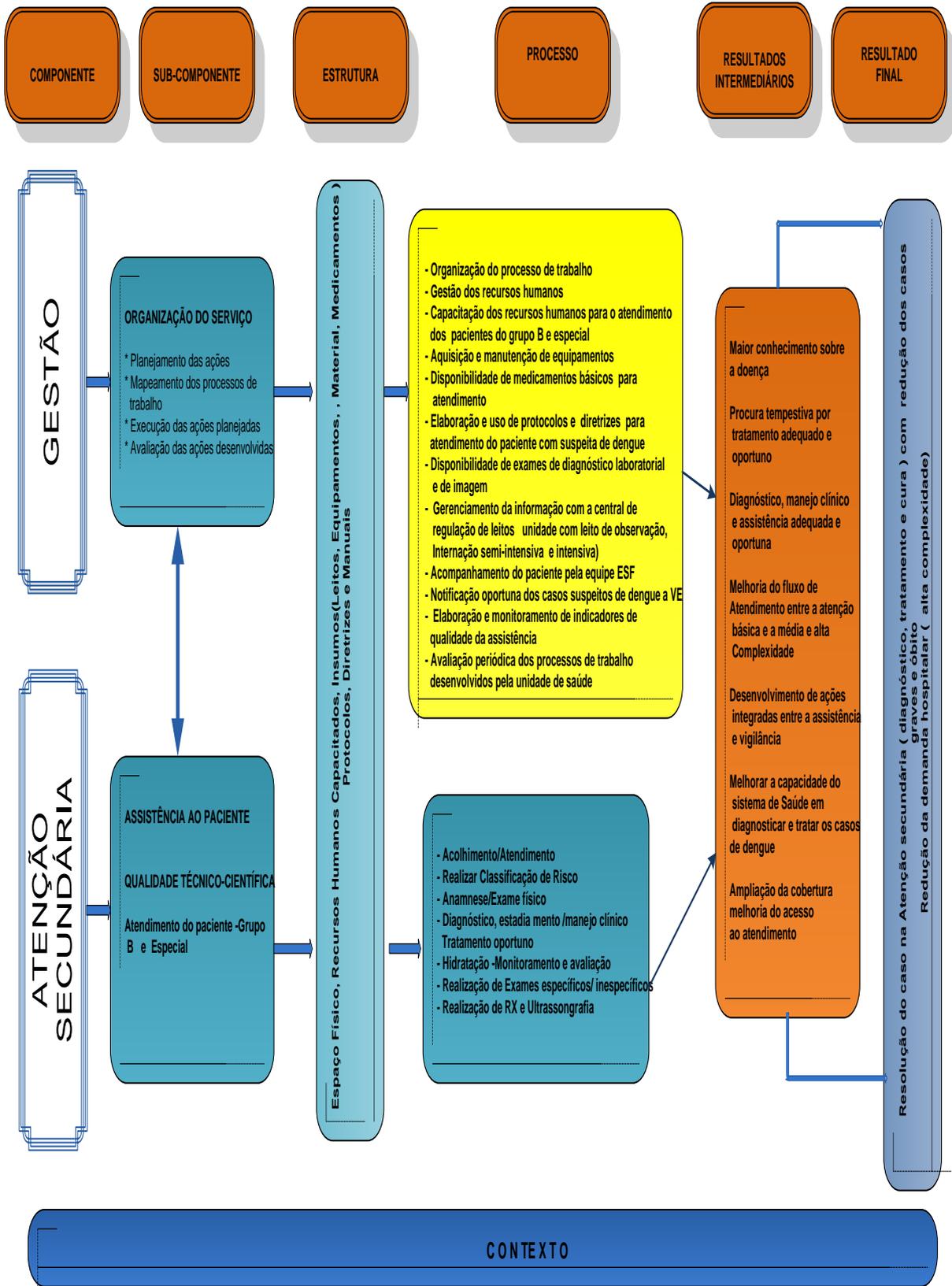


Figura 7 – Modelo Lógico – Qualidade da Assistência Prestada ao Paciente com dengue na Atenção Secundária.  
 Fonte: Dos autores.

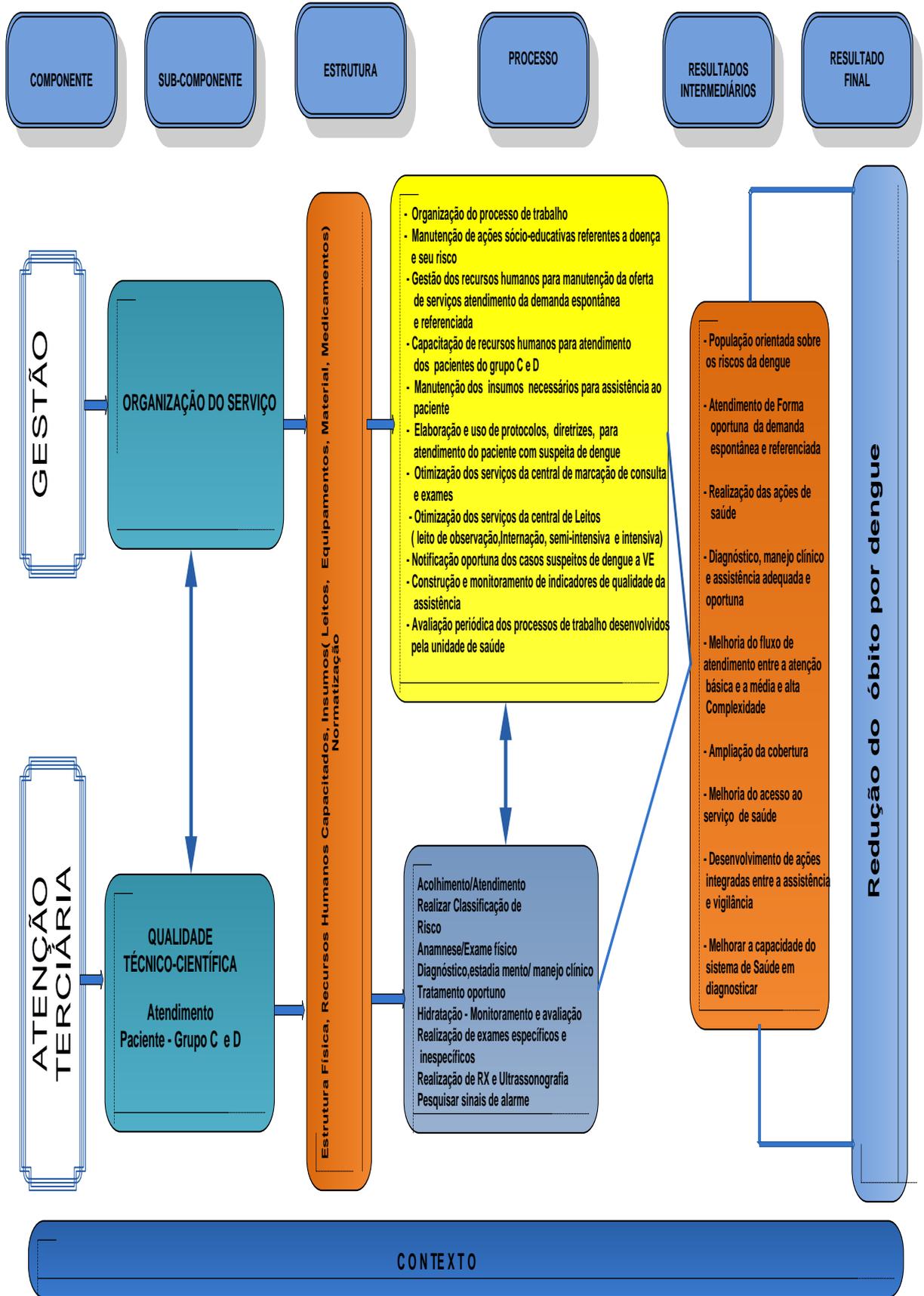


Figura 8 – Modelo Lógico – Qualidade da Assistência Prestada ao Paciente com dengue na Atenção Terciária.  
Fonte: Dos autores.

## 8 INTERESSADOS E USUÁRIOS POTENCIAIS DA AVALIAÇÃO

A identificação dos usuários potenciais da avaliação (gestores, profissionais de saúde) foi um dos passos iniciais dessa pesquisa, onde destacamos: secretário municipal de saúde, superintendente de educação em saúde, superintendente de assistência à rede, superintendente de vigilância epidemiológica e sanitárias, e profissionais e gestores de saúde do município. O papel dos gestores e profissionais de saúde na pesquisa foi de contribuir com informações sobre a abrangência das ações voltadas para redução da letalidade por dengue, e contribuir na construção da matriz de relevância.

As características gerais relacionadas a cada usuário potencial desta avaliação estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Interessados e usuários potenciais da avaliação.

<b>INTERESSADOS NA AVALIAÇÃO</b>	<b>PAPEL NA AVALIAÇÃO</b>	<b>USO</b>
Secretario Municipal de Saúde	Gestor/Órgão Normalizador, Supervisor	Normatizar, implantar supervisionar, monitorar e avaliar as ações de saúde e de prevenção e controle de vetor e definir o direcionamento da aplicação dos recursos.
Superintendente de Educação em Saúde	Gestor/Órgão Executor	Articular todos os níveis de gestão e mobilização social. Tomar decisão para aprimoramento das atividades de interesse a saúde
Superintendente da Assistência da Rede de Saúde	Gestor/Órgão Executor	Programar, coordenar, acompanhar, avaliar e organizar a rede de atenção à saúde. Tomar decisão para aprimoramento das atividades
Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária	Gestor/Órgão Executor	Adotar medidas de prevenção e promoção das ações de controle e desenvolver ações educativas
Profissional de Saúde	Executor das ações	Aplicação do conhecimento e evitar o óbito

Fonte: Dos autores.

## 9 MÉTODO

### 9.1 Tipo de estudo

Optou-se por realizar um estudo avaliativo do tipo normativo com caráter formativo para avaliar a estrutura e o processo de trabalho. A escolha do tipo de estudo foi em função dos objetivos propostos. Incorporou-se a esta pesquisa o estudo de caso que é um dos desenhos mais utilizados na pesquisa qualitativa desenvolvida na avaliação dos serviços de saúde.

Segundo Contandriopoulos *et al.*, (1997, p. 34), a avaliação normativa consiste em “[...] fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços e bens produzidos (processos), e os resultados obtidos com os critérios e normas existentes”. Tem como principal característica apoiar os gerentes e profissionais na rotina dos serviços, e apresenta uma forte relação entre o respeito às normas e critérios estabelecidos e os efeitos da intervenção.

O estudo de caso permite avaliar as questões subjetivas relacionadas ao contexto institucional e influências externas no processo de trabalho, e possibilita responder a questões relacionadas não somente ao contexto de estrutura e do processo, traduzindo de forma emblemática a lógica científica desta abordagem (DESLANDES; GOMES, 2004).

A validade interna de um estudo de caso é atribuída à robustez da lógica teórica que sustenta as categorias e suas ligações com a situação empírica. Depende da adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico (YIN, 2005). Quanto a sua validade externa, Yin (2005) apoia-se na generalização analítica, isto é na capacidade de replicação dos resultados de um caso para outro.

Para Yin (2005), o estudo de caso pode ser tanto de um caso único quanto de múltiplos e possui papel importante na pesquisa avaliativa, pois pode ser utilizado para: descrever uma intervenção e seu contexto; explicar os vínculos causais da intervenção; ilustrar alguns tópicos de uma avaliação; explorar situações em que não há um conjunto de resultados claros na intervenção e; finalmente, pode ser utilizado para uma meta-avaliação.

A avaliação normativa e estudo de caso foram realizados a partir da caracterização e mensuração do Índice de Adequação da estrutura, processo e do Índice de qualidade técnico-científico, de forma que possibilitasse avaliar o eixo qualidade das ações desenvolvidas para assistência ao paciente com dengue observada no contexto organizacional.

A caracterização foi constituída de duas etapas: na primeira caracterizou-se a proposta de avaliação da assistência ao paciente com dengue no Município de São Luís, Maranhão – MA, 2011. Esta etapa foi realizada através da análise documental, banco de dados e levantamento na literatura. Na segunda etapa foi estabelecida a mensuração do Índice de adequação da estrutura, processo e qualidade técnico-científico.

Para esta pesquisa foi estabelecido que qualidade seria a combinação de aspectos relativos à adequação (disponibilidade e conformidade) e qualidade técnico científica (conformidade e oportunidade) no processo de realização da assistência, conforme representado na Figura 9.

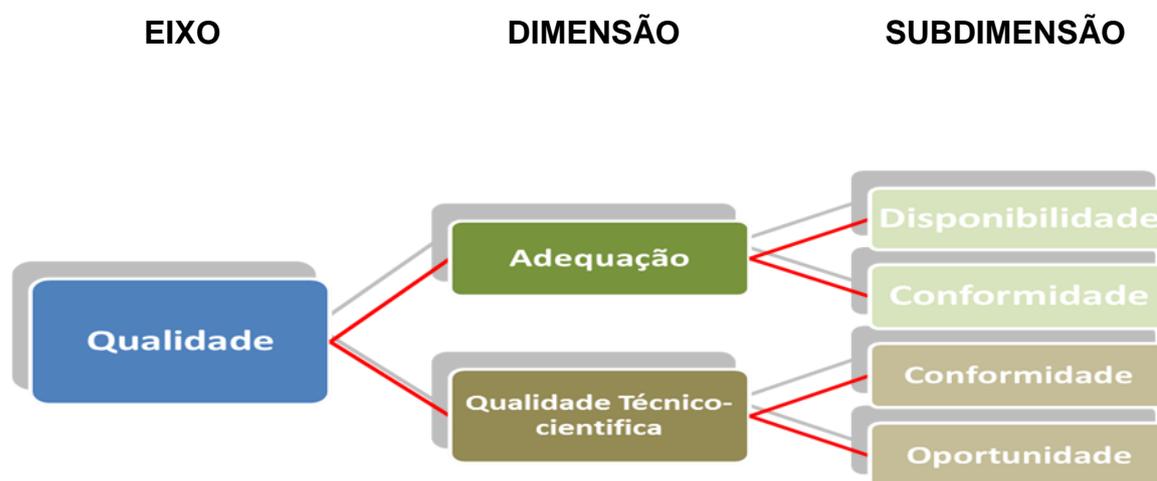


Figura 9 – Diagrama de avaliação de qualidade, dimensões e respectivas subdimensões.

Fonte: Dos autores

A Adequação é entendida como a dimensão capaz de comparar os recursos existentes na intervenção, com os critérios estabelecidos, neste caso, pelas Diretrizes e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde – MS. A Qualidade Técnico-Científico diz respeito à existência de recursos técnicos, de formação profissional e prestação dos serviços de saúde. Neste caso também foram tomados por base, os critérios técnicos estabelecidos pelo MS.

Com relação às Subdimensões, entende-se por Disponibilidade a relação entre o tipo e volume de recursos existentes para atender uma determinada demanda. Neste estudo, a Disponibilidade será a categoria de análise para avaliação dos componentes estruturais do programa (insumos). A Conformidade diz respeito como os serviços são ofertados e de que forma estes estão adequados aos pacientes (PENCHANSKY; THOMAS, 1981) com base no que foi estabelecido nos protocolos e normas técnicas. A Qualidade Técnico-Científico diz respeito à presença de recursos tecnicamente adequados para atendimento da demanda, no momento em que esta se fizer necessário.

A oportunidade refere-se à existência de recursos, no lugar e no momento em que são requeridos, necessários para o atendimento do usuário, que no caso da dengue diz respeito à existência aos recursos disponíveis para o manejo clínico, pesquisa de sinais de alarme laboratorial, pesquisa de sinais de choque, classificação de risco, critérios de internação e hidratação precoce e todas os demais procedimentos necessários e disponíveis no momento que o usuário necessitar.

Para o estudo de caso foram estabelecidas as dimensões de Adequação e Qualidade Técnico-Científico e como subdimensões, à disponibilidade, conformidade, e oportunidade. Com base nas dimensões e subdimensões selecionadas foi realizado o estudo de caso por três níveis de complexidade da atenção, possibilitando avaliação da qualidade da assistência ao paciente com dengue, a saber:

- CASO 1 - Avaliando a qualidade da assistência ao paciente com dengue na atenção básica, segundo as dimensões de adequação e qualidade técnico-científico e subdimensões de disponibilidade, conformidade e oportunidade.
- CASO 2 – Avaliando a qualidade da assistência ao paciente com dengue na atenção secundária, segundo as dimensões de adequação e qualidade técnico-científico e subdimensões de disponibilidade, conformidade e oportunidade.
- CASO 3 – Avaliando a qualidade da assistência ao paciente com dengue na atenção terciária, segundo as dimensões de adequação e qualidade técnico-científico e subdimensões de disponibilidade, conformidade e oportunidade.

## 9.2 Critérios de seleção das unidades de saúde

Para pesquisa foram selecionadas 11 unidades de saúde do Município de São Luís, e os critérios de seleção adotados foram: unidades localizadas em distritos que apresentassem números expressivos de notificação de casos suspeitos de dengue durante o período da pesquisa segundo base de dados Sinan. Nível de complexidade de atendimento dos serviços de saúde existentes nos distritos, e por indicação do gestor local. Além das informações epidemiológicas, o perfil dessas unidades foi pesquisado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (MS, 2010), sendo selecionados os seguintes serviços de saúde:

- 2 (duas) unidades de Estratégia Saúde da Família;
- 4 (quatro) Centros de Saúde;
- 2 (duas) unidades mistas;
- 1 (uma) unidade de pronto atendimento; e
- 2 (dois) hospitais de referência.

### 9.2.1 Amostras do estudo

Em todas as unidades visitadas foi aplicado o questionário I e questionário III referentes à coleta de informações da estrutura e o processo de trabalho desenvolvido nas unidades. O questionário IV que corresponde ao roteiro de observação de campo foi aplicado em seis unidades básicas. O questionário V que corresponde ao roteiro de observação de campo na atenção secundária foi aplicado em três unidades, e o questionário VI que corresponde ao roteiro de observação de campo na atenção terciária foi aplicado em duas unidades.

Foram entrevistados vinte e um profissionais sendo três agentes administrativos responsáveis pelo atendimento inicial do paciente nas unidades da atenção básica, seis enfermeiros, quatro diretores, dois técnicos de enfermagem, cinco médicos e um farmacêutico, e quatorze usuários. Quanto à aplicação do roteiro de observação foram

observados 21 pacientes que se enquadravam no critério de definição de caso suspeito, de dengue, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Número de casos suspeitos de dengue por Unidades de Saúde.

<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>ATENÇÃO SECUNDÁRIA</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>ATENÇÃO HOSPITALAR</b>	<b>Nº DE CASOS</b>
US-A	01	US-G	10	US-J	02
US -B	01	US-H	03	US-L	02
US-C	01	US-I	01	-	-

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

### **9.3 Tipos de dados e instrumentos utilizados para coleta**

Para esta pesquisa foram coletados dados primários e dados secundários. Para coleta dos dados primários foram utilizados questionários, entrevistas semiestruturadas com roteiros previamente construídos com informantes-chave, observação direta utilizada com o objetivo de obter informações sobre os recursos humanos, recursos materiais e processo de trabalho desenvolvido para atendimento do paciente com dengue e roteiro de observação do atendimento do paciente com suspeita de dengue. Neste roteiro foram contemplados aspectos importantes para o atendimento tais como: abordagem epidemiológica, realização do exame físico, pesquisa de sinais de alarme, realização da prova do laço, classificação de risco e o estadiamento. Foi também realizada análise documental em prontuários, livros de registros e Diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD.

Os dados secundários foram obtidos por meio do CNES, Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, Formulário de Notificação de Agravos de Interesse à Saúde Pública, e base de dados da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – SEMUS.

### ***9.3.1 Validação dos instrumentos de coleta de dados***

Os instrumentos aplicados na pesquisa para coleta de dados foram elaborados e validados por uma equipe de consultores externos ao PNCD, que colaboram nas capacitações dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico, manejo clínico e assistência ao paciente com dengue em todo Brasil. Após consolidação das colaborações, foi sugerido pelo grupo técnico que o instrumento fosse aplicado em uma unidade de saúde local, escolhida como piloto para a pesquisa.

Uma unidade de saúde, localizada em um distrito que concentrava maior número de casos de dengue notificados no período de realização da pesquisa, foi selecionada como piloto para validação dos instrumentos de coleta de dados, bem como da estratégia da pesquisa, a fim de verificar se os instrumentos elaborados poderiam responder as perguntas avaliativas e atender aos objetivos propostos.

Os questionários contidos no Apêndice “A” são constituídos por uma série ordenada de perguntas referentes à estrutura dos serviços, o processo de trabalho, e forma de atendimento do paciente com suspeita de dengue. Estes instrumentos foram aplicados pelos entrevistadores ou autopreenchidos pelos informantes-chaves em todas as unidades de saúde selecionadas para o estudo. No caso dos usuários dos serviços de saúde, obteve-se o cuidado com a seleção do entrevistado, para que o mesmo se enquadrasse na definição de caso suspeito de dengue, buscando-se sempre assegurar a compreensão das perguntas para precisão das respostas.

Os depoimentos colhidos por meio de entrevista semiestruturada, abordando aspectos de interesse a pesquisa foram escritos nos próprios formulários. Destaca-se que não houve interesse por parte da pesquisadora em gravar os depoimentos. Esta decisão teve por objetivo evitar recusa na participação do estudo e deixar o entrevistado à vontade para expressar a sua opinião nas perguntas abertas de forma escrita, garantindo maior sigilo quanto à sua participação, e tendo sempre o cuidado de não interferir no processo de trabalho do profissional da unidade de saúde. Reitera-se que no momento da realização do estudo, o setor de saúde do município achava-se exposto na mídia em decorrência da superlotação nas unidades hospitalares e falta de condições técnicas para o atendimento.

Os dados obtidos nas observações de campo foram confrontados com outros instrumentos utilizados na pesquisa, o que permitiu uma adequada fundamentação para a descrição dos eventos.

Os instrumentos aplicados, as bases de dados e demais fontes de informações consultadas tiveram a intenção de ajudar a responder aos objetivos e as perguntas avaliativas da pesquisa, possibilitando uma compreensão mais ampla da atuação dos indivíduos no ambiente organizacional, ter uma noção da realidade formal e informal dos diversos níveis de organização dos serviços de saúde, e assim obter as respostas bem próximas da realidade encontrada.

### ***9.3.2 Critérios/Indicadores utilizados para elaboração dos instrumentos de coleta dos dados***

Nos Quadros expostos a seguir, apresentam-se os critérios/indicadores que foram utilizados com o objetivo de quantificar e qualificar a estrutura, e o processo dos serviços de saúde. O componente Estrutura foi constituído por subcomponentes, e estes por sua vez são constituídos por itens conforme apresentados no instrumento de coleta de dados nº. 2 do Apêndice “A”. Os critérios/indicadores estão apresentados no Quadro 2, de acordo com a dimensão e subdimensão a que dizem respeito, aos insumos necessários para realização das atividades do programa, assim como as fontes utilizadas para consulta e levantamento de dados para pesquisa, de forma que possibilitasse posteriormente a obtenção do Índice de adequação deste componente.

Quadro 2 – Critérios/Indicadores utilizados para obtenção do Índice de Adequação da dimensão e subdimensão do componente Estrutura.

Eixo	Componente Estrutura	Dimensão Adequação	Critérios	Fonte de dados
	Subcomponentes	Subdimensão		
Qualidade	Instalações e recursos físicos.	Disponibilidade	Instalações físicas em condições adequadas para atendimento do paciente com dengue. Existência de sala para realização da “avaliação com classificação de risco”.	Questionário e análise observacional
	Insumos/equipamentos procedimentos clínicos/laboratorial, imagem medicamentos e mobiliários.		Existência de equipamentos básicos para atendimento. Existência de insumos para diagnóstico laboratorial. Existência de medicamentos básicos para atendimento. Existência de insumos para realização de procedimentos. Existência de mobiliários e utensílios básicos para atendimento.	
	Insumos/normas e procedimentos técnicos.		Existência de protocolos, normas, diretrizes, recursos técnicos para atendimentos. Recursos humanos compatível com a demanda.	
	Insumos/recursos humanos.		Existência de unidade com equipe ESF completa.	

Fonte: Dos autores.

No Quadro 3 estão descritos os critérios/indicadores utilizados para avaliar de que forma o serviço de saúde está organizado para prestar a assistência ao paciente com dengue, segundo dimensão e subdimensão do componente Processo, para obtenção do Índice de Adequação deste componente. Os itens do componente processo estão apresentados nos instrumentos de coleta de dados n<sup>os</sup>. III e IV do Apêndice “A”.

Quadro 3 – Critérios/Indicadores utilizados para obtenção do Índice de Adequação da dimensão e subdimensão do componente Processo.

Eixo	Componente Processo	Dimensão Adequação	Critérios	Fonte de dados
		Subdimensão		
Qualidade	Organização de serviço	Conformidade	Realização do procedimento – avaliação com classificação de risco estabelecido na rotina.	Roteiro de observação.
			Orientação quanto aos sinais de alarme.	Roteiro de observação e análise observacional.
			Oferta do exame de diagnóstico laboratorial – hemograma. Realiza atendimento 12 horas em situação de epidemia. Apresenta capacidade técnico-operacional para atendimento. Utilização de Procedimento Operacional Padrão – POP. Fornecimento do cartão de acompanhante do paciente com dengue.	Questionário e análise observacional.
			Utilização de protocolos, manuais, normas e diretrizes para realização de hidratação oral para atendimento imediato.	Análise observacional
			Estabelecimento de fluxo de encaminhamento do paciente. Apresenta sistema informatizado de registro de dados do usuário e agendamento de consulta. Apresenta sistema organizado para atendimento da demanda espontânea e agendada. Agendamento de consulta de retorno do paciente para reavaliação. Fornecimento de leito ou cadeira para hidratação venosa do paciente com dengue. Recursos Humanos em serviço. Recursos Humanos capacitados em dengue.	Questionário e análise observacional.

Fonte: Dos autores.

Os critérios/indicadores utilizados para avaliar de que forma se dá o cuidado do paciente com dengue nos serviços de saúde, segundo Dimensão e Subdimensão do Componente Qualidade técnico-científica, para posterior obtenção do Índice de adequação deste componente, estão apresentados no Quadro 4. Os itens desse componente estão apresentados no instrumento de coleta de dados nº. I do Apêndice “C”.

Quadro 4 – Critérios/Indicadores utilizados para obtenção do Índice de Adequação da dimensão Qualidade Técnico-Científico e subdimensões de Conformidade e Oportunidade do componente Processo.

Eixo	Componente Processo		Critérios/Indicadores	Fonte de dados
	Dimensão	Subdimensões		
Qualidade	Qualidade Técnico-Científico	Conformidade	<p>Abordagem epidemiológica.</p> <p>Exame físico – Atenção de temperatura, PA em 2 posições, FR, peso, pulso e enchimento capilar.</p> <p>Realização da prova do laço na ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas.</p> <p>Exame segmento – Pele, cabeça, torácico, abdominal, neurológico e sistema músculo-esquelético.</p> <p>Estadiamento e tratamento conforme grau de risco, recomendado pelo Ministério da Saúde.</p>	Roteiro de observação do atendimento, prontuários, fichas de atendimento, análise observacional e entrevistas
		Oportunidade	<p>Identificação precoce dos sinais de alarme clínicos.</p> <p>Pesquisa de sinais de alarme laboratorial.</p> <p>Pesquisa de sinais de choque</p> <p>Critérios de internação.</p> <p>Hidratação precoce.</p>	

Fonte: Dos autores.

Para melhor explicitar a proposta de avaliação, foi elaborado um único quadro apresentando o eixo de estruturante, os componentes e subcomponentes, as dimensões, subdimensões e critérios/indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente com dengue, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Eixos, componentes, subcomponentes, dimensão, subdimensão e critérios/indicadores (continua).

<b>Eixo</b>	<b>Componentes</b>	<b>Subcomponentes</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Crítérios/Indicadores</b>
Qualidade	Estrutura	Estrutura e recursos físicos	Adequação	Disponibilidade	Instalações físicas em condições adequadas para atendimento do paciente com dengue.
		Insumos/equipamentos, procedimento clínico/laboratorial, imagem, medicamentos e mobiliários			Existência de sala para realização do procedimento “Avaliação com classificação de risco”.
		Insumos/normas e recursos técnicos			Existência de equipamentos básicos para atendimento. Existência de insumos para diagnóstico laboratorial. Existência de medicamentos básicos para atendimento. Existência de insumos para realização de procedimentos clínicos. Existência de mobiliários e utensílios básicos para atendimento. Existência de protocolos e normas técnicas para atendimento. Recursos humanos compatível com a demanda e equipe ESF completa. Existência de unidade com equipe ESF completa.

Quadro 5 – Eixos, componentes, subcomponentes, dimensão, subdimensão e critérios/indicadores (continua).

Eixo	Componentes	Subcomponentes	Dimensão	Subdimensão	Critérios/Indicadores
<b>Qualidade</b>	Processo	Organização de serviço	Adequação	Conformidade	<p>Instituição do Procedimento – Avaliação com classificação de risco na rotina de atendimento.</p> <p>Instituição do Procedimento – Orientação do paciente quanto aos sinais de alarme.</p> <p>Oferta do exame de diagnóstico laboratorial – hemograma.</p> <p>Atendimento 12 horas em situação de epidemia.</p> <p>Apresenta capacidade técnico-operacional para atendimento da demanda.</p> <p>Utilização de Procedimento Operacional Padrão – POP.</p> <p>Fornecimento do cartão de acompanhamento do paciente com dengue.</p> <p>Utilização de protocolos, manuais, normas e diretrizes para consulta técnica.</p> <p>Instituição do procedimento – realização de hidratação oral para atendimento imediato.</p>

Quadro 5 – Eixos, componentes, subcomponentes, dimensão, subdimensão e critérios/indicadores (conclusão).

<b>Eixo</b>	<b>Componentes</b>	<b>Subcomponentes</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>CrITÉrios/Indicadores</b>
Qualidade	Processo	Organização de serviço	Adequação	Conformidade	<p>Estabelecimento de fluxo de encaminhamento do paciente.</p> <p>Apresenta sistema informatizado de registro de dados do usuário e agendamento de consulta.</p> <p>Apresenta sistema organizado para atendimento da demanda espontânea e agendada.</p> <p>Agendamento de consulta de retorno do paciente para reavaliação.</p> <p>Fornecimento de leito ou cadeira para hidratação venosa do paciente com dengue.</p> <p>Recursos humanos em serviço.</p> <p>Recursos humanos capacitados em dengue.</p>
		Assistência ao paciente	Qualidade Técnico-Científico	Conformidade	<p>Abordagem epidemiológica.</p> <p>Exame físico – aferição de temperatura, PA em 2 posições, FR, peso, pulso e enchimento capilar.</p> <p>Exame segmento – pele, cabeça, torácico, abdominal, neurológico e sistema músculo-esquelético.</p> <p>Realização da prova do laço na ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas.</p> <p>Estadiamento e tratamento conforme grau de risco, recomendado pelo Ministério da Saúde.</p>
				Oportunidade	<p>Identificação precoce dos sinais de alarme clínicos.</p> <p>Pesquisa de sinais de alarme laboratorial.</p> <p>Hidratação precoce.</p>

Fonte: Dos autores.

### 9.3.3 Matriz de Relevância

A matriz de relevância foi construída a partir da ponderação dos critérios utilizados, para avaliar os componentes de estrutura e de processo julgados dentro de cada Subdimensão.

A construção da matriz de relevância teve a participação dos profissionais de saúde e informantes-chave das áreas técnicas avaliadas. Esta participação deu-se por meio de troca de informações com a pesquisadora sobre aspectos que eram considerados importantes para o julgamento e, portanto, para o desenvolvimento das atividades. Cada profissional de saúde e informante-chave, que participou desta etapa, recebeu um formulário contendo a relação de critérios estabelecidos para a construção da matriz de relevância, com legenda de modo que os interessados classificassem o item como Muito Relevante (RR), Relevante (R) e Irrelevante (IR), conforme Quadro 6. Para preenchimento deste formulário não havia necessidade de identificação do participante, garantindo assim seu total anonimato.

Os formulários preenchidos foram analisados e as respostas foram agrupadas conforme concordâncias ou discordâncias e posteriormente utilizadas para construção da matriz de julgamento.

Quadro 6 – Matriz de Relevância para Avaliação de Qualidade da Assistência ao Paciente com Dengue, São Luís, Maranhão, 2011 (continua).

ITENS DE RELEVÂNCIA	DIMENSÃO		
	ADEQUAÇÃO	ADEQUAÇÃO E QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICO	QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICO
	Disponibilidade	Conformidade	Oportunidade
Estrutura física	RR	RR	R
Equipe profissional completa e capacitada	RR	RR	RR
Protocolos e normas técnicas	R	R	RR
Insumos para exame de diagnóstico laboratorial	RR	RR	RR
Impressos (receituário, cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue, prontuário)	R	IR	R

Quadro 6 – Matriz de Relevância para Avaliação de Qualidade da Assistência ao Paciente com Dengue, São Luís, Maranhão, 2011 (conclusão).

ITENS DE RELEVÂNCIA	DIMENSÃO		
	ADEQUAÇÃO	ADEQUAÇÃO E QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICO	QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICO
	Disponibilidade	Conformidade	Oportunidade
Medicamentos, insumos para atendimento	RR	R	RR
Cadeiras e leitos disponíveis para hidratação	RR	RR	RR
Sistema informatizado	R	R	R
Realização da classificação de risco	RR	RR	RR
Realização de anamnese	RR	RR	RR
Realização de prova do laço	R	R	RR
Estadiamento e conduta	-	RR	RR
Realização de exames laboratoriais	RR	RR	RR
Acompanhamento do paciente com dengue pela equipe da ESF	R	R	R
Utilização das normas, protocolos e diretrizes preconizadas	R	R	RR
Notificação oportuna dos casos a VE	R	R	R
Utilização do cartão de acompanhamento do paciente com dengue	R	R	R

Onde: RR = Muito Relevante; R = Relevante; IR = Irrelevante.

Fonte: Dos autores.

Os formulários preenchidos foram analisados e as respostas foram agrupadas conforme concordâncias ou discordâncias e posteriormente utilizadas para construção da matriz de julgamento.

### 9.3.4 Matriz de Julgamento

Com base nas informações obtidas foram construídas as matrizes de julgamento dos Componentes Estrutura e Processo da assistência aos pacientes com dengue. Os critérios/indicadores e parâmetros utilizados foram adaptados de Hartz (2008). A pontuação máxima estabelecida e a pontuação observada possibilitaram estabelecer o Índice de adequação e índice de qualidade técnico-científico, termo adaptado de Okamura (2009), conforme apresentadas nas Tabelas 4, 5 e 6.

Tabela 4 – Matriz de Julgamento – Estrutura (continua).

<b>Critérios/Indicadores</b>	<b>Padrão</b> $\geq 80\%$	<b>Valor Máximo esperado</b> $\geq 100$ pontos	<b>Descrição do valor ou ponto de corte</b>	<b>Julgamento de acordo com o valor atribuído</b>
Existência de instalações físicas adequadas para atendimento.	$\geq 80\%$	25,2	$\geq 25$ pontos $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existente	Total de pontos atribuídos – pontuação máxima x 100 = $\geq 80\%$  Índice de adequação (%)
Existência de sala para avaliação com classificação de risco.	$\geq 80\%$	1,8	$\geq 1,0$ pontos $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existente	
Existência de equipamentos básicos para atendimento	$\geq 80\%$	12,6	$\geq 12,0$ pontos $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existente	
Existência de insumos para procedimentos clínicos	$\geq 80\%$	10,8	$\geq 10,0$ pontos $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existente	
Existência de medicamentos básicos para atendimento	$\geq 80\%$	14,4	$\geq 14,0$ pontos $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existente	
Existência de insumos para diagnóstico laboratorial	$\geq 80\%$	5,4	$\geq 5,0$ pontos $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existente	
Existência de mobiliários e utensílios básicos para atendimento	$\geq 80\%$	9,0	$\geq 9,0$ pontos $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existente	

Tabela 4 – Matriz de Julgamento – Estrutura (conclusão).

<b>Crítérios/Indicadores</b>	<b>Padrão</b> $\geq 80\%$	<b>Valor Máximo esperado</b> $\geq 100$ pontos	<b>Descrição do valor ou ponto de corte</b>	<b>Julgamento de acordo com o valor atribuído</b>
Existência de protocolos e normas técnicas para atendimento	$\geq 80\%$	10,8	$\geq 10,0$ pontos $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existente	
Existência de recursos humanos.	$\geq 80\%$	12,6	$\geq 12,0$ pontos $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existente	
Existência de Unidade de Saúde com equipe ESF completa.	$\geq 80\%$	1,8	$\geq 1,0$ ponto $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existente	

Fonte: Dos autores.

Tabela 5 – Matriz de Julgamento – Processo – Organização dos serviços de saúde (continua).

<b>Crítérios/ Indicadores</b>	<b>Padrão</b> $\geq 80\%$	<b>Valor Máximo esperado</b> $\geq 40$ pontos	<b>Descrição do valor ou ponto de corte</b>	<b>Julgamento de acordo com o valor atribuído</b>
Procedimento - avaliação com classificação de risco implantado	$\geq 80\%$	1,8	$\geq 1,0$ ponto $\geq 80\%$ se implantado 0 ponto se = não implantado	
Realização de exame de diagnóstico laboratorial – hemograma	$\geq 80\%$	1,8	$\geq 1,0$ ponto $\geq 80\%$ se realiza 0 ponto se = não realiza	
Protocolos, manuais e diretrizes para consulta técnica incorporada na rotina do serviço	$\geq 80\%$	1,8	$\geq 1,0$ ponto $\geq 80\%$ se implantados 0 ponto se = não implantados	Total de pontos atribuídos /pontuação máxima x 100 = $\geq 80\%$ Índice de adequação%
Existência de sistema organizado para atendimento da demanda espontânea e agendada	$\geq 80\%$	1,8	$\geq 1,0$ pontos $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existe	
Padronização da consulta de retorno para reavaliação	$\geq 80\%$	1,8	$\geq 1,0$ pontos $\geq 80\%$ se existente 0 ponto se = não existente	

Tabela 5 – Matriz de Julgamento – Processo – Organização dos serviços de saúde (conclusão).

<b>Crítérios/ Indicadores</b>	<b>Padrão ≥80%</b>	<b>Valor Máximo esperado ≥40 pontos</b>	<b>Descrição do valor ou ponto de corte</b>	<b>Julgamento de acordo com o valor atribuído</b>
Disponibilidade de leito ou cadeira para hidratação venosa do paciente com dengue			≥ 80%	1,8 ≥ 1,0 pontos ≥80% se existente 0 ponto se = não existente
Unidade com recursos humanos capacitados em dengue			≥ 80%	1,8 ≥ 1,0 pontos ≥ 80% se existente 0 ponto se = não existente

Fonte: Dos autores.

Tabela 6 – Matriz de Julgamento – Processo – Qualidade Técnico-Científico (continua).

<b>Crítérios/Indicadores</b>	<b>Padrão ≥ 80%</b>	<b>Valor Máximo esperado ≥ 100 pontos</b>	<b>Descrição do valor ou ponto de corte</b>	<b>Julgamento de acordo com o valor atribuído</b>
Profissionais capacitados em dengue	≥ 80%	5,4	≥ 5 pontos ≥ 80% se apresenta 0 ponto se = não apresenta	
Realiza abordagem epidemiológica no atendimento	≥ 80%	5,4	≥ 5 pontos ≥ 80% se realiza 0 ponto se = não realiza	
Realiza exame físico completo	≥ 80%	63,0	≥ 60,0 pontos ≥ 80% se realiza 0 ponto se = não realiza	
Realiza prova do laço	≥ 80%	1,8	≥ 1,0 ponto ≥ 80% se realiza 0 ponto se = não realiza	
Pesquisa sinais de alarme	≥ 80%	19,8	≥ 19,0 pontos ≥ 80% se realiza 0 ponto se = não realiza	Total de pontos atribuídos /pontuação máxima x 100 = ≥80%
Pesquisa sinais de alarme laboratoriais	≥ 80%	10,8	≥ 10,0 pontos ≥ 80% se realiza 0 ponto se = não realiza	Índice de Qualidade Técnico-científico
Pesquisa sinais de alarme de imagens	≥ 80%	3,6	≥ 3,0 pontos ≥ 80% se realiza 0 ponto se = não realiza	
Pesquisa sinais de choque	≥ 80%	9,0	≥ 9,0 pontos ≥ 80% se realiza 0 ponto se = não realiza	

Tabela 6 – Matriz de Julgamento – Processo – Qualidade Técnico-Científico (conclusão).

<b>Crítérios/Indicadores</b>	<b>Padrão ≥ 80%</b>	<b>Valor Máximo esperado ≥ 100 pontos</b>	<b>Descrição do valor ou ponto de corte</b>	<b>Julgamento de acordo com o valor atribuído</b>
Estadiamento do paciente conforme preconizado pelo MS	≥ 80%	1,8	≥ <b>1,0 ponto</b> ≥ 80% se realiza <b>0 ponto</b> se = não realiza	
Estabelece critérios para internação	≥ 80%	12,6	≥ <b>12,0 pontos</b> ≥ 80% se estabelece <b>0 ponto</b> se = não estabelece	
Inicia hidratação precocemente	≥ 80%	1,8	≥ <b>1,0 ponto</b> ≥ 80% se realiza <b>0 ponto</b> se = não realiza	

Fonte: Dos autores.

#### 9.4 Metodologia de análises dos dados

A análise dos dados obtidos envolveu as seguintes etapas:

- a) análise e avaliação da estrutura e processo disponível para atendimento do paciente com dengue possibilitando identificar, estabelecer e quantificar os itens existentes nos componentes e subcomponentes por critérios estabelecidos;
- b) análise de entrevistas e observação de campo, de forma que fosse possível identificar fatores que pudesse interferir nas práticas dos serviços de saúde e que estivessem contribuindo para a manutenção da alta taxa de letalidade por dengue no município de São Luís, Maranhão – MA, 2011;
- c) caracterização dos Índices de adequação e Índice de Qualidade Técnico-científico.

Inicialmente os dados colhidos nos questionários, entrevistas semiestruturadas e análise observacional foram organizados em planilhas eletrônicas. O critério de taxonomia das informações foi o mesmo estabelecido nos questionários. Assim, para cada questionário surgiu uma planilha. A partir das planilhas foi possível gerar os gráficos clássicos que revelam aspectos gerais da pesquisa.

#### 9.4.1 Plano de análise dos dados quantitativos

Para análise quantitativa a codificação, a tabulação e a análise dos índices de adequação e de qualidade técnico-científico derivados dos questionários aplicados aos informantes-chave (diretores ou gerentes administrativos e técnico responsável), para avaliar a *estrutura* e processo foi realizado com o auxílio dos programas *Microsoft Office Excel 2010*, *Tabwin* e *Statistical Package of the Social - SPSS 11.0* para analisar a frequência das variáveis pesquisadas, e sua mensuração foi estabelecida utilizando-se a equação conforme detalhado abaixo.

$$\text{Escore final} = \frac{\text{Pontuação obtida}}{\text{Pontuação máxima}} \times 100$$

Onde:

Pontuação obtida =  $\Sigma$  pontuação obtida em cada item dos componentes.

Pontuação máxima =  $\Sigma$  da pontuação máxima de cada item dos componentes.

#### 9.4.2 Plano de análise das entrevistas

Para esta análise utilizou-se a técnica de *análise de conteúdo*, de forma que possibilitasse conjugar os dados quantitativos com a análise qualitativa. Para esta conjugação utilizou-se o *software Many Eyes* da IBM, possibilitando mediar quantidade com qualidade e obter a validação mútua dos achados em ambas as abordagens, utilizando as ferramentas tecnológicas que estão ao alcance da ciência para este fim. Conforme afirma Bauer (2002, p. 189-217), “no divisor quantidade/qualidade das ciências sociais, a análise de conteúdo é uma técnica híbrida que pode mediar esta improdutiva discussão sobre virtudes e método.”

De acordo com Kelle e Erzberger (2004, p.172-177), as combinações de dados qualitativos com dados quantitativos podem resultar em três tipos de consequências:

1. Os resultados qualitativos e quantitativos convergem, confirmam-se mutuamente e sustentam as mesmas conclusões;

2. Ambos os resultados focalizam aspectos diferentes de uma questão, mas são complementares entre si, conduzindo, assim, a um quadro mais completo daquela situação;
3. Os resultados qualitativos e quantitativos são divergentes ou contraditórios.

Segundo Flick (2009), estes resultados são úteis na medida em que o interesse em combinar a pesquisa qualitativa com a quantitativa concentre-se em conhecer melhor o assunto, e é justamente o que buscamos neste trabalho de pesquisa, ou seja, entender porque o município de São Luís mantém altas taxas de letalidade por dengue nos últimos sete anos.

Com base nos critérios acima descritos, as informações foram trabalhadas da seguinte maneira: após coleta dos dados o passo seguinte foi digitação seguida de tabulação das entrevistas em formatos visuais. Foram escolhidos dois formatos de apresentação encadeados. O texto foi extraído da planilha e contextualizado pela questão correspondente. Depois foi elaborado um gráfico de "Nuvem de Palavras" (*Word Cloud*) que representa os termos mais incidentes no conjunto das respostas.

Esses termos são associados aos verbos mais comuns relacionados e as respostas prováveis de cada pergunta. Finalmente foi empregada a técnica de geração de mapas conceituais e o gráfico resultante. O que melhor se adequou a esse formato foi a "Árvore de Palavras" (*Word Tree*). Com esse mecanismo foi possível visualizar as opiniões tanto de forma mais geral, quanto na incidência. A incidência neste caso é expressa através do aumento no tamanho das palavras, ou seja, quanto maior o tamanho da palavra, mais vezes a palavra foi usada nas respostas durante as entrevistas conforme exemplo apresentado na Figura 10. Outro aspecto relevante deste formato de apresentação é que este sistema permite reconhecer detalhes das respostas e encadeá-las com outras respostas dentro de uma relação existente entre os termos. Conforme descrito anteriormente à ferramenta utilizada para a representação dos resultados é denominada como *Many Eyes*, disponível em seu formato *on line* no endereço: <<http://www-958.ibm.com/software/data/cognos/manyeyes/>>.

As informações foram tabuladas entre os meses de setembro e outubro de 2011. Foram construídas onze bases de informações tabulares, conhecidas na ferramenta como *Data Sets*. Após a criação de um *Data Set*, foi gerada uma visualização no formato *Word Cloud* e outra no formato *Word Tree*. Os termos, verbos e respostas mais incidentes apresentados no *Word Cloud* eram empregados para revelar conceitos no formato *Word Tree*. Os principais



Com base nestas informações foi mensurada a frequência de respostas positivas obtidas nos instrumentos aplicados para avaliar a disponibilidade de bens e serviços existentes. Com vistas a aumentar a validade do construto e a confiabilidade deste estudo, os critérios adotados para avaliar o Índice de Adequação, bem como ponto de corte estabelecido também foram submetidos à revisão junto ao grupo de especialistas.

Foi então estabelecido o *score* abaixo para avaliar o percentual obtido na análise de frequência dos componentes estrutura e processo, possibilitando avaliar o Eixo Qualidade por meio do Índice de Adequação e de Qualidade Técnico-Científico dos serviços de saúde encontrados, conforme Tabela 7.

Tabela 7 – Parâmetros para atribuição do Índice de Adequação e de Qualidade Técnico-Científico.

Índices de Adequação e Índice de Qualidade Técnico-científico	Classificação segundo Dimensão e Subdimensões		
	Oportunidade	Disponibilidade	Conformidade
≥ 80%		Adequado	
≥ 60% e <79,9%		Parcialmente adequado	
≥ 40% e ≤59,9%		Pouco adequado	
< 39,9%		Inadequado	

Fonte: Adaptado de Hartz (2008).

De acordo com a disponibilidade dos bens ou serviço pesquisado, o próximo passo foi saber em que condição, e quão oportuno o serviço era ofertado, sendo estabelecidos os seguintes critérios de pontuação para cada item avaliado: (0) inadequado ou inexistente, (0,1) pouco adequado, (0,2) parcialmente adequado (0,3) adequado. Assim por exemplo, o item “sala para classificação de risco”, era pontuado como adequado (0,3) em caso de existente e em condições de uso para realização da atividade proposta (0,2) em caso de existente, mas não utilizado, (0,1) em caso de realização em local improvisado (0) em caso de inexistente.

Para obtenção do percentual de adequação do componente estrutura, processo e Qualidade técnico-científica, cada item dos componentes foi multiplicado por 0,3 que representa o valor máximo esperado por item. Assim, por exemplo, o componente Estrutura física composto por sete itens obteria a pontuação máxima de 2,1 como exemplo = Estrutura física 0,3 x 7 = 2,1. Este procedimento foi repetido para todos os componentes e subcomponentes avaliados.

O passo seguinte foi buscar na planilha de levantamento de cada item o total de pontos obtidos, por cada uma das unidades de saúde avaliadas, onde foi calculado o percentual que esse número representa em relação à pontuação máxima possível para aquele item como exemplo Estrutura física, US – A, cálculo do percentual de adequação obtido =  $(0,9/2,1) * 100 = 42,9\%$ , conforme apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 – Pontuação dos subcomponentes da Estrutura – São Luís, 2011 (continua).

NÍVEL DE COMPLEXIDADE			ATENÇÃO BÁSICA OU PRIMÁRIA						ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU INTERMEDIÁRIA			ATENÇÃO TERCIÁRIA OU HOSPITALAR	
Critérios avaliados segundo subcomponentes da estrutura	Pontuação máxima	Pontos obtidos	US-A	US-B	US-C	US-D	US-E	US-F	US-G	US-H	US-I	US-J	US-L
<b>Instalações físicas</b>													
Acesso físico e acomodação à pessoa idosa ou com necessidades especiais.	3,3	2,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Boa iluminação e ventilação.	3,3	1,6	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Condição de higiene e limpeza.	3,3	1,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Conservação de piso, paredes e teto.	3,3	1,6	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Instalação elétrica.	3,3	1,8	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Acomodação dos usuários (adulto).	3,3	1,9	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,1
Acomodação dos usuários (criança).	3,3	2,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
<i>Total</i>	<i>23,1</i>	<i>12,3</i>	<i>0,9</i>	<i>1,2</i>	<i>1,2</i>	<i>1,0</i>	<i>1,1</i>	<i>1,2</i>	<i>0,9</i>	<i>1,1</i>	<i>1,5</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>

Tabela 8 – Pontuação dos subcomponentes da Estrutura – São Luís, 2011 (continua).

NÍVEL DE COMPLEXIDADE			ATENÇÃO BÁSICA OU PRIMÁRIA						ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU INTERMEDIÁRIA			ATENÇÃO TERCIÁRIA OU HOSPITALAR	
Critérios avaliados segundo subcomponentes da estrutura	Pontuação máxima	Pontos obtidos	US-A	US-B	US-C	US-D	US-E	US-F	US-G	US-H	US-I	US-J	US-L
<b>Recursos físicos</b>													
Sala de recepção e espera.	3,3	1,9	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Sala para classificação de risco.	3,3	1,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3
Sala para atendimento de Enfermagem.	3,3	2,7	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Sala para atendimento médico.	3,3	3,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Sala para hidratação.	3,3	1,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1	0,3
Banheiro em condições satisfatórias de uso.	3,3	2,9	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1
Farmácia.	3,3	2,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3
Laboratório.	3,3	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Sala de diagnóstico por imagem (Ultrassom).	3,3	1,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3
Sala de raios-X.	3,3	1,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3
<i>Total</i>	<i>33,0</i>	<i>21,3</i>	<i>1,3</i>	<i>1,4</i>	<i>1,7</i>	<i>1,7</i>	<i>1,7</i>	<i>1,8</i>	<i>1,8</i>	<i>1,9</i>	<i>2,8</i>	<i>2,5</i>	<i>2,7</i>

Tabela 8 – Pontuação dos subcomponentes da Estrutura – São Luís, 2011 (continua).

NÍVEL DE COMPLEXIDADE			ATENÇÃO BÁSICA OU PRIMÁRIA						ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU INTERMEDIÁRIA			ATENÇÃO TERCIÁRIA OU HOSPITALAR	
Critérios avaliados segundo subcomponentes da estrutura	Pontuação máxima	Pontos obtidos	US-A	US-B	US-C	US-D	US-E	US-F	US-G	US-H	US-I	US-J	US-L
<b>Recursos materiais</b>													
<b>Insumos/diagnóstico laboratorial</b>													
Hemograma.	3,3	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3
Albumina.	3,3	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Contagem de plaquetas.	3,3	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3
<i>Total</i>	<i>9,9</i>	<i>3,7</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,1</i>	<i>0,5</i>	<i>0,7</i>	<i>0,0</i>	<i>0,7</i>	<i>0,9</i>
<b>Mobiliários</b>													
Arquivos para prontuário.	3,3	3,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
Cadeira/banco.	3,3	3,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Mesa para exame clínico.	3,3	2,5	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Suporte para hidratação.	3,3	1,8	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3
Bebedouro.	3,3	2,9	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
<i>Total</i>	<i>16,6</i>	<i>13,7</i>	<i>1,3</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>	<i>0,9</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>	<i>1,4</i>	<i>1,4</i>	<i>1,5</i>	<i>1,3</i>	<i>1,6</i>

Tabela 8 – Pontuação dos subcomponentes da Estrutura – São Luís, 2011 (continua).

NÍVEL DE COMPLEXIDADE			ATENÇÃO BÁSICA OU PRIMÁRIA						ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU INTERMEDIÁRIA			ATENÇÃO TERCIÁRIA OU HOSPITALAR	
Critérios avaliados segundo subcomponentes da estrutura	Pontuação máxima	Pontos obtidos	US-A	US-B	US-C	US-D	US-E	US-F	US-G	US-H	US-I	US-J	US-L
<b>Equipamentos</b>													
Balança infantil.	3,3	2,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1
Balança adulto.	3,3	2,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
Esfingomanômetro infantil.	3,3	2,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Esfingomanômetro adulto.	3,3	1,5	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Estetoscópio infantil.	3,3	3,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Estetoscópio adulto.	3,3	3,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3
Termômetro.	3,3	3,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
<i>Total</i>	<i>23,1</i>	<i>17,5</i>	<i>1,6</i>	<i>1,6</i>	<i>1,6</i>	<i>1,7</i>	<i>1,6</i>	<i>1,6</i>	<i>1,5</i>	<i>1,6</i>	<i>1,8</i>	<i>1,4</i>	<i>1,5</i>

Tabela 8 – Pontuação dos subcomponentes da Estrutura – São Luís, 2011 (continua).

NÍVEL DE COMPLEXIDADE			ATENÇÃO BÁSICA OU PRIMÁRIA						ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU INTERMEDIÁRIA			ATENÇÃO TERCIÁRIA OU HOSPITALAR	
Critérios avaliados segundo subcomponentes da estrutura	Pontuação máxima	Pontos obtidos	US-A	US-B	US-C	US-D	US-E	US-F	US-G	US-H	US-I	US-J	US-L
<b>Insumos/Procedimentos clínicos</b>													
Agulhas.	3,3	2,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Seringas.	3,3	2,5	0,3	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Jelco.	3,3	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Fita hipoalérgica.	3,3	2,5	0,3	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Álcool e algodão.	3,3	3,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Máscara, luva.	3,3	3,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
<i>Total</i>	<i>19,8</i>	<i>15,4</i>	<i>1,5</i>	<i>0,9</i>	<i>1,3</i>	<i>0,9</i>	<i>0,9</i>	<i>0,9</i>	<i>1,8</i>	<i>1,8</i>	<i>1,8</i>	<i>1,8</i>	<i>1,8</i>

Tabela 8 – Pontuação dos subcomponentes da Estrutura – São Luís, 2011 (continua).

NÍVEL DE COMPLEXIDADE			ATENÇÃO BÁSICA OU PRIMÁRIA						ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU INTERMEDIÁRIA			ATENÇÃO TERCIÁRIA OU HOSPITALAR	
Critérios avaliados segundo subcomponentes da estrutura	Pontuação máxima	Pontos obtidos	US-A	US-B	US-C	US-D	US-E	US-F	US-G	US-H	US-I	US-J	US-L
<b>Insumos/Medicamentos</b>													
Paracetamol gotas.	3,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Dipirona líquida.	3,3	3,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Paracetamol comprimidos.	3,3	1,7	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Dipirona injetável.	3,3	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3
Dipirona comprimidos.	3,3	2,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Soro para hidratação oral.	3,3	2,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Soro fisiológico 0,9%.	3,3	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Ringer lactato.	3,3	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
<i>Total</i>	<i>26,4</i>	<i>14,3</i>	<i>0,6</i>	<i>0,8</i>	<i>0,9</i>	<i>0,8</i>	<i>0,8</i>	<i>0,8</i>	<i>1,7</i>	<i>1,9</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>

Tabela 8 – Pontuação dos subcomponentes da Estrutura – São Luís, 2011 (continua).

NÍVEL DE COMPLEXIDADE			ATENÇÃO BÁSICA OU PRIMÁRIA						ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU INTERMEDIÁRIA			ATENÇÃO TERCIÁRIA OU HOSPITALAR	
Critérios avaliados segundo subcomponentes da estrutura	Pontuação máxima	Pontos obtidos	US-A	US-B	US-C	US-D	US-E	US-F	US-G	US-H	US-I	US-J	US-L
<b>Normas e procedimentos</b>													
Classificação de risco.	3,3	2,1	0,1	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,1	0,3
Estadiamento e conduta do paciente.	3,3	2,1	0,1	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,1	0,3
Cartaz ou informes com fluxo de referência e contra-referência.	3,3	1,9	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1
Protocolo de atendimento.	3,3	2,3	0,1	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3
Procedimento operacional padrão – POP.	3,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Utilização do cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue.	3,3	1,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1
<i>Total</i>	<i>19,8</i>	<i>10,0</i>	<i>0,5</i>	<i>1,3</i>	<i>1,1</i>	<i>0,5</i>	<i>0,5</i>	<i>0,5</i>	<i>0,7</i>	<i>1,3</i>	<i>1,6</i>	<i>0,8</i>	<i>1,2</i>

Tabela 8 – Pontuação dos subcomponentes da Estrutura – São Luís, 2011 (continua).

NÍVEL DE COMPLEXIDADE			ATENÇÃO BÁSICA OU PRIMÁRIA						ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU INTERMEDIÁRIA			ATENÇÃO TERCIÁRIA OU HOSPITALAR	
Critérios avaliados segundo subcomponentes da estrutura	Pontuação máxima	Pontos obtidos	US-A	US-B	US-C	US-D	US-E	US-F	US-G	US-H	US-I	US-J	US-L
<b>Recursos Humanos</b>													
Médicos.	3,3	1,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
Enfermeiros.	3,3	1,6	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
Técnico de Enfermagem.	3,3	1,6	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Técnico de Radiologia.	3,3	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Farmacêutico.	3,3	1,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Técnico de Laboratório.	3,3	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Auxiliar de Enfermagem.	3,3	1,3	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,2	0,2
Agente Comunitário de Saúde – ACS.	3,3	1,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
<i>Total</i>	<i>26,4</i>	<i>10,9</i>	<i>0,5</i>	<i>0,6</i>	<i>0,5</i>	<i>0,5</i>	<i>0,9</i>	<i>1,2</i>	<i>1,5</i>	<i>1,5</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>	<i>1,5</i>
<b>Recursos Humanos em serviço</b>													
Médico.	3,3	1,6	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Enfermeiro.	3,3	2,5	0,3	0,3	0,3	0,0	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Técnico de Enfermagem.	3,3	3,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
<i>Total</i>	<i>9,9</i>	<i>7,2</i>	<i>0,6</i>	<i>0,8</i>	<i>0,6</i>	<i>0,3</i>	<i>0,6</i>	<i>0,3</i>	<i>0,7</i>	<i>0,7</i>	<i>0,8</i>	<i>0,9</i>	<i>0,9</i>

Tabela 8 – Pontuação dos subcomponentes da Estrutura – São Luís, 2011 (conclusão).

NÍVEL DE COMPLEXIDADE			ATENÇÃO BÁSICA OU PRIMÁRIA						ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU INTERMEDIÁRIA			ATENÇÃO TERCIÁRIA OU HOSPITALAR	
Critérios avaliados segundo subcomponentes da estrutura	Pontuação máxima	Pontos obtidos	US-A	US-B	US-C	US-D	US-E	US-F	US-G	US-H	US-I	US-J	US-L
<b>Recursos Humanos capacitados em dengue</b>													
Diretor.	3,3	1,5	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Médico.	3,3	1,9	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
Enfermeiro.	3,3	2,7	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Técnico de Enfermagem.	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Total</i>	<i>13,2</i>	<i>6,1</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,5</i>	<i>0,4</i>	<i>0,5</i>	<i>0,7</i>	<i>0,8</i>	<i>0,7</i>	<i>0,7</i>	<i>0,6</i>
Equipe ESF completa	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0					

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

### **9.5 Aspectos éticos**

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, de acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CONEP, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foi solicitado consentimento livre e esclarecido aos profissionais e usuários ao participarem do estudo, garantindo-se a confidencialidade das informações e o seu anonimato. Foi aprovada sob o registro do Certificado de Apresentação e Apreciação de Ética – CAAE nº. 0025.0.031.031-11, e submetida a apreciação da Superintendência de Educação e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS de São Luís, MA, sendo autorizada em 19 de abril de 2011.

## 10 RESULTADOS

### 10.1 Caso 1

Avaliando a qualidade da assistência ao paciente com dengue na Atenção Básica segundo as dimensões de Adequação e Qualidade Técnico-Científico e subdimensões de Disponibilidade, Conformidade e Oportunidade.

#### *10.1.1 Adequação do componente Estrutura, segundo a subdimensão Disponibilidade – Atenção Básica*

Com base na linha de análise do Eixo Qualidade estabelecida para esta pesquisa, o Índice de Adequação do componente Estrutura foi classificado como pouco adequado (50,0%), conforme apresentado na Tabela 10.

O componente Estrutura foi observado por meio dos subcomponentes: a) instalações e recursos físicos b) equipamentos para procedimentos clínicos, procedimentos laboratoriais, medicamentos e mobiliários c) insumos – normas e procedimentos técnicos d) recursos humanos. Estes subcomponentes são constituídos por itens básicos, conforme apresentados na Tabela 9.

No subcomponente Estrutura e Recursos Físicos, o percentual de adequação das unidades da US-A (51,1%), US-B (60,0%), US-C (60,0%), US-D (55,6%), US-E (57,6%) foi considerado como pouco adequado e a US-F (62,2%), como parcialmente adequado. A US-A, US-D e US-E contribuem para obtenção desses percentuais.

As unidades avaliadas apresentavam certa similaridade em relação à adequação do espaço físico, ou seja: unidades com uma área externa bem ampla e a área construída restrita, com pouca luminosidade e ventilação.

Quanto à existência de área ou sala destinada para realização do procedimento “avaliação com classificação de risco” o índice de adequação observado foi de 33,0% considerado como pouco adequado. As Unidades avaliadas quando dispunham do espaço

físico, não apresentavam recursos humanos em quantidade suficiente para realização do procedimento.

O subcomponente Insumos/Equipamentos básicos para atendimento constituído pelos itens: balança, esfigmomanômetro, estetoscópio e termômetro, apresentaram percentuais de adequação de (76,2%) as US-A, US-B, US-C, US-E e US-F respectivamente, considerado como parcialmente adequado e a US-D (81,0%) considerado como adequado.

Não foi constatada a existência do subcomponente Insumos para diagnóstico laboratorial, para realização do hemograma. Destaca-se que a única unidade que tinha laboratório (US-F), não realizava hemograma devido à falta de insumos e os equipamentos se encontravam inadequados para realização do diagnóstico.

No subcomponente Insumos/Medicamentos, constituído pelos itens: paracetamol gotas; dipirona líquida; paracetamol comprimidos; dipirona injetável; dipirona comprimido; sais para hidratação oral e soro fisiológico 0,9% e ringer lactato, estes itens apresentaram percentual de adequação de (37,5%) na US-A, (45,8%) nas US-B US-E, US-F e US-G respectivamente, e (50,0%) na US-C. Nestas Unidades, foram observadas situações em que havia quantidades mínimas de alguns medicamentos e inexistência de outros como no caso do paracetamol gotas. Nas Unidades US-A, US-B e US-C, não havia farmacêutico para acompanhamento da dispensa de medicamentos, tampouco havia estoque de medicamentos.

O subcomponente Insumos/Procedimentos clínicos, composto por agulhas, seringas, jelco, fita hipoalérgica, algodão e álcool, máscara, luvas foi observado com muito critério, sendo a falta destes itens foi sempre muito questionada durante os treinamentos sobre “Diagnóstico e manejo clínico do paciente com dengue”, realizados pelo Ministério da Saúde – MS. A falta desses insumos sempre foi apontada como um fator impeditivo para realização da hidratação venosa de forma imediata nas unidades de saúde. Esta situação foi assim observada: quatro Unidades Básicas (UB-B, UB-D, UB-E, UB-F) apresentaram percentual de (50,0%), classificado como pouco adequado, a UB-C com (72,2%) foi considerada parcialmente adequada e a UB-A com (83,9%) foi considerada adequada.

Quando avaliado subcomponente Recursos Humanos nas Unidades US-A, US-B, US-C e US-D observou-se que o percentual de adequação encontrado foi de (23,8%), considerado como inadequado, na Unidade US-E (42,9%) e US-F (57,1%) classificados como pouco adequado. Algumas situações foram evidenciadas relacionadas principalmente com a inadequação da cobertura das equipes de ESF, onde nenhuma das unidades avaliadas

apresentou equipe completa para atendimento da demanda, e a atividade de acompanhamento do paciente com dengue após atendimento na unidade de saúde pela equipe não fazia parte da rotina de trabalho das equipes de ESF.

Nas unidades US-A, US-D, US-E e US-F o subcomponente Normas e Procedimentos também apresentou baixo percentual (27,8%) considerado como inadequado, e parcialmente adequado nas unidades US-B (72,2%) e US-C (61,1%). Nenhuma Unidade apresentou Procedimento Operacional Padrão – POP das atividades realizadas. As Unidades que alcançaram melhor desempenho apresentavam nas salas de atendimento cartazes orientando a conduta clínica, fluxo de referência para encaminhamento do paciente, ou protocolo de hidratação do MS. Com relação ao uso do cartão de acompanhamento do paciente com dengue, este apresentou percentual de 33,3% considerado como inadequado em todas as Unidades avaliadas.

Tabela 9 – Percentual de Adequação obtido em cada subcomponente da dimensão Estrutura, São Luís, 2011.

Dimensão Estrutura	Pontuação Máxima por item	US-A		US-B		US-C		US-D		US-E		US-F	
		TP	%										
Instalações físicas	2,1	0,9	42,9	1,2	57,1	1,2	57,1	1,0	47,6	1,1	52,4	1,2	57,1
Recursos físicos	2,4	1,4	58,3	1,5	62,5	1,5	62,5	1,5	62,5	1,5	62,5	1,6	66,7
Insumo/Diagnóstico laboratorial	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	11,1
Insumos mobiliários	1,5	1,3	86,7	1,1	73,3	1,1	73,3	0,9	60,0	1,1	73,3	1,1	73,3
Insumos/Equipamentos clínicos	2,1	1,6	76,2	1,6	76,2	1,6	76,2	1,7	81,0	1,6	76,2	1,6	76,2
Insumos/Procedimentos clínicos	1,8	1,5	83,3	0,9	50,0	1,3	72,2	0,9	50,0	0,9	50,0	0,9	50,0
Insumos/Medicamentos	2,4	0,6	25,0	0,8	33,3	0,9	37,5	0,8	33,3	0,8	33,3	0,8	33,3
Normas e Procedimentos	1,8	0,5	27,8	1,3	72,2	1,1	61,1	0,5	27,8	0,5	27,8	0,5	27,8
Recursos Humanos	2,1	0,5	23,8	0,6	28,6	0,5	23,8	0,5	23,8	0,9	42,9	1,2	57,1

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

Quando perguntado aos profissionais de saúde de diferentes categorias (n = 21) se “A Unidade apresenta infraestrutura necessária e realiza atendimento compatível com o seu nível de complexidade?”, a palavra “Não” apresentada no gráfico de “árvore de Palavras” (*Word Tree*) apresentou maior incidência obtida nas entrevistas, sendo condizente com as informações apresentadas na Matriz de Julgamento, conforme a Figura 11.

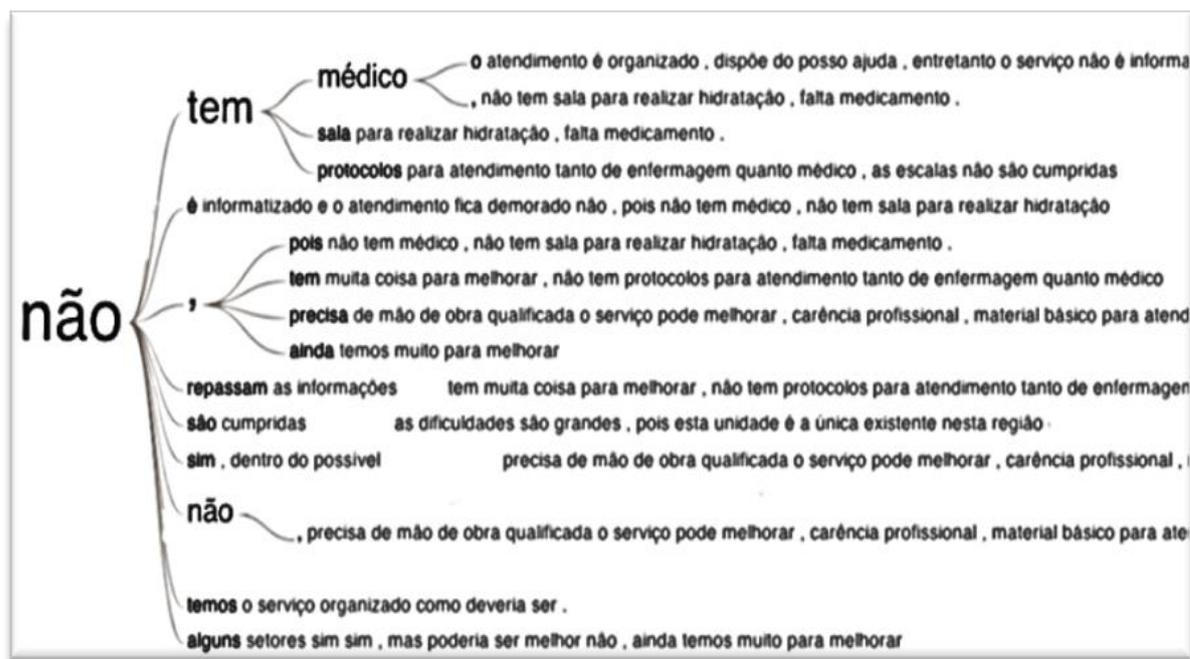


Figura 11 – Árvore de palavras – Infraestrutura das Unidades de Saúde.

Fonte: Profissionais do serviço de saúde do Município de São Luís (2011).

Os diversos fatores citados pelos profissionais de saúde evidenciam a precariedade da infraestrutura apresentada pelas unidades. Outro aspecto importante citado, diz respeito à demanda expressiva para atendimento, associada à carência de recursos humanos, afetando a qualidade da intervenção devido à sobrecarga sofrida pelos profissionais desses serviços.

Na maioria dos serviços de atenção básica avaliados, o procedimento Avaliação com Classificação de Risco, proposto nas Diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD/MS, ainda não havia sido incorporado na rotina de atendimento dessas unidades, permanecendo como um projeto futuro. Os motivos explicitados estão relacionados com as condições de disponibilidade da estrutura física, recursos físicos, recursos humanos e dificuldade de incorporação de normas e procedimentos instituídos no processo de trabalho.

Quando perguntado aos usuários com suspeita de dengue ( $n = 14$ ) nos diversos serviços de saúde se “A unidade apresenta infraestrutura necessária e realiza atendimento compatível com o seu nível de complexidade?”, a palavra “paciente” apresentada na Figura 12 “árvore de Palavras” (*Word Tree*) apresentou maior incidência durante as entrevistas sendo condizente com as informações apresentadas na Matriz de Julgamento, conforme Tabela 10.

A falta de médicos, associado à falta de orientação do paciente contribuem para busca do atendimento em serviços de maior complexidade, retardando o atendimento e contribuindo para manutenção da alta taxa de letalidade por dengue no município. Neste quadro há um relato de paciente hipertenso, ou seja, que faz parte do grupo de risco, e que deveria ter prioridade no atendimento, caso a Avaliação com classificação de risco estivesse implantada no serviço.

A dengue é uma doença que requer avaliação sistemática, segundo Martinez (2007), isto requer “tratamento encimático” que significa ficar em cima do paciente, acompanhar a evolução do caso, fazer avaliações periódicas subsidiadas pelos exames laboratoriais e de imagens.

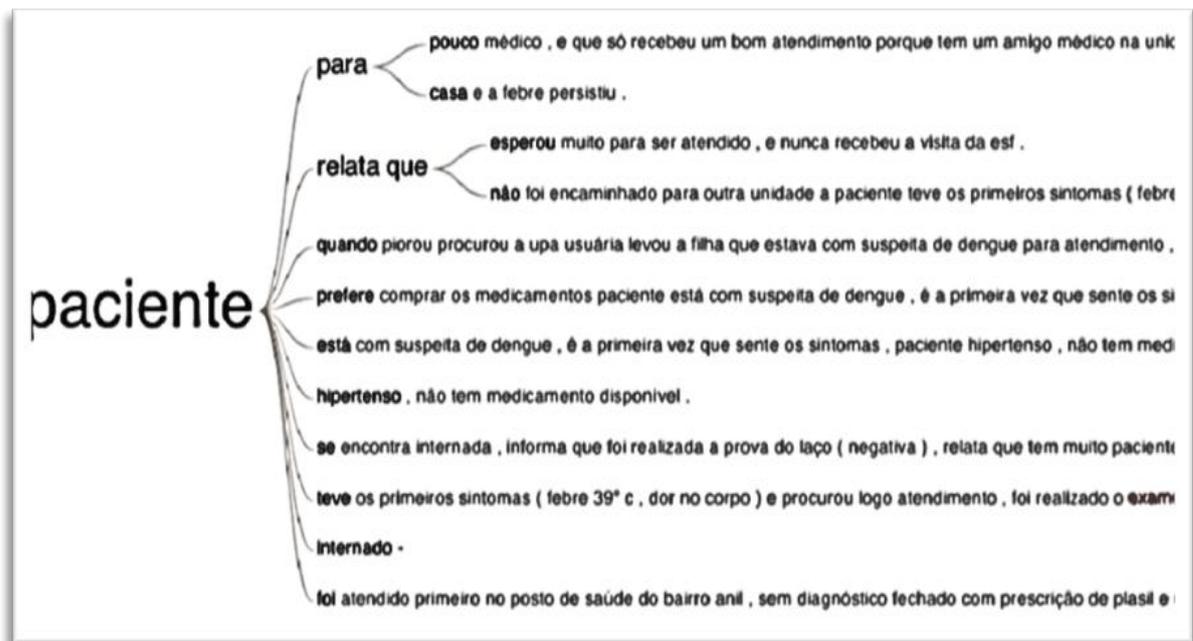


Figura 12 – Árvore de palavras – Infraestrutura das Unidades de Saúde segundo a percepção do usuário.

Fonte: Usuários do serviço de saúde do Município de São Luís (2011).

Com base na percepção do usuário, observa-se que mesmo que o serviço de saúde esteja próximo de seu local de residência, a falta ou a infraestrutura precária leva o usuário a procura da resolutividade.

Tabela 10 – Índice de Adequação segundo a dimensão Adequação e subdimensão Disponibilidade do componente Estrutura – Atenção Básica.

	<u>Dimensão</u>	<u>Subdimensão</u>	<u>Critério/Indicador</u>	<u>Pesos</u>	<u>Pontuação Máxima = &gt; 100</u>	<u>Pontuação Observada</u>	<u>Caracterização</u>
<b>Componente Estrutura</b>	Adequação	Disponibilidade	Existência de instalações físicas adequadas para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	23,4	15,4	Índice de Adequação 50,0%  Pouco Adequado
			Existência de espaço físico ou sala para avaliação com classificação de risco.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	
			Existência de equipamentos básicos para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	12,6	9,7	
			Existência de insumos para diagnóstico laboratorial.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	5,4	0,1	
			Existência de medicamentos básicos para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	14,4	4,7	
			Existência de insumos para procedimentos clínicos.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	6,4	
			Existência de mobiliários e utensílios básicos para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	9,0	6,6	
			Existência de protocolos e normas técnicas para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	4,4	
			Existência de Recursos Humanos.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	12,6	4,2	
			Existência de Unidade de Saúde com equipe ESF completa.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,0	
<b>Total</b>					<b>102,6</b>	<b>52,1</b>	

Onde: (0,3): adequada; (0,2) parcialmente adequada; (0,1) pouco adequada; (0) inadequada.

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

### ***10.1.2 Adequação do Componente Processo, segundo a subdimensão Conformidade – Atenção Básica***

Com base na linha de análise do Eixo Qualidade estabelecida para esta pesquisa, o Índice de Adequação observado nas Unidades de Saúde da Atenção Básica foi de (46,5%), classificado como pouco adequado, conforme Tabela 11.

Nesta análise foi avaliado se a unidade apresentava capacidade técnico-operacional para atendimento da demanda, especialmente em situação de epidemia de dengue, de que forma era desenvolvido o processo de trabalho, e se este era realizado em conformidade com o POP e protocolos clínicos estabelecidos. Também foi avaliado de que maneira situações como número deficiente ou ausência de profissionais eram contornadas para que não houvesse prejuízo no atendimento ao usuário no caso de falta ou ausência de um profissional no serviço.

Outro item avaliado estava relacionado ao uso de protocolos, manuais ou diretrizes para atendimento pelo corpo técnico da unidade, e incorporação da Avaliação com Classificação de Risco, na rotina de serviços da unidade.

Para atendimento do paciente com dengue classificados no Grupo A – especial, foi observado se era solicitado ou realizado o hemograma e orientado quanto aos sinais de alarme, se havia oferta de hidratação oral no local de atendimento, retorno agendado a unidade para reavaliação, orientação sobre fluxo de encaminhamento em caso de piora do quadro, e se eram acompanhados pela equipe ESF. Também foi avaliado se a equipe recebe capacitação em dengue, e como esta é reproduzida na unidade.

Para avaliar se essas práticas foram incorporadas na rotina de trabalho das unidades de saúde, aplicou-se o questionário IV do Apêndice “A” e os resultados observados estão apresentados a seguir:

Com o propósito de evidenciar o processo de trabalho realizado para atendimento do paciente com suspeita de dengue nos serviços de saúde e estabelecer uma possível relação entre os dados obtidos na avaliação da estrutura com o processo algumas informações obtidas dos entrevistados podem ajudar a ilustrar a situação:

A unidade trabalha com consultas agendadas pelos ACS e o atendimento por demanda espontânea é realizado de acordo com a disponibilidade de agenda médica, neste período apenas um caso suspeito de dengue foi atendido na unidade, mas não foi realizada a classificação de risco nem a prova do laço e o paciente foi encaminhado para UPA do São Francisco (informação verbal)

No subcomponente Recursos Humanos capacitados, observou-se que tanto nas unidades US-A, US-B, US-C, US-D, (33,3%), quanto nas unidades US-E e US-F, (41,7%), a quantidade de profissionais capacitados em dengue não era expressiva, considerada como pouco adequado, isto remete a uma reflexão, especialmente pela situação do município, pois significa que existe um percentual acima 50% de profissionais que não foram capacitados em dengue atuando nas unidades básicas de saúde. De acordo com informações da Secretária Estadual de Saúde do Maranhão – SES/MA, as capacitações são realizadas com frequência com objetivo de formar multiplicadores e sempre são disponibilizadas vagas para o município de São Luís, entretanto, a continuidade do processo ainda é lenta.

Neste contexto, merece destaque o item Unidades com profissional por categoria atuando – Técnico de Enfermagem (100%) conforme apresentado na Figura 13. Entretanto, quando esta categoria foi avaliada em relação à capacitação em dengue, observou-se o percentual de (0,0%), justamente a categoria que tem maior representatividade em números de profissionais de saúde no município. Apesar desta informação, estar relacionada às unidades avaliadas, a lacuna observada entre a quantidade de profissionais por categoria e o percentual de profissionais capacitados em dengue, representa uma significativa informação para o serviço de saúde, pois em se tratando da dengue todos os profissionais devem ser capacitados, especialmente na situação do município em que há um grande contingente de técnicos de enfermagem, e epidemias recorrentes.

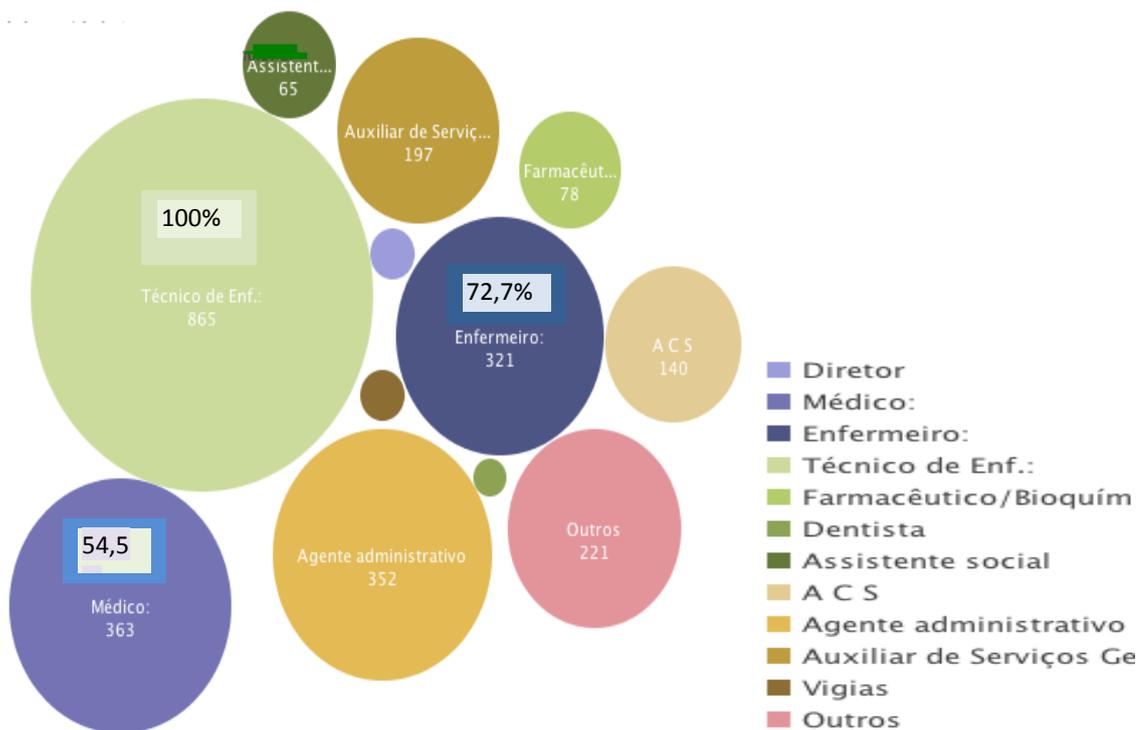


Figura 13 – Profissionais por categoria atuando no serviço de saúde.

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

Destaca-se também neste item, o percentual de profissionais capacitados para atendimento do paciente com dengue conforme preconizado pelo MS: enfermeiros (81,8%), médicos (57,5%) e diretores (45,4%), conforme Figura 14. As capacitações ministradas pelo MS e pelo Estado tem dentre outros objetivos formar multiplicadores, que assumem o compromisso de repassar os conhecimentos adquiridos a toda equipe técnica.

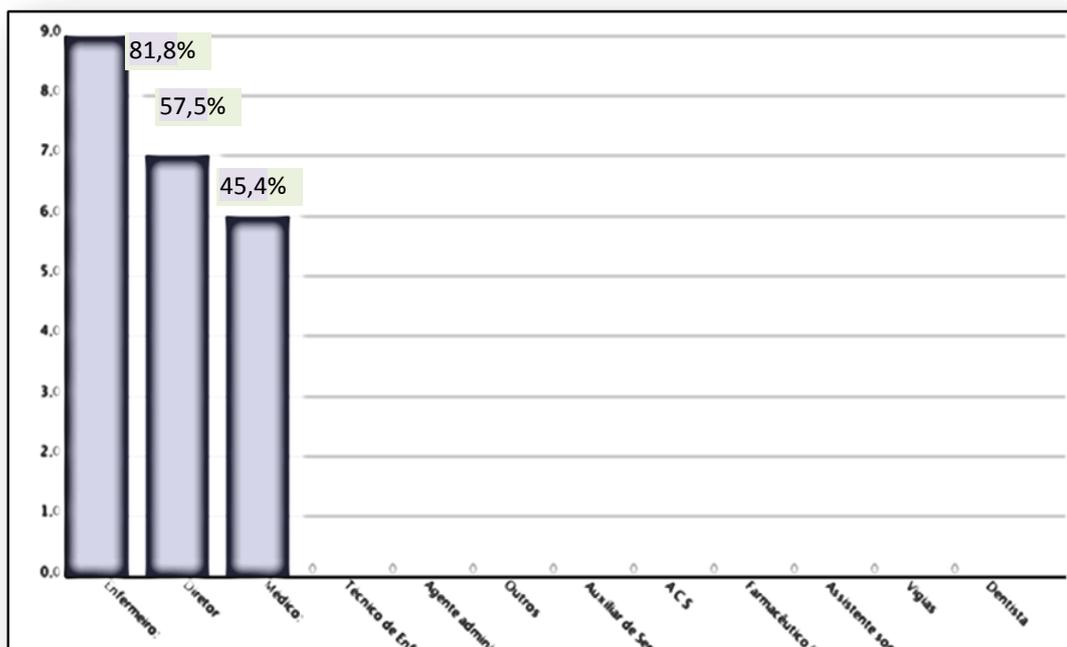


Figura 14 – Profissionais por categoria capacitados em dengue, São Luís, Maranhão, 2001.

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

Um aspecto importante observado na avaliação está relacionado à realização do hemograma, e de outros exames necessários para avaliação do paciente com dengue classificados no Grupo A – especial. Estas unidades não dispõem de laboratório, e a única unidade que apresenta laboratório tem limitações técnicas, isto pode ser um dos motivos da não procura pelos Centros de Saúde por parte dos usuários, os quais buscam as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs e demais unidades secundárias, pois sabem do baixo poder de resolutividade dos seus problemas nos Centros de Saúde. Para melhor ilustrar a situação de como o usuário tem acesso a um procedimento básico e necessário “hemograma”, optou-se por utilizar as informações coletadas durante as observações.

Em estudo realizado para avaliar a atenção básica no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais – MG, Pires (2009, p. 89) observou que,

[...] na tentativa de explorar, quantitativamente, a racionalidade do usuário na procura aos serviços de saúde, analisaram-se questões sobre a necessidade de mentir o local de residência, para ser atendido; o motivo da procura e da não procura de uma UBS, bem como o porquê de dirigir-se a uma UPA. Nesse caso, os usuários consideram o atendimento lento (16,8%) ou não conseguem ser atendidos no mesmo dia (10,2%) [...].

Com relação à oferta, utilidade e acessibilidade aos serviços de saúde de São Luís, a situação observada reflete na fala dos usuários em que,

[...] não existe facilidade em fazer os exames devido a grande demanda, os medicamentos às vezes faltam, e nunca recebeu visita dos ACS e ESF [...] (informação verbal) 2

[...] foi encaminhada para unidade mista do Bequimão, realizado hemograma, e no dia 26/04/2011, voltar para realização de novo hemograma [...]. (informação verbal) 3

Com relação à orientação dos sinais de alarme ao usuário com dengue, observou-se que esta é feita de maneira mais contundente e melhor absorvida pela população quando veiculada pelos meios de comunicação de massa, do que pelos serviços de saúde. Razão pela qual o usuário chega à unidade com autodiagnóstico e sabendo que dengue mata, porém, observou-se que nas unidades básicas a preocupação do profissional de saúde era encaminhar o usuário para outros serviços, e isto acontecia já no Serviço Médico Especializado – SAME, configurando a peregrinação do paciente com dengue em busca de atendimento nos serviços de saúde.

Com relação à oferta de hidratação oral nos serviços de saúde, observou-se que em nenhum serviço foi ofertado hidratação oral no local de atendimento ou disponibilidade de cadeira para hidratação venosa do paciente com dengue – Grupo A – especial. Quanto ao agendamento de retorno à unidade para reavaliação na atenção básica este procedimento foi verificado apenas em um atendimento na US-A.

Tabela 11 – Índice de Adequação segundo a dimensão Adequação e subdimensão Conformidade do componente Processo – Atenção Básica (continua).

	<u>Dimensão</u>	<u>Subdimensão</u>	<u>Critério/Indicador</u>	<u>Pesos</u>	<u>Pontuação Máxima =&gt; 40</u>	<u>Pontuação Observada</u>	<u>Caracterização</u>
<b>Componente Processo</b>	Adequação	Conformidade	Realização do procedimento – avaliação com classificação de risco.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	Índice de Adequação 46,5%  Pouco Adequado
			Presta orientação quanto aos sinais de alarme.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,2	
			Realização de exame de diagnóstico laboratorial – hemograma (paciente grupo A – especial).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	
			Realização de atendimento 12 horas em situação de epidemia.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	
			Apresenta capacidade técnico-operacional para atendimento da demanda.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,8	
			Utilização de Procedimentos Operacional Padrão – POP para as atividades desenvolvidas na Unidade.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	
			Fornecimento do cartão de acompanhante do paciente com suspeita de dengue.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,8	
			Utilização de protocolos, manuais e diretrizes para consulta técnica.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	
			Fornecimento de sais de hidratação oral para atendimento imediato.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,4	
			Estabelecimento de fluxo de encaminhamento do paciente.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,8	
Apresenta sistema informatizado de registro de dados, agendamento de consulta.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6				

Tabela 11 – Índice de Adequação segundo a dimensão Adequação e subdimensão Conformidade do componente Processo – Atenção Básica.

	<u>Dimensão</u>	<u>Subdimensão</u>	<u>Critério/Indicador</u>	<u>Pesos</u>	<u>Pontuação Máxima =&gt; 40</u>	<u>Pontuação Observada</u>	<u>Caracterização</u>
<b>Componente Processo</b>	Adequação	Conformidade	Apresenta sistema organizado para atendimento da demanda espontânea e agendada.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	Índice de Adequação 46,5%  Pouco Adequado
			Agendamento de consulta de retorno para reavaliação.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	
			Fornecimento de leito ou cadeira para hidratação venosa do paciente com dengue – Grupo A – especial.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	
			Recursos Humanos atuando no serviço.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	5,4	3,2	
			Recursos Humanos capacitados em dengue.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	7,2	4,0	
			<b>Total</b>				

Onde: (0,3): adequada; (0,2) parcialmente adequada; (0,1) pouco adequada; (0) inadequada.

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

### ***10.1.3 Qualidade Técnico-Científico da assistência ao paciente com dengue segundo as subdimensões Conformidade e Oportunidade – Atenção Básica***

Com base na linha de análise do Eixo Qualidade estabelecida para esta pesquisa, o Índice Qualidade Técnico-Científica observado nas Unidades de Saúde da Atenção Básica foi (50,5%), Conformidade (55,6%) e Oportunidade (39,1%) sendo classificado como pouco adequado conforme Tabela 12.

De acordo com os manuais técnicos a abordagem do paciente com suspeita de dengue deve seguir uma rotina de anamnese e exame físico. Essas informações são necessárias para o estadiamento e o planejamento terapêutico adequado. Na anamnese, a história clínica deve ser a mais detalhada possível, e todas estas informações devem constar no prontuário do paciente.

No exame físico (66,0%) os itens aferição da pressão arterial em duas posições e a verificação do peso foram pouco contemplados. Os exames dos segmentos torácico (70%), pele (68,5%), cabeça (53,7%) e abdominal (50,0%) foram os mais investigados, possivelmente pela necessidade de pesquisar desconforto respiratório, exantemas, petéquias em palato e hepatomegalia.

A realização da prova do laço deve ser obrigatória para todos os casos suspeitos de dengue, pois é importante para triagem dos casos, sendo a única manifestação hemorrágica de grau I de Febre Hemorrágica da Dengue – FHD, representando a fragilidade capilar. Nesta pesquisa, a realização deste procedimento foi observada em (50,0%) do total de casos atendidos.

Com relação aos procedimentos de hidratação precoce (oral ou venosa), e estadiamento dos casos, não foram observados durante os atendimentos. O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, os quais foram investigados em (50%) dos pacientes, entretanto, este procedimento também depende do monitoramento contínuo, do estadiamento e reestadiamento dos casos, e da reposição hídrica de forma oportuna.

Um aspecto importante que dificulta o atendimento do paciente com suspeita de dengue conforme preconizado pelo MS é justamente a falta de laboratório nos serviços de saúde, para realização de exames básicos. Nesta situação a Conformidade do atendimento está dissociada da Oportunidade. Caso as UBSs apresentassem melhor tecnologia em saúde, estas

situações que levam o usuário a procurar as UPAs poderiam em tese, ser resolvidas nas UBSs. Entretanto, este é apenas um dos fatores que levam a esta procura.

Tabela 12 – Índice de Qualidade Técnico-Científico segundo as subdimensões Conformidade e Oportunidade – Atenção Básica (continua).

Qualidade	Dimensão	Subdimensão	Critério/Indicador	Pesos	Pontuação máxima $\geq 100$	Pontuação Observada	Caracterização
		Conformidade	Exame físico: aferição da temperatura, PA em 2 posições, FR, peso, pulso e enchimento capilar.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	16,2	10,7	
			Exame segmento pele – pesquisar pele fria ou quente, sinais de desidratação, exantema, petéquias, hematomas, sufusões hemorrágicas.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	7,4	
			Exame segmento cabeça: observar sensibilidade à luz, edema subcutâneo palpebral, hemorragia conjuntival, petéquias de palato, epistaxe e gengivorragia.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	5,8	
			Exame do segmento torácico: pesquisar sinais de desconforto respiratório, de derrame pleural e pericárdico.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	5,4	3,8	Índice de Qualidade Técnico-Científico (50,0%)
			Exame do segmento abdominal: pesquisar dor, hepatomegalia, ascite, timpanismo, macicez.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	7,2	3,6	
			Exame segmento neurológico: pesquisar cefaléia, convulsão, sonolência, delírio, insônia, inquietação, irritabilidade e depressão.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	12,6	4,5	Pouco Adequado
			Exame do sistema músculo-esquelético: pesquisar mialgias, artragias e edemas.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	5,4	2,7	
			Realização da prova do laço na ausência de manifestações hemorrágicas.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,9	
			Estadiamento e tratamento conforme grau de risco – Grupo A, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,7	
		<b>Subtotal</b>			<b>72,0</b>	<b>40,1</b>	

Tabela 12 – Índice de Qualidade Técnico-Científico segundo as subdimensões Conformidade e Oportunidade – Atenção Básica (conclusão).

Qualidade	Dimensão	Subdimensão	Critério/Indicador	Pesos	Pontuação máxima $\geq 100$	Pontuação Observada	Caracterização
			Identificação de sinais de alarme	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	19,8	9,1	Índice de Qualidade Técnico-Científico (50,0%)
		Oportunidade	Pesquisa de sinais de alarme laboratoriais	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	9,0	3,6	
			Iniciar hidratação precocemente	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	3,6	0,0	
			<b>Subtotal</b>		<b>32,4</b>	<b>12,7</b>	Pouco Adequado
			<b>Total</b>		<b>104,4</b>	<b>52,8</b>	

Onde: (0,3): adequada; (0,2) parcialmente adequada; (0,1) pouco adequada; (0) inadequada.

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

## 10.1 Caso 2

Avaliando a qualidade da assistência ao paciente com dengue na Atenção Secundária segundo as dimensões de Adequação e Qualidade Técnico-Científico e subdimensões de Disponibilidade, Conformidade e Oportunidade.

### *10.2.1 Adequação do componente Estrutura, segundo a subdimensão Disponibilidade – Atenção Secundária*

Com base na linha de análise do Eixo Qualidade estabelecido para esta pesquisa, o Índice de Adequação do componente Estrutura na atenção secundária foi classificado como parcialmente adequado (73,8%), conforme Tabela 13.

Nos subcomponentes Estrutura e Recursos Físicos, observou-se o seguinte percentual de adequação: US-G (42,9%), US-H (52,40%), considerados como pouco adequados, e US-I (71,4%), considerado parcialmente adequado. A US-I apresentou melhor percentual de adequação do componente Estrutura, pois trata de uma UPA, construída no ano de 2008. As outras duas são unidades antigas, apresentam projeto arquitetônico similares, com luminosidade, e ventilação precária. É também precária a acomodação do paciente com dengue, que aguardam por atendimento, deitados em bancos de concreto. Chama atenção o estado de conservação das US-G e US-H, necessitando de reforma com ampliação da área física para comportar a demanda excessiva e melhorar as condições de atendimento do usuário.

No subcomponente Insumos/Medicamentos, os percentuais de adequação encontrados nas unidades foram os seguintes: US-G (70,8%), US-H (79,2%), considerados como parcialmente adequados, e US-I (83,3%), considerado adequado.

Quanto a existência de Insumos para Diagnóstico Laboratorial, as unidades secundárias avaliadas dispõem de laboratórios e técnicos em conformidade com a demanda do serviço, entretanto, a limitação observada foi quanto aos insumos de diagnóstico, onde a unidade US-G (55,6%) não apresentava estoque de reagentes para realização do hemograma com contagem de plaquetas, e o insumo existente era suficiente somente para mais um dia de serviço. Também havia um baixo estoque de tubos para coleta de sangue a vácuo, isto

justamente num período de curva ascendente da epidemia de dengue e demanda crescente. Nas demais unidades os percentuais de adequação observados US-H (77,8%), considerado como parcialmente adequado, pois também havia baixo estoque de tubos para coleta de sangue a vácuo e US-I (88,9%) considerado como adequado. A situação encontrada evidencia uma necessidade de melhor planejamento das ações, a fim de que haja a continuidade do cuidado nos serviços de saúde por falta de tubos para coleta de sangue, ou reagentes para análise.

Quanto à disponibilidade de Recursos Humanos observou-se que os percentuais de adequação das US-G e US-H (62,5%) respectivamente e US-I (45,8%) foram considerados como parcialmente adequado e pouco adequado. Observa-se que apesar da US-I apresentar melhor percentual de Estrutura e Recursos Físicos (71,4%) e Medicamentos (83,3%) em relação as demais unidades da atenção secundária, há um paradoxo. Neste quadro, em relação ao subcomponente Recursos Humanos observa-se unidade com melhor estrutura e menor quantidade de recursos humanos, e unidades com pior estrutura maior quantidade de recursos humanos.

Com relação ao subcomponentes Normas e Procedimentos, a unidade US-G apresentou baixo percentual (38,9%) considerado como inadequado, a US-H (55,6%) pouco adequado e a US-I (88,9%) adequado. Nas Unidades da Atenção Secundária avaliadas, não foi observado um consenso em relação ao subcomponente Normas e Procedimentos. A US-I foi a única que apresentou protocolo de hidratação do paciente com dengue e protocolo para outros quadros clínicos. Um aspecto chamou atenção em ao processo de trabalho estabelecido na US-I foi que nos prontuários dos pacientes constava um carimbo “suspeita de dengue”, o que diferenciava dos demais casos em atendimento. Também nessa unidade havia uma proposta da área técnica em elaborar os POPs para todos os setores e serviços, de forma a padronizar o atendimento, nos diversos turnos, pelos diversos profissionais.

Na US-G não foi encontrado nos consultórios médico ou de enfermagem nenhum cartaz orientando a conduta clínica do paciente com dengue, fluxo de referência para encaminhamento do paciente, ou protocolo de hidratação do MS. Na US-H, em quase todos os consultórios foi encontrado cartaz orientando a conduta clínica do paciente com dengue e fluxo de referência para encaminhamento do paciente. Somente nesta unidade foi evidenciado o uso do cartão de acompanhamento do paciente com dengue.

Tabela 13 – Índice de Adequação segundo a dimensão Adequação e subdimensão Disponibilidade do componente Estrutura – Atenção Secundária.

	<u>Dimensão</u>	<u>Subdimensão</u>	<u>Critério/Indicador</u>	<u>Pesos</u>	<u>Pontuação Máxima = &gt; 100</u>	<u>Pontuação Observada</u>	<u>Caracterização</u>
<b>Componente Estrutura</b>	Adequação	Disponibilidade	Existência de instalações físicas adequadas para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	28,8	19,0	Índice de Adequação 73,8%  Parcialmente Adequado
			Existência de sala para avaliação com classificação de risco.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,0	
			Existência de equipamentos básicos para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	12,6	9,8	
			Existência de insumos para diagnóstico laboratorial.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	5,4	4,0	
			Existência de medicamentos básicos para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	14,4	11,2	
			Existência de insumos para procedimentos clínicos.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	10,8	
			Existência de mobiliários e utensílios básicos para atendimentos.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	9,0	8,6	
			Existência de protocolos e normas técnicas para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	6,6	
			Existência de Recursos Humanos.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	14,4	8,2	
			<b>Total</b>		<b>108,0</b>	<b>79,8</b>	

Onde: (0,3): adequada; (0,2) parcialmente adequada; (0,1) pouco adequada; (0) inadequada.

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

### ***10.2.2 Adequação do componente Processo, segundo a subdimensão Conformidade – Atenção Secundária***

Com base na linha de análise do Eixo Qualidade estabelecida para esta pesquisa, o Índice de Adequação observado nas unidades de saúde da atenção secundária foi 74,4%, classificado como parcialmente adequado, conforme Tabela 14.

Assim como na atenção básica, a avaliação com classificação de risco também não foi incorporada nas práticas de serviço da atenção secundária. Nas três unidades avaliadas, a triagem era feita no SAME e em caso de suspeita de dengue o paciente era encaminhado ao clínico geral de plantão no serviço.

Na US-G, o subcomponente Recursos Humanos em serviço foi evidenciado especialmente pelo aglomerado de profissionais, sobretudo técnicos de enfermagem no posto de enfermagem, tal situação sinaliza que: ou a unidade apresentava um quadro técnico acima da média para a sua estrutura física, ou a escala de serviço era inadequada, com excesso de profissionais escalados para o horário matutino sem que o espaço físico comportasse o quadro escalado. Entretanto, no horário vespertino havia uma redução do atendimento em decorrência da falta de profissionais, e não por falta de demanda.

Neste nível de atenção, também não foi observada a verificação e/ou preenchimento do cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue. Os protocolos, manuais e diretrizes estavam disponíveis para consulta técnica somente na unidade US-I.

Com relação aos Recursos Humanos capacitados em dengue, observa-se que apesar de apresentar um maior percentual de profissionais capacitados US-H (38,5%) seguido das unidades US-G e US-I (30,8%), respectivamente, estes percentuais são considerados como pouco adequado.

Na atenção secundária observou-se a preocupação do profissional de saúde em orientar o usuário e recomendar o retorno, para repetição do hemograma, ou no caso de ocorrência de um dos sinais de alarme. Mesmo com as limitações estruturais observadas, estas unidades estão mais bem preparadas do que as unidades básicas para atender os casos de dengue, especialmente no sentido da oferta da hidratação venosa após consulta, que era realizada em leito de observação quando disponível ou de acordo com as condições existentes (bancos de concreto). Nestas unidades não foi observada a disponibilidade de cadeiras para hidratação.

A carência de infraestrutura observada na Atenção Básica pode ser é um dos motivos pelo qual o paciente com dengue prefere ser atendido nas unidades mistas e UPAs, mesmo com demora, ou acomodação inadequada, mas pelo menos é hidratado. Outro fato que também influencia pela escolha, está relacionado com o horário de funcionamento das unidades mistas e UPAs, proporcionando o acompanhamento do paciente em pelo menos 12 horas consecutivas, e em todos os dias da semana.

As limitações encontradas na atenção básica quanto à oferta de material instrucional, protocolos, normas técnicas e POPs, também foram encontrados na Atenção Secundária (44,4%), e este pode ser um aspecto a ser trabalhado pela gestão no processo de melhoria do atendimento da saúde no município.

Tabela 14 – Índice de Adequação do componente Processo segundo a subdimensão Conformidade – Atenção Secundária (continua).

	<u>Dimensão</u>	<u>Subdimensão</u>	<u>Critério/Indicador</u>	<u>Pesos</u>	<u>Pontuação Máxima = &gt; 40</u>	<u>Pontuação Observada</u>	<u>Caracterização</u>
<b>Qualidade</b>  <b>Componente</b> <b>Processo</b>	Adequação	Conformidade	Realização do procedimento – avaliação com classificação de risco.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	Índice de Adequação 74,4%
			Realiza tratamento dos pacientes classificados no Grupo B – hidratação oral e venosa, se necessário.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,8	
			Realiza exame de diagnóstico laboratorial – hemograma completo – Paciente Grupo B.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,8	
			Apresenta capacidade técnico-operacional para atendimento da demanda.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,0	
			Realiza atendimento 24 horas em situação de epidemia.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,85	1,8	
			Apresenta condições para tratamento do paciente do Grupo B caso necessite de leito de observação por 12 horas.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,8	
			Liberação de resultado de exames em tempo oportuno.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,4	
			Orientação quanto aos sinais de alarme	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,8	
			Fornecimento de protocolos, manuais e diretrizes para consulta técnica.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,8	
			Estabelecimento de fluxo de encaminhamento do paciente.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,6	
Uso dos Procedimentos Operacional Padrão – POP para o desenvolvimento das atividades na Unidade.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,4	Parcialmente Adequado			

Tabela 14 – Índice de Adequação do componente Processo segundo a subdimensão Conformidade – Atenção Secundária (conclusão).

	<u>Dimensão</u>	<u>Subdimensão</u>	<u>Critério/Indicador</u>	<u>Pesos</u>	<u>Pontuação Máxima = &gt; 40</u>	<u>Pontuação Observada</u>	<u>Caracterização</u>	
<b>Qualidade</b>	<b>Componente</b>	<b>Adequação</b>	<b>Conformidade</b>	Providencia encaminhamento dos pacientes classificados no Grupo B para atendimento na Atenção Básica.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,8	
				Providencia encaminhamento dos pacientes classificados nos Grupos C e D para atendimento na atenção hospitalar.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,4	Índice de Adequação 74,4%
				Recursos Humanos atuando no serviço.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	5,4	4,4	
				Recursos Humanos capacitados em dengue.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	7,2	4,4	
<b>Total</b>					<b>36,0</b>	<b>26,8</b>		

Onde: (0,3): adequada; (0,2) parcialmente adequada; (0,1) pouco adequada; (0) inadequada.

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

### ***10.2.3 Qualidade Técnico-Científico segundo as subdimensões Conformidade e Oportunidade – Atenção Secundária***

Com base na linha de análise do Eixo Qualidade estabelecida para esta pesquisa, o Índice de Qualidade observado nas Unidades de Saúde da Atenção Secundária foi de 86,7%, a conformidade observada foi (86,6%) e oportunidade técnica (80,2%) sendo classificado como Adequado, conforme pontuação obtida no conforme Tabela 15.

Provavelmente, a resolução diagnóstica e terapêutica destas unidades poderia ser melhor aproveitada pelos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS se estas unidades apresentassem uma melhor adequação de sua estrutura física, com salas de para estabilização dos pacientes que necessitam ficar em observação.

A falta de leito nestas unidades faz com que a improvisação para o atendimento prejudique a qualidade da assistência. A maioria dos pacientes com suspeita de dengue atendidos nestas unidades ficava deitado em bancos numa área adaptada com suportes de soro presos na parede, contendo vários ganchos de sustentação, permitindo que de cinco a dez pessoas utilizassem o mesmo suporte.

O percentual de adequação observado em relação ao Exame Físico foi de 68,0%. Destaca-se que os itens aferição da pressão arterial em duas posições e a verificação do peso foram pouco contemplados, sendo a pressão arterial aferida em somente uma posição. Os exames do segmento pele e segmento abdominal (100%) foram os mais investigados, possivelmente pela necessidade de pesquisar exantemas, petéquias, dor abdominal e hepatomegalia. No segmento Cabeça (sensibilidade à luz, edema subcutâneo palpebral, hemorragia conjuntival, petéquias de palato, epistaxe e gengivorragia), o percentual de adequação foi de 100%. Com relação ao segmento Neurológico (71,4%), observou-se que os sinais e sintomas mais pesquisados foram dor de cabeça e sonolência.

Apesar dos percentuais de adequação encontrados, foi evidente as dificuldades encontrada pelos profissionais de saúde em monitorar os casos em que os pacientes estavam recebendo hidratação fora da ala de observação.

Com relação aos procedimentos de Hidratação Oral de forma precoce, a realização deste procedimento não foi observada nas unidades da atenção secundária. Quanto ao estadiamento conforme preconizado nos manuais técnicos, em apenas uma unidade foi observado no prontuário de um paciente a realização do estadiamento conforme preconizado pelo PNCD.

A realização da prova do laço deve ser obrigatória para todos os casos suspeitos de dengue, pois é importante para triagem dos casos, sendo a única manifestação hemorrágica de grau I de FHD, representando a fragilidade capilar. Nesta pesquisa a realização deste procedimento foi observada em (50,0%) do total de casos atendidos.

O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, os quais foram investigados em (50%) dos pacientes, entretanto, este procedimento também depende do monitoramento contínuo, do estadiamento e reestadiamento do caso, e da reposição hídrica de forma oportuna.

Neste processo de visita às unidades foi possível observar o quanto ainda estamos longe de atingir o ideal para a saúde pública em nosso país, sobretudo quando analisamos a estratégia utilizada para atender os usuários do SUS com dengue à luz da obra de Donabedian (1988), na tríade estrutura, processo e resultado, onde é importante considerar que a estrutura relaciona-se às características mais estáveis da assistência em saúde – recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; disponibilidade de equipamentos, organização dos serviços e profissionais de saúde com qualificação técnica.

A política Qualisus adotou o conceito amplo de saúde, estabelecido na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004), definida como o reflexo do conjunto de intervenções que resultam em: Redução do risco de adoecimento e morte; assistência à saúde adequada à complexidade de cada caso; atendimento digno à condição humana que levam aos melhores resultados, e na satisfação da população com o sistema de saúde, constituindo um desafio aos gestores do sistema de saúde conseguir e manter estas condições.

Na opinião dos profissionais de saúde (n = 05 médicos, n = 06 enfermeiros e n = 02 técnicos de enfermagem) estes esperam por melhorias nos serviços, para que possam ofertar com qualidade os cuidados para o usuário do SUS. Quando questionados sobre “Quais os fatores que interferem na prática dos serviços de saúde, para que o atendimento prestado aos pacientes com dengue seja realizado dentro do padrão de qualidade técnico-científico esperado para se evitar o óbito por dengue?”, as respostas são contundentes, porque retratam o

cotidiano dos profissionais que em algumas unidades lidam com o excesso de demanda e as carências de recursos ao mesmo tempo.

Para esta análise, a palavra “falta” foi selecionada por apresentar maior incidência nas respostas, durante as entrevistas, conforme representado na Figura 15: “Árvore de Palavras” (*Word Tree*).

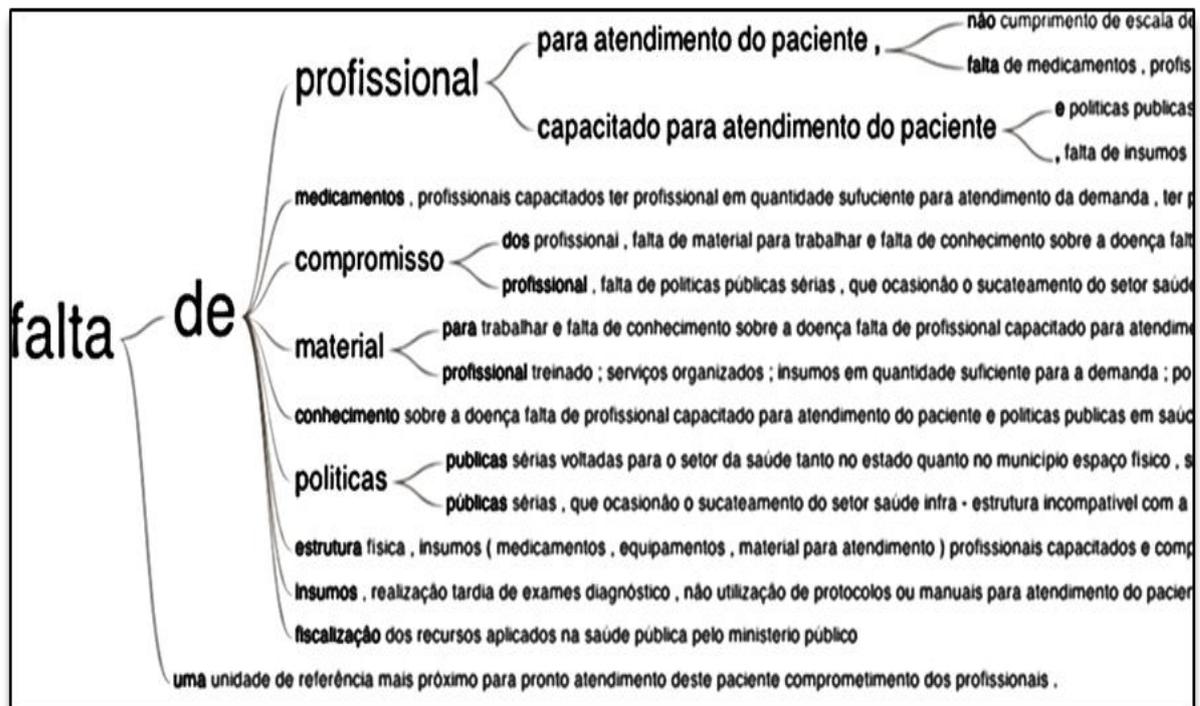


Figura 15 – Fatores que interferem nas práticas de assistência segundo os profissionais de saúde.

Fonte: Profissionais das Unidades de saúde do Município de São Luís, 2011.

Além dos aspectos referentes à falta de infraestrutura para realizar a assistência ao paciente, os profissionais sinalizaram a falta de compromisso, dos próprios profissionais, esta questão estava relacionada ao cumprimento de escala de serviço, bem como a falta de políticas sérias voltadas para o interesse do setor saúde, que evitem o sucateamento das unidades. Apontam também para falta de fiscalização dos bens e serviços produzidos por parte do poder público.

Tabela 15 – Índice de Qualidade Técnico-Científico segundo as subdimensões Conformidade e Oportunidade – Atenção Secundária (continua).

Qualidade	Dimensão	Subdimensão	Critério/Indicador	Pesos	Pontuação máxima $\geq 100$	Pontuação Observada	Caracterização
		Conformidade	Exame físico: aferição da temperatura, PA em 2 posições, FR, peso, pulso e enchimento capilar.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	16,2	11,0	Índice de Qualidade Técnico-Científico (86,7%) Adequado
			Exame físico: segmento Pele (pesquisar pele fria ou quente, sinais de desidratação, exantema, petéquias, hematomas, sufusões hemorrágicas).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	10,8	
			Exame físico: segmento Cabeça (observar sensibilidade à luz, edema subcutâneo palpebral, hemorragia conjuntival, petéquias de palato, epistaxe e gengivorragia).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	10,8	
			Exame físico: segmento Torácico (pesquisar sinais de desconforto respiratório, de derrame pleural e pericárdico).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	5,4	5,4	
			Exame físico: segmento Abdominal (pesquisar dor, hepatomegalia, ascite, timpanismo, macicez).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	7,2	7,2	
			Exame físico: segmento Neurológico (pesquisar cefaléia, convulsão, sonolência, delírio, insônia, inquietação, irritabilidade e depressão).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	12,6	9,0	
			Exame físico: sistema músculo-esquelético (pesquisar mialgias, artralgias e edemas).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	5,4	5,4	
			Realização da prova do laço na ausência de manifestações hemorrágicas.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,4	
			Estadiamento e tratamento conforme grau de risco – Grupo B, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,4	
		<b>Subtotal</b>			<b>72,0</b>	<b>62,4</b>	

Tabela 15 – Índice de Qualidade Técnico-Científico segundo as subdimensões Conformidade e Oportunidade – Atenção Secundária (conclusão).

Qualidade	Dimensão	Subdimensão	Critério/Indicador	Pesos	Pontuação máxima $\geq 100$	Pontuação Observada	Caracterização
		Oportunidade	Identificação de sinais de alarme clínicos após exame.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	19,8	19,8	Índice de Qualidade Técnico-Científico (86,7%) Adequado
			Pesquisa de sinais de alarme laboratoriais.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	9,6	
			Pesquisa de sinais de alarme de imagem – raios-X e/ou ultrassom.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	3,6	2,4	
			Iniciar hidratação precocemente.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,8	
			Identifica critérios para internação.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	12,6	12,6	
			Identifica sinais de choque.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	9,0	0,0	
			<b>Subtotal</b>			<b>57,6</b>	
		<b>Total</b>			<b>129,6</b>	<b>108,6</b>	

Onde: (0,3): adequada; (0,2) parcialmente adequada; (0,1) pouco adequada; (0) inadequada.

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

### 10.3 Caso 3

Avaliando a qualidade da assistência ao paciente com dengue na Atenção Terciária ou Hospitalar, segundo as dimensões de Adequação e Qualidade Técnico-Científico e subdimensões de Disponibilidade, Conformidade e Oportunidade.

#### *10.3.1 Adequação do componente Estrutura, segundo a Disponibilidade – Atenção Hospitalar*

Com base na linha de análise do Eixo Qualidade estabelecido para esta pesquisa, o Índice de Adequação do componente Estrutura foi classificado como parcialmente adequado, 75,9 % conforme Tabela 16.

Nos subcomponentes Estrutura e Recursos Físicos, observou-se o seguinte percentual de adequação: US-J e US-L (52,4%) respectivamente, considerados como pouco adequado.

A US-J, unidade de referência pediátrica apresenta uma área reformada em condições satisfatória de uso e obedecendo aos critérios estabelecidos pela política Qualisus, que preconiza a divisão da área de emergência dos setores de urgência em níveis de complexidade, a fim de facilitar a assistência pela adequação de recursos humanos e tecnológicos.

As salas desta área são identificadas por cores: área vermelha – destinada à estabilização de pacientes em estado grave, instáveis, que requerem atendimento imediato; área amarela – para atendimento de pacientes críticos, porém estáveis, aguardando vaga para internamento ou transferência, os quais requerem atendimento em no máximo 15 minutos; área verde – área preparada para o atendimento e observação de usuários não críticos, antes da alta, internamento hospitalar ou transferência, os quais exigem atendimento em até 30 minutos. Há ainda a área azul, destinada às consultas de baixa e média complexidade.

O que chama atenção nesta Unidade é que há uma área reservada para o atendimento inicial, onde todos os casos, independentes da gravidade se concentram neste local, que deveria ser um espaço de espera dividido de acordo com o potencial de risco ou grau de sofrimento do usuário, garantindo assim o conforto, a privacidade e a individualidade dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2004b; SANTOS, J. S., 2005a; SCARAZATTI, 2005).

Entretanto, o que se observa é um aglomerado de pacientes pediátricos, próximos a uma área de circulação aberta destinada a realização de nebulização, onde a suspensão dos vapores produzidos pelos aerossóis se espalha por todo ambiente. Assim o paciente com dengue que já apresenta uma baixa imunidade decorrente da infecção, pode facilmente ter seu quadro clínico agravado por esta exposição.

Com relação a US-L a situação observada é semelhante, há uma área reformada, que ainda é insuficiente para atender a demanda existente, pois há uma grande área necessitando de reforma, inclusive o centro cirúrgico do hospital. Esta unidade conta com apenas 172 leitos, mas está sempre superlotada com aproximadamente 400 pacientes, espalhados em macas por todas as dependências do hospital, com exceção da Unidade de Terapia Intensiva – UTI e de centro cirúrgico. Segundo o Diretor da Unidade, “a precariedade no atendimento e a superlotação são provocadas pela falta da instalação de uma rede hospitalar na capital capaz de acolher e atender todos os pacientes que precisam de serviço médico.”

No subcomponente Insumos/Medicamentos básicos, o percentual de adequação encontrado nas unidades foi (88,3%), considerado como adequado.

Quanto ao subcomponente Insumos para Diagnóstico Laboratorial, observou-se que as unidades terciárias dispõem de laboratórios próprios e técnicos em conformidade com a demanda do serviço, entretanto, a limitação observada foi na unidade US-J (77,8%) com relação aos insumos de diagnóstico. A exemplo do que havia sido observado em unidades de atenção secundária, a US-J não apresentava estoque de reagentes para realização do hemograma com contagem de plaquetas, e também havia um baixo estoque de tubos para coleta de sangue à vácuo. Na US-L este problema não foi evidenciado, apresentando percentual de adequação de (100%) para este subcomponente.

Quando avaliado o subcomponente Recursos Humanos, observou-se que percentual de adequação encontrado na US-J foi 52,4%, considerado como pouco adequado e na US-L, (71,4%) parcialmente adequado.

Com relação ao subcomponente Normas e Procedimentos, a unidade US-J apresentou baixo percentual (44,4%), considerado como inadequado, e a US-L (66,7%) parcialmente adequado. De acordo com informações dos profissionais de saúde, nestas unidades os manuais de diagnóstico e manejo clínico, bem como o protocolo de hidratação do paciente com dengue orientado pelo MS, não estava disponível ao corpo técnico. Apenas na sala de

classificação de risco da US-L havia um cartaz com a classificação de risco, estadiamento e conduta do paciente com dengue.

Apesar dos problemas apresentados, estas unidades apresentavam melhores condições de assistência ao paciente com dengue. Observou-se, no entanto, uma sobrecarga de casos de emergência que chegavam e “São Luís” assumindo uma carga emergencial que era de responsabilidade de outros municípios demandantes ou mesmo do estado. Como não há um adequado sistema de regulação de leito e de referência e contra referência, que permita drenar o atendimento, a assistência passa a atuar de forma desordenada, sobrecarregando as unidades com grande demanda “espontânea”. É com esta situação que o paciente com dengue que não conseguiu resolutividade do caso na atenção básica e nem na atenção secundária se depara.

Os demais subcomponentes pesquisados apresentaram percentuais acima de (66,7%) considerados como parcialmente adequados e adequados (83,3%).

Tabela 16 – Índice de Adequação ao componente Estrutura segundo a subdimensão Disponibilidade– Atenção Hospitalar.

	<u>Dimensão</u>	<u>Subdimensão</u>	<u>Critério/Indicador</u>	<u>Pesos</u>	<u>Pontuação Máxima = &gt; 100</u>	<u>Pontuação Observada</u>	<u>Caracterização</u>
<b>Componente Estrutura</b>	Adequação	Disponibilidade	Existência de instalações físicas adequadas para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	28,8	21,0	Índice de Adequação 75,9%  Parcialmente Adequado
			Existência de sala para avaliação com classificação de risco.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,2	
			Existência de equipamentos básicos para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	12,6	8,7	
			Existência de insumos para diagnóstico laboratorial.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	5,4	4,8	
			Existência de medicamentos básicos para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	14,4	12,0	
			Existência de insumos para procedimentos clínicos.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	10,8	
			Existência de mobiliários e utensílios básicos para atendimentos.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	9,0	8,4	
			Existência de protocolos e normas técnicas para atendimento.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	6,0	
			Existência de Recursos Humanos.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	12,6	7,8	
			<b>Total</b>		<b>106,2</b>	<b>80,7</b>	

Onde: (0,3): adequada; (0,2) parcialmente adequada; (0,1) pouco adequada; (0) inadequada.

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

### ***10.3.2 Adequação do componente Processo, segundo a Conformidade – Atenção Hospitalar***

Com base na linha de análise do Eixo Qualidade estabelecida para esta pesquisa, o Índice de Adequação observado nas Unidades de Saúde da Atenção Terciária foi de 65,8% classificado como parcialmente adequado, conforme apresentado na Tabela 17.

O processo de trabalho observado na atenção terciária, tanto no hospital de referência infantil, quanto no hospital de urgência e emergência é o reflexo uma rede que necessita de reestruturação.

Na US-J, o procedimento Avaliação com Classificação de Risco era realizado por meio do pinçamento dos casos febris, entre os casos existentes para atendimento, entretanto, isto não garantia agilidade na continuidade do cuidado.

Nesta situação destaca-se o caso J. K. R. C., com histórico de febre e convulsão, com relato pelo familiar (jovem de 16 anos que acompanhava a menor) de casos de dengue em adultos na residência. Neste caso foi necessária a intervenção da pesquisadora, para que fosse iniciado o procedimento de hidratação, lembrando a equipe que a dengue também faz um quadro com complicações neurológicas. Posteriormente, foi confirmado que se tratava de um caso de dengue. Esta foi à única situação em que houve intervenção da pesquisadora no processo de trabalho nos serviços de saúde do município, as demais situações observadas foram comunicadas em relatórios e encaminhadas aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – SEMUS, para conhecimento e providências necessárias.

Ainda com relação ao processo de trabalho, destaca-se a dificuldade encontrada na US-J quanto a busca de prontuários dos pacientes com dengue internados no período. Os prontuários estavam armazenados em caixas de papelão, onde não foi possível localizar todos os selecionados no sistema, para a pesquisa. Este é um aspecto do processo de trabalho que precisa ser melhor conduzido pela administração da US-J.

Nesta Unidade, observou-se que após a hidratação e avaliação, os pacientes eram liberados e agendados para retorno no dia seguinte para realização do hemograma e reavaliação clínica. Destaca-se que mesmo sendo a dengue uma doença que exige um monitoramento constante e especialmente por se tratar de uma clientela diferenciada, o “tratamento encimático” não era realizado devido à falta de leitos.

Semelhante à situação encontrada na Atenção Básica e Secundária, na Atenção Hospitalar, também não foi observada a verificação e/ou preenchimento do cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue. Os protocolos, manuais e diretrizes não estavam disponíveis para consulta. Com relação aos Recursos Humanos capacitados em dengue, observa-se um maior percentual de profissionais capacitados em dengue especialmente na US-J (53,8%) e US-L (46,2%) entretanto, ainda não é expressivo em relação a necessidade existente.

Com relação ao procedimento Avaliação com Classificação de Risco na US-L, observou-se que neste estabelecimento o procedimento era realizado de forma mais completa e os encaminhamentos dados visavam a resolutividade do caso. Entretanto, após esta etapa, começavam as barreiras provocadas pelo excesso de demanda, e superlotação das unidades tanto do atendimento da clientela adulta quanto pediátrica, o que também não garantia agilidade na continuidade do cuidado.

Tabela 17 – Índice de Adequação do componente Processo segundo a dimensão Adequação e subdimensão Conformidade – Atenção Hospitalar (continua).

	<u>Dimensão</u>	<u>Subdimensão</u>	<u>Critério/Indicador</u>	<u>Pesos</u>	<u>Pontuação Máxima =&gt; 40</u>	<u>Pontuação Observada</u>	<u>Caracterização</u>
<b>Qualidade</b>  <b>Componente</b> <b>Processo</b>	Adequação	Conformidade	Realização do procedimento – avaliação com classificação de risco.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,2	Índice de Adequação 65,8%
			Realiza tratamento dos pacientes classificados nos Grupos C e D – hidratação venosa imediata.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,8	
			Realiza exame de diagnóstico laboratorial – hemograma completo.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,8	
			Liberação de resultados de exames em tempo oportuno.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,2	
			Utilização de protocolo de hidratação.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,9	
			Realiza exame de diagnóstico por imagem – raios-X e Ultrassom.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,8	
			Apresenta reserva de leito em Unidade de Terapia Intensiva – UTI para atendimento do paciente com dengue.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,9	
			Apresenta capacidade técnico-operacional para atendimento da demanda.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	
			Presta orientação aos familiares quanto aos sinais de alarme.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,5	
			Apresenta Procedimentos Operacional Padrão – POP para as atividades desenvolvidas na Unidade.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	
			Libera protocolos, manuais e diretrizes para consulta técnica.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	Parcialmente Adequado

Tabela 17 – Índice de Adequação do componente Processo segundo a dimensão Adequação e subdimensão Conformidade – Atenção Hospitalar (conclusão).

	<u>Dimensão</u>	<u>Subdimensão</u>	<u>Critério/Indicador</u>	<u>Pesos</u>	<u>Pontuação Máxima =&gt; 40</u>	<u>Pontuação Observada</u>	<u>Caracterização</u>	
<b>Qualidade</b> <b>Componente</b> <b>Processo</b>	Adequação	Conformidade	Dispõe de fluxo de referência e contra referência para encaminhamento do paciente.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,5	Índice de Adequação 65,8%	
			Providencia encaminhamento dos pacientes classificados nos Grupos C e D para atendimento na atenção básica após a assistência.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,5		
			Recursos Humanos atuando no serviço.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	5,4		Parcialmente Adequado
			Recursos Humanos capacitados em dengue.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	3,9		
			Total		36,0	23,7		

Onde: (0,3): adequada; (0,2) parcialmente adequada; (0,1) pouco adequada; (0) inadequada.

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

### ***10.3.3 Qualidade Técnico-Científico segundo a Conformidade e Oportunidade – Atenção Hospitalar***

Com base na linha de análise do Eixo Qualidade estabelecida para esta pesquisa na atenção hospitalar, o Índice de Qualidade observado nas unidades de saúde foi 75,4%, conformidade (60,5%) e oportunidade técnica de (82,2%) classificado como parcialmente adequado, conforme Tabela 18.

Apesar de parcialmente adequado, destaca-se a forma de atendimento prestado especialmente na US-J de referência pediátrica. Após triagem realizada com base na aferição da temperatura, todos os casos com suspeita de dengue eram hidratados. Cabe salientar que as condições de acolhimento do paciente eram semelhantes às observadas nas unidades de atenção secundária, onde os pacientes eram aglomerados em corredor, instalados de forma inadequada (bancos de concreto), com vários suportes de hidratação fixados na parede, com capacidade para atendimento de pelo menos cinco pacientes, dificultando o seu monitoramento. Após a hidratação estes pacientes eram avaliados e de acordo com a avaliação clínica eram liberados, com prescrição de hidratação oral, e retorno agendado para o dia seguinte, para realização do hemograma com contagem de plaquetas e reavaliação médica.

Os demais pacientes que necessitavam de maiores cuidados ficavam internados na ala destinada aos pacientes em observação. Esta unidade não apresentava unidade de terapia intensiva, apenas semi-intensiva, isto se constituía em uma grande preocupação para os profissionais de saúde.

A US-J apresentava condições para detectar os sinais de alarme laboratorial 88,8% e de imagens 100,0%, sendo de extrema importância especialmente para clientela pediátrica, a disponibilidade destes exames, tornando oportuno o diagnóstico e o tratamento da dengue. Isto representa um grande diferencial em relação às demais unidades de saúde avaliadas, fazendo com que em caso de suspeita de dengue especialmente em criança, tanto o familiar (demanda espontânea), quanto à própria unidade básica orientava a procura deste estabelecimento de saúde.

Durante o período de pesquisa destinado a US-I, foram identificados dois casos de dengue, sendo um caso em adulto e um em criança que estava já apresentava sinais de recuperação com aumento progressivo dos números de plaquetas e normalização do hematócrito. Durante este período ocorreu o óbito de uma criança vinda de outro município,

que estava sob investigação, sendo posteriormente descartado pelo Serviço de Verificação de Óbitos.

Destaca-se a realização do procedimento Prova do laço (33,3%) pouco evidenciado nos atendimentos, especialmente no hospital de referência pediátrica, seguido da pesquisa de mialgias e artralguas (50,0%) que em criança se expressa pelo choro e irritabilidade, segmento neurológico (57,1%) e seguimento torácico (61,0%), estes valores podem estar relacionados, a dificuldade encontrada em identificar dengue em criança.

Com relação à Oportunidade técnica destaca-se a hidratação precoce (100%), pesquisa de sinais de alarme laboratorial (88,0%), pesquisa de sinais de alarme de imagem (100%) que mesmo que não seja dengue a hidratação precoce está instituída.

Com relação à pesquisa de sinais de choque, apesar de estabelecida entre os critérios técnicos neste estudo e constar nas matrizes, devido à inexistência de casos de choque por dengue durante a realização da pesquisa, este critério não foi considerado para fins de pontuação.

Tabela 18 – Índice de Qualidade Técnico-Científico segundo as subdimensões Conformidade e Oportunidade – Atenção Hospitalar (continua).

Qualidade	Dimensão	Subdimensão	Critério/Indicador	Pesos	Pontuação máxima $\geq 100$	Pontuação Observada	Caracterização
		Conformidade	Exame físico: aferição da temperatura, PA em 2 posições, FR, peso, pulso e enchimento capilar.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	16,2	6,3	
			Exame físico: segmento Pele (pesquisar pele fria ou quente, sinais de desidratação, exantema, petéquias, hematomas, sufusões hemorrágicas).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	5,3	
			Exame físico: segmento Cabeça (observar sensibilidade à luz, edema subcutâneo palpebral, hemorragia conjuntival, petéquias de palato, epistaxe e gengivorragia).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	9,2	
			Exame físico: segmento Torácico (pesquisar sinais de desconforto respiratório, de derrame pleural e pericárdico).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	5,4	3,3	Índice de Qualidade Técnico-Científico (75,4%)
			Exame físico: segmento Abdominal (pesquisar dor, hepatomegalia, ascite, timpanismo, macicez).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	7,2	7,2	
			Exame físico: segmento Neurológico (pesquisar cefaléia, convulsão, sonolência, delírio, insônia, inquietação, irritabilidade e depressão).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	12,6	7,2	Parcialmente adequado
			Exame físico: sistema músculo-esquelético (pesquisar mialgias, artralgias e edemas).	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	5,4	2,7	
			Realização da prova do laço na ausência de manifestações hemorrágicas.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	0,6	
			Estadiamento e tratamento conforme grau de risco – Grupos C e D, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,8	
		<b>Subtotal</b>			<b>72,0</b>	<b>43,6</b>	

Tabela 18 – Índice de Qualidade Técnico-Científico segundo as subdimensões Conformidade e Oportunidade – Atenção Hospitalar (conclusão).

Qualidade	Dimensão	Subdimensão	Critério/Indicador	Pesos	Pontuação máxima $\geq 100$	Pontuação Observada	Caracterização
			Identificação de sinais de alarme clínicos	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	19,8	19,8	Índice de Qualidade Técnico-Científico (75,4%)
			Pesquisa de sinais de alarme laboratoriais.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	10,8	9,6	
			Pesquisa de sinais de alarme de imagem – raios-X e/ou ultrassom.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	3,6	3,6	
	Oportunidade		Iniciar hidratação precocemente.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	1,8	1,8	
			Identifica critérios para internação.	(0,3) (0,2) (0,1) (0)	12,6	12,6	
			<b>Subtotal</b>		<b>57,6</b>	<b>47,4</b>	Parcialmente adequado
			<b>Total</b>		<b>120,6</b>	<b>91,0</b>	

Onde: (0,3): adequada; (0,2) parcialmente adequada; (0,1) pouco adequada; (0) inadequada.

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

## 11 SÍNTESE DO ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Após análise, podemos observar que o Índice de Adequação do componente Estrutura encontrado nas unidades da atenção hospitalar (75,9%), e na atenção secundária (73,8%) considerado como parcialmente adequado. Na Atenção Básica, este índice foi considerado como pouco adequado (50,0%) para atendimento do paciente com dengue, conforme apresentado na Tabela 19. Este dado justifica a procura do atendimento em unidade com maior estrutura refletindo no aumento da demanda nas demais complexidades da assistência. A inadequação de alguns subcomponentes, especialmente recursos humanos e a inexistência de laboratório para realização dos exames básicos e essenciais para o acompanhamento dos casos de dengue são pontos frágeis da atenção básica, fazendo com que para a dengue, ela não ofereça assistência de qualidade e acarretam diminuição de resolutividade.

Ainda com relação ao componente Estrutura da Atenção Secundária e Hospitalar, estas poderiam apresentar-se em condições adequadas tanto para atendimento do paciente com dengue, quanto para demais usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, pois respondem pelas situações de saúde que requerem melhores condições de assistência.

Com relação ao Índice de Adequação do componente Processo, foi observado o seguinte: na Atenção Secundária (74,4%) Atenção Hospitalar (65,8%) considerado como parcialmente adequados, e na Atenção Básica (46,5%) considerado como pouco adequado. Era de se esperar que as unidades hospitalares apresentassem melhores resultados em relação às demais unidades dos diferentes níveis de complexidade da assistência. Corroboram com estes índices de adequação na atenção hospitalar e atenção secundária a grande demanda, em especial, dos casos que não foram atendidos na atenção básica, seja por falta de profissionais, seja por falta de tecnologia em saúde, fazendo com as demais unidades atendam com qualidade abaixo do que poderiam ofertar devido ao excesso de demanda.

Destaca-se neste componente, que em nenhuma Unidade de Saúde foi observada a existência de Procedimento Operacional Padrão – POP, para o desenvolvimento de atividades técnico-administrativas. Em apenas uma unidade da atenção secundária, estavam disponíveis os protocolos de hidratação em caso de dengue, um esquema de tratamento para os casos de sepse e de tétano. Em outra Unidade da Atenção Secundária, a elaboração destes protocolos e de POPs, faziam parte do plano de trabalho da chefe da Unidade de Saúde.

A implantação da Avaliação com Classificação de Risco ainda está por acontecer na maioria das unidades avaliadas, pois conforme citado anteriormente, este procedimento requer estrutura física, insumos e recursos humanos para sua concretização nos serviços de saúde. Se a agilidade do atendimento do paciente com dengue depender da incorporação deste procedimento no processo de trabalho nos serviços de saúde, especialmente na atenção básica, o número de casos graves e óbitos continuarão acontecendo no Município.

Com relação ao Índice Qualidade Técnico-Científico do componente Processo, este foi considerado com adequado nas unidades da Atenção Secundária (86,7%) e parcialmente adequado na Atenção Hospitalar (75,4%), entretanto, na Atenção Básica (52,5%) este índice foi considerado como pouco adequado. Os aspectos mais relevantes em relação ao índice encontrado na atenção básica estão relacionados à baixa oportunidade na hidratação precoce, na detecção dos sinais de alarme, especialmente os laboratoriais pela falta de tecnologia em saúde disponível para avaliação. A escassez de recursos humanos, especialmente nas unidades básicas de difícil acesso, seja pela distância ou pelas demais condições apresentadas, faz com que o atendimento seja realizado de acordo com a disponibilidade do profissional, e não de acordo com a necessidade do paciente. No caso da dengue, o paciente não pode aguardar por uma consulta que se realiza quinzenalmente. Esta realidade foi encontrada tanto em Unidade Básica de Saúde – UBS quanto em Unidade Estratégia Saúde da Família – UESF.

Nas Unidades da Atenção Secundária e Atenção Hospitalar, o atendimento pode demorar, mas é realizado e a prescrição da hidratação venosa foi observada em todos os casos atendidos. A grande dificuldade enfrentada nestes locais é conseguir um leito para receber a hidratação e o monitoramento, apesar de estar contido no plano de contingência do município para assistência ao paciente com dengue “número de leitos disponíveis” na realidade o paciente terá que ser hidratado nos corredores, tentando se acomodar em bancos de concreto.

A situação encontrada nas unidades de saúde avaliadas pode ser sintetizada da seguinte forma: mesmo com demanda excessiva, a oportunidade técnica é observada, nas Unidades da Atenção Secundária e Terciária. Nestas Unidades, a maioria dos profissionais está habilitada para atender os casos de dengue. Entretanto, não foi observada a conformidade e adequação do processo de trabalho em função da estrutura disponível.

Tabela 19 – Síntese do Índice de Adequação e Índice de Qualidade por nível de complexidade da assistência.

<b>EIXO QUALIDADE</b>									
<b>ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO E ÍNDICE DE QUALIDADE</b>									
<b>ESTUDO DE CASO</b>	<b>CASO 1 – ATENÇÃO BÁSICA</b>			<b>CASO 2 – ATENÇÃO SECUNDÁRIA</b>			<b>CASO 3 – ATENÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>DIMENSÃO ADEQUAÇÃO E TÉCNICO-CIENTÍFICO</b>									
	<b>%</b>	<b>SUBDIMENSÃO</b>		<b>%</b>	<b>SUBDIMENSÃO</b>		<b>%</b>	<b>SUBDIMENSÃO</b>	
Estrutura (Insumos)	50,0	Disponibilidade	Pouco adequado	73,8	Disponibilidade	Parcialmente adequado	75,9	Disponibilidade	Parcialmente adequado
Processo (Atividades)	46,5	Conformidade	Pouco adequado	74,4	Conformidade	Parcialmente adequado	65,8	Conformidade	Parcialmente adequado
Qualidade Técnico-Científico	52,5	Conformidade	Pouco adequado – 55,6	86,7	Conformidade	Adequado – 86,6	75,4	Conformidade	Parcialmente adequado 60,5
		Oportunidade	Pouco adequado – 39,1		Oportunidade	Adequado – 80,2		Oportunidade	Adequado 82,2
<b>TOTAL</b>	<b>49,6</b>	<b>Pouco adequado</b>		<b>78,3</b>	<b>Parcialmente adequado</b>		<b>72,3</b>	<b>Parcialmente adequado</b>	

Fonte: Unidades de Saúde do Município de São Luís (2011).

## 12 CONSIDERAÇÕES

São incontestáveis os avanços que ocorreram em muitas áreas do setor saúde com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS e do processo de municipalização em nosso país, determinando a expansão da rede de serviços, a reorganização da atenção primária por meio da Estratégia Saúde da Família, o aumento da oferta de serviços de média e alta complexidade, a democratização e participação popular e uma maior responsabilização dos gestores em relação à garantia do direito à saúde da população, melhorando o acesso a estes serviços em nosso país.

Como também é incontestável que a consolidação do SUS depende do esforço conjunto que devemos realizar no sentido de oferecer à população uma atenção com qualidade, pautada nos princípios da universalidade, equidade e da integralidade. Neste sentido, os estudos avaliativos se destacam como importantes ferramentas, e apresentam um papel transformador das práticas em saúde.

Este estudo permitiu observar que apesar do esforço empreendido especialmente para reorganização da atenção primária por meio da Estratégia Saúde da Família – ESF, o padrão de saúde encontrado no município, ainda está longe do ideal a ser ofertado à população. As baixas coberturas da ESF e múltiplas carências existentes para resolutividade dos casos constituem uma lacuna no processo de atendimento da rede de assistência do município, representando um grande desafio para os gestores locais.

A Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada dos pacientes com suspeita de dengue no SUS, pois a facilidade de acesso pode permitir o início precoce da hidratação, favorece a detecção rápida de eventuais sinais de alarme e a longitudinalidade do cuidado. Entretanto, para que estas ações aconteçam de maneira organizada tanto em situação de normalidade, quanto em situação de epidemia de dengue, faz-se necessário um planejamento prévio e adequado das ações de saúde, com pactuação das ações entre os gestores e definição dos papéis de cada ente envolvidos responsáveis pelo desenvolvimento e acompanhamento das atividades, que permitam funcionamento de fluxos de referência e contra referência, aquisições oportunas de insumos tanto de consumo (ex: medicamentos, exames laboratoriais, cartões de acompanhamento do paciente) quanto permanentes (ex: Esfingomanômetro com manguito de diferentes tamanhos, termômetros, kits de diagnóstico), e demais insumos básicos necessários para atendimento dos casos a serem utilizados.

Muitas das unidades avaliadas não apresentam estrutura física em condições satisfatórias, que permita o acolhimento adequado do usuário, entretanto, a dengue conhecida por “doença quebra ossos”, requer atendimento em unidades que ofereçam no mínimo um lugar adequado para acomodação deste paciente, ou seja, um tratamento mais humanizado, condizente com a política instituída pelo Humaniza SUS que deve ser extensiva a todos os serviços de saúde independentemente do nível de complexidade.

A não incorporação da Avaliação com Classificação de Risco na rotina de atendimento aumenta a possibilidade do paciente vir a agravar pela falta da hidratação precoce, como também compromete a oportunidade do diagnóstico e a conformidade do manejo clínico.

Para o paciente com dengue, às unidades mistas e Unidades de Pronto Atendimento - UPAs 24h funcionam como a porta de entrada resolutiva do SUS, mesmo que esta resolução seja demorada, temporária, e deixe o usuário a um passo da atenção hospitalar.

A reorganização dos serviços de saúde parte de uma reflexão, ou da problematização dos processos de trabalho, identificando justamente onde se concentram as dificuldades operacionais, as lacunas do processo de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada de fazer a unidade ser resolutiva. Também é necessário que esta equipe conte com o apoio dos gestores nas proposições de sugestões, para melhorias que se fizerem necessárias.

O planejamento e execução dessas ações possibilitarão a adequação e qualificação dos recursos humanos existente nos serviços, aquisição dos insumos necessários em tempo oportuno para atendimento das demandas, e a normatização e padronização do atendimento. Evitará que pacientes estejam internados ou liberados e depois tenham que retornar à emergência em caso de agravamento da saúde. Isto refletirá positivamente na redução do óbito por dengue no município.

A falta de oportunidade no envio de informações das notificações dos casos entre a assistência e a vigilância é um aspecto que precisa melhorar, pois a baixa sensibilidade do sistema de vigilância em detectar uma epidemia em curso contribui para sobrecarga dos serviços na rede de saúde, pela forma tardia com que as ações de vigilância são desencadeadas. Portanto, é necessário que o repasse de informações da assistência para vigilância ocorra de forma mais ágil, e vigilância por sua vez esteja estruturada com recursos humanos e materiais necessários para desenvolver as ações de controle da epidemia,

acompanhar a situação da doença em sua área de abrangência e promover os ajustes que se fizerem necessários para condução das ações.

Destaca-se a necessidade de se ter serviços informatizados especialmente na atenção básica, com uma forma de organizar o atendimento e dar celeridade ao processo de notificação de casos e desencadeamento das ações de forma oportuna.

Com relação à cobertura da ESF no município de São Luís, Maranhão – MA, esta é ainda incipiente, pois apenas os distritos Tirirical (54,3%) e Vila Esperança (56,3%) apresentam unidades com cobertura superior a 50%. Isto não permite que as ações de assistência ao paciente com dengue sejam realizadas pela atenção básica inviabilizando o monitoramento dos casos pela equipe ESF.

A experiência da pesquisa de campo mostrou que mesmo em lugares onde a estrutura apresentou-se como não adequada, foi possível identificar profissionais comprometidos, e isto merece uma reflexão sobre as condições do meio, que podem influenciar na situação, mas que não são determinantes. Portanto, os números podem apontar e ajudar nas mudanças que se fazem necessárias, mas quando se avalia a qualidade, o que subjetivo deve sempre ser acompanhado pelo bom senso de quem está avaliando.

### 13 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar dos critérios de seleção estabelecidos para pesquisa, um fator que gerou incerteza durante a realização do estudo foi justamente a possibilidade de não se encontrar casos de dengue nas unidades selecionadas. Isto de fato ocorreu em três unidades básicas: US-D, US-E, US-F. Entretanto, a ausência de casos estava relacionada à falta de médicos e pela orientação prestada pelo Serviço Médico Especializado – SAME para que o usuário procurasse por uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA ou hospital de referência, especialmente, em caso de suspeita de dengue em criança. Isto restringiu a possibilidade de obtenção de uma amostra mais representativa. Nestas unidades à pesquisa ficou centrada somente nos componentes Estrutura, e Processo.

A busca de informações em prontuários foi dificultada principalmente pela forma de arquivamento desses documentos tanto nas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família – UBS/ESF quanto na US-J. Nas UBS/ESF, o processo de arquivamento é feito tendo como referência o agente comunitário responsável pela micro área e respectiva família, isto dificultou o resgate das informações. Na US-J a forma de armazenamento dos prontuários é considerada como inadequada, tanto da forma operacional, quanto para conservação desses documentos.

A coleta e escolha de dados que fossem representativos, confiáveis e válidos de forma que possibilitasse a construção do *score* de pontuação que serviu de base para a caracterização do Índice de Adequação e Índice de Qualidade Técnico-Científica foi também um fator dificultador, devido ao grande número de informações coletadas. A suposição de que tudo é muito importante e que deve ser valorizado para contribuir na melhoria da saúde local gerou uma preocupação, principalmente por ter se estabelecido para a pesquisa dimensões complexas e subjetivas, pois poderia direcionar a pesquisa para a conveniência, e não para o óbvio, ou seja, para própria essência da situação (SANTOS-FILHO, 2007).

Outro aspecto importante considerado como limitador ocorreu durante análise observacional dos atendimentos nos consultórios das unidades de saúde, gerando desconforto em dois profissionais e recusa de um. Isto pode gerar um viés de informação, pois de certa forma induz o profissional a proceder de forma não usual.

A experiência da pesquisa de campo mostrou que mesmo em lugares onde a estrutura se apresentou como não adequada, foi possível identificar profissionais comprometidos, e isto merece uma reflexão sobre as condições do meio, que podem influenciar na situação, mas que não são determinantes. Portanto, os números podem apontar e ajudar nas mudanças que se fazem necessárias, mas quando se avalia a qualidade, o que subjetivo deve sempre ser acompanhado pelo bom senso de quem está avaliando.

## 14 CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que a avaliação normativa pode ser utilizada para caracterização do Índice de Adequação e Índice de Qualidade da assistência prestada ao paciente com dengue nos serviços de saúde, contribuindo para a tomada de decisão, pois gerenciar serviços é diferente de gerenciar produção de bens consumo, haja vista que os serviços são intangíveis, porém podem ser mensurados por quem deles usufruem ou os solicita e que podem mensura a sua qualidade. Isto faz com que a gestão do processo dos serviços de saúde seja complexa, difícil, porém não impossível de ser conduzida, desde que haja uma padronização das atividades visando à melhoria da assistência, com a instituição de protocolos técnicos e administrativos, e incorporação da política da qualidade seja, em uma atividade, um setor ou em toda instituição.

Devido a esta peculiaridade é necessário à realização de avaliação sistemática, com *feedback* do usuário e toda equipe de trabalho, quanto à qualidade do atendimento, tempo de espera, personalização do serviço, resolutividade do caso, isto significa trabalhar sempre em busca da melhoria continuada.

Com relação à Qualidade Técnico-Científico, destaca-se que apesar desse Índice ser caracterizado como parcialmente adequado, observou-se que existe uma dicotomia entre a teoria (seguimento das normas, protocolos) e a prática de assistência ao paciente com dengue, especialmente apresentadas nas unidades da atenção secundária e hospitalar, entretanto, há de se considerar a demanda crescente dos serviços, especialmente em situação de epidemias, comprometendo a qualidade do serviço.

Para o equilíbrio da tríade, estrutura, processo e resultado do serviço de saúde é importante considerar, que o Índice de Adequação e Índice de Qualidade são influenciados pela condição do acesso, tipo de atendimento, organização dos serviços e qualificação técnico-científico dos profissionais. Portanto, a aplicabilidade do conhecimento sobre assistência ao paciente com dengue, aliada ao melhoramento da estrutura e qualificação do processo de trabalho dos serviços de saúde pode assegurar a obtenção de bons resultados, que neste caso o esperado é redução da letalidade por dengue.

Nesse processo ficou evidente o quanto avaliação pode contribuir para a identificação de fragilidades e ajuda no fortalecimento da capacidade dos gestores no processo de implantação, implementação e avaliação das políticas públicas, onde o planejamento em saúde é a ferramenta de gestão necessária e fundamental para tomada de decisão, e a avaliação contribui para a melhor condução do processo de gestão, fazendo com que haja sincronia entre o que foi planejado e o que está sendo executado, especialmente em se tratando da saúde da população.

É necessário, portanto, que bons gestores estejam amplamente comprometidos com o propósito de melhoria da qualidade da assistência, aceitando e vencendo desafios, e que a avaliação possa ser cada vez mais utilizada como meio de informação, transformação e instrumentalização da gestão para tomada de decisão, de forma que ações e serviços executados pela equipe de saúde seja de uma Unidade Estratégia Saúde da Família – UESF, Unidade Básica de Saúde – UBS, Centro de Saúde – CS, Unidade de Pronto Atendimento – UPA ou simples unidade hospitalar, possa refletir o quanto o gestor se empenha e se preocupa com a clientela assistida, com a equipe de trabalho e com as condições disponíveis para que bons serviços sejam prestados.

## 15 RECOMENDAÇÕES

Com o intuito de contribuir para a melhoria da saúde pública no município de São Luís, Maranhão – MA, e como o objetivo da avaliação é principalmente subsidiar o processo de decisão, isto permite algumas proposições:

### 1) Aos Gestores

- Ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio da construção de novas unidades de saúde, bem como promover a recuperação, ampliação e adequação da estrutura física das unidades de saúde existente.
- Aquisição de novos equipamentos e adequação dos recursos humanos para hospitais, Unidades de Saúde, Centros de saúde e equipes de Estratégia Saúde da Família - ESFs, para melhor servir a população.
- Planejar e executar em tempo adequado a aquisição de insumos, (medicamentos, e equipamentos) para continuidade do atendimento, preferencialmente que isto ocorra antes da chegada do provável período epidêmico a fim de que haja continuidade das ações.
- Implementar o diagnóstico laboratorial nas unidades de saúde que já dispõem de estrutura física e recursos humanos para realização do diagnóstico, necessitando apenas de equipamentos em condição de uso e insumos para diagnóstico.
- Descentralizar o diagnóstico laboratorial especialmente para unidades distantes e com grande demanda visando ampliar o acesso ao serviço e aumentar a oportunidade do diagnóstico e tratamento.
- Ampliar a rede de convênios laboratoriais e estabelecer no contrato de prestação de serviço, cláusulas referentes à agilidade na coleta e entrega dos resultados, especialmente dos hemogramas.
- Implantar a avaliação com classificação de risco, de modo a atender a demanda em tempo oportuno, com fluxos estabelecidos e pactuados entre os serviços com a adoção de protocolos clínicos, visando à melhoria das práticas de saúde.

- Estabelecer parcerias com os hospitais universitários, possibilitando ampliar a oferta de leitos para atendimento dos pacientes com dengue, e realização de procedimentos e exames de média e alta complexidade.
- Garantir e incentivar o profissional à participação das capacitações como estratégia de qualificação da equipe de saúde, gestores, e especialmente dos técnicos de nível médio que representam a grande parcela dos recursos humanos na área da saúde do Município.
- Avaliar de forma periódica, redimensionar e remanejar os recursos humanos existentes por categoria profissional nos serviços de saúde, para melhor atender a demanda nas unidades.
- Implantar a política nacional de humanização nos serviços de saúde, proporcionando um acolhimento humanização do usuário nos serviços de saúde.
- Efetivar, qualificar e ampliar a ESF, garantindo o acesso a principal porta de entrada do usuário nos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS.
- Garantir o funcionamento do fluxo de referência e contra referência entre as unidades de saúde entre seus níveis de complexidade, e melhorar a integração entre os serviços da rede de saúde, visando garantir o acesso, redução do tempo de espera para atendimento e resolução dos casos.
- Instituir programas da qualidade na rede de saúde, como forma de melhorar o atendimento e contribuir especialmente para a melhoria da assistência na atenção básica.
- Difundir a ideia do carimbo “suspeita de dengue” observada em uma unidade de Pronto atendimento para uso nos prontuários dos pacientes que, como forma de alertar a equipe de profissionais de saúde para cuidado que o caso requer.
- Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde do município, promovendo melhoria no processo de notificação, informação, divulgação dos dados epidemiológicos, investigação dos casos e realização de um trabalho bem mais integrado com a assistência.
- Estabelecer a realização de processos avaliativos como uma forma de buscar entender e modificar o cenário epidemiológico e da assistência no município.

## 2) Aos Profissionais de Saúde

- Melhorar o diagnóstico clínico utilizando o conhecimento das manifestações clínicas da doença e humoral, bem como a sequência em que eles ocorrem. Isto é, conseguido através da melhoria do diagnóstico preliminar da doença, sem negligenciar o diagnóstico diferencial (MARTINEZ, 2006).
- Ser um multiplicador do conhecimento recebido sobre a doença que proceda ao repasse das informações recebidas para toda equipe da unidade de saúde. Que prepare capacitação compatível com a formação técnica exercida.
- Orientar o familiar quanto aos sinais de alarme, estas informações evitarão que o paciente chegue à unidade com o quadro agravado.
- Reivindicar junto aos gestores condições dignas de trabalho de forma que possibilite melhor atendimento ao usuário.

## 3) Aos Usuários do SUS

- Denunciar as irregularidades encontradas nos serviços de saúde ao poder público.
- Estar informado a cerca dos seus direitos como cidadão.
- Exigir do gestor de saúde condições dignas de atendimento.
- Procurar esclarecimentos à respeito da doença e meios de prevenção.

## 16 REFERÊNCIAS

ANDERSON, C. R.; DOWNS, W. G. Isolation of dengue virus from a human being in Trinidad. **Science**, n. 124, p. 224–225, 1956.

BARROS, C. M. S.; MARTORELLI, R. C. G.; FREITAS, V. V. **Modelo de atividade educação em saúde**. Brasília: Serviço Social do Comércio, 2006.

BASU, A.; CHATURVEDI, U. C. Vascular endothelium: the batelfield of dengue virus. **FEMS Immunol Med Microbiol**, Pune, India, v. 53, n. 3, p. 287-299, ago. 2008.

BAUER, M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: M. W. Bauer & G. Gaskell (Org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático (Tradução de Pedrinho A.Guareschi). Petrópolis: Vozes, 2002. p. 189-217.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de dezembro de 1999. Seção 1, p. 21.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Base de Dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação**. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Dengue: Manual de Diagnóstico e Manejo Clínico - adulto e criança**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 28p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1. 350, de 24 de julho de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de julho de 2002. Seção 1, p. 80. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port\\_1350.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1350.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.349, de 24 de julho de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de julho de 2002. Seção 1, p. 80. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1349.htm>>. Acesso em: 01 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 44, de 3 de janeiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 de janeiro de 2002. Seção 1, p. 77. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_n44\\_2002.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n44_2002.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 1.347, de 24 de julho de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de julho de 2002. Seção 1, p. 80. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1347.htm>>. Acesso em: 01 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64p. (Cadernos de Atenção Primária, n. 30).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 816p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: Manual de Enfermagem - adulto e criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 48p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe epidemiológico da dengue: análise de situação e tendências – 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 42p.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão, SC: Unisul, 2006.

CARBONE, L. P.; HAECKEL, S. H. Engineering Customer Experience. **Marketing Management**, v. 3. 1994. p. 176-177

CARDIER, J. E. et al. Proinflammatory factors present in sera from patients with acute dengue infection induce activation and apoptosis of human microvascular endothelial cells: possible role of TNF-alpha in endothelial cell damage in dengue. **Cytokine**, [S.l.], v. 30, n. 6, p. 359-365, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Framework for program evaluation in public health. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, Geórgia, v. 48, Sep. 1999. 49p.

\_\_\_\_\_. **Mapa da dengue no mundo.** Disponível em: <<http://www.healthmap.org/dengue/index.php>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. *et al.* Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CUMMINGS, D. A. *et al.* Dynamic effects of antibody dependent enhancement on the fitness of viruses. **Proceedings of the National Academy of Sciences USA**, Washington, DC, v. 102, n. 42, p. 15259-15264, 2005.

CUNHA R. V. *et al.* Dengue epidemic in the State of Rio Grande do Norte, Brazil, in 1997. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, [S. l.], v. 93, n. 3, p. 247-249, 1999.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. Notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring.** Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

EHRENKRANZ, N. J. *et al.* Pandemic dengue in Caribbean countries and the Southern United States: past, present, and potential problems. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 285, n. 26, p. 1460-1469, 1971.

FAGBAMI, A. H. *et al.* Dengue type 1 epidemic with haemorrhagic manifestations in Fiji, 1989-90. **The Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 73, n. 3, p. 291-297, 1995.

FISCHER, D. B.; HALSTEAD, S. B. Observations related to pathogenesis of dengue hemorrhagic fever v. examination of age specific sequential infection rates using a mathematical model. **Yale Journal of Biology and Medicine**, Yale, v. 42, n. 5, p. 329-349, 1970.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA. **Plano de Intensificação das Ações de Controle do Dengue (PIAC).** Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2001. 65p.

\_\_\_\_\_. **Instruções para pessoal de combate ao vetor:** Manual de Normas Técnicas. 3 ed. rev. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 84p.

\_\_\_\_\_. **Distribuição de casos confirmados, por Unidade Federada. Brasil, 1980-2000.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. 51 p.

GAGNON, S. J.; ENNIS, F. A.; ROTHMAN, A. L. Bystander Target cell lysis and cytokine production by dengue vírus specific human CD4 (+) citotoxic T-Lymphocyte clones. **Journal of Virology**, Washington, DC, v. 73, n. 5, p. 3623-3629, 1999.

GOMBER, S. et al. Hematological observations as diagnostic markers in dengue hemorrhagic fever: a reappraisal. **Indian Pediatrics**, Nova Delhi, v. 38, n. 5, p. 477-481, 2001.

GUBLER, D. J. Dengue and dengue hemorrhagic fever. **Clinical Microbiology Reviews**, Washington, DC, v. 11, n. 3, p. 480-496, Jul. 1998.

\_\_\_\_\_.; MELTZER, M. Impact of dengue/dengue hemorrhagic fever on the developing world. **Advances in virus research**, New York, v. 53, p. 35–70, 1999.

GUZMAN, M. G. et al. Dengue in Nicaragua, 1994: reintroduction of serotype 3 in the Americas. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, DC, v. 121, n. 2, p. 102-110, 1996.

\_\_\_\_\_.; KOURÍ, G. Dengue diagnosis, advances and challenges. **International Journal of Infectious Diseases**, Ottawa, v. 8, p. 69-80, 2004.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. Dengue: an update. **The Lancet Infectious Diseases**, Philadelphia, v. 2, n. 1, p. 33-42, 2002.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_.; BRAVO, J. Is sequential infection a risk factor for DHF/DSS? **Arthropod-borne Virus Information Exchange**, Colorado, p. 172-175, 1986.

HALSTEAD, S. B. Dengue hemorrhagic fever, a public problem and a field for research. **The Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 58, n. 1, p. 1-21, 1982.

\_\_\_\_\_. Observations related to pathogenesis of dengue hemorrhagic fever. VI. Hypotheses and discussion. **Yale Journal of Biology and Medicine**, Yale, v. 42, n. 5, p. 350-362, 1970.

\_\_\_\_\_. The Alexander D. Langmuir Lecture. The patogenesis of dengue. Molecular epidemiology in infections disease. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 114, n. 5, p. 632-638, 1980.

HAMMON, W. McD.; RUDNICK, A.; SATHER, G. E. Viruses associated with epidemic hemorrhagic fever of the Philippines and Thailand. **Science**, Washington, DC, v. 31, p. 1102-1103, 1960.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

\_\_\_\_\_. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 132 p.

\_\_\_\_\_.; CAMACHO, L. A. B. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação de programas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 13-20, 1996.

HENCHAL, E. A. UTNAK, J. R. The dengue viruses. **Clinical Microbiology Reviews**, Washington, DC, v. 3, p. 376-396, 1990.

HWANG, K. P. et al. Molecular epidemiological study of dengue virus type 1 in Taiwan. **Journal of Medicine Virology**, Malden, MA, v. 70, n. 3, p. 404-409, 2003.

JOHNSON, K. M. et al. Hemorrhagic fevers of Southeast Asia and South America: a comparative appraisal. **Prog. Med. Virol.**, v. 9, p. 105-158, 1967.

KVALE, S. Ethical issues in interview inquiries. In: \_\_\_\_\_. (Ed.). **Interviews**: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996.

KELLE, U, ERZBERGER, C. "Quantitative and qualitative Methods: No confrontation," A Companion to Qualitative Research. London: SAGE. pp.172-177.

LEWIS, J. A. et al. Phylogenetic relationship of dengue-2 viruses: correlations with epidemiology. **Virology**, v. 197, p. 216-224, 1993.

LIMONTA, D. et al. Apoptosis in tissues from fatal dengue shock syndrome. **Journal of Clinical Virology**, v. 40, p. 50-54, 2007.

MABALIRAJAN, U. et al. Th(2) immune response in patients with dengue during defervescence: preliminary evidence. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 72, n. 6, p. 783-785, 2005.

MARANHAO. Secretaria Municipal de Saúde de São Luís. **Base de Dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação**. 2011.

MAURÍCIO L. B.; TEXEIRA, G. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 53-72, 2008.

MEIRA, R. “Urucubaca” gripe ou dengue? Dengue. In: \_\_\_\_\_. **Clínica médica**. São Paulo: Gráfica O Estado de S. Paulo, 1916.

NEFF, J. M.; MORRIS, L.; GONZALEZ-ALCOVER, R.; COLEMAN, P. H.; LYSS, S. B.; NEGRON, H. Dengue fever in a Puerto Rican community. **Am J Epidemiol.**, n. 86, p. 162–184, 1967.

NIMMANNITYA, S.; THISYAKORN, U.; HEMSRICHART, V. Dengue haemorrhagic fever with unusual manifestations. **Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health**, Bangkok, v. 18, p. 398-406, 1987.

NOGUEIRA, R. M. R. et al. Dengue virus type 3 in Rio de Janeiro, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 7, p. 925-926, 2001.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S147-S157, 2004.

OSANAI, C. H. **A epidemia de dengue em Boa Vista, Território Federal de Roraima, 1981-1982**. 127 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1984.

\_\_\_\_\_.; TRAVASSOS DA ROSA, A. P. A.; TANG, A. T. Surto de dengue em Boa Vista em Roraima. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 25, p. 53-54, 1983.

PADBIDRI V. S. et al. The 1993 epidemic of dengue fever in Mangalore, Karnataka state, India. **Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health**, Mangalore, v. 26, n. 4, p. 699–704, 1995.

PALUCKA, A. K. Dengue virus and dendritic cells. **Nature Medicine**, New York, NY, v. 6, n. 7, p. 748-749, 2000.

PAN AMERICA HEALTH ORGANIZATION – PAHO. Dengue fever in Costa Rica and Panamá. **Epidemiological Bulletin**, Washington, DC, v. 15, n. 2, p. 9-10, 1994.

\_\_\_\_\_. **Dengue and dengue hemorrhagic fever in the Americas**: guidelines for prevention and control. Washington, DC: PAHO, 1994. 98 p. (Scientific Publication, 548).

\_\_\_\_\_. El dengue y la fiebre hemorrágica de dengue en las Américas: una visión general del problema. **Boletín Epidemiológico**, Lisboa, v. 13, n. 1, p. 9-10, 1992.

\_\_\_\_\_. Emerging and reemerging infectious diseases, region of the Americas. **EID Updates**, Washington, DC, v. 6, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.paho.org/english/ad/dpc/ed/dengue>>. Acesso em: 28 nov. 2010.

PEDRO, A. O dengue em Nictheroy. **Brazil-Médico**, v. 1, n. 13, p. 174-177, 1923. Disponível em: <<http://labutes.vilabol.uol.com.br/dengnit.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2010.

PIMENTA JUNIOR, F. G. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o Programa Nacional de Controle da Dengue no âmbito municipal**. 2004. 210 f. Dissertação. (Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde). ENSP/FIOCRUZ. Brasília, 2004.

PINHEIRO, F. P. El Dengue en las Américas, 1980-87. **Boletín epidemiológico** [da Organización Panamericana de la Salud], Washington, DC, v. 10, n. 1, p. 1-8, 1989.

\_\_\_\_\_.; CORBER, S. J. Global situation of dengue and dengue hemorrhagic fever and its emergence in the Americas. **World Health Statistics Quarterly**, Genebra, v. 50, n. 3-4, p. 161-169, 1997.

PONTES, RICARDO J. S.; RUFFINO-NETTO, ANTONIO. Dengue em localidade urbana da região sudeste do Brasil: aspectos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 218-227, 1994.

RICHAIKUL, T.; NIMMANNITYA, S. Haematology in dengue and dengue haemorrhagic fever. **Baillieres Best Pract. Res Clin. Haematol.**, v. 13, n. 2, p. 261-276, 2000.

ROCCO, I. M.; KAVAKAMA, B. B.; SANTOS, C. L. S. First isolation of dengue 3 in Brazil from an imported case. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 55-57, Jan./Fev. 2001.

SABIN, A. B. Research on dengue during World War II. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, Deerfield, Illinois, v. 1, n. 1, p. 30-50, 1952.

\_\_\_\_\_.; SCHLESINGER, W. Production of immunity to dengue with virus modified by propagation in mice. **Science**, Washington, DC, v. 101, p. 640-642, 1945.

SCHATZMAYR, H. Dengue Situation in Brazil by Year 2000. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 179-181, 2000.

SCHNEIDER, J.; DROLL, D. **A Timeline for dengue in the Americas to december 31, 2000 and noted first occurrences**. Washington, DC: PAHO, 2001. 20p.

SOARES, P. **Etiologia Symptomatologia e Prophylaxia da dengue – a epidemia do aviso francês “Antarès” no porto da Bahia**. Salvador: Arquivo do Hospital de Isolamento em Mont’Serrat, 1928.

STROBEL, M. et al. Dengue fever: a harmful disease in patients with thrombocytopenia? **Clinical Infectious Diseases**, Oxford, v. 33, n. 4, p. 580-581, 2001.

TANAKA, O. Melo C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 867-871, Mai./Jun. 2002.

TEELUCKSING, S. et al. Initial evidence of endothelial cell apoptosis as a mechanism of systemic capillary leak syndrome. **Chest**, v. 120, n. 4, p. 1301-1308, 1999.

\_\_\_\_\_. et al. Dengue haemorrhagic fever/dengue shock syndrome. An unwelcome arrival in Trinidad. **West Indian Medical Journal**, Mona, Jamaica, v. 46, n. 2, p. 38-42, 1997.

TEIXEIRA, M. G. et al. Dengue: twenty-five years since reemergence in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. S10-S18, 2009.

\_\_\_\_\_. et al. Recent shift in age pattern of dengue hemorrhagic fever, Brazil. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 14, n. 10, p. 1663, 2008.

\_\_\_\_\_.; BARRETO, M. L.; GUERRA, Z. Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 5-33, 1999.

\_\_\_\_\_.; COSTA, M. C. N.; BARRETO, M. L. Dengue and dengue hemorrhagic fever epidemics in Brazil: what research is needed based on trends, surveillance, and control experiences? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1307-1315, 2005.

TORRES, M. E. **Dengue**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 343p.

\_\_\_\_\_. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 20, n. 1, p. 60-74, jul. 2006.

TRAVASSOS DA ROSA, A. P. A.; VASCONCELOS, P. F. C.; TRAVASSOS DA ROSA, J. F. S. Introduction. In: \_\_\_\_\_. **An overview of arbovirology in Brazil and neighboring countries**. Belém: Instituto Evandro Chagas, 1998. p. 85.

UCHIMURA, K. Y; BOSSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

UJVARI, S. C. **A história da humanidade contada pelos vírus**. São Paulo: Contexto, 2008. 208 p.

VASCONCELLOS, P. P. de. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico**. 2002. 91 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Centro Tecnológico. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Técnicas de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. (Ed.). **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VUORI, H. Research needs in quality assurance. **Quality Assurance in Health Care**, v. 1, n. 2-3, p. 147-159, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Dengue/Dengue Haemorrhagic Fever. **Weekly Epidemiological Record**, v. 75, n. 24, p. 193-200, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/docstore/wer/pdf/2000/wer7524.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. **Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control**. France: World Health Organization, 2009. 147p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. de Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

## APÊNDICES

**APÊNDICE “A”**  
**ANÁLISE QUANTITATIVA**

**I. Estrutura dos serviços de saúde**

Dados da Unidade	1. Município: São Luís	2. Código: 211130	3. Diretor(a):
	4. Nome da US		5. Telefone
	6. Logradouro:		
	7. Bairro		8. CEP
	9. Horário de Funcionamento ___ às ___		10. Dias de funcionamento na semana:
	Iniciais do Entrevistado:		
	Idade do Entrevistado:		

Insumos / Outros Serviços	INSUMOS DISPONÍVEIS 1 = SIM 2 = NÃO	ADEQUAÇÃO: (0,3) adequado (0,2) parcialmente adequado (0,1) inadequado (0) inexistente
	<input type="checkbox"/> Agulhas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fita hipoalérgica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jelco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Máscara, luva e jalecos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seringas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suporte para hidratação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Água mineral ou bebedouro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Copos descartáveis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bloco de receituário <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloco de requisição de exames <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cartaz com sinais de alarme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cartaz de classificação de risco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cartão para realização da Prova do laço <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cartão de Acompanhamento do paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Material educativo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Protocolo de atendimento do paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Procedimentos operacional padrão -POP <input type="checkbox"/>
	ASSISTENCIA FARMACÊUTICA 1 = SIM 2 = NÃO	ADEQUAÇÃO: (0,3) adequado (0,2) parcialmente adequado (0,1) inadequado (0) inexistente
	Medicamentos Paracetamol comprimido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paracetamol gotas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dipirona comprimido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dipirona líquida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soro para hidratação oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ringer Lactato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Apoio diagnóstico	APOIO DIAGNÓSTICO DISPONÍVEL 1 = SIM 2 = NÃO	ADEQUAÇÃO: (0,3) adequado (0,2) parcialmente adequado (0,1) inadequado (0) inexistente
	Hemograma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dosagem de albumina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coagulograma (TP/AP/TTPA) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dosagem de eletrólitos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Função Hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Função Renal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	US abdominal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raio-X de tórax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Observação:	

## II. Percepção do Usuário do serviço de saúde

	11. Município: São Luís	12. Código: 211130	13. Diretor(a):
	14. Nome da US		15. Telefone
	16. Logradouro:		
	17. Bairro		18. CEP
Dados da Unidade	19. Horário de Funcionamento ____ às ____		20. Dias de funcionamento na semana:
	Iniciais do Entrevistado:		
	Idade do Entrevistado:		

Avaliação do serviço	CÓDIGO DAS RESPOSTAS: 1 = SIM    2 = NÃO	ADEQUAÇÃO: ( 0,3) adequado (0,2) parcialmente adequado (0,1) inadequado (0) inexistente
	Existe facilidade na marcação da consulta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Existe facilidade de fazer exames fora da US? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O retorno do paciente a US é agendado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Existe fácil acesso aos medicamentos após consulta ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Farmácia da US atende a dispensa de medicamentos na quantidade receitada pelo médico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A US funciona diariamente, manhã e tarde? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O ACS realiza visita quanto há um pessoa com suspeita de dengue na residência? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O ACS dá orientações sobre a dengue, sua prevenção ou tratamento? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Em caso de suspeita de dengue, tem prioridade de atendimento na unidade de saúde? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Recebe visita domiciliar do médico/enfermeira da USF? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação da Assistência	Recebe bom atendimento quando vai a US? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Recebe orientação quanto à doença e os sinais de alarme? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Recebe orientação quanto ao tratamento? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Recebe orientação para retorna à US? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Recebe orientação quanto à unidade de saúde que deve ser procurada em caso de piora? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obedece às orientações prestadas pelos profissionais por ocasião da consulta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Toma medicação conforme prescrita? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Em decorrência da piora do quadro clínico, já precisou retornar a unidade ? <input type="checkbox"/> Se sim, quantas vezes? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ou mais de 2 vezes <input type="checkbox"/> Em caso de necessidade de atendimento fora da US*, teve facilidade para ser atendido? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nome do entrevistador	
	Data: ____/____/____	Assinatura:
	Observação:	

\*US – Unidade de Saúde

### III. Instrumento de Coleta de Dados – Registro de Atividades

<b>Dados da Unidade</b>	1. Município:	2. Código:	3. Diretor (a):
	4. Nome da US:		
	5. Logradouro:	8. Telefone	
	6. Bairro:	9. CEP:	
	7. Dias de funcionamento da semana:	10. Data de implantação da US	
	11. Horário de funcionamento ____ às ____		
<b>Atividades</b>	REGISTRO DAS ATIVIDADES      1 = SIM      2 = NÃO		
	<input type="checkbox"/> Abertura de Prontuário <input type="checkbox"/> Consulta de enfermagem <input type="checkbox"/> Consulta médica <input type="checkbox"/> Emissão do Cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue <input type="checkbox"/> Notificação do caso suspeito de dengue <input type="checkbox"/> Preenchimento de boletim de encaminhamento das fichas de notificação de casos de dengue a Coordenação de Vigilância epidemiológica. <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agendamento de consultas <input type="checkbox"/> Agendamento de exames <input type="checkbox"/> Encaminhamento do paciente para unidade de referência e contra referência <input type="checkbox"/> Acompanhamento do caso pela equipe ESF		
	Nome/função do entrevistador:		
	Data: ____/____/____	Assinatura	
	Observação:		

#### IV. Instrumento de Coleta de dados e observação de campo – Atenção Básica

<b>Dados da Unidade</b>	1. Município: São Luís	2. Código: 211130	3. Diretor (a)
	4. Nome da US		5. Telefone
	6. Logradouro:		
	7. Bairro		8. CEP
9. Horário de Funcionamento às _____	10. Dias de funcionamento na semana <input type="checkbox"/>		11. Acesso geográfico: fácil <input type="checkbox"/> difícil <input type="checkbox"/>
Iniciais do Entrevistado:		Idade do Entrevistado:	

<b>Atividades</b>	CÓDIGO DAS RESPOSTAS: 1 = SIM 2 = NÃO		ADEQUAÇÃO: (0,3) adequado (0,2) parcialmente adequado (0,1) inadequado (0) inexistente	
	Realiza Classificação de risco? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dispõe de sais hidratação oral, antitérmico e analgésico para tratamento do Grupo A? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Realiza o preenchimento do cartão de acompanhamento do paciente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presta orientação aos familiares quanto aos sinais de alarme? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dispõe de fluxo para encaminhamento do paciente para unidade de referência? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Realiza hemograma completo para os pacientes do Grupo A especial? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apresenta condições para tratamento de pacientes do Grupo B que necessite de observação por 12 horas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dispõe de equipe da ESF para acompanhamento do paciente atendido na US? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Em situação de epidemia realiza atendimento diferenciado como: nos finais de semana e feriado durante? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nome/cargo do entrevistador				
Data: ____/____/____			Assinatura	
Observação:				

### V. Instrumento de Coleta de dados e observação de campo – Atenção Secundária

	1. Município:	2. Código da US	3. Diretor (a)
	4. Nome da US:		5. Formação:
	6. Logradouro: CEP:		
Dados da Unidade	7. Bairro		8. Telefone:
	9. Horário de Funcionamento ____ às ____	10. Dias de funcionamento na semana <input type="checkbox"/>	11. Demanda diária:
	Iniciais do Entrevistado:		

Atividades	CÓDIGO DAS RESPOSTAS: 1 = SIM 2 = NÃO	ADEQUAÇÃO: (0,3) adequado (0,2) parcialmente adequado (0,1) inadequado (0) inexistente
	<p>Realiza Classificação de risco? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Realiza tratamento dos pacientes classificados no Grupo B: hidratação oral ou venosa, se necessário? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Providência encaminhamento dos pacientes classificados no Grupos C e D após atendimento? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Realiza verificação e/ou preenchimento do cartão de Acompanhamento do paciente com suspeita de dengue? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Presta orientação aos familiares quanto aos sinais de alarme? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>Dispõe de fluxo para encaminhamento do paciente para unidade de referência? <input type="checkbox"/></p> <p>Solicita ou realiza hemograma completo? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Apresenta condições para tratamento de pacientes do Grupo B caso necessite de observação por 12 horas? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Providência Encaminhamento do paciente para à Atenção básica ou hospitalar após atendimento? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Em situação de epidemia organiza esquema diferenciado para atendimento durante toda semana? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
	Nome/cargo do entrevistador	
	Data: ____/____/____	Assinatura
	Observação:	

### VI. Instrumento de Coleta de observação de campo – Atenção Hospitalar

Dados da Unidade	1. Município: São Luís	2. Código:	3. Diretor (a)
	4. Nome da US		5. Formação
	6. Logradouro:		CEP                      Telefone:
	7. Bairro		8. Demanda diária:
	9. Horário de Funcionamento ____ às ____	10. Dias de funcionamento na semana <input type="checkbox"/>	
	11. Acesso geográfico: Fácil <input type="checkbox"/> difícil <input type="checkbox"/>		
Iniciais do Entrevistado:			

Atividades	CÓDIGO DAS RESPOSTAS: 1 = SIM    2 = NÃO		ADEQUAÇÃO: (0,3) adequado (0,2) parcialmente Adequado (0,1) inadequado (0) inexistente
	Realiza Classificação de risco? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Realiza verificação e/ou preenchimento do cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Realiza tratamento dos pacientes classificados nos Grupos C e D: hidratação venosa imediata? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disponibiliza leitos de UTI, se necessário? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dispõe de fluxo para encaminhamento do paciente para unidade de referência? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dispõe de Protocolo de hidratação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Providência encaminhamento dos pacientes Classificados nos Grupos C e D para atenção primária após alta hospitalar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presta orientação aos familiares quanto aos sinais de alarme? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Solicita ou realiza exames específicos? <input type="checkbox"/> Realiza hemograma com contagem de Plaquetas <input type="checkbox"/> Albumina <input type="checkbox"/> Transaminases <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> TTPA <input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Ionograma <input type="checkbox"/> Exame de líquido Realiza monitoramento da diurese <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> Densidade urinária <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Sangramentos Realiza exame de diagnóstico por imagem <input type="checkbox"/> Rx de tórax <input type="checkbox"/> US de abdome <input type="checkbox"/> Tomografia	
	Nome/cargo do entrevistador		
	Data: ____/____/____	Assinatura	
	Observação:		

## APÊNDICE “B”

### ANÁLISE QUALITATIVA

#### VII. Roteiro de Entrevista para Avaliar a Qualidade da Assistência

Nome (Iniciais): \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

1. Qual o setor da unidade de saúde deve ser responsável por monitorar o fluxo do paciente na unidade de forma a evitar a demora no atendimento?

Recepção  Acolhimento  Atendimento de enfermagem  Outros

2. Como você classifica o nível de estruturação dos serviços da unidade de saúde para o atendimento do paciente com suspeita de dengue?

Bem estruturado  Medianamente estruturado  Minimamente estruturado

3. De acordo com a opção de resposta da pergunta acima, este nível de estruturação de serviços selecionado se mantém em caráter permanente?  Sim  Não  Depende

4. Em caso de opção pelo item de resposta “depende” que fatores contribuem para esta opção?

5. Qual deveria ser o nível de gerenciamento do setor responsável pelo atendimento do paciente com suspeita de dengue?  Alto  Médio  Baixo

6. Considerando a Unidade de saúde a porta de entrada do paciente na rede de serviços do SUS, quantos funcionários estão alocados por turno para o atendimento do paciente com suspeita de dengue?  1  2 a 3  4 a 7  mais de 8

7. Qual o nível de participação dos funcionários da unidade de saúde no atendimento do paciente com suspeita de dengue?

	<b>Alto</b>	<b>Médio</b>	<b>Baixo</b>	<b>Nenhum</b>
Enfermeiros				
Médicos				
Tec. Enfermagem				
Aux. Enfermagem				
Funcionários da administração				
Diretor				
Outros				

8. Qual dos fatores abaixo seria o mais importante para a melhoria dos serviços na unidade de saúde, para atendimento do paciente com suspeita de dengue?

Experiência em gestão da saúde  Conhecimento sobre organização de serviços

Elevado grau de instrução acadêmica.

9. A qualidade da assistência prestada ao paciente está associada aos fatores abaixo relacionados?  Sim  Não.

Em caso de resposta afirmativa, qual deles, poderia ser considerado o mais importante?

Profissional qualificado  Comprometimento da diretoria e funcionários da unidade de saúde  Planejamento das ações e organização dos serviços de saúde  Utilização de tecnologia

10. Qual a importância da estruturação dos serviços e da rede de unidades de referência para o atendimento do paciente com suspeita de dengue?  Fundamental  Alguma  Nenhuma

11. As informações referentes a fluxo de encaminhamento, dados e condutas sobre a doença devem ser dadas a todos os pacientes?  Fundamental  Não é fundamental

### **PERGUNTAS SUBJETIVAS**

1. Quais os fatores que interferem na prática dos serviços de saúde, para que o atendimento prestado aos pacientes com dengue seja realizado dentro do padrão de qualidade técnico-científico esperado para se evitar o óbito por dengue?
2. Você considera organizado o serviço prestado ao paciente com dengue?
3. A unidade de saúde em que você trabalha apresenta a infraestrutura necessária e realiza o atendimento ao paciente com dengue compatível como seu nível de complexidade?
4. Os profissionais de saúde capacitados para o atendimento do paciente com suspeita de dengue podem contribuir para evitar o óbito?

## APÊNDICE “C”

### QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICO

#### VIII. Roteiro de Observação de Atendimento do Paciente com Suspeita de Dengue em Unidade de Saúde

##### 1. Abordagem Epidemiológica

- a. História de deslocamento nos últimos 15 dias para áreas com transmissão de Dengue?
- b. Presença de casos semelhantes na família/vizinhança ou trabalho?
- c. Paciente já teve dengue?

##### 2. Diagnóstico diferencial ( HD)

###### a. Síndrome Febril

Enteroviroses  Influenza  Viroses respiratórias  Outras

###### b. Síndrome Exantemática

Rubéola  Sarampo  Eritema infeccioso  Farmacodermias  Outras

###### c. Síndrome Hemorrágica Febril

Hantavirose  Febre amarela  Leptospirose  Malária grave  Outras

###### d. Síndrome dolorosa abdominal

Obstrução intestinal  Apendicite  Abscesso hepático  Abdome agudo  Outras

###### e. Síndrome do choque

Meningococemia  Septicemia  Febre purpúrica brasileira  Síndrome do choque tóxico  Outras

###### f. Síndrome meníngea

Encefalites virais  Meningites virais  Meningites bacterianas  Outras

##### 3. Atendimento inicial / Entrevista

###### a. Data do início e cronologia dos sintomas ( / / )

Febre aferida  Febre não aferida

###### b. Ocorrência de manifestações hemorrágicas

Gengivorragia  Epistaxe  Melena  Hematêmese  Hematúria  Hemorragia conjuntival  Outras

**4. Exame Físico**  

Verificação da Pressão Arterial em duas posições  Verificação do pulso  Verificação de enchimento capilar  Verificação da frequência respiratória  Verificação de temperatura  Peso  Adequado ( se  $\geq 5$  procedimentos realizados)  Parcialmente (se  $< 5$  e  $\geq 3$  procedimentos realizados)  Inadequado ( se  $< 3$  e  $\geq 1$  procedimentos realizados)  Não realizado.

**5. Pesquisar sinais de alarme**  

Dor abdominal intensa e contínua  Vômitos persistentes  Hipotensão postural e/ou lipotímia  Sonolência e/ou irritabilidade  Hepatomegalia dolorosa  Hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena)  Diminuição da diurese  Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia  Desconforto respiratório.

Adequado ( se  $\geq 6$  sinais de alarme pesquisados)  Parcialmente (se  $< 6$  e  $\geq 4$  sinais de alarme pesquisados)  Inadequado ( se  $< 4$  e  $\geq 1$  sinais de alarme pesquisados) )  Não pesquisado.

**6. Sinais de alarme laboratoriais e de imagem**  

Aumento repentino do hematócrito  Queda abrupta das plaquetas  Derrame cavitários  Hipoproteinemia

Adequado (se  $\geq 3$  sinais de alarme laboratorial pesquisados)  Parcialmente (se  $< 3$  e  $\geq 2$  sinais de alarme laboratorial pesquisados)  Inadequado ( se  $< 2$  e  $\geq 1$  sinais de alarme laboratorial pesquisados) )  Não pesquisado.

**7. Sinais de choque**  

Hipotensão arterial  Pressão arterial convergente  Extremidades frias,  cianose

Pulso rápido e frio  Enchimento capilar lento  $> 2$  segundos.

Adequado (se  $\geq 5$  sinais de choque pesquisados)  Parcialmente (se  $< 5$  e  $\geq 3$  sinais de choque pesquisados)  Inadequado ( se  $< 3$  e  $\geq 1$  sinais de choque pesquisados) )  Não pesquisado.

**8. Exame minucioso de pele e mucosa**  

Presença de sinais de desidratação  Presença de exantema  Presença de eritema fugaz  Presença de petéquias  Presença de hematomas  cianose,  sufusões,  hiperestesia,  escoriações e outros

Adequado ( se  $\geq 7$  sinais e sintomas pesquisados)  Parcialmente (se  $< 7$  e  $\geq 4$  sinais e sintomas pesquisados)  Inadequado ( se  $< 4$  e  $\geq 1$  sinais e sintomas pesquisados) )  Não pesquisado.

**9. Exame segmento cabeça**  

Sensibilidade à luz  Presença de edema subcutâneo palpebral  Hemorragia conjuntival  Petéquias de palato  Epistaxe  Gengivorragia.

Adequado (se  $\geq 5$  sinais e sintomas pesquisados)  Parcialmente (se  $< 5$  e  $\geq 4$  sinais e sintomas pesquisados)  Inadequado ( se  $< 4$  e  $\geq 1$  sinais e sintomas pesquisados) )  Não pesquisado.

**10. Exame do segmento torácico**  

Sinais de desconforto respiratório,  Derrame pleural  Pericárdico.

Adequado (se  $\geq 3$  sinais e sintomas pesquisados)  Parcialmente (se 2 sinais e sintomas pesquisados)  Inadequado ( se 1 sinal e sintoma pesquisado) )  Não pesquisado.

**11. Exame do segmento abdominal**  

Dor  Hepatomegalia  Ascite  Timpanismo,  Macicez.

Adequado (se  $\geq 5$  sinais e sintomas pesquisados)  Parcialmente (se  $< 5$  e  $\geq 4$  sinais e sintomas pesquisados)  Inadequado (se  $< 4$  e  $1 \geq$  sinais e sintomas pesquisados)  Não pesquisado

**12. Exame segmento neurológico**  

Cefaléia  Convulsão  Sonolência  Delírio  Insônia  Inquietação,  Irritabilidade  Depressão

Adequado (se  $\geq 6$  sinais de alarme pesquisados)  Parcialmente (se  $< 6$  e  $\geq 4$  sinais de alarme pesquisados)  Inadequado (se  $< 4$  e  $\geq 1$  sinais de alarme pesquisados)  Não pesquisado.

**13. Exame do Sistema músculo-esquelético**  

Mialgias  Artralgias  Edemas.

Adequado (se  $\geq 3$  sinais e sintomas pesquisados)  Parcialmente (se 2 sinais e sintomas pesquisados)  Inadequado (se 1 sinal e sintoma pesquisado)  Não pesquisado.

**14. Prova do Laço na ausência de manifestações hemorrágicas.**  

Negativa  Positiva (20 petéquias ou mais adulto e 10 petéquias ou mais criança)

**15. Estadiamento e tratamento conforme grau de risco - Grupo A conforme.**  

Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos.

(  cefaléia,  prostração,  dor retroorbitária  exantema  mialgias  artralgias  História epidemiológica compatível. Em lactentes pesquisar  sonolência  irritabilidade  choro persistente (podem caracterizar sintomas como cefaléia e algias)  Prova do laço negativa e ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas  Ausência de sinais de alarme  Ausência de sinais de choque

Adequado (se os 4 critérios foram estabelecidos para estadiamento)  Parcialmente adequado (se 3 critérios foram estabelecidos para estadiamento)  Inadequado (se 1 critério foi estabelecido para estadiamento)  Não estadiado.

**16. Estadiamento e tratamento conforme grau de risco - Grupo B conforme.**  

Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos

Cefaléia  Prostração  Dor retroorbitária  Exantema  Mialgias  Artralgias  História epidemiológica compatível.  Prova do laço positiva ou manifestações hemorrágicas espontâneas  Ausência de sinais de alarme  Ausência de sinais de choque.

**17. Estadiamento e tratamento conforme grau de risco - Grupo C conforme.**  

Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos

(  Cefaléia  Prostração  Dor retroorbitária  Exantema  Mialgias  Artralgias

História epidemiológica compatível  Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes)

Presença de algum sinal de alarme  Ausência de sinais de choque.

Adequado (se os 4 critérios foram estabelecidos para estadiamento)  Parcialmente adequado (se 3 critérios foram estabelecidos para estadiamento)  Inadequado (se 1 critério foi estabelecido para estadiamento)  Não estadiado

**18. Estadiamento e tratamento conforme grau de risco - Grupo D conforme.**  

Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos ( Cefaléia  Prostração,  Dor retroorbitária  Exantema  Mialgias  Artralgias  História epidemiológica compatível  Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes)  Presença de algum sinal de alarme  Presença de sinais de choque

Adequado (se os 4 critérios foram estabelecidos para estadiamento)  Parcialmente adequado (se 3 critérios foram estabelecidos para estadiamento)  Inadequado (se 1 critério foi estabelecido para estadiamento)  Não estadiado

**19. Iniciar hidratação precocemente.**  Sim  Não**20. Critérios para internação hospitalar**  

Presença de sinais de alarme  Recusa na ingestão de alimentos e líquidos  Comprometimento respiratório ( dor torácica  dificuldade respiratória  diminuição do murmúrio vesicular ou  outros sinais de gravidade)  Plaquetas <20.000/mm<sup>3</sup>, independentemente de manifestações hemorrágicas  Impossibilidade de seguimento ou retorno à unidade de saúde  Co-morbidades descompensadas como (*diabetes mellitus*, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, distúrbios de coagulação, anemia falciforme, crise asmática, colagenose, etc...)  Outras situações a critério médico

Adequado (se  $\geq 10$  critérios foram estabelecidos para esta internação)  Parcialmente adequado (se  $\geq 7$  critérios foram estabelecidos para internação)  Inadequado (se < 7 critério foi estabelecido para internação)  Não internado

**21. Preenchimento e entrega do Cartão de acompanhamento do Paciente com**

**Suspeita de Dengue.**  Sim  Não

**22. Notificação do caso a Vigilância epidemiológica.**  Sim  Não**23. Retorno do paciente agendado para acompanhamento pelo profissional de**

**Enfermagem.**  Sim  Não

**24. Encaminhamento do paciente para outra unidade de saúde.**  Sim  Não

Identificação da Unidade

---

**25. Unidade de Atendimento.**

<p>CÓDIGO DAS RESPOSTAS: 1 = REALIZADO    2 = NÃO REALIZADO</p>	<p>ADEQUAÇÃO: (0,3) adequado (0,2) parcialmente adequado (0,1) inadequado (0) inexistente</p>
---	---