

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação da adequação dos serviços de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro para assistência a pacientes com suspeita de dengue”

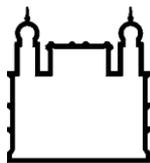
por

Danielle Amaral de Freitas

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências, na área de Epidemiologia em Saúde Pública.

*Orientador principal: Prof. Dr. Reinaldo Souza dos Santos
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Mayumi Duarte Wakimoto*

Rio de Janeiro, abril de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Avaliação da adequação dos serviços de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro para assistência a pacientes com suspeita de dengue”

apresentada por

Danielle Amaral de Freitas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Andréa Sobral de Almeida

Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Soares Madeira Domingues

Prof. Dr. Reinaldo Souza dos Santos – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 22 de abril de 2015.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F866a Freitas, Danielle Amaral de
Avaliação da adequação dos serviços de atenção primária do município do Rio de Janeiro para assistência a pacientes com suspeita de dengue. / Danielle Amaral de Freitas. -- 2015.
222 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Reinaldo Souza dos Santos
Mayumi Duarte Wakimoto
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Dengue - epidemiologia. 2. Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Vigilância Epidemiológica. 5. Avaliação de Serviços de Saúde. I. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação primeiramente à Deus, meu mentor que ilumina minha vida e me direciona, a minha mãe Ana Lucia Amaral da Silva, mulher guerreira responsável pela formação do meu caráter, fonte inspiração de quem hoje sou e a minha amada filha Bruna Amaral Braga que procurou ser compreensiva e parceira nos momentos de luta.

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

Chico Xavier

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Evanelza Quadros responsável pela Assessoria de Informação Geográfica da SMS/RJ pelo fornecimento de dados geográficos das unidades de saúde do MRJ, importantes para o desenvolvimento da minha dissertação.

Ao Coordenador da Área Programática 33, Roberto Raposo, pelo acolhimento e apoio para o desenvolvimento do estudo na área;

À equipe da Divisão de Ações e Programas de Saúde pela parceria e contribuição para o desenvolvimento da pesquisa;

À todos os gerentes, diretores e profissionais de saúde que trabalham nas Unidades de Atenção Primária à Saúde da AP 33 pelo acolhimento e participação;

Aos colegas de trabalho: à equipe do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA/UFRJ) que sempre me tratou com muito respeito e compreensão, à equipe do CMS Clementino Fraga que acreditou e torceu por mim em diversas dificuldades enfrentadas; à equipe da Divisão de Vigilância em Saúde pelo acolhimento nesta nova jornada, compreensão, força e participação; As técnicas de Vigilância Epidemiológica da AP 33 pelo companheirismo e força;

Agradeço à minha amiga e chefe Nádia Rocha, Diretora da Divisão de Vigilância em Saúde da CAP 33 pela compreensão, pelas palavras confortantes e por fazer parte de um momento profundo de mudanças em minha vida;

À minha amiga e chefe Marcia Soares, Coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HESFA/UFRJ pela força, dedicação, compreensão, cuidado e carinho;

Aos Professores Cosme Passos pela preocupação e estímulo e Andréia Sobral de Almeida pelo cuidado, empenho e disponibilidade em ajudar;

À Cristina Lemos, Superintendente de Vigilância em Saúde do Rio de Janeiro, pela inspiração, carinho e complacência;

Ao meu amigo Flávio Dias, Coordenador de Vigilância Epidemiológica do Rio de Janeiro, pela inspiração, força e amizade;

Aos meus amigos desta caminhada do mestrado Raphael Veríssimo, Paulo Dick, Renata Cabrelli pelos grupos de estudo, força, empenho e dedicação, em especial José Carlos Benfica meu amigo, parceiro de todas as horas;

Aos amigos pela força, respeito, por acreditarem em mim, me fazerem erguer as forças mesmo quando elas pareciam se dissolver. Agradeço em especial minha amiga Katerine Moraes pelos “bons dias” e empenho; a minha amiga Celia Guimarães pela inspiração, amizade, respeito e torcida, a Cilene Jansen, Célia Martins pela amizade presente;

A minha co-orientadora, Mayumi Duarte Wakimoto, pelo empenho, dedicação, compartilhamento de conhecimento e parceria;

A construção do conhecimento exige dedicação, querer extrapolar a barreira do pensar e direcionar as atitudes e pensamentos para as relações de conhecimento. Este conhecimento não só pautado na visão acadêmica, mas sobretudo, no conhecimento humano e o reconhecimento do ser. Muitas vezes ouvimos dizer que o orientador desorienta! Mas com o meu aprendi o sentido de Ser MESTRE. Mestre do saber, do valor, da inspiração. Ao meu orientador Reinaldo Souza Santos que exerce, com toda satisfação, empenho e dedicação a arte do lecionar.

A minha mãe Ana Lucia Amaral da Silva, filha Bruna Amaral Braga, sobrinhos Danton Antônio Costa de Freitas, Izabella Costa de Freitas, irmão Douglas Amaral de Freitas, Jair Rego, afilhadas, madrinhas, padrinho...Agradeço a minha família pela compreensão pelas ausências, pelo comportamento às vezes arredoio, pela indisponibilidade de estar. Tenham sempre a certeza que tudo que sou é por vocês e para vocês;

A Deus, força absoluta e suprema que continua a iluminar meus caminhos;
Enfim agradeço a todos que acreditarem que esse dia chegaria...

RESUMO

A dengue é considerada uma das doenças de maior incidência nas regiões intertropicais ao redor do planeta, constituindo um importante problema de saúde pública. A porta de entrada preferencial para atendimento da pessoa com suspeita de dengue é a Atenção Primária. Porém, todos os serviços de saúde devem estar preparados para acolher a demanda por atendimento dos casos suspeitos de dengue, tornando possível o atendimento oportuno e com qualidade ao doente, oferecendo condição para evitar a ocorrência de óbitos. Objetivamos analisar a adequação dos serviços de saúde da atenção primária localizados nos bairros da Área de Planejamento 33 do município do Rio de Janeiro para atenção aos pacientes com suspeita de dengue. O estudo possui duas direções metodológicas: uma foi um estudo ecológico descritivo sobre os casos notificados de dengue em residentes de 29 bairros da zona norte município do Rio de Janeiro e a outra foi pautada em uma avaliação normativa com apreciação da estrutura e processo das unidades de atenção primária à saúde da região. A área possui uma grande densidade demográfica, áreas favelizadas, carentes de ações intersetoriais e com intensa violência urbana. Os residentes da AP 33 sofreram com a introdução de um novo sorotipo, o DENV-4 e enfrentaram taxas epidêmicas da doença. No entanto, foi possível diante de tanto revés, a melhoria dos indicadores de saúde. A implementação de pólos de hidratação possibilitou queda relevante do número de internações e no número de óbitos. Apesar do aumento importante no número de unidades de saúde da área nos últimos anos, 72% dos residentes foram atendidos na rede de atenção secundária e terciária à saúde, sendo que metade deste quantitativo se dispersou para 104 bairros do município do Rio de Janeiro. Neste sentido, levando em consideração a capacidade instalada das unidades, seus protocolos assistenciais e processos de trabalho segundo gestores, profissionais de saúde e roteiro de observação, o nível de adequação das unidades de atenção primária à saúde dos bairros pesquisados foi parcialmente adequada. Embora esforços estejam sendo realizados para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde na área, ainda se verifica a distribuição desigual do SUS, impulsionando a população a buscar opções de acesso ao atendimento qualificado, igualitário, equânime e universal.

Palavras-chave: Dengue; Serviços de Saúde; Atenção Primária a Saúde; Epidemiologia

ABSTRACT

The Dengue is considered one of the most important diseases in tropical areas around the world, and an important public health problem. Preferential entry point for the person with suspected dengue is the Primary Health Care. However, all health services must be prepared to host the demand for assistance of suspected cases of dengue. Thus, making possible the timely care and quality to the patient, providing condition to prevent the occurrence of deaths. The aim of this study was to analyze the adequacy of primary health care services located in the neighborhoods of the Planning Area 33 in the city of Rio de Janeiro to care for patients with suspected dengue. The study has two methodological directions: one was a descriptive ecological study of the reported cases of dengue in residents of 29 neighborhoods in the north zone of count of Rio de Janeiro and the other was based on a normative evaluation targeted to structure and process of units of primary health care of the region. The area has a high population density, slum areas lacking joint actions and intense urban violence. The residents suffer from AP 33 in front of the introduction of a new serotype DENV-4 and faced epidemic rates of disease. In however, the improvement of health indicators was possible before so many barriers. The implementation of hydration poles enabled significant decrease in the number of hospital admissions and deaths. Despite the significant increase in the number of health facilities in the area in recent years, 72% of residents were treated at the secondary and tertiary health care network, and half of this amount dispersed to 104 neighborhoods of the municipality of Rio de Janeiro. In this sense, taking into account the capacity of the care units, their protocols and work processes according to managers, health professionals and our observation protocol, the adequacy of primary care health units of the neighborhoods was partially adequate. Although efforts are being made to improve the quality of health services in the area, there is still the unequal distribution of SUS, driving the population to seek different options of access to health care, according the principals and guidelines of SUS.

Keywords: Dengue; Health Service; Primary Health Care; Epidemiology

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
2.1 Dengue: características gerais.....	22
2.2 Classificação Clínica da dengue.....	25
2.2.1 Classificação antiga e atual da dengue: desafios.....	25
2.2.2 Definição e Classificação de casos na organização dos fluxos assistenciais.....	29
2.3 Dengue e determinantes sociais, ambientais e econômicos.....	33
2.4 Dengue no Brasil e no Rio de Janeiro.....	36
2.5 Atenção primária à saúde e a organização dos serviços de saúde frente à demanda de casos de dengue.....	41
2.6 Serviços de saúde e gravidade da dengue.....	45
2.7 Vigilância Epidemiológica.....	48
2.8 Avaliação e Adequação dos Serviços de Saúde.....	50
3 JUSTIFICATIVA	54
4 OBJETIVOS	55
4.1 Geral.....	55
4.2 Específicos.....	55
5 METODOLOGIA	56
5.1 Delineamento do estudo.....	56
5.2 Área de estudo.....	56
5.3 Fonte de dados.....	59
5.3.1 Dados Secundários.....	59
5.3.1.1 Análise de dados.....	60
5.3.2 Dados primários.....	61
5.3.2.1 Aplicação do questionário.....	70
5.3.2.2 Análise de dados.....	71
5.4 Limitações.....	85
5.5 Aspectos Éticos.....	86
6 – RESULTADOS	87
6.1 Descrição dos casos notificados de dengue.....	87

6.2	Análise dos serviços de Saúde da AP 33.....	126
6.2.1	Unidades de Saúde segundo os gestores.....	126
6.2.2	Unidades de Saúde segundo profissionais de saúde.....	130
6.2.3	Roteiro de Observação.....	133
6.2.4	Facilidades e Dificuldades apontadas pelos gestores e profissionais de saúde.....	134
6.2.5	Matriz de Julgamento.....	139
7	- DISCUSSÃO.....	150
8	- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	173
9	- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	178
10	- APÊNDICE.....	192
10	- ANEXO.....	199

LISTA DE QUADROS, TABELAS E MAPAS

FLUXOGRAMA 1: Manejo clínico da dengue e classificação de risco segundo Manual de Dengue: Diagnóstico e manejo clínico – Adulto e criança, 2011.....	30
FLUXOGRAMA 2: Classificação de risco segundo unidade de saúde das Diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (2009).....	32
FLUXOGRAMA 3: Aspectos da avaliação normativa (HARTZ, 1997).....	52
MAPA 1: Município do Rio de Janeiro segundo áreas de planejamento.....	57
QUADRO 1: Distribuição das unidades da atenção primária à saúde, área e população nos 28 bairros da zona norte do município do Rio de Janeiro.....	58
QUADRO 2: Modelo Lógico-teórico para atendimento dos pacientes com suspeita de dengue na atenção primária à saúde.....	63
QUADRO 3: Modelo Lógico-operacional das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue.....	64
QUADRO 4: Fonte de dados utilizadas para elaboração do julgamento dos componentes Estrutura e Processo.....	66
QUADRO 5: Consenso de Delphos com especialistas em assistência e Vigilância Epidemiológica da dengue da coordenação da AP 33.....	72
QUADRO 6: Matriz de Relevância da adequação das unidades de Atenção Primária à Saúde da AP 33 frente ao atendimento dos pacientes com suspeita de dengue.....	76
QUADRO 7: Matriz de Julgamento da Adequação das unidades de Atenção Primária à Saúde da AP 33 frente ao atendimento dos pacientes com suspeita de dengue.....	80
TABELA 1: Percentual de notificações do município do Rio de Janeiro, segundo área programática de residência e ano no período de 2011 a 2013.....	86
MAPA 2: Distribuição do número de notificações nos bairros do Município do Rio de Janeiro nos anos entre 2011 e 2013.....	88
TABELA 2: Número de notificações de dengue dos residentes da AP 33 segundo o bairro de residência e o ano de notificação entre 2011 e 2013.....	89
TABELA 3: Número de notificações de dengue dos residentes de AP 33 segundo o bairro de residência no período de 2011 a 2013.....	90

GRÁFICO 1: Distribuição do número de notificações de residentes da AP 33, segundo o sexo no período de 2011 a 2013.....	91
GRAFICO 2: Número de notificações de residentes da AP 33 segundo faixa etária e ano de notificação entre 2011 e 2013.....	92
TABELA 4: Número de gestantes residentes da AP 33, notificadas como suspeitas de dengue, segundo local e tipo de unidade notificante no período de 2011 a 2013.....	93
GRÁFICO 3: Número de notificações segundo o intervalo entre a data do início dos sintomas e a data de notificação em dias dos residentes da AP 33 nos anos de 2011 a 2013.....	93
GRÁFICO 4: Série histórica em meses e anos dos residentes da AP 33 notificados como suspeitos de dengue entre os anos de 2011 a 2013.....	94
GRAFICO 5: Número de notificações de dengue de residentes da AP 33 segundo sorotipo nos anos de 2011 a 2013.....	95
MAPA 3: Mapa temático do percentual de casos confirmados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2011.....	96
MAPA 4: Mapa temático do percentual de casos confirmados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2012.....	97
MAPA 5: Mapa temático do percentual de casos confirmados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2013.....	98
MAPA 6: Mapa temático do percentual de casos classificados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2011.....	100
MAPA 7: Mapa temático do percentual de casos classificados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2012.....	101
MAPA 8: Mapa temático do percentual de casos classificados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2013.....	102
GRAFICO 6: Número de notificações de dengue de residentes dos bairros da AP 33 segundo classificação clínica nos anos de 2011 a 2013.....	103
GRAFICO 7: Número de pacientes residentes da AP 33 que foram hospitalizados segundo o ano de notificação entre 2011 e 2013.....	104
GRAFICO 8: Intervalo entre a data de notificação e a data de internação em dias, dos residentes da AP 33 que foram hospitalizados durante os anos de 2011 a 2013.....	104

TABELA 5: Número de notificação de residentes da AP 33 que foram notificados nas Unidades de atenção primária da AP 33 e foram hospitalizados entre os anos de 2011 a 2013.....	105
GRAFICO 9: Intervalo entre a data de notificação e a data do início dos sintomas dos residentes da AP 33 notificados nas unidades de atenção primária à saúde da AP, que foram hospitalizados entre os anos 2011 e 2013.....	106
GRAFICO 10: Intervalo entre a data da internação e a data da notificação dos residentes da AP 33 notificados nas unidades de atenção primária à saúde da AP, que foram hospitalizados entre os anos 2011 e 2013	106
GRAFICO 11: Número de residentes da AP 33 que foram hospitalizados, segundo a faixa etária nos anos de 2011 a 2013.....	107
GRAFICO 12: Notificação de residentes dos bairros da AP 33 segundo a evolução nos anos de 2011 a 2013.....	107
GRAFICO 13: Número de óbitos de residentes da AP 33 notificados por notificados por dengue segundo o ano de ocorrência entre os anos de 2011 a 2013.....	108
GRAFICO 14: Taxa de letalidade de residentes da AP 33 , segundo o ano entre 2011 a 2013.....	108
TABELA 6: Distribuição do número de óbitos, segundo os bairros da AP 33 entre os anos de 2011 a 2013.....	109
TABELA 7: Taxa de letalidade dos residentes da AP 33 segundo o bairros da AP entre os anos de 2011 a 2013.....	110
TABELA 8: Unidades de saúde notificadoras da atenção primária da AP 33 segundo o tipo de unidade e o ano de notificação entre 2011 a 2013.....	111
GRAFICO 15: Número de notificações de dengue realizadas nas Unidades de Atenção Primária da à saúde AP 33 segundo AP de residência no período de 2011 a 2013.....	112
QUADRO 8: Número de notificações realizadas pelas unidades de atenção primária à saúde da AP 33 de residentes de outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo unidade notificadora entre os anos de 2011 a 2013.....	113
MAPA 9: Fluxo dos residentes da AP 33 entre o bairro de residência e as Unidades de atenção primária á saúde notificadoras entre 2011 e 2013.....	114

MAPA 10: Fluxo dos residentes da AP 33 entre o bairro de residência e as Unidades de atenção primária á saúde notificadoras com os fluxos mais relevantes entre 2011 e 2013.....	114
TABELA 9: Distribuição do número de notificações de dengue dos residentes da AP 33, que foram notificados em unidades de atenção secundária e terciária da AP ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo tipo de gestão durante os anos de 2011 a 2013.....	115
TABELA 10: Distribuição do número de notificações de dengue dos residentes da AP 33, que foram notificados em unidades de atenção secundária e terciária da AP ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo tipo de unidade, de acordo com o CNES, durante os anos de 2011 a 2013.....	116
TABELA 11: Localidade e nível de complexidade das unidades de atenção secundária e terciária da AP ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro de atendimento dos residentes da AP 33 durante os anos de 2011 a 2013.....	116
TABELA 12: Notificações de dengue de residentes da AP 33, notificadas nas unidades de com o fluxo mais relevante da atenção secundária e terciária da AP 33 ,ou em outras áreas programáticas do município entre os anos de 2011 a 2013.....	117
TABELA 13: Distribuição das notificações de dengue de residentes da AP 33, realizadas pelas principais unidades notificadoras públicas da AP 33 de atenção secundária e terciária da AP, entre os anos de 2011 e 2013.....	118
MAPA 11: Mapa do fluxo do deslocamento dos residentes da AP 33 para unidades de atenção secundária e terciária da AP ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro nos anos de 2011 a 2013.....	119
TABELA 14: Fluxos dos residentes da AP 33 em busca de atendimento em unidades de atenção secundária e terciária da AP ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo o número de notificações realizadas nos anos de 2011 a 2013.....	120
MAPA 12: Mapa dos estratos com fluxos com até 50 residentes da AP 33 em busca de atendimento em unidades de atenção secundária e terciária da AP ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo o número de notificações realizadas nos anos de 2011 a 2013.....	121

MAPA 13: Mapa dos estratos com fluxos com 50 a 2460 residentes da AP 33 em busca de atendimento em unidades de atenção secundária e terciária da AP ,ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo o número de notificações realizadas nos anos de 2011 a 2013.....	123
MAPA 14: Mapa dos estratos com principais fluxos ampliados de 50 a 2460 residentes da AP 33 em busca de atendimento em unidades de atenção secundária e terciária da AP ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo o número de notificações realizadas nos anos de 2011 a 2013.....	124
TABELA 15: Unidades de saúde da atenção primária da AP 33, segundo os dias e horários de funcionamento e tipo de unidade.....	125
GRAFICO 16: Gestores das unidades da atenção Primária à Saúde da AP 33 segundo o sexo.....	126
GRAFICO 17: Gestores das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo faixa etária e tipo de unidade	127
GRAFICO 18: Gestores das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo tempo de trabalho em anos na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.....	127
GRAFICO 19: Gestores das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo tempo de profissão.....	128
TABELA 16: Gestores das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo categoria profissional.....	128
TABELA 17: Gestores das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo realização de especialização, mestrado e doutorado.....	129
GRAFICO 20: Distribuição do número de profissionais de Saúde da Atenção primária da AP 33 segundo o Sexo.....	129
GRAFICO 21: Profissionais da Atenção Primária à Saúde da AP 33 segundo faixa etária e tipo de unidade.....	130
GRAFICO 22: Profissionais de Saúde da Atenção primária à Saúde da AP 33 segundo tempo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e tipo de unidade.....	130
TABELA 18: Distribuição dos profissionais de saúde entrevistados das unidades de atenção primária da AP 33 segundo categoria profissional.....	131

GRAFICO 23: Profissionais de Saúde da atenção primária à saúde da AP 33 segundo tempo de profissão e tipo de unidade.....	131
TABELA 19: Profissionais de Saúde das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo realização de especialização, mestrado e doutorado.....	132
TABELA 20: Aplicação do roteiro de observação nas unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo o tipo de unidade.	132
TABELA 21: Unidades da atenção primária à saúde da AP 33 segundo acesso geográfico e tipo de unidade.....	132
TABELA 22: Unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo presença do cartaz com sinais de alarme.....	133
QUADRO 9: Facilidades para o atendimento do possível acréscimo da demanda durante as epidemias de dengue descritas pelos gestores das unidades da atenção primária à saúde da AP 33.....	134
QUADRO 10: Dificuldades para o atendimento do possível acréscimo da demanda durante as epidemias de dengue descritas pelos gestores das unidades da atenção primária à saúde da AP 33.....	135
QUADRO 11: Facilidades para o atendimento do possível acréscimo da demanda durante as epidemias de dengue descritas pelos profissionais de saúde das unidades da atenção primária à saúde da AP 33.....	136
QUADRO 12: Dificuldades para o atendimento do possível acréscimo da demanda durante as epidemias de dengue descritas pelos profissionais de saúde das unidades da atenção primária à saúde da AP 33.....	137
QUADRO 13: Matriz de Julgamento e medidas da Adequação das unidades de Atenção Primária à Saúde da AP 33 frente ao atendimento dos pacientes com suspeita de dengue.....	139
TABELA 23: Respostas dos gestores das unidades da atenção primária à saúde da AP 33 quanto à dificuldades no referenciamento dos pacientes para outro nível de complexidade.....	143
TABELA 24: Nível de adequação da quantidade de profissionais de saúde das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo tipo de unidade.....	144
TABELA 25: Nível de adequação da realização de capacitação e treinamentos dos profissionais que trabalham nas unidades de atenção primária da AP 33 segundo tipo de unidade.....	144

TABELA 26: Realização de investigação epidemiológica segundo gestores e tipo de unidade das unidades de atenção primária à saúde da AP 33.....	147
TABELA 27: Realização de busca ativa segundo gestores e tipo de unidade das unidades de atenção primária à saúde da AP 33.....	148
APÊNDICE 1: Classificação Clínica registrada no SINAN das notificações de dengue segundo bairros de residentes da AP 33 no ano de 2011.....	191
APÊNDICE 2: Classificação Clínica registrada no SINAN das notificações de dengue segundo bairros de residentes da AP 33 no ano de 2012.....	192
APÊNDICE 3: Classificação Clínica registrada no SINAN das notificações de dengue segundo bairros de residentes da AP 33 no ano de 2013.....	193
APÊNDICE 4: Unidades de Atenção Primária à Saúde da AP 33 segundo Ano de Inauguração de 1960 a 2015.....	194
APÊNDICE 5: Estimativa do número de residentes da AP 33 referenciados para as unidades de atenção primária à saúde da AP segundo o tipo de unidade (SVS/SMSRJ).....	195
APÊNDICE 6: Adequação das unidades de atenção primária á saúde da AP 33 segundo o número de profissionais de saúde que acolhem os pacientes com suspeita de dengue informados pelos gestores.....	196
APÊNDICE 7: Pós-graduação <i>latu sensu</i> e <i>stricto sensu</i> , segundo tipo de unidade dos gestores e profissionais de saúde entrevistados das unidades de atenção primária á saúdeda AP 33.....	197

LISTA DE ABREVIATURAS

AP –Área de Planejamento

CF – Clínica da Família

CMS –Centro Municipal de Saúde

CNES –Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

D – Dengue

DC – Dengue Clássica

DENV -1 – Sorotipo 1

DENV -2 – Sorotipo 2

DENV -3 – Sorotipo 3

DENV -4 – Sorotipo 4

DG – Dengue Grave

DSA – Dengue sem Sinais de Alarme

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FHD – Febre Hemorrágica do Dengue

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HMFST – Hospital Municipal Francisco da Silva Telles

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEAa – Plano de Erradicação do *Aedes aegypti*

PNCDD – Plano Nacional de Controle da Dengue

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RJ – Rio de Janeiro

SCD – Síndrome do Choque do dengue

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISFAD – Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USG - Ultrassonografia

1. INTRODUÇÃO

A dengue é considerada uma das doenças de maior incidência nas regiões intertropicais ao redor do planeta, constituindo um importante problema de saúde pública (COSTA, NATAL, 1998; MONDINI, CHIARAVALLI, 2007).

É uma doença endêmica, com ciclos epidêmicos e possui espectro clínico muito amplo, variando de formas assintomáticas até formas graves e letais (TAUIL, 2002; BRASIL, 2010), gera absenteísmo ao trabalho, reduz o fluxo de turismo, aumenta a demanda aos serviços de saúde e exige o dispêndio de grandes quantidades de recursos financeiros (RESENDES, 2010), afetando consideravelmente o desenvolvimento econômico regional e nacional (AÑEZ et al., 2006).

Entre os anos de 2001 e 2011 o estado do Rio de Janeiro teve o maior número de casos notificados em todo o território nacional, sendo responsável por 16% das notificações no período. O município do Rio de Janeiro, cidade com grande importância comercial e turística, foi responsável por 51% dos casos notificados no estado entre 2001 e 2011 (FREITAS, 2012).

Os óbitos por dengue são evitáveis, em sua maioria (BRASIL, 2009). Sob este aspecto, a qualidade da assistência prestada e a organização da rede de serviços de saúde são condições essenciais para o enfrentamento de epidemias, sobretudo, com o aumento da ocorrência de casos graves observado nos últimos anos (TEIXEIRA et al., 2008). Portanto, a estruturação das unidades de saúde e a capacitação dos profissionais que trabalham na assistência aos pacientes com dengue são aspectos fundamentais para o estabelecimento de condutas compatíveis com um prognóstico clínico positivo (MARTINEZ, 2009; BRASIL, 2009; VERDEAL et al., 2011).

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue estabelecem como ferramenta fundamental para melhorar a qualidade da assistência, a classificação de risco, que é baseada na triagem pela gravidade da doença. 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).

Algumas características da oferta do serviço podem influenciar o acesso, a exemplo da disponibilidade e disposição geográfica, facilitando ou obstruindo a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2006).

Portanto, é necessário verificar a capacidade das unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na atenção primária, de atender a demanda dos pacientes com suspeita de dengue . Nesse contexto, a quantidade de unidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF), em determinados bairros, foi identificada como fator protetor contra a evolução para as formas graves de dengue. Esse fato pode ser explicado tanto pela redução de vulnerabilidade à transmissão do dengue decorrente de práticas coletivas voltadas para a promoção da saúde, quanto pelo acesso aos outros níveis da atenção, mediado pelas equipes da ESF (SANTOS, 2012).

Diante disso, esta dissertação teve por objetivo analisar a adequação dos serviços de saúde da atenção primária localizados nos bairros da Área de Planejamento 33 do município do Rio de Janeiro para atenção aos pacientes com suspeita de dengue.

2 . REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 DENGUE: CARACTERÍSTICAS GERAIS

A dengue é uma doença febril aguda causada por arbovírus do gênero *Flavivirus*, pertencente à família Flaviviridae, sendo a arbovirose mais importante do mundo (TAUIL, 2002). São conhecidos quatro sorotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4.

No Brasil, o vetor responsável pela disseminação da doença é o *Aedes aegypti* que é um mosquito antropofílico, com atividade hematofágica principalmente diurna e que utiliza preferencialmente depósitos artificiais de água limpa para colocar os seus ovos (FORATTINI et al., 1998). Os ovos têm uma alta capacidade de resistir à dessecação, mantendo-se viáveis na ausência de água por até 450 dias. O *Aedes aegypti* tem mostrado uma grande capacidade de adaptação a diferentes situações ambientais, climáticas e sociais consideradas desfavoráveis. Espécimes adultos já foram encontrados em altitudes elevadas e larvas em água poluída (TAUIL, 2002).

A transmissão do vírus ocorre através da picada dos mosquitos que, após um repasto de sangue infectado, está apto a transmitir o vírus depois de 8 a 12 dias de incubação extrínseca. A transmissão mecânica também é possível, quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, se alimenta em um hospedeiro suscetível próximo (BRASIL, 2010). Esse processo tem uma complexidade de fatores interligados, muitos destes diretamente relacionados com o ambiente. A dinâmica da doença é difícil de ser compreendida e envolve quatro sorotipos virais com características e virulências específicas, peculiaridades da resposta imune humana, alta competência do vetor na transmissão e características ambientais da área urbana (DONALÍSIO, GLASSER, 2002; HONORIO et al., 2009; FREITAS et al., 2010).

O espectro clínico da dengue é muito amplo, variando de formas assintomáticas ou oligossintomáticas até formas graves e letais. As manifestações clínicas da dengue são febre alta, de início abrupto, seguida de cefaleia, mialgia, prostração, artralgia, anorexia, astenia, dor retro orbital, náuseas, vômitos, exantema e prurido cutâneo (BRASIL, 2010). As causas da ocorrência de formas

graves ainda não estão plenamente estabelecidas, existindo algumas teorias explicativas relacionadas à maior virulência da cepa do vírus infectante, à sequência de infecções pelos diferentes sorotipos do agente etiológico, a fatores individuais do hospedeiro e a uma combinação de todas as explicações anteriores (TAUIL, 2002).

A dengue é uma doença de evolução benigna, na forma clássica, e pode ser grave nas formas de febre hemorrágica da dengue (FHD) e síndrome de choque da dengue (SCD). Tem sido preocupação das autoridades sanitárias de saúde em todos os municípios brasileiros, pois produz grande impacto político, financeiro e social devido à magnitude epidemiológica e amplitude demográfica que apresenta (CHOKEPHAIBULKIT, PERNG, 2013). Halasa et al. (2012) investigaram o custo com a vigilância vetorial da dengue em Porto Rico e concluíram que os gastos em atividades de monitoramento chegam a 12,47 dólares per capita. Khun, Manderson (2008) verificaram que as famílias com pessoas infectadas pelo vírus da dengue tiveram um aumento com gastos em saúde.

A dengue representa um desafio para os prestadores de cuidados de saúde na maioria dos países em que ocorre. O exame clínico cuidadoso e anamnese complementada por testes rápidos de diagnóstico mais recentes podem levar a um diagnóstico etiológico precoce. O prognóstico dos pacientes depende de uma gestão otimizada, um resultado que exige uma preparação através de organização, treinamento e uso de diretrizes para a prática baseada em evidências (HALSTEAD, LUM, 2009).

Atualmente, não existe tratamento específico ou terapia antiviral disponível para dengue, sendo necessário utilizar como tratamento cuidados de suporte com monitoramento constante (CHOKEPHAIBULKIT, PERNG, 2013).

Os programas de controle de vetores têm apresentado limites na prevenção de surtos; entretanto, ainda não se dispõe de uma vacina eficaz para uso preventivo contra a doença (CHOKEPHAIBULKIT, PERNG, 2013). Enquanto não se puder contar com esta medida de controle, o único elo vulnerável da cadeia epidemiológica é o mosquito vetor (TEIXEIRA et al., 2002; RIBEIRO et al., 2006).

Assim, é imperativo ter uma vacina que possa conferir imunidade igual e de longa duração para os quatro sorotipos ao mesmo tempo. Várias vacinas

tetravalentes ainda estão em desenvolvimento apresentando bons perfis de segurança e imunogenicidade registrados (CHOKEPHAIBULKIT, PERNG, 2013).

Não existem vacinas licenciadas até o momento, porém diversos grupos de pesquisa estão desenvolvendo tecnologias para avaliação em ensaios clínicos e testes em animais. No entanto, para segurança e eficácia das vacinas é necessária a avaliação das possíveis complicações como a potencialização da doença (Wan et al, 2013).

Recentemente Villar et al. (2015), em um ensaio clínico randomizado, testaram uma vacina quadrivalente em crianças de 9 a 16 anos em países da América Latina e verificaram que, embora tenham ocorrido diferenças de eficácia da vacina de acordo com o sorotipo, a mesma foi capaz de reduzir o risco de internação por dengue e dengue grave.

2.2 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA DENGUE

2.2.1 Classificação antiga e atual da dengue: Desafios

Em 1997 a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a dengue em três tipos: Dengue Clássica, Febre Hemorrágica da Dengue e Síndrome do Choque da Dengue (WHO, 1997).

Dengue clássico (DC) – Febre alta de início abrupto, seguida de cefaleia, mialgia, prostração, artralgia, anorexia, astenia, dor retro orbital, náuseas, vômitos, exantema, prurido cutâneo. Hepatomegalia dolorosa ocasionalmente. Dor abdominal generalizada, mais frequentemente entre crianças, e manifestações hemorrágicas, como petéquias, epistaxe, gengivorragia, e metrorragia, têm sido relatadas mais frequentemente entre adultos, ao fim do período febril. A doença tem duração de 5 a 7 dias, mas o período de convalescença pode ser acompanhado de grande debilidade física e prolongar-se por várias semanas.

Febre hemorrágica da dengue (FHD) – Os sintomas iniciais são semelhantes aos do DC, porém há um agravamento do quadro, geralmente entre o 3º ou 4º dia de evolução, com o aparecimento de petéquias, equimose ou púrpura; sangramentos de mucosa, trato gastrointestinal, sítios de punção, hematêmese, melena e outros; trombocitopenia $<100.000/\text{mm}^3$; extravasamento de plasma por aumento da permeabilidade capilar evidenciado por hemoconcentração ou efusão pleural, ascite e hipoproteinemia (WHO, 1997). Nos casos graves de FHD, o choque geralmente ocorre entre o 3º e 7º dias de doença, podendo ser precedido por dor abdominal.

O choque é decorrente do aumento da permeabilidade vascular, seguida de extravasamento plasmático (evidenciado por hemoconcentração, derrames cavitários e hipoalbuminemia) e falência circulatória. É de curta duração e pode levar ao óbito em 12 a 24 horas ou à recuperação rápida, após terapia antichoque apropriada. Caracteriza-se por pulso rápido e fraco, com diminuição da pressão de pulso e arterial; extremidades frias, pele pegajosa e agitação; hipotensão postural. Alguns pacientes podem ainda apresentar manifestações neurológicas, como convulsões e irritabilidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a definição de FHD é baseada em critérios clínicos e laboratoriais. Após o

preenchimento desses critérios, os casos devem ser classificados quanto à gravidade de acordo com as categorias abaixo:

- Grau I – preenche todos os critérios de FHD, sendo que a única manifestação hemorrágica é a prova do laço positiva;

- Grau II – preenche todos os critérios de FHD, com presença de manifestações hemorrágicas espontâneas (sangramentos de pele, petéquias, epistaxe, gengivorragia e outros);

- Grau III – preenche todos os critérios de FHD e apresenta colapso circulatório com pulso fraco e rápido, diminuição da pressão arterial ou hipotensão, pele pegajosa e fria e inquietação;

- Grau IV – preenche todos os critérios de FHD e apresenta choque profundo, com pressão arterial e pulso imperceptível.

Os graus III e IV também são chamados de Síndrome do Choque da Dengue (SCD).

A classificação da dengue tem sido discutida, principalmente considerando a sua aplicabilidade na prática clínica (NEAL et al, 2011, BARNIOL et al, 2011). A revisão da classificação da OMS (1997) conduzida por Bandyopadhyay et al. (2006) evidenciou que a maioria dos médicos apresentou dificuldades em cumprir os quatro critérios e usou uma classificação modificada. A prova do laço positiva, considerada um alerta para a necessidade de monitoramento clínico e laboratorial dos pacientes, não fez distinção entre FHD e DC. Foi observado que 8,6-96% dos casos de FHD tinham trombocitopenia, extravasamento plasmático em 6-95% e manifestações hemorrágicas em 22-93%. Foi evidenciada baixa sensibilidade da classificação da OMS (1997) para febre hemorrágica da dengue. Considerando a sobreposição de manifestações clínicas nas diferentes apresentações de dengue, são essenciais a realização e a repetição de exames e atendimento médico, no momento oportuno; a hidratação venosa precoce e a disponibilidade de recursos adequados em situação de epidemia. A descrição original de dengue e suas manifestações eram confinadas às crianças no Sudeste Asiático. Com a expansão da dengue para novas áreas geográficas e grupos etários diferentes, as manifestações clínicas parecem estar mudando.

Em 2009, a OMS (WHO, 2009) modifica a classificação de dengue para “Dengue”, “Dengue com Sinais de Alarme” e “Dengue Grave”, que somente foi implementada no Brasil em janeiro de 2014 (acesso em 20/03/2015 -

http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Download/Nova_classificacao_de_caso_de_dengue).

Dengue (D): é considerado suspeito de dengue todo paciente que residem ou tenham viajado para locais endêmicos , apresentar febre e dois ou mais sintomas a seguir: náusea, vômito, Rash cutâneo, prova do laço positiva, leucopenia. A doença deve ser acompanhada e confirmada laboratorialmente.

Dengue com Sinais de Alarme (DSA): Dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural ou pericárdico), sangramento de mucosa, letargia ou irritabilidade, lipotímia, hepatomegalia (>2cm), aumento progressivo do hematócrito, hemorragia digestiva, diminuição da diurese, hipotermia e desconforto respiratório.

Dengue grave (DG): Choque, hipotensão arterial na fase tardia, acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória, sangramento grave, comprometimento grave de órgãos como fígado, SNC, coração.

Para dengue grave, o reconhecimento precoce da permeabilidade vascular seguido de rápida reposição fisiológica de líquidos são condutas eficazes para redução da letalidade.

Desde a mudança na classificação da dengue vários estudos têm surgido com o intuito de avaliar a sua implementação e verificar a sua efetividade. Alexander et al. (2011) compararam a ocorrência dos sinais de alarme na forma grave da dengue. Verificaram que 22% dos pacientes com choque, que constitui a manifestação clínica de maior gravidade, não preencheram critérios para serem classificados como FHD e SCD.

Barniol et al. (2011) realizaram a revisão de 1962 casos verificando que somente não foi possível realizar a definição do tipo de dengue em 1,6% dos casos. Salientaram a importância do manejo clínico, da adequada triagem de pacientes, da notificação de casos e da necessidade de capacitação de pessoal. A classificação em três categorias pode facilitar estudos de patogênese da doença, pois é possível a comparação entre os grupos de forma mais acurada (VAN DE WEG et al., 2012). A nova classificação de dengue apresentou altas sensibilidade e especificidade na identificação de casos graves (NARVAEZ et al., 2011; VAN DE WEG et al., 2012).

Devido à rigidez dos critérios da classificação da OMS de 1997, casos de FHD eram provavelmente excluídos das estimativas. A atual definição de dengue

grave e dengue com sinais de alarme aumentará a sensibilidade na identificação dos casos mais graves da doença.

A revisão sistemática realizada por Horstick et al. (2015) considerou que a classificação de dengue e dengue grave define bem um grupo de sintomas, sinais e achados laboratoriais que detectam (com boa sensibilidade) a maioria dos casos com dengue. Tais resultados foram apoiados por critérios epidemiológicos e confirmados laboratorialmente. O uso da nova classificação de dengue e dengue grave descreve melhor as apresentações clínicas de dengue e sua gravidade comparado com a definição de DC/FHD/SCD, portanto, possibilita a melhora na identificação dos casos de dengue grave e conseqüentemente auxilia a reduzir a mortalidade.

A nova classificação (2009) possibilita melhor detecção de casos com envolvimento de outros órgãos e extravasamento plasmático, e melhor avaliação do quadro fisiopatológico.

Os sinais que se seguem podem ser possíveis sinais de gravidade: dor abdominal contínua ou intensa, desmaio, sangramento de mucosa, letargia, vômito repetitivo, irritabilidade em crianças. O quadro grave acontece com 72 horas de doença ou 24 horas antes ou depois da desfevecência. A queda de plaquetas não foi associada a gravidade. Os especialistas concluíram que os sinais de alarme são bons preditores para o aparecimento de dengue grave em crianças e adultos. Os especialistas concordam que esta classificação é melhor aplicada pois é de fácil aplicabilidade porém, mais estudos e formação com educação continuada são necessários. Neste sentido se faz importante o treinamento das equipes frente ao atendimento dos casos com pacientes com dengue sobre tudo em situação de surto e reorganização dos serviços de saúde para atender a demanda de pacientes com dengue utilizando a nova classificação de dengue.

2.2.2 Definição e Classificação de casos na organização dos fluxos assistenciais

A porta de entrada preferencial para atendimento da pessoa com suspeita de dengue é a Atenção Primária. Porém, todos os serviços de saúde devem estar preparados para acolher a demanda por atendimento dos casos suspeitos de dengue, utilizar protocolos clínicos, realizar sistema de referência e contra referência, com base na classificação de risco, tornando possível o atendimento oportuno e com qualidade ao doente, oferecendo condição para evitar a ocorrência de óbitos (BRASIL, 2009).

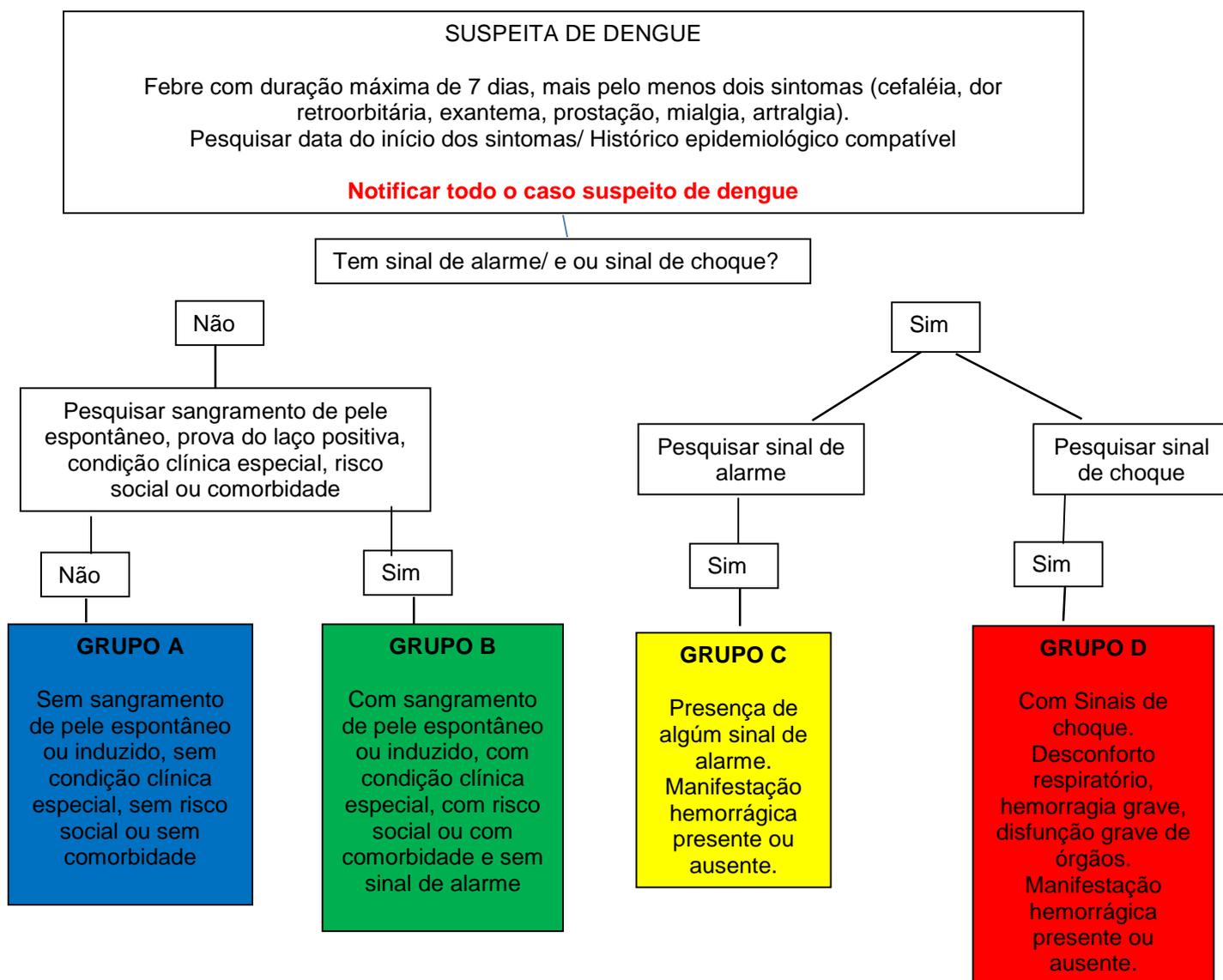
As Diretrizes Nacionais de Prevenção de Epidemias e Controle de Dengue recomendam o atendimento pela classificação de risco (BRASIL, 2009).

A Classificação de risco tem por objetivo reduzir o tempo de espera do paciente por atendimento, visando ao diagnóstico e tratamento precoces, com o objetivo de diminuir a ocorrência de agravamento e óbitos em decorrência da dengue. Neste sentido é importante a organização do fluxo de pacientes nas unidades de saúde e priorização do atendimento de casos de acordo com a gravidade (BRASIL, 2009).

Para a classificação de risco do paciente com suspeita de dengue, utilizaram-se os critérios da Política Nacional de Humanização e o estadiamento da doença. Com base nessas informações, a classificação de risco poderá ser realizada por enfermeiro ou médico, que, de posse do protocolo técnico, irá identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, o grau de sofrimento e o agravo à saúde.

O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, do contínuo acompanhamento, do reestadiamento dos casos e da pronta reposição volêmica (MS, 2011). Existindo uma recomendação de classificação de risco no Manual: Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e criança, 2011.

FLUXOGRAMA 1: Manejo clínico da dengue e classificação de risco segundo Manual de Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e criança, 2011.



Iniciar hidratação imediata dos pacientes de acordo com a classificação

O Fluxograma 1 segue o seguinte critério de classificação (MS, 2011):
 Definição de caso suspeito: Todo paciente que apresente doença febril aguda, com duração máxima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos sinais ou sintomas como cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema, associados ou não à presença de sangramentos ou hemorragias, com história epidemiológica positiva, tendo estado nos últimos 15 dias em área com transmissão de dengue ou que tenha a presença do *Aedes aegypti*.

Os pacientes são classificados, de acordo com os sinais e sintomas que apresentam em A, B, C ou D. Todos os pacientes apresentam os sinais e sintomas da definição de caso, mantendo algumas diferenças entre eles que vão orientar o nível de atenção a qual eles devem ser acompanhados bem como a terapêutica que deve ser adotada.

Paciente classificado como A: ausência de sinais de alarme, prova do laço negativa e ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas, sem comorbidades, não pertencente a grupo de risco ou com condições clínicas especiais.

Paciente classificado como B: Apresenta sangramento de pele espontâneo (petéquias) ou induzido (prova do laço positiva), com condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades: lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com comorbidades.

Paciente classificado como C: Apresenta presença de algum sinal de alarme e manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes.

Paciente classificado como D: Apresenta sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos, com manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes.

Em geral, as unidades de atenção primária constituem a principal porta de entrada para atendimento de casos suspeitos de dengue, embora os demais serviços de saúde devam também acolher os casos suspeitos, fazer a classificação de risco e, se preciso, realizar a transferência para outra unidade de saúde de complexidade compatível com as necessidades do quadro clínico do paciente (MS, 2009). Após a avaliação e conduta inicial, mesmo que o paciente seja encaminhado para outros serviços de saúde, deve-se garantir o suporte de vida adequado para encaminhamento e prestar orientações quanto à rede assistencial (SVS, 2009).

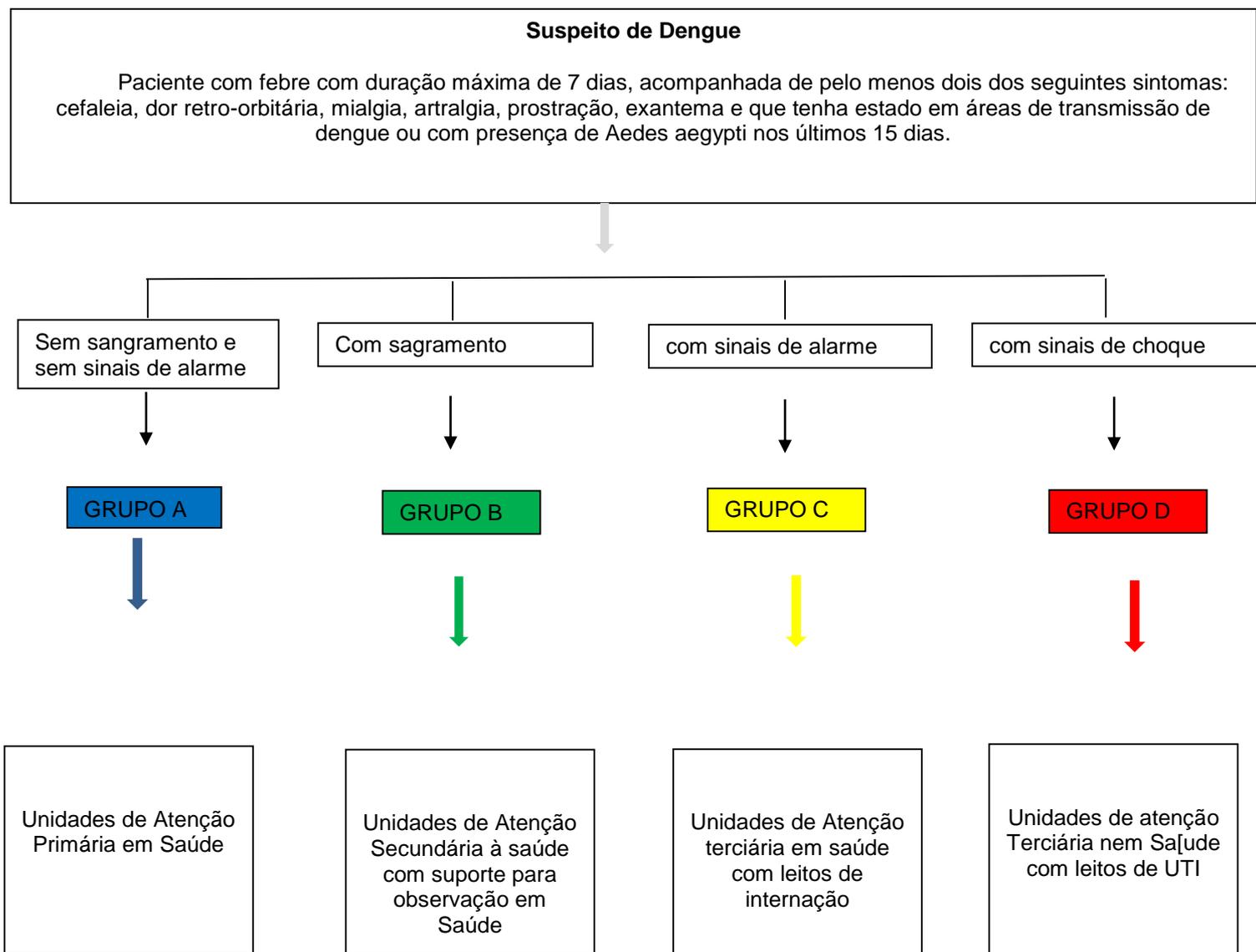
Segundo as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (2009), os pacientes classificados como A, necessitam de atendimento em Unidades de Atenção Primária em Saúde.

Os pacientes classificados como B necessitam de atendimento em unidade com suporte para observação, sendo recomendadas Unidades de Atenção Secundária em Saúde com Suporte para observação. Vale ressaltar que dependendo da estruturação da rede de serviços, as unidades de Atenção

Primária em Saúde podem ser adequadas como unidades com suporte de observação.

Os pacientes classificados como C necessitam de atendimento de urgência e devem ser encaminhados para um hospital de referência com maior suporte técnico. Os pacientes classificados como D, devem receber assistência em unidades hospitalares de referência, com suporte técnico e leito de Unidade de Terapia Intensiva (SVS, 2009) conforme fluxograma 2.

FLUXOGRAMA 2: Classificação de risco segundo unidade de saúde das Diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (2009).



2.3 DENGUE E DETERMINANTES SOCIAIS, AMBIENTAIS E ECONÔMICOS

O aumento de ocorrência da dengue tem se constituído em um crescente objeto de preocupação para a sociedade e, em especial, para as autoridades de saúde, em razão das dificuldades enfrentadas para o controle das epidemias produzidas por esse vírus e pela necessidade de ampliação da capacidade instalada dos serviços de saúde para atendimento aos indivíduos acometidos com formas graves.

Para explicar os fenômenos envolvidos na produção dessas infecções, além dos fatores apontados destaca-se a importância da forma de organização social dos espaços geográficos dos centros urbanos, do modo de vida de suas populações e os seus reflexos no ambiente, que criam as condições para a proliferação do vetor desse agente (COSTA et al., 1999; KUNO, 1995; TEIXEIRA et al., 1996; TEIXEIRA et al., 1999).

A globalização do comércio ajudou a transportar o vírus da dengue para diversas regiões do planeta. Sua disseminação, bem como a do seu vetor, foi impulsionada pelo crescimento das cidades e de suas populações, que junto aos novos meios de transporte proporcionaram essa expansão (TAUIL, 2002).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), os determinantes de transmissão para a dengue classificam-se em macro e micro. Os macro-determinantes classificam-se didaticamente em ambientais (latitude: 35° N a 35°S; altitude: <2200m; temperatura: 15-40° C; e umidade: moderada a alta) e sociais (densidade populacional moderada ou alta; padrões de assentamento inadequados; habitações sem água encanada e com recipientes para armazenamento inadequadamente vedados; coleta de lixo deficiente, com acúmulo de recipientes descartáveis; e condições socioeconômicas). Os micro-determinantes da transmissão da dengue incluem fatores individuais referentes ao hospedeiro, agente causal ou vetor (OPAS, 1994).

A expansão geográfica da dengue e o aumento da incidência de casos têm sido frequentemente relacionados a fatores climáticos, como o aquecimento global e aos fenômenos *El Niño* e *La Niña*. Esses fatores influenciam a intensidade das chuvas e produzem alterações na biodiversidade dos países em

desenvolvimento, nas regiões tropicais e subtropicais, facilitando a permanência do *Aedes aegypti* (WHO, 2004).

Entretanto, a combinação de vários fatores estruturais e conjunturais favorece a expansão e a manutenção da circulação do vírus e seu vetor.

As mudanças demográficas ocorridas nos países subdesenvolvidos, geradas pelo fluxo migratório rural-urbano, levaram ao crescimento desordenado das cidades (TAUIL, 2002; MACHADO, 2007; FLAUZINO, SOUZA-SANTOS, OLIVEIRA, 2011; BARRADO, 2012). Os migrantes não conseguiram, na sua maioria, se empregar nos setores mais dinâmicos da economia, acabando por desempenhar atividades sem vínculos estáveis, sem condições adequadas de moradia e capacitação profissional. Esta população apresenta grande mobilidade no interior das cidades e entre elas, em busca de melhores condições de trabalho e moradia. Esta mobilidade aumenta a taxa de contatos sociais, aumentando conjuntamente as taxas básicas de reprodução dos parasitos e a ocorrência de epidemias (SABROZA et al., 1992).

O aumento da densidade demográfica gerou grandes problemas principalmente nas metrópoles do país. Como resultado desse crescimento, cerca de 20% da população das cidades vive em favelas, cortiços ou áreas de invasão (TAUIL, 2002; MACHADO, 2007; FLAUZINO et al., 2011; BARRADO, 2012; TEIXEIRA et al., 2002).

O saneamento básico, principalmente o abastecimento de água e a coleta de lixo, são insuficientes ou inadequados nas periferias das grandes metrópoles, o que ocasiona o aumento do número de criadouros potenciais para o mosquito vetor (TAUIL, 2002; FLAUZINO et al., 2011; BARRADO, 2012).

Estudos realizados em diversas capitais brasileiras evidenciaram relação entre risco de dengue e níveis socioeconômicos, mostrando haver associação positiva entre maiores riscos de transmissão da doença e piores níveis socioeconômicos da população (ALMEIDA, 2004; MEDRONHO, 1995; COSTA; NATAL, 1998; SIQUEIRA et al., 2004). Teixeira, Medronho (2008) e Barrado (2012) encontraram associação inversa entre percentual de população com água canalizada e incidência de dengue. No entanto, há investigações que não apresentaram os mesmos resultados evidenciando ausência de associação entre risco de ocorrência de dengue e níveis socioeconômicos (BARCELLOS et al., 2005; VASCONCELOS et al., 1998; MACHADO, 2007).

A inadequada infraestrutura básica urbana somada à ausência de políticas públicas, dificultam o controle vetorial (TAUIL, 2002; DONALÍSIO, GLASSER, 2002; FARRAR et al., 2007). Esta inadequação propicia a ocorrência de reservatórios de água impróprios que segundo Lagrotta et al. (2008) são potenciais macrocriadouros e assumem importância maior para a manutenção das altas densidades do vetor da doença. Entretanto, é importante verificar a contribuição de recipientes contendo água, como vasos de flores, plantas aquáticas e outros utilizados para o mesmo fim (TAUIL, 2001; BARRADO, 2012).

Outros fatores de interesse mercadológico que levam à produção de grande quantidade de objetos e vasilhames descartáveis contribuem de maneira significativa para a dispersão do vetor, pois os mesmos podem ser descartados de forma inadequada possibilitando o acúmulo de lixo e formação de criadouros de mosquito (TAUIL, 2002; DONALÍSIO, GLASSER, 2002; FARRAR et al., 2007; LAGROTTA et al., 2008).

A rápida mobilidade de grupos populacionais tem sido apontada como um fator de disseminação viral (TAUIL, 2002; DONALÍSIO, GLASSER, 2002; FARRAR et al., 2007) bem como a intensificação das trocas comerciais entre os países (FLAUZINO et al., 2011) e o aumento do tráfego aéreo (TEIXEIRA et al., 2002).

Flauzino et al. (2011) referem que as condições socioeconômicas e culturais das populações também podem interferir no cuidado com o saneamento doméstico e, portanto, ser um elemento provável no controle da doença.

2.4 DENGUE NO BRASIL E NO RIO DE JANEIRO

Os primeiros relatos da dengue no Brasil são de 1685 em Pernambuco, 1692 em Salvador, 1851-53 e 1916 em São Paulo (PEDRO, 1923). 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 (MEIRA, 1926; PEDRO, 1923).

Não foram observadas novas ocorrências entre 1923 a 1980 (PEDRO, 1923; PINHEIRO, CORBER, 1997), pois o *Aedes aegypti* foi considerado erradicado do Brasil e em mais de 17 países das Américas entre 1950 e 1960 (NOGUEIRA et al., 1993).

Devido à elevada circulação do vírus da dengue nas Américas e à reinfestação pelo *Aedes aegypti*, houve a reintrodução da doença no Brasil na década de 80. Desde então mais de 60% dos casos notificados nas Américas ocorreram no Brasil (PENNA ML, 2003; REIS et al., 2013; NOGUEIRA et al., 1993; PINHEIRO, CORBER, 1997).

A primeira epidemia de dengue documentada no Brasil foi em Boa Vista (Roraima), entre 1981 e 1982, ocasionada pelos vírus DENV-1 e DENV-4. Esse surto foi interrompido por medidas locais de controle do vetor e durante quatro anos não foram notificados outros casos de dengue na região e em todo território nacional (OSANAI, 1984).

Em março de 1986 foi detectado o vírus DENV-1 na cidade de Nova Iguaçu (Rio de Janeiro). A epidemia se espalhou para as cidades vizinhas incluindo a capital, Rio de Janeiro (OSANAI, 1984; VITA et al., 2009). O DENV-1 provocou uma epidemia de dengue clássica (SCHATZMAYR et al., 1986), se tornando um problema de saúde pública no âmbito nacional (SCHATZMAYR, 2000).

Em 1990 foi detectado o DENV-2 na cidade de Niterói (Rio de Janeiro) (NOGUEIRA; EPPINGHAUS, 2011), sendo notificados entre 1990 e 1991 os primeiros casos de febre hemorrágica da dengue (TEIXEIRA et al., 1999) e óbitos (VITA et al., 2009). Com a circulação simultânea do DENV-1 e DENV-2 o estado do Rio de Janeiro teve uma grande epidemia de dengue, com um total de 140.000 casos reportados de febre hemorrágica da dengue e síndrome do choque da

dengue (RESENDES, 2010). Nesta epidemia foram confirmados 462 casos de FHD e oito óbitos (PASSOS, FIGUEIREDO, 2011; NOGUEIRA et al., 1999).

Ao final da década de noventa, 23 Unidades Federadas já haviam registrado casos de dengue, com circulação simultânea dos sorotipos DENV-1 e DENV-2 em 19 delas (TEIXEIRA et al., 2002).

Entre 1990 e 2000, várias epidemias ocorreram, principalmente nas maiores áreas urbanas do Sudeste e do Nordeste, onde a maioria dos casos estavam concentrados (PESSANHA et al., 2012). Foram notificados 49 óbitos por FHD no país (PASSOS, FIGUEIREDO, 2011).

Em 1996 foi elaborado o Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* denominado PEAA, que previa diversas ações integradas nas áreas de informação, educação, infraestrutura e comunicação social, entretanto não se conseguiu implementar todas as ações programadas (REIS et al., 2013). Neste momento, a organização do espaço dos grandes centros urbanos e a situação da população de mosquitos no país levou à conclusão de que a erradicação do *Aedes aegypti* não era mais viável. Ocorre então a mudança de estratégia tendo como foco não mais a erradicação, mas sim o controle vetorial (PENNA, 2003).

Com o fracasso na implementação das medidas instituídas pelo PEAA, a então Fundação Nacional de Saúde (Funasa), responsável pela coordenação do controle da dengue, elaborou o “Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue” (REIS et al., 2013).

Em 2000 o Ministério da Saúde brasileiro, em colaboração com a OPAS, realizou um seminário internacional para avaliar a epidemia de dengue e preparar o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)(PESSANHA et al., 2012). O PNCD teve como um dos objetivos garantir a assistência adequada em tempo oportuno, reduzindo conseqüentemente a letalidade da doença. O PNCD previa ações visando à melhoria na qualidade da assistência, com a organização dos serviços de saúde em seus diferentes níveis e a elaboração de planos de contingência nos estados e municípios para fazer frente ao risco de ocorrência de epidemias (FUNASA, 2002).

Ainda em 2000, enquanto o PNCD estava em fase de idealização, ocorreu a introdução de uma nova cepa, o DENV-3, considerado o mais agressivo entre os três sorotipos identificados até então. O DENV-3 foi identificado em São Paulo (ROCCO et al., 2001), sendo depois isolado no município de Nova Iguaçu. Como

esperado, o DENV-3 disseminou-se para as regiões metropolitanas do estado do Rio de Janeiro e outros municípios e rapidamente se espalhou por todo Brasil (NOGUEIRA et al., 2001). Este crescimento possivelmente se deu à circulação intensa do DENV-3, muito embora os dois outros sorotipos também tenham sido isolados no curso destas epidemias (SCHATZMAYR, 2000; TEIXEIRA G et al., 2002).

Entre final de 2001 e início de 2002, o estado do Rio de Janeiro atingiu os maiores níveis de incidência, estendendo-se para outros estados e ocasionando mais de trinta óbitos (SCHATZMAYR, 2000). O número de casos das formas graves aumentou, resultando em uma das maiores epidemias do país, quando foram notificados 150 óbitos por FHD (PASSOS, FIGUEIREDO, 2011).

A população da cidade do Rio de Janeiro se viu diante da pior epidemia registrada com aumento do risco de óbitos por infecção sequencial e também pela maior virulência dessa nova cepa (VITA et al., 2009).

O Brasil então ficou sendo responsável pelo maior número de casos notificados de dengue por ano, segundo a OMS, tendo relatado cerca de 3,5 milhões de casos entre 2000 e 2005. Isso representa 78% de todos os casos notificados nas Américas (aproximadamente 4,5 milhões de casos) e 61% dos casos no mundo (cerca de 5,7 milhões) (TEIXEIRA et al., 2009).

Os três sorotipos (DENV-1, DENV-2 e DENV-3) se propagaram pelo país até o final de 2006, quando 25 estados já apresentavam a circulação desses sorotipos (NOGUEIRA et al., 2001; LANCIOTTI et al., 1994). De 1986 até o final de 2006 foram notificados no Brasil em torno de 4.300.000 casos de dengue (NOGUEIRA et al., 2007; DE SIMONE et al., 2004).

Na epidemia de 2008 houve predomínio da circulação do DENV-2 em uma população sensibilizada pelo DENV-3, ocorrendo um aumento do número de casos de febre hemorrágica da dengue e dengue com complicações, e de internações. Esse cenário levou a um aumento no número de casos, de formas graves e de hospitalizações em crianças, principalmente no Nordeste do país. Foi o pior cenário da doença no Brasil em relação ao total de internações e de óbitos até o momento (BARRETO, TEIXEIRA, 2008).

O Rio de Janeiro vivenciou uma epidemia caracterizada pela ocorrência de dengue grave entre os mais jovens, afetando principalmente indivíduos com

menos de 15 anos de idade (HONORIO et al., 2009; JAIN, CHATURVEDI, 2010; GIRALDO et al., 2011; GIBSON G et al., 2013).

As epidemias de 2002 e de 2008 marcaram a história da doença na cidade do Rio de Janeiro. Em 2002 foi verificada a maior epidemia em número de casos, e em 2008 ocorreu a epidemia com maior número de casos graves e de mortes (BARRETO, TEIXEIRA, 2008). Em 2008, embora a incidência da dengue na cidade do Rio de Janeiro tenha sido mais baixa que em 2002, a mortalidade foi quatro vezes maior. O fato pode estar associado à maior susceptibilidade da população, maior virulência do DENV-2 e ainda à sequência de infecções sucessivas pelos diversos sorotipos da dengue, ao longo dos últimos anos (FREITAS, 2012).

Em 2010 o DENV-4 ressurgiu no país, em Boa Vista, e se propagou para diferentes regiões geográficas do Brasil, com casos notificados de dengue no Norte, Nordeste e Sudeste (DE SOUZA et al., 2011).

Em 2011, ano de reintrodução do DENV-1, no Rio de Janeiro houve um aumento da mortalidade por dengue, para taxas duas vezes mais elevadas que as observadas em 2002, embora a taxa de incidência tenha sido 50% menor, na comparação dos dois anos (FREITAS, 2012). Neste mesmo ano o DENV-4 foi isolado na cidade de Niterói (Rio de Janeiro) (NOGUEIRA, EPPINGHAUS, 2011).

O estado do Rio de Janeiro registrou o maior número de casos de dengue entre 2001 e 2010, com 16% do total de casos ocorridos no país. O município do Rio de Janeiro, cidade de grande relevância comercial e turística, teve altos índices de notificação de dengue, que correspondem a 51% dos casos notificados no estado no mesmo período (FREITAS, 2012).

Frente à situação epidemiológica da dengue no país e à necessidade de implementação de medidas que auxiliassem o controle do vetor e a redução da letalidade da doença, o Ministério da Saúde em parceria com o Conass e o Conasems elaborou em 2009 o documento chamado “Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue”.

As Diretrizes visam orientar os gestores e técnicos na adequação dos planos de contingência contra a dengue nos níveis estaduais, regionais, metropolitanos ou locais. De forma complementar, foi publicada a nota técnica nº118/2010 CGPNCD/DEVEP/SVS/MS que propõe uma matriz para fazer a predição de áreas mais vulneráveis para a ocorrência de dengue no período entre

o segundo semestre de 2010 e o primeiro semestre de 2011, direcionando as ações de controle (BARRADO, 2012)

2.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE FRENTE À DEMANDA DE CASOS DE DENGUE

A Constituição Federal Brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal, integral e gratuito a toda a população, ficando o governo com o dever de assegurar a todos os cidadãos o direito à saúde (CONSTITUIÇÃO, 1988). A Lei 8080 regulamentou as ações e serviços de saúde no território nacional e a lei 8142, definiu as instâncias colegiadas do SUS, ambas em 1990.

O caráter do sistema de saúde passou a ser preventivo e coletivo e não mais individualista como o sistema até então em vigor. A implantação do SUS foi de fundamental importância para a garantia e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Para tanto, a descentralização da gestão foi estrategicamente induzida pela formulação e instituição das normas operacionais e de assistência à saúde, editadas entre 1993 e 2002, que buscaram consolidar o pleno exercício do poder público municipal na função de gestor da atenção à saúde (BRASIL, 1993; BRASIL, 1996; BRASIL, 2001).

Mais recentemente, com a edição do pacto pela saúde, novas diretrizes foram propostas para as políticas de saúde, reafirmando a municipalização e a organização do sistema, por meio da atenção básica, como caminho para a consolidação do SUS (BRASIL, 2006; CUNHA, VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

A Atenção Primária à Saúde foi aprovada em 1978 na Declaração da Conferência de Alma Ata, como a principal estratégia para atingir a meta “Saúde para Todos” no ano 2000 (FERREIRA, 2008).

A OMS apoiou a adoção das medidas de expansão da atenção primária através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na construção da atenção primária dos serviços de saúde (WHO, 2008). Em relação a tais medidas existem evidências, no plano internacional, que revelam a contribuição da atenção primária na melhoria da saúde individual e coletiva, e os ganhos indiretos, como a redução dos custos do sistema e das desigualdades entre os subgrupos populacionais (STARFIELD, 2004; STARFIELD, SHI, 2007; ASSIS, JESUS, 2012).

Desde 1994 o Ministério da Saúde brasileiro vem incentivando a expansão, em todas as unidades federativas, da atenção primária por meio da ESF (FERREIRA, 2008). No entanto, algumas barreiras foram encontradas para a sua implementação. No Brasil, a reorganização das ações no nível local não transcorreu de forma homogênea. Primeiro, devido ao pequeno porte de grande parte dos municípios que enfrentaram dificuldades no planejamento e na organização dos seus sistemas (NICOLETTO et al., 2005); depois, pela distribuição desigual da oferta de recursos humanos e da capacidade instalada (SOUZA, 2001) e, por fim, pelas características dos governos municipais e da gestão dos sistemas locais (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007).

A Estratégia Saúde da Família é constituída como o primeiro nível de atenção às pessoas com o encargo de "reestruturar a atenção prestada pelo SUS em todo o território nacional e como estratégia de implantação do SUS em localidades onde não avançou a política de saúde" (MARSIGLIA et al., 2005).

Um dos mais importantes resultados da ESF foi a melhora do acesso aos serviços básicos de saúde para a população (KANTORSKI et al., 2006). Porém, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) (ASSIS, JESUS, 2012).

O acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária é um tema com uma grande riqueza teórica e está relacionado à capacidade de os pacientes acessarem uma unidade de saúde, à facilidade em se obter uma consulta, à disponibilidade e ao uso dessa unidade como o primeiro contato para solucionar problemas de saúde (STARFIELD, 2004).

Donabedian (1990) define o acesso como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Esta visão é compartilhada por Starfield (2004), para quem o acesso consiste no primeiro requisito para que a atenção primária, de fato, torne-se porta de entrada para o sistema de saúde, sendo necessária a eliminação de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais (AZEVEDO, COSTA, 2010).

Fekete (1996) identifica quatro dimensões da acessibilidade: *Dimensão geográfica* que se refere a aspectos físicos impeditivos ao acesso e à distância entre a população e os recursos; *Dimensão organizacional* que se refere a obstáculos originados no modo de organização do serviço; *Dimensão*

sociocultural que se refere a perspectivas da população; *Dimensão econômica* que se refere ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência.

Para categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, Giovanella e Fleury (1995) adotam uma abordagem teórica com quatro dimensões explicativas: a dimensão econômica referente à relação entre oferta e demanda; a dimensão relativa à planificação e à organização da rede de serviços; a dimensão relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e a dimensão simbólica como o modelo das representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde. Referem-se, também, às dimensões específicas do acesso como: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade.

As políticas de saúde devem ser capazes de eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, de enfrentar a mercantilização do setor saúde e a desproporção oferta/demanda existente; e de construir uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral (ASSIS, JESUS, 2012).

No entanto, observam-se alguns limites do acesso aos serviços básicos de saúde: a baixa capacidade de interação entre as equipes da atenção básica (unidades tradicionais e ESF); a desintegração entre a ESF e os demais níveis de complexidade do sistema; e a limitada competência da atenção primária em suas relações com outros setores da sociedade e do governo (SOUSA, 2008).

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como sendo os fatores relacionados: a necessidade de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização – recursos disponíveis e características das ofertas (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), e à política de saúde (TRAVASSOS et al., 1999). Para Donabedian (2003), o acesso indica o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, é um dos aspectos da oferta de serviços, se refere à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, o que vai além da mera disponibilidade de recursos em um dado momento e lugar.

A capacidade do sistema, serviço ou procedimento de saúde para solucionar as demandas, necessidades e os problemas que lhes são apresentados são temas de grande importância, 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 (UCHIMURA, BOSI, 2002).

O SUS preconiza a hierarquização dos serviços, onde a atenção primária seja a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde e que os processos de trabalho funcionem de forma integrada, de modo que os pacientes só sejam encaminhados à unidade de referência caso o problema não possa ser resolvido naquele nível de complexidade. Neste contexto 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 (ESASHIKA, 2012).

A rede de atenção à saúde em todos os níveis de assistência deve estar preparada para atender a demanda dos casos suspeitos de dengue com a qualidade desejada (ESASHIKA, 2012). A organização da atenção primária a saúde é fundamental como porta de entrada do SUS, com acesso geográfico facilitado, mantendo a qualidade e quantidade ideais para dar suporte a uma determinada região. 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 (ESASHIKA, 2012).

A organização da rede de serviços de saúde, desde a atenção primária, com fluxo definido para os diferentes níveis de complexidade, apoio laboratorial e presença de médicos, enfermeiros e demais profissionais capacitados, é medida reconhecida como necessária para evitar a elevada ocorrência de óbitos por dengue, seja na América Latina, seja no Sudeste Asiático ou outra região endêmica no mundo (TEIXEIRA et al., 2005; BRASIL, 2002; FIGUEIRÓ et al., 2011).

2.6 SERVIÇOS DE SAÚDE E GRAVIDADE DA DENGUE

Segundo dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, verifica-se uma tendência crescente dos casos de febre hemorrágica e de óbitos por dengue na última década, com uma taxa média de letalidade de 6,8% entre 2000 e 2009. A Região Nordeste do Brasil registrou o maior número de casos da doença no país, entre os anos de 1981 a 2007, bem como alta proporção de febre hemorrágica e óbitos por dengue, menor apenas do que o registrado na Região Sudeste, considerando o período de 1990 a 2007 (TEIXEIRA et al., 2009; FIGUEIRÓ et al., 2011).

Embora não se disponha de tratamento específico para a dengue e não se conheçam ainda os mecanismos que predispõem ao agravamento dos casos, os quadros graves e mortes pela doença poderiam ser evitados ou reduzidos adotando-se medidas de suporte terapêutico comprovadamente eficazes e disponíveis nos serviços de saúde (TORRES, 2006; SINGHI et al., 2007; FIGUEIRÓ et al., 2011). O manejo clínico adequado e o diagnóstico precoce dos casos graves de dengue seriam suficientes para reduzir a letalidade aos níveis considerados aceitáveis (1% de letalidade) pela Organização Mundial de Saúde.

A estruturação dos serviços de saúde frente ao atendimento dos pacientes com suspeita de dengue é imprescindível tanto no aspecto geográfico, quanto no estrutural e organizacional. Diversos autores discutem a influência da organização dos serviços da saúde frente à ocorrência de casos graves e óbitos por dengue.

Khun, Manderson (2007) concluíram que as hospitalizações e mortes por dengue em bebês e crianças pequenas no Camboja estão associadas com atrasos na procura de atendimento médico, no diagnóstico e no tratamento adequado. Vicente et al. (2013) analisando a epidemia de dengue no ano de 2011 em Vitória, verificaram que a demora no atendimento, a falta de infraestrutura urbana e a alta endemicidade foram identificadas como possíveis fatores de risco para gravidade da dengue. Vinhal (2008) investigou os óbitos por dengue em um estado brasileiro e verificou que os pacientes que evoluíram ao óbito haviam sido internados no mesmo dia, o que pode refletir indiretamente a qualidade da assistência prestada antes da chegada ao hospital.

Discussões sobre os possíveis fatores condicionantes do agravamento e dos óbitos por dengue vêm sendo realizadas. Arya e Agarwal (2013) relatam diversas lacunas de conhecimento dos médicos frente ao atendimento aos casos de dengue. Ho et al. (2013) mostraram uma falta de familiaridade com a identificação precoce de casos e a definição das características clínicas importantes de dengue entre os profissionais de saúde em Taiwan, apontando uma real necessidade da educação continuada para melhorar a qualidade do atendimento e o controle da dengue; Humayoun et al. (2010) sugeriram que os médicos de cuidados primários devem ser treinados em relação ao reconhecimento dos sinais de alarme e identificar pacientes com alto risco de desenvolver a FHD/SCD. Ang et al. (2010) em seu estudo verificaram que a maioria dos pacientes internados por dengue havia sido atendida anteriormente na atenção primária à saúde, porém esses não receberam informações sobre prevenção e controle da doença. Gibson et al. (2013) concluíram que a liberação precoce de pacientes com quadro febril e potencialmente graves pode ter sido consequência do atendimento médico prestado nas unidades de atenção primária, sugerindo deficiências na aplicação do protocolo de classificação de risco de dengue e triagem de pacientes. Os autores relacionam estes eventos ao nível de conhecimento da equipe de saúde, à falta de adequado manejo clínico para tratamento da dengue e à limitação da atenção primária para evitar as formas graves da doença.

A letalidade 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 (TORRES, 2006). Sendo assim, a atenção médica oportuna e adequada, bem como uma estrutura organizada de cuidado aos pacientes são indispensáveis para reduzir a letalidade (CAVALCANTI et al., 2010).

Neste contexto a organização dos serviços de saúde, tanto na área de vigilância epidemiológica quanto na prestação de assistência médica, é essencial para reduzir a letalidade e conhecer o comportamento da dengue, sobretudo em períodos de epidemia. Nessas situações, é mandatária a efetivação de um plano de contingência que contemple as necessidades de recursos humanos e

financeiros, apoio diagnóstico e a identificação de unidades de referência (BRASIL, 2007).

O governo tem investido em ações integradas de saúde, educação, comunicação e mobilização social, a partir de atividades preconizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em especial da Saúde da Família (SILVA et al., 2011).

Desde 2008 os Governos Estadual e Municipal do Rio de Janeiro utilizaram medidas de contenção da epidemia de dengue com a implementação de tendas de hidratação disponibilizadas para tratamento de pacientes com a suspeita de dengue. As tendas possuíam estrutura para realização de exames clínicos essenciais, cadeiras de hidratação, medicamentos elementares e equipes de profissionais de saúde treinados no manejo clínico. Desde então, os planos municipais de contingência das epidemias de dengue possuem este instrumento em casos de aumento do número de casos. A implementação de tal ação possibilitou aumentar o acesso dos pacientes ao tratamento adequado em tempo hábil, realizando oportunamente um diagnóstico precoce e tratamento eficaz. O objetivo foi diminuir a demanda para as unidades hospitalares, reduzir a ocorrência de casos graves da doença e o óbito (SANTOS, 2012).

Estudos avaliando os impactos da implementação de tendas de hidratação durante epidemias são escassos, mas para Marra et al. (2011) a experiência das tendas de emergência no Rio de Janeiro em 2008 foi positiva e contribuiu para o diagnóstico e tratamento de casos de forma oportuna, proporcionando a redução de complicações e desfechos fatais em pacientes graves.

2.7 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O Programa Nacional de Controle da Dengue possui dez componentes, um deles é a vigilância epidemiológica que possui como objetivos: detectar casos de forma oportuna para orientar medidas de controle, ter o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como o único sistema de notificação, realizar acompanhamento quinzenal da situação epidemiológica, com notificação simplificada dos casos em epidemias, promover capacitação profissional em estados e municípios, e elaborar mapas para monitoramento epidemiológico dos casos (BRASIL, 2002; BARRADO, 2012).

Vigilância epidemiológica é o processo sistemático de coleta, análise, interpretação e disseminação de informação com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de problemas de saúde (MEDRONHO, 2011).

No Brasil, a dengue é uma doença de notificação compulsória, devendo ser comunicada às autoridades sanitárias locais por profissionais de saúde e responsáveis por instituições públicas ou particulares de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Todos os casos suspeitos da doença atendidos em qualquer nível do sistema de saúde (primário, secundário e terciário) em unidades de saúde públicas ou privadas devem ser notificados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica. Para os casos de febre hemorrágica, a notificação deve ser imediata (WHO 1997).

No Brasil, a vigilância da dengue utiliza dois sistemas de informação: Sistema de Informações sobre Febre Amarela e Dengue (SISFAD), que registra as atividades de vigilância entomológica e o SINAN, que registra os casos confirmados e suspeitos da doença. Esses sistemas possuem lógica e objetivos diferentes que dificultam a sua interação. Essa vinculação seria indispensável para verificar a presença simultânea de infestação pelo vetor e casos da doença, condição para o surgimento de surtos de dengue (RESENDES, 2010).

Neste sentido, as condutas da vigilância epidemiológica devem permitir o acompanhamento da curva epidêmica, com vistas ao desencadeamento e avaliação das medidas de controle. As medidas de controle devem manter a

eficiência através da realização de atividades desempenhadas de forma sistemática e integrada.

A vigilância epidemiológica objetiva atuar sobre determinantes sociais, responsabilidade sanitária, investigação, análise, interpretação, controle, prevenção e integração com os diversos setores da saúde e outros setores a fim de influenciar positivamente no processo saúde - doença e na qualidade de vida do indivíduo e da população.

2.8 AVALIAÇÃO E ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A conceituação da adequação do cuidado considera a disponibilidade de serviços segundo as necessidades da população (NORONHA et al., 2004), definidas em termos de quantidade, distribuição espacial e emprego das melhores práticas (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2008).

Naylor (1998) ressalta que o cuidado apropriado depende entre outras questões, dos recursos disponíveis em um determinado sistema de saúde. Neste contexto é importante reconhecer o processo de saúde como um fenômeno complexo, que envolve determinações de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica, impõe a necessidade de uma relação estreita entre as práticas e as necessidades, no sentido de modificar determinadas situações de saúde, atendendo ou não às necessidades de uma dada população.

A adequação dos serviços e a qualidade do atendimento estão intimamente relacionadas ao grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade dos resultados desejados, e que sejam consistentes com o conhecimento profissional (CHASSIN, GALVIN, 1998; KELLEY, HURST, 2006).

A qualidade na assistência à saúde tem um campo amplo que abrange questões que estão relacionadas desde o acesso das populações aos serviços necessários até a adequação destes à demanda. São necessárias medidas de avaliação e intervenção que não somente apreciem os resultados, mas também que explorem todo o processo do sistema, desde a provisão de componentes estruturais e financeiros até a qualificação profissional e gerenciamento dos processos de trabalho.

É nesta vertente que a avaliação ganha relevância (SILVA, FORMIGLI, 1994), sendo fundamental o desenvolvimento de modelos com o objetivo de traduzir os princípios e diretrizes para a implantação de um sistema de saúde universal e equânime a toda a população, transformando em práticas institucionais efetivas o direito à saúde (MENEZES, 2011).

Felisberto (2004) relata que a avaliação tem o sentido de se incorporar à rotina das organizações de saúde, acompanhando todo o processo de planejamento e gestão das políticas e programas. A avaliação deve constituir-se em um instrumento fundamental para a gerência ágil e fácil das mudanças pretendidas, as quais devem ser incorporadas sistematicamente aos serviços,

revelando se as atividades desenvolvidas no seu âmbito são adequadas e compatíveis em relação à realidade sanitária local e qual o seu impacto sobre o nível de saúde da população.

Na concepção de Minayo (2005), a avaliação é uma emissão de juízo de valor sobre determinada intervenção e deve ser incluída no processo de planejamento das ações, subsidiando a gestão, com o objetivo de melhorar seu desempenho (MINAYO et al., 2005).

Segundo Contandriopoulos (2006), é preciso questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e os julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias. Para a avaliação em saúde é necessária uma análise da multiplicidade dos determinantes e condicionantes de saúde em vários níveis de complexidade e vulnerabilidade de suas articulações (HARTZ, 1997).

Não se pode falar de uma intervenção sem levar em conta os diferentes atores que ela envolve, pois a credibilidade da avaliação depende da formação dos responsáveis pelas decisões, das suas experiências, das suas concepções sobre os desafios, dos seus interesses, em resumo, das suas posições no sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Em suma, temos a necessidade de formulação e aprofundamento de decisões tanto dos gestores e planejadores como dos profissionais envolvidos, perfilados e baseados em conhecimentos científicos sólidos e que atendam as necessidades sanitárias de populações específicas (MENEZES, 2011).

Donabedian (1980) propõe o modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde que adota uma abordagem sistêmica baseada em três componentes básicos: a estrutura, o processo e o resultado. De uma forma geral, entende-se por estrutura as “características relativamente estáveis dos prestadores de serviços, das ferramentas e recursos disponíveis e do contexto físico e organizacional no qual trabalham” Sendo assim, a estrutura corresponderia a um conjunto de recursos utilizados: físicos, materiais, humanos, financeiros e administrativos (PITTA, 1992). O processo diz respeito às atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. O resultado seria o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (DONABEDIAN, 1980).

Neste contexto, as avaliações de processo investigam se a intervenção ou serviço está sendo ofertado adequadamente à população, se sua qualidade é apropriada, se a população está efetivamente utilizando o serviço, e se a cobertura alcançada é apropriada (BRASIL, 2009).

Segundo Contandriopoulos (2006) avaliar pode ser definido como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionar e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação normativa busca estudar cada um dos componentes de uma intervenção em relação às normas e critérios estabelecidos. É a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. Logo, existem três tipos de apreciação: Estrutura, Processo e Resultados como visto no fluxograma 3 (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

- A Apreciação da Estrutura visa saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados.
- A apreciação do Processo objetiva saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. A apreciação do processo de uma intervenção visando oferecer serviços para uma clientela pode ser decomposta em três dimensões: a dimensão técnica, a dimensão das relações interpessoais e a dimensão organizacional.
- A Apreciação dos Resultados consiste em verificar se os resultados observados correspondem aos esperados.

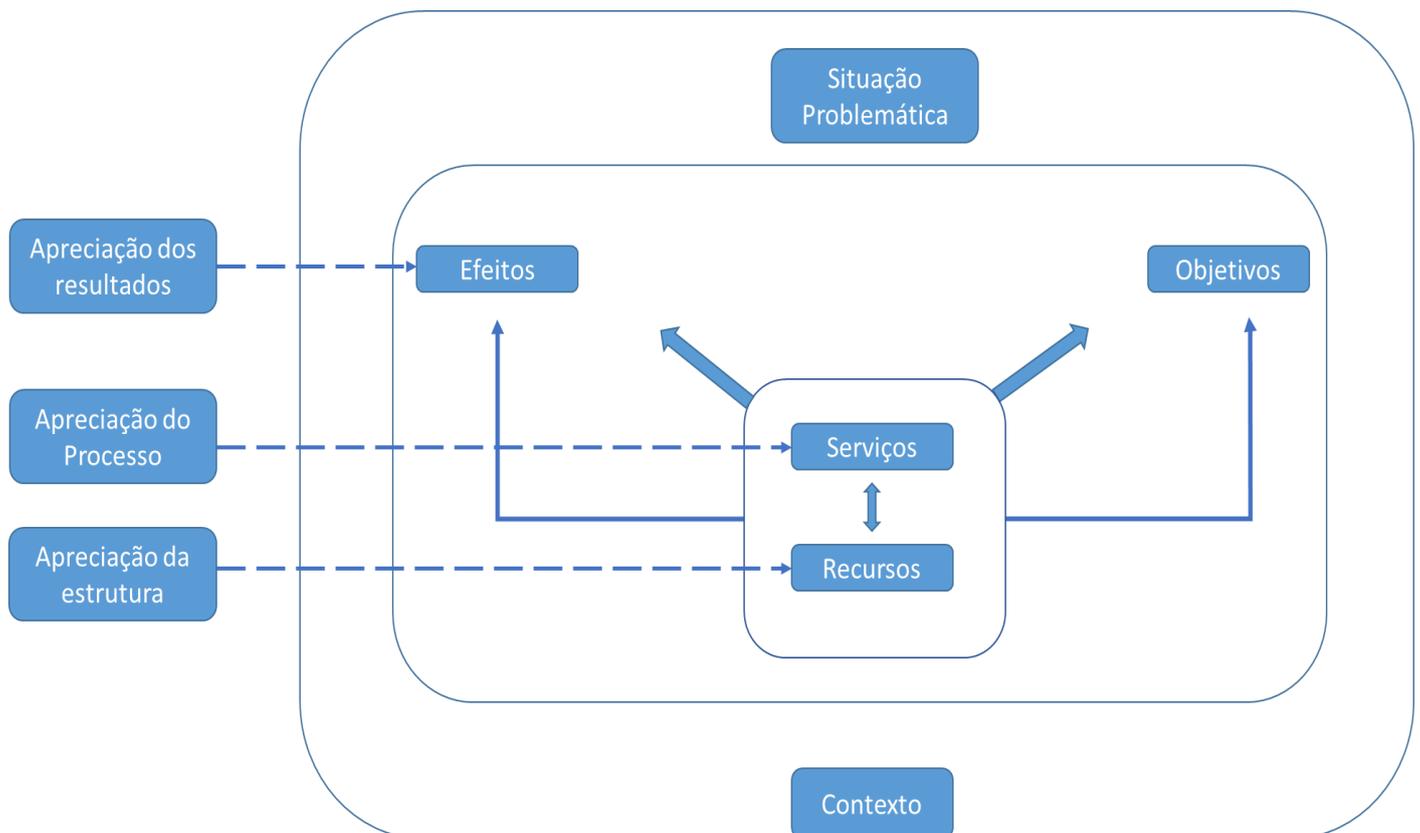
A avaliação normativa permite verificar como os fatores de estrutura e processo influenciam a adequação das unidades de saúde aos cuidados necessários aos pacientes com suspeita de dengue.

Adequação do serviço de saúde corresponde ao sistema de saúde oferecido à população, com componentes estruturais e de processo que viabilizem uma assistência à saúde qualificada e livre de eventos adversos. São os recursos necessários à produção dos serviços, o que constitui a oferta na relação oferta/demanda.

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue estabelecem os requisitos básicos do atendimento aos pacientes com suspeita de dengue atendidos em todos os níveis de complexidade.

Neste trabalho, procurou-se triangular a capacidade de resposta das unidades de saúde da atenção primária da AP 33 com as demandas do atendimento aos pacientes com suspeitas de dengue verificando, através da avaliação dos componentes “estrutura” e “processo”, o nível de adequação destas unidades.

FLUXOGRAMA 3: Aspectos da avaliação normativa (HARTZ, 1997).



3. JUSTIFICATIVA

De acordo com a literatura científica, a cidade do Rio de Janeiro apresenta uma grande variação na ocorrência da dengue, com altas incidências e com registro de casos graves. Apesar desse cenário, pouco se conhece acerca da capacidade do serviço de saúde, principalmente da atenção primária, quanto a sua adequação para o atendimento da população.

Diante do exposto, surgem alguns questionamentos: As unidades de saúde estão adequadas às Diretrizes Nacionais (BRASIL, 2009) para atender a população com suspeita de dengue? Qual o cenário da distribuição geográfica das notificações por dengue e das unidades de saúde? A população tem buscado atendimento em unidades de saúde próximas as suas residências? Caso não, quais os fatores envolvidos no deslocamento da população em busca de diagnóstico e tratamento para dengue?

Partimos da hipótese que a população de um determinado bairro esteja se deslocando para unidades de saúde mais distantes e/ou unidades hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento como porta de entrada do SUS.

Logo, nesse estudo, procurou-se triangular a capacidade de resposta das unidades de saúde da atenção primária com as demandas do atendimento aos pacientes com suspeita de dengue, verificando através dos componentes “estrutura” e “processo” o nível de adequação destas unidades, bem como verificar o fluxo que os residentes percorrem em busca de atendimento.

Diante do grande número de unidades de saúde e de registros de dengue no Município do Rio de Janeiro, optamos por fazer um recorte geográfico para o estudo, focando nos serviços de saúde e população dos bairros que se encontram na Área Programática (AP) 33. A escolha dessa Área Programática se deu diante da proximidade da autora principal com os serviços de saúde da AP 33 e com a facilidade na logística de visita as unidades de saúde da área.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a adequação dos serviços de saúde da atenção primária localizados nos bairros da Área de Planejamento 33 do município do Rio de Janeiro para atenção aos pacientes com suspeita de dengue.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil epidemiológico das notificações de dengue dos residentes da área de Planejamento 33
- Descrever em quais bairros e unidades de saúde do município do Rio de Janeiro estão sendo notificados os casos de dengue originados da população residente nos bairros da Área de Planejamento 33 da cidade do Rio de Janeiro entre 2011 e 2013.
- Caracterizar as unidades de saúde da Área de Planejamento 33 quanto à estrutura e processos de trabalho.
- Analisar a adequação dos serviços de saúde dos bairros da Área de Planejamento 33 do município do Rio de Janeiro, frente ao preconizado pelas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue.

5. METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O delineamento do estudo possui duas direções que se complementam para verificar a adequação dos serviços de saúde para atendimento de pacientes com suspeita de dengue. Uma das vertentes foi um estudo ecológico descritivo e a outra vertente foi pautada em uma avaliação normativa com apreciação da estrutura e processos de trabalho.

5.2 ÁREA DE ESTUDO

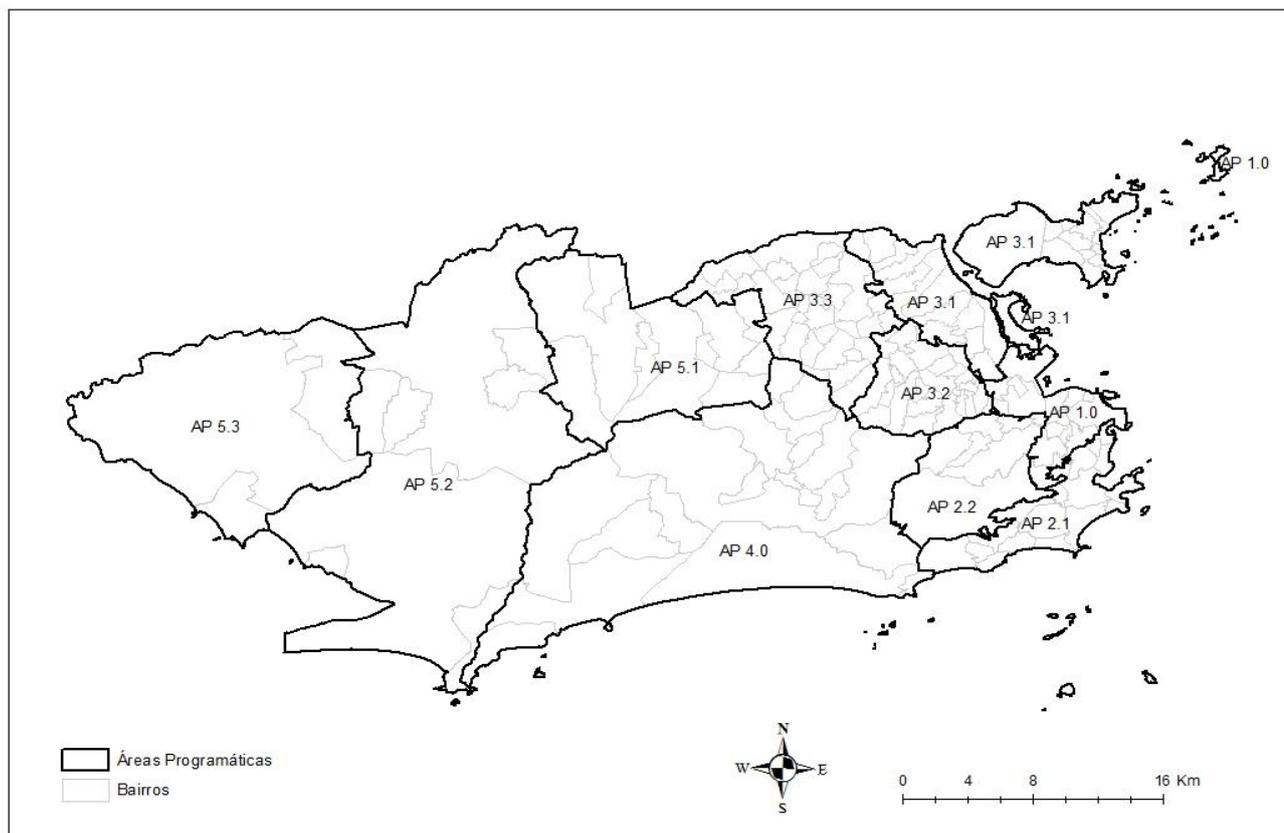
O Rio de Janeiro é a segunda maior metrópole e a segunda cidade mais populosa do Brasil, mantendo uma grande diversidade geográfica e demográfica. Situa-se no Sudeste do país, entre a latitude sul de 23° 04' 40" e a longitude oeste de 43° 47' 40". Cidade brasileira mais conhecida no exterior, maior rota do turismo internacional no Brasil e principal destino turístico na América Latina e em todo Hemisfério Sul. A população de 2010 segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) é de 6.320.446 habitantes, distribuídos em 2.084.241 domicílios. Possui elevada densidade demográfica principalmente em algumas áreas específicas caracterizadas por complexos de favelas. Representa o segundo maior PIB do país (IBGE/2007), e é sede das duas maiores empresas brasileiras: a Petrobrás e a Vale, e das principais companhias de petróleo e telefonia do Brasil, além do maior conglomerado de empresas de mídia e comunicações da América Latina. Contemplado por grande número de universidades e institutos, é o segundo maior pólo de pesquisa e desenvolvimento do Brasil, responsável por 19% da produção científica nacional, segundo dados de 2005.

O município é constituído por 160 bairros que podem ser agregados em 33 regiões administrativas e essas em 10 áreas programáticas (BARRADO, 2012).

As áreas programáticas são: 10, 21, 22, 31, 32, 33, 40, 51, 52, e 53. A coordenação de área 1.0 compreende a região do centro e portuária da cidade; a

2.1 abrange toda a zona sul. A 22, 31, 32 e 33 fazem parte da zona norte e Leopoldina. A áreas 40, 51, 52 e 53 comportam a zona oeste da cidade (MAPA 1).

MAPA 1: Município do Rio de Janeiro segundo áreas de planejamento.



A área de estudo selecionada corresponde à área programática 33, localizada na zona norte e possui 29 bairros (QUADRO 1) distribuídos em quatro regiões administrativas. A área possui 7689,88 km² e 952638 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) e possui 25 unidades de atenção primária à saúde, sendo 17 unidades tipo A¹ e 8 unidades tipo B².

Além das unidades descritas no quadro 3, a AP 33 possui 2 PAMs (unidade de atenção primária – SES), 2 hospitais gerais, 6 unidades de pronto-atendimento, 2 maternidades e 1 hospital especializado.

As duas unidades de atenção primária à saúde sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES) foram excluídas do estudo, pois não possuem equipes

¹ Unidade onde todo o território é coberto por equipes de saúde da família.

² Unidades mistas onde somente parte do território é coberto pela saúde da família. As demais são atendidas pela atenção tradicional. (SMS RJ, 2011)

de Estratégia de Saúde da Família, possuem um perfil de atendimento diferenciado das unidades municipais e apresentaram poucas notificações de dengue (PAM Coelho Neto: 4 notificações e PAM Cavalcanti: 2 notificações no período).

QUADRO 1: Distribuição das unidades de atenção primária à saúde, área e população nos 29 bairros da zona norte do município do Rio de Janeiro.

BAIRROS	POPULAÇÃO	ÁREA	UNIDADES DE SAÚDE
Acari	37347	160,55	CF Enfermeiro Marcos Valadão
Anchieta	55652	434,57	CF Maria Azevedo Rodrigues
Barros Filho	14049	172,39	_____
Bento Ribeiro	43707	303,78	_____
Campinho	10156	98,45	_____
Cascadura	34456	283,9	CMS Mario Olinto
Cavalcante	16141	192,41	_____
Coelho Neto	32423	251,2	CMS Fazenda Botafogo, CMS Morro União
Colégio	29245	226,11	CMS Professor Carlos Cruz Lima,
Costa Barros	28442	181,48	CMS Portus Quitanda, CMS Sylvio Frederico Brauner
Engenheiro Leal	6113	70,83	_____
Guadalupe	47144	382	CMS Policlínica Augusto Amaral Peixoto CF Josuete Santana de Oliveira, CF Raimundo Alves Nascimento
Honório Gurgel	21989	137,48	CMS Carmela Dutra
Irajá	96382	747,78	CMS Alice de Toledo Tibiriçá, CMS Clementino Fraga, CMS Edma Valadão
Madureira	50106	378,76	CFSouza Marques, CMS Alberto Borgerth
Marechal Hermes	48061	388,62	CF Maestro Celestino CF Dante Romanó Júnior
Oswaldo Cruz	17246	125,58	_____
Parque Anchieta	26212	390,58	CMS Flavio Couto Vieira
Parque Colúmbia	9202	151,71	_____
Pavuna	97350	831,14	CMS Nascimento Gurgel, CF Eptácio Soares Reis CF Manoel Fernandes de Araújo
Quintino Bocaiúva	31185	432,38	CF Carlos Nery
Ricardo de Albuquerque	29310	211,69	_____
Rocha Miranda	44188	288,67	_____
Turiação	34040	207,11	_____
Vaz Lobo	15167	110,12	_____
Vicente de Carvalho	24964	183,57	_____
Vila da Penha	25465	143,57	_____
Vila Kosmos	18274	151,93	CF Ana Maria dos Santos Correia
Vista Alegre	8622	51,52	_____
TOTAL	952638	7689,88	25 unidades de saúde

(CMS: Centro Municipal de Saúde, CF: Clínica da Família)

Continuação QUADRO 3

5.3 FONTE DE DADOS

Para o desenvolvimento do estudo, foram utilizados dados primários e dados secundários.

Os dados primários foram obtidos através de questionário aplicado aos gestores, profissionais de saúde e por meio da aplicação do roteiro de observação nas unidades de atenção primária à saúde da AP 33.

Os dados secundários foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação através da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

5.3.1 Dados secundários

Os dados referentes aos casos notificados de dengue foram obtidos junto à Superintendência de Vigilância em Saúde e à Coordenação de Vigilância Epidemiológica do Município do Rio de Janeiro.

Para o presente estudo foram selecionados todos os casos notificados em unidades de saúde do município, bem como todos os casos de residentes do município com suspeita de dengue, com início dos sintomas entre 01/01/2011 e 31/12/2013.

Foram identificadas 326.804 notificações. Os registros que possuíam todas as variáveis em branco, com apenas a variável “unidade de saúde” preenchida foram excluídos do banco (682 – 0,2%). Foi realizada a verificação inicial das unidades notificantes no Tabwin com os arquivos de “DEF” (de definição) da SMS/RJ compartilhados pela Divisão de Vigilância em Saúde da Coordenação de Área Programática 33.

Os nomes das unidades de saúde notificantes foram agregados aos números de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde e analisados no programa estatístico SPSS. Dentre o total de 326.804 notificações, 6 não tinham o registro do nome da unidade ou número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e foram excluídas. Foram identificadas 926 notificações que possuíam o nome da unidade, porém sem o número do CNES. Visando completar esta informação, esses números foram consultados no site do CNES disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/> e os registros devidamente preenchidos.

Foram verificados 646 registros sem endereço e logradouro de residência; outras 2391 notificações não apresentavam o registro de bairro. Essas notificações foram excluídas do banco. O banco final, após a exclusão dos incompletos ficou com 323.075 registros.

Foram então utilizadas as variáveis: ano de notificação, sexo, gestação, escolaridade, bairro de residência, unidades de saúde, data da notificação, data do início dos sintomas, sorotipo, classificação clínica e evolução.

Algumas variáveis foram criadas visando à identificação dos bairros de residência e unidades de saúde da atenção primária da AP 33. Além da criação da variável faixa etária segundo RIPSA, foram retirados os registros com resposta ignorada das variáveis sexo, escolaridade e gestação.

A malha digital dos setores censitários foi obtida do site do IBGE (www.ibge.gov.br).

5.3.1.1 Análise de dados

Na primeira etapa, foi realizada uma análise descritiva da distribuição das notificações por ano de notificação, sexo, gestação, escolaridade, data da notificação, data do início dos sintomas, sorotipo, classificação e evolução segundo bairro de residência e unidades de saúde de notificação no programa estatístico SPSS 20.

Na segunda etapa, foi utilizado o programa estatístico TerraView 4.22 para agregação dos polígonos visando dar origem à malha digital dos bairros.

Diante da criação de bairros em 2012, os códigos de identificação dos bairros em 2011 foram revistos e padronizados para os códigos de 2012.

Foram gerados mapas temáticos com o número de casos, percentual de casos com classificação clínica de dengue e percentual de casos com confirmação.

As variáveis bairro de residência da AP 33 e unidades de saúde notificantes foram utilizadas para a verificação do deslocamento dos residentes da AP 33 em busca de atendimento sendo realizadas análise de mapas de fluxo.

As coordenadas geográficas das unidades de saúde do Rio de Janeiro foram obtidas na Assessoria de Informações Geográficas (SMS – RJ), incluindo o bairro de localização, tipo de unidade de saúde e tipo de gestão da unidade.

Dentre o total de registros de notificação de dengue no município (323.075), entre 2011 e 2013, foram analisados em busca de nomes e códigos de bairros de residência que não existiam e impossibilitavam a criação do mapa de fluxo. Após a adequação dos nomes e códigos dos bairros restaram na base de dados 322.968 registros para análise com base no geoprocessamento (mapas temáticos), correspondendo uma perda de menos de 1% (n=105).

Para criação do mapa de fluxo os bairros foram georreferenciados pelo código do bairro do IBGE, sendo utilizados os centroides de cada bairro. As unidades de saúde foram georreferenciadas pelo código do CNES, de acordo com suas coordenadas geográficas.

No momento da geração do mapa de fluxo dos residentes de bairros da AP33 para unidades em todo o município houve perda de 6,33% de registros, face a não existência de coordenadas para algumas unidades de saúde. Ou seja, eram 35.774 e restaram 33.508 registros.

Para o mapa de fluxo dos residentes da AP33 para as unidades de Atenção Primária em Saúde da própria AP33, tivemos uma perda de 6,75% devido à falta de coordenadas geográficas das unidades. Restaram para esse mapa de fluxo 14.486 registros.

O mapa de fluxo foi gerado no Programa TerraView, versão 4.22. As saídas foram importadas para o programa ArcGIS para possibilitar uma melhor apresentação dos resultados.

5.3.2 Dados Primários:

Os dados primários foram obtidos através da aplicação de questionários aos gestores e profissionais de saúde das unidades de atenção primária da AP 33 para caracterizar as unidades de saúde da Área de Planejamento 33 quanto à estrutura e processos de trabalho.

Os questionários foram semiestruturados, construídos tendo como base as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue e continham apenas 2 perguntas abertas.

Foi aplicado roteiro de observação das unidades de saúde com o objetivo de obter informações complementares sobre os recursos humanos e materiais disponíveis, bem como sobre o processo de trabalho.

Os instrumentos de coleta de dados encontram-se no apêndice.

Os gestores e os profissionais, uma vez aceitando a participação na pesquisa, foram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e somente após este procedimento foram realizadas as entrevistas.

O modelo lógico é entendido como um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados (MEDINA, 2005). Ele deriva da formulação teórica/conceitual do programa em relação ao problema que justificou a intervenção e sua representação gráfica sinaliza o caminho lógico entre as causas imediatas e distais que o programa visa atingir.

Um modelo lógico descreve a sequência de eventos, através de uma síntese dos principais componentes do programa inserido em um quadro, para demonstrar como o programa teoricamente funciona. Uma das vantagens deste modelo é sua capacidade de resumir o mecanismo de funcionamento do programa ligando o processo aos resultados a uma sequência de passos, considerando ainda a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do programa (KOPLAN et al., 1999).

Para a construção do modelo proposto para o estudo, não foram incluídos fatores individuais e intersetoriais. Foram utilizados componentes previstos nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de dengue no sentido de organizar, com vistas a literatura consultada, a estrutura e o processo de trabalho das unidades de saúde frente ao atendimento de pacientes com suspeita de dengue (QUADRO 2).

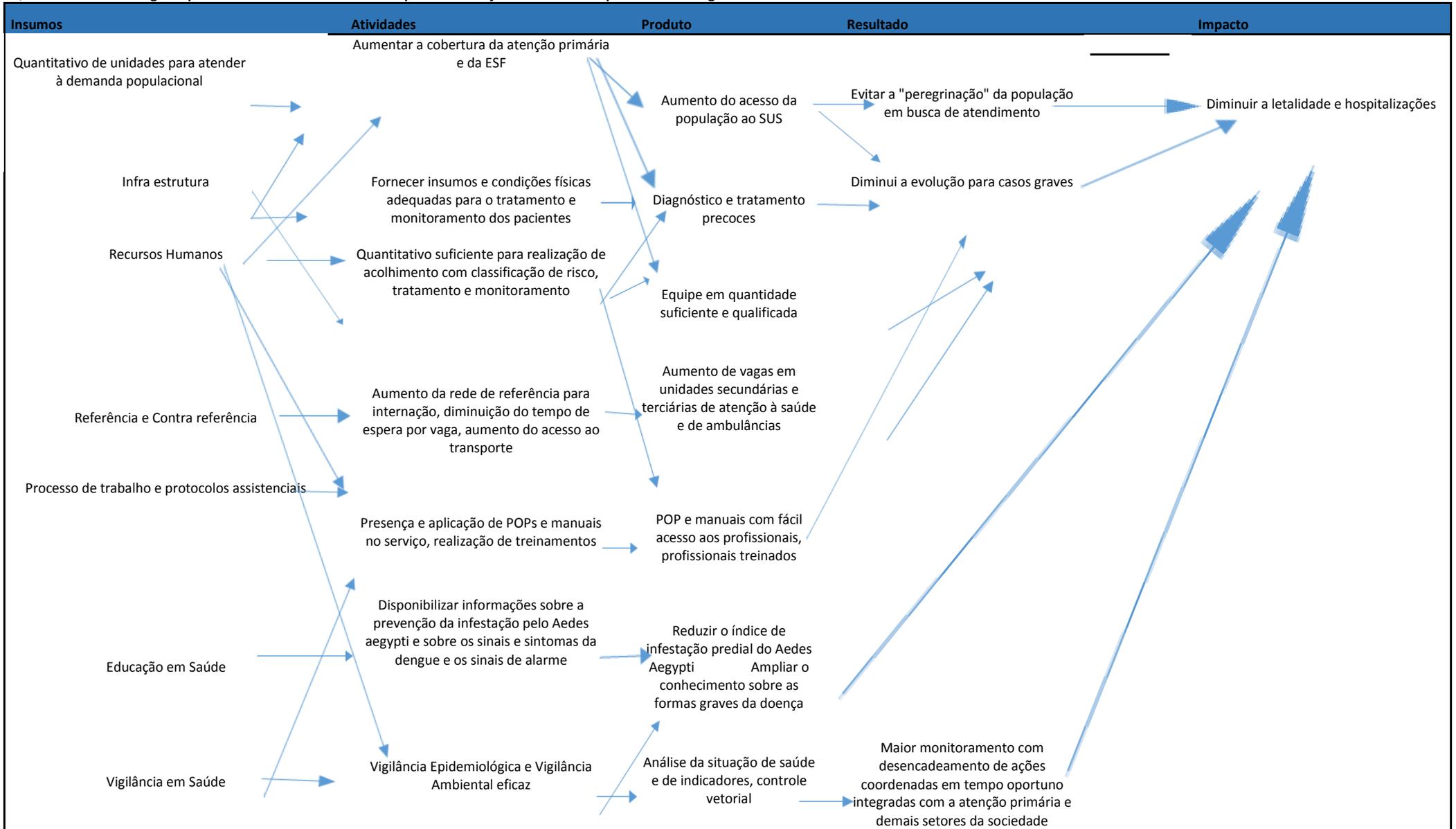
QUADRO 2: Modelo Lógico-teórico para atendimento dos pacientes com suspeita de dengue na atenção primária à saúde.		
Componente		Indicador de qualidade
Acesso	Quantitativo de unidades de saúde no território	População com cobertura de atenção primária à saúde
Infraestrutura	Instalações Insumos Laboratório	Adequado aos procedimentos executados e ao atendimento da demanda populacional
Recursos Humanos	Quantitativo Qualificação Referência e Contra referência	Adequado aos procedimentos executados e ao atendimento da demanda populacional Realização de treinamentos e programas de educação continuada Eficácia no encaminhamento de pacientes que necessitem de atenção à saúde especializada ou com outro nível de complexidade
Processo de trabalho	POPs e Manuais Assistência à saúde Educação em Saúde Vigilância em Saúde	Todos os procedimentos e fluxos protocolados Trabalha com acolhimento, classificação/estadiamento, tratamento, acompanhamento e encaminhamento Ações de educação em saúde, com o objetivo de prevenir a infestação pelo <i>Aedes aegypti</i> e disponibilizando informações sobre os sinais e sintomas da dengue e sinais de alerta Vigilância epidemiológica e ambiental em tempo oportuno

O modelo lógico operacional é uma representação visual de como o programa teoricamente funciona para resolver determinado problema em determinada circunstância (HARTZ et al., 1997).

Para elaboração do modelo lógico operacional foram consideradas como atividades integrantes da atenção primária à saúde, frente à demanda de casos suspeitos de dengue as ações recomendadas pelas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de dengue. As diretrizes abordam toda a sistemática da assistência aos pacientes com suspeita de dengue em todos os níveis de atenção, porém optou-se por restringir-se apenas às atividades relacionadas à atenção primária à saúde (QUADRO 3).

No modelo lógico operacional, serão apresentadas, avaliadas e discutidas neste estudo os componentes relacionados a estrutura e aos processos de trabalho.

QUADRO 3: Modelo Lógico-operacional das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue.



Foi construída uma matriz de dados para melhor organização e sistematização da coleta de dados e enquadramento destes nos componentes e subcomponentes incluídos no modelo (QUADRO 4).

QUADRO 4: Fonte de dados utilizadas para elaboração do julgamento dos componentes Estrutura e Processo

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	FONTE DE DADOS			
				Roteiro de Observação	Entrevista gestores	Entrevista profissionais	
ESTRUTURA	Instalações e Recursos Físicos	Unidade localizada em local de difícil acesso		X	—	—	
		Instalações físicas em condições adequadas para atendimento do paciente com dengue.		X	—	—	
		Existência de sala para realização da “avaliação com classificação de risco”		X	—	—	
	Equipamentos, Procedimento clínico/laboratorial, imagem medicamentos e mobiliários.	Existência de equipamentos básicos para atendimento.	Possui receituário, cartazes sobre sinais de alarme e classificação de risco		X	—	—
			Possui balança, termômetro, bebedouro, estetoscópio, esfigmomanômetro, régua (prova do laço), copos descartáveis		X	—	—
		Existência de insumos para diagnóstico laboratorial.	Possui insumos para coleta e encaminhamento de exames laboratoriais		X	X	X
			Possui soro de Hidratação Oral, analgésicos, antitérmicos		X	X	X
		Existência de medicamentos básicos para atendimento.	Possui soro fisiológico a 0,9%, soro glicosado a 5%, Ringer lactato		X	X	X
			Existência de insumos para realização de procedimentos.	Possui luvas, seringas, agulhas, jelcos, algodão, fita, álcool a 70%, equipamentos de biossegurança		X	X
		Existência de mobiliários e utensílios básicos para atendimento.	Possui suporte de soro		X	—	—
Possui leito ou poltrona para hidratação venosa			X	—	—		
Normas e Procedimentos técnicos.	Existência de protocolos, normas, diretrizes, recursos técnicos para atendimentos.			X	X	X	
		Utilização de Procedimento Operacional Padrão – POP.		X	X	X	
		Possui Fluxo de encaminhamento para o referenciamento de pacientes para os demais níveis de assistência à saúde		X	X	X	

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	FONTE DE DADOS		
				Roteiro de Observação	Entrevista gestores	Entrevista profissionais
ESTRUTURA	Recursos Humanos	Realização de capacitações e treinamentos contínuos (mínimo anual)		—	X	X
PROCESSO DE TRABALHO	Protocolos Assistenciais	Atendimento prioritário por "classificação de risco"		X	X	X
		Apresenta sistema organizado para atendimento da demanda espontânea, agendada e retorno de pacientes atendidos na própria unidade		—	X	X
		Realiza agendamento de consulta de retorno do paciente para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção		—	X	X
		ESF faz acompanhamento diário dos pacientes com dengue		—	X	X
		Realiza hidratação oral para os pacientes classificados como A		X	X	X
		Realiza hidratação venosa quando necessário		X	X	X
		Possui condições de tratamento e observação por 12 horas dos pacientes classificados como B		X	X	X
		Fornecer resultado de hemograma completo no mesmo dia		—	X	X
		Preenche o cartão de acompanhante do paciente com dengue.		—	X	X
		Realiza atendimento 12 horas em situação de epidemia.		—	X	X
		Realiza solicitação de sorologia após o 5º dia do início dos sintomas dos pacientes		—	X	X
		Realiza hemograma completo com contagem de plaquetas		—	X	X
		Executa ações de enfrentamento de epidemias	Possui plano de contingência	X	X	X
			Possui procedimento de triagem e manejo de grande número de casos	—	X	X
	Possui plano de transporte de pacientes em ambulâncias	—	X	X		
	Possui procedimentos para notificação de casos	—	X	X		
	Possui mecanismos de envio urgente de amostras ao laboratório de referência	—	X	X		
	Realiza USG, radiografia e dosagem de albumina		X	—		

Continuação QUADRO 4

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	FONTE DE DADOS		
				Roteiro de Observação	Entrevista gestores	Entrevista profissionais
PROCESSO DE TRABALHO	Vigilância em Saúde	Realiza Busca Ativa de casos Notificados		—	X	X
		Realiza a notificação de todos os casos suspeitos de dengue		—	X	X
		Notifica os casos suspeitos de dengue sem sinais de alarme semanalmente ao Serviço de Vigilância em Saúde		—	X	X
		Notifica os casos suspeitos de dengue grave imediatamente ao Serviço de Vigilância em Saúde		—	X	X
		Realiza investigação Epidemiológica dos casos notificados		—	X	X
	Educação em Saúde	Possui informativos, impressos sobre dengue para profissionais de saúde		X	X	X
		Possui informativos, impressos sobre dengue para pacientes e familiares		X	X	X
		Presta orientação aos pacientes e familiares quanto aos sinais de alarme		—	X	X

5.3.2.1 Aplicação dos questionários:

Foi realizado o teste piloto dos instrumentos de coleta de dados (entrevistas e roteiro de observação) com quatro técnicos da Coordenação da Área Programática 33 em outubro de 2014. A partir deste piloto, para validação, os instrumentos foram ajustados.

O projeto da pesquisa e os questionários foram apresentados em reunião de gerentes e diretores das unidades de atenção primária da AP 33 com a Coordenação da área.

O projeto foi encaminhado aos gestores juntamente com o *link* do questionário que foi realizado no *Google Drive*³ em novembro de 2014.

Ao clicar no *link*, era aberta uma página com as informações do projeto, aceitação da participação na pesquisa e posteriormente o questionário. Os dados dos questionários após o envio foram armazenados na plataforma do *Google Drive* em modelo de planilha do *Microsoft Excel*.

Foram encaminhados os questionários para os gestores das 25 unidades de saúde da AP 33, porém apenas 21 gestores responderam, o que correspondeu a 20 unidades de saúde.

As unidades tipo A possuem “gerentes” e as unidades tipo B possuem “diretores e gerentes”.

A taxa de resposta foi de 80%, sendo que 76% das unidades são do tipo A e 87% dos gestores das unidades tipo B. Em uma das unidades tipo B o diretor e o gerente responderam o questionário.

Para a realização das entrevistas com os profissionais de saúde e aplicação do roteiro de observação foram agendadas visitas às unidades de saúde. A pesquisadora permaneceu em cada unidade por 1 turno.

O critério de seleção do profissional foi que este realizasse o primeiro atendimento ao paciente que entra na unidade com suspeita de dengue.

A pesquisadora aplicou verbalmente o questionário aos profissionais que foram indicados, ou pelo gestor da unidade ou pelo administrador, como o profissional que realiza o acolhimento dos pacientes com suspeita de dengue na unidade.

³ Google Drive é um serviço de armazenamento e sincronização de arquivos, que possibilita edição de documentos, folhas de cálculo, apresentações.

As entrevistas foram realizadas entre as consultas, não interferindo no processo de trabalho de cada profissional.

Foram visitadas 7 unidades (28% das unidades), 4 unidades tipo A (23%) e 3 unidades tipo B (37%).

Foram realizadas entrevistas com 27 profissionais, 6 do CMS Alice Toledo Tibiriçá, 5 da Clínica da Família Dante Romanó Júnior, 4 no CMS Carmela Dutra, 3 no CMS Carlos Cruz Lima, 3 no CMS Clementino Fraga, 3 na clínica da Família Maestro Celestino e 3 na Clínica da Família Josuete Santanna de Oliveira.

Os questionários foram digitados na plataforma do *Google Drive* pela pesquisadora e armazenados em planilha do *Microsoft Excel*.

No mesmo dia da visita, foi aplicado roteiro de observação de campo pela pesquisadora, acompanhada de um profissional administrativo da unidade.

Não foi possível a visita e aplicação dos instrumentos em todas as unidades, devido às questões de violência no local.

5.3.2.2 Análise de dados

Foi realizada análise descritiva dos dados no programa estatístico SPSS.

O nível de adequação das unidades foi obtido através da comparação entre os recursos existentes na intervenção frente à necessidade de atendimento a pacientes com suspeita de dengue, com os critérios estabelecidos pelas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (2009).

Para definir o nível de adequação dos serviços de atenção primária da AP 33 foi utilizado um método baseado no *sistema de escores*, desenvolvido por Felisberto (2002). Este utilizou os indicadores de processo normatizados pelas Diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (2009) e os classificou por meio da média aritmética para cada indicador, atribuindo a estes uma determinada pontuação.

Cada indicador foi estabelecido de acordo com as variáveis do roteiro de observação e das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde e os gestores. As respostas afirmativas foram consideradas “adequadas” e verificada a proporção de acertos.

De acordo com a matriz de dados (QUADRO 4), para cada indicador foi realizada a média aritmética com os dados registrados. As respostas obtidas nos três formulários de coleta de dados tiveram o mesmo peso. Estes dados foram extraídos para a matriz de julgamento e nomeados de “pontuação obtida”.

Para garantir a validade de conteúdo e de construção do modelo lógico e da matriz de julgamento foi realizada técnica de consenso, método Delphos (PILL, 1971) com nove especialistas conforme QUADRO 5 segundo a metodologia descrita por Souza et al. (2005). Apesar de o método preconizar mais de uma rodada com os especialistas, só foi possível efetuar uma diante da disponibilidade desses profissionais.

A partir deste consenso, foi construído o sistema de escores sugerido pelos especialistas consultados. As respostas mais frequentes por indicador foram transportadas para a matriz de relevância.

Os especialistas consultados são profissionais que trabalham na Coordenação de área Programática da AP 33, com no mínimo 2 anos de experiência na área, coordenando as ações de Vigilância Epidemiológica e a Assistenciais do território. Vale ressaltar que alguns profissionais tem experiência de 20 anos de atuação no serviço.

QUADRO 5: Consenso de Delphos com especialistas em assistência e Vigilância Epidemiológica da dengue da Coordenação da AP 33.

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	JULGAMENTO DOS ESPECIALISTAS										consenso
ESTRUTURA	Instalações e Recursos Físicos	Unidade localizada em local de difícil acesso Instalações físicas em condições adequadas para atendimento do paciente com dengue. Existência de sala para realização da “avaliação com classificação de risco”		R	R	MR	PR	PR	R	R	MR	MR	R	
				R	R	MR	MR	MR	R	R	MR	MR	MR	
				PR	R	R	PR	PR	PR	PR	R	R	PR	
	Equipamentos, Procedimento clínico/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.	Possui balança, termômetro, bebedouro, estetoscópio, esfignomanômetro, régua (prova do laço), copos descartáveis Possui insumos para coleta e encaminhamento de exames laboratoriais Possui soro de Hidratação Oral, analgésicos, antitérmicos Possui soro fisiológico a 0,9%, soro glicosado a 5%, Ringer lactato Possui luvas, seringas, agulhas, jelcos, algodão, fita, álcool a 70%, equipamentos de biossegurança Possui suporte de soro Possui leito ou poltrona para hidratação venosa		MR	MR	MR	R	R	MR	MR	MR	MR	MR
					MR	MR	MR	R	R	MR	MR	MR	MR	MR
					MR	MR	MR	R	R	MR	MR	MR	MR	MR
					MR	MR	MR	R	R	MR	MR	MR	MR	MR
					MR	R	MR	R	R	MR	MR	MR	MR	MR
					R	R	R	PR	PR	MR	MR	MR	MR	MR
					R	MR	MR	PR	PR	MR	MR	MR	MR	MR
					Normas e Procedimentos técnicos. Recursos humanos	Existência de protocolos, normas, diretrizes, recursos técnicos para atendimentos. Utilização de Procedimento Operacional Padrão – POP. Possui Fluxo de encaminhamento para o referenciamento de pacientes para os demais níveis de assistência à saúde Quantidade adequada de profissionais Realização de capacitações e treinamentos contínuos (mínimo anual)			MR	MR	MR	MR	MR	MR
	R	R	R	MR					MR	MR	MR	MR	MR	MR
	R	MR	R	MR					MR	R	R	R	MR	R
	MR	MR	MR	R					R	R	R	R	R	R
	MR	MR	R	R					R	R	R	R	MR	R

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	JULGAMENTO DOS ESPECIALISTAS								consenso		
PROCESSO DE TRABALHO	Protocolos Assistenciais	<p>Atendimento prioritário por "classificação de risco"</p> <p>Apresenta sistema organizado para atendimento da demanda espontânea, agendada e retorno de pacientes atendidos na própria unidade</p> <p>Realiza agendamento de consulta de retorno do paciente para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção</p> <p>ESF faz acompanhamento diário dos pacientes com dengue</p> <p>Realiza hidratação oral para os pacientes classificados como A</p> <p>Realiza hidratação venosa quando necessário</p> <p>Possui condições de tratamento e observação por 12 horas dos pacientes classificados como B</p> <p>Fornecer resultado de hemograma completo no mesmo dia</p> <p>Preenche o cartão de acompanhante do paciente com dengue.</p> <p>Realiza atendimento 12 horas em situação de epidemia.</p> <p>Realiza solicitação de sorologia após o 5º dia do início dos sintomas dos pacientes</p> <p>Realiza hemograma completo com contagem de plaquetas</p> <p>Executa ações de enfrentamento de epidemias</p> <p>Realiza USG, radiografia e dosagem de albumina</p>	<p>Possui plano de contingência</p> <p>Possui procedimento de triagem e manejo de grande número de casos</p> <p>Possui plano de transporte de pacientes em ambulâncias</p> <p>Possui procedimentos para notificação de casos</p> <p>Possui mecanismos de envio urgente de amostras ao laboratório de referência</p>	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR
				R	R	R	MR	MR	R	R	MR	MR	R	
				R	R	R	MR	MR	MR	MR	R	R	R	
				R	R	R	MR	MR	MR	MR	R	MR	MR	
				R	MR	R	R	R	MR	MR	R	MR	R	
				R	MR	R	MR	MR	MR	MR	R	MR	MR	
				R	MR	R	PR	PR	R	R	R	R	R	
				MR	R	MR	R	R	MR	MR	MR	MR	MR	
				R	R	MR	MR	MR	MR	MR	R	MR	MR	
				R	MR	MR	MR	MR	MR	MR	R	MR	MR	
				MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	
				MR	MR	R	R	R	R	R	R	MR	R	
				R	MR	MR	R	R	MR	MR	R	R	R	
				R	MR	R	R	R	MR	MR	MR	MR	MR	
				R	R	MR	R	R	MR	MR	R	MR	R	
				MR	MR	MR	R	R	MR	MR	MR	MR	MR	
				R	MR	MR	R	R	MR	MR	R	MR	MR	

Continuação QUADRO 5

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	JULGAMENTO DOS ESPECIALISTAS									
				c									
PROCESSO DE TRABALHO	Vigilância em Saúde	Realiza Busca Ativa de casos Notificados Realiza a notificação de todos os casos suspeitos de dengue Notifica os casos suspeitos de dengue sem sinais de alarme semanalmente ao Serviço de Vigilância em Saúde Notifica os casos suspeitos de dengue grave imediatamente ao Serviço de Vigilância em Saúde Realiza investigação Epidemiológica dos casos notificados		MR	MR	R	MR	MR	MR	MR	MR	R	MR
				MR	R	R	MR						
				MR	R	R	MR	MR	R	R	MR	MR	MR
				MR	MR	R	MR						
				MR	R	R	MR						
	Educação em Saúde	Possui informativos, impressos sobre dengue para profissionais de saúde Possui informativos, impressos sobre dengue para pacientes e familiares Presta orientação aos pacientes e familiares quanto aos sinais de alarme		MR	R	R	R	R	R	R	R	R	R
				MR	R	PR	R	R	R	R	R	R	R
				MR	MR	R	MR	MR	MR	MR	R	MR	MR

*MR (Muito Relevante) - PESO 3, R (Relevante) - PESO 2 e PR (Pouco relevante) - PESO 1

Inicialmente os especialistas classificaram os indicadores como “Muito Relevante (MR)”, “Relevante (RR)” e “Pouco Relevante (PR)”, posteriormente foi atribuído peso para cada indicador, arbitrado pela pesquisadora, atribuindo peso 3 para “MR”, 2 para “RR” e 1 para “PR” (MENEZES; 2011).

A partir do modelo lógico-teórico, do consenso de Delphos e das Diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue foi elaborada uma matriz de relevância com os critérios para adequação das unidades de saúde da atenção primária frente à demanda de suspeitos de dengue. Esta matriz foi composta por indicadores relacionados aos componentes Estrutura e Processo (QUADRO 6).

O componente “estrutura” foi subdividido em quatro indicadores que expressam a adequações das instalações físicas, dos insumos e mobiliários, das normas e procedimentos técnicos e de recursos humanos. O componente “processo” avalia a existência de processos de trabalho que qualifiquem o atendimento ao pacientes e foi subdividida em “processos assistenciais”, “Vigilância em Saúde” e “Educação em Saúde”.

QUADRO 6: Matriz de Relevância da adequação das unidades de Atenção Primária à Saúde da AP 33 frente ao atendimento dos pacientes com suspeita de dengue.

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	RELEVÂNCIA
ESTRUTURA	Instalações e Recursos Físicos	Unidade localizada em local de difícil acesso		R
		Instalações físicas em condições adequadas para atendimento do paciente com dengue.		MR
		Existência de sala para realização da “avaliação com classificação de risco”		PR
	Equipamentos, Procedimento clínico/laboratorial, imagem medicamentos e mobiliários.	Existência de equipamentos básicos para atendimento.	Possui receituário, cartazes sobre sinais de alarme e classificação de risco	R
			Possui balança, termômetro, bebedouro, estetoscópio, esfigmomanômetro, régua (prova do laço), copos descartáveis	MR
		Existência de insumos para diagnóstico laboratorial.	Possui insumos para coleta e encaminhamento de exames laboratoriais	MR
			Possui soro de Hidratação Oral, analgésicos, antitérmicos	MR
		Existência de medicamentos básicos para atendimento.	Possui soro fisiológico a 0,9%, soro glicosado a 5%, Ringer lactato	MR
			Possui luvas, seringas, agulhas, jelcos, algodão, fita, álcool a 70%, equipamentos de biossegurança	MR
		Existência de insumos para realização de procedimentos.	Possui suporte de soro	MR
			Possui leito ou poltrona para hidratação venosa	MR
	Normas e Procedimentos técnicos. Recursos humanos	Existência de protocolos, normas, diretrizes, recursos técnicos para atendimentos.		MR
				MR
		Utilização de Procedimento Operacional Padrão – POP.		R
		Possui Fluxo de encaminhamento para o referenciamento de pacientes para os demais níveis de assistência à saúde		R
Quantidade adequada de profissionais Realização de capacitações e treinamentos contínuos (mínimo anual)			R	

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	RELEVÂNCIA
PROCESSO DE TRABALHO	Protocolos Assistenciais	Atendimento prioritário por "classificação de risco"		MR
		Apresenta sistema organizado para atendimento da demanda espontânea, agendada e retorno de pacientes atendidos na própria unidade		R
		Realiza agendamento de consulta de retorno do paciente para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção		R
		ESF faz acompanhamento diário dos pacientes com dengue		MR
		Realiza hidratação oral para os pacientes classificados como A		R
		Realiza hidratação venosa quando necessário		MR
		Possui condições de tratamento e observação por 12 horas dos pacientes classificados como B		R
		Fornecer resultado de hemograma completo no mesmo dia		MR
		Preenche o cartão de acompanhante do paciente com dengue.		MR
		Realiza atendimento 12 horas em situação de epidemia.		MR
		Realiza solicitação de sorologia após o 5º dia do início dos sintomas dos pacientes		MR
		Realiza hemograma completo com contagem de plaquetas		R
			Possui plano de contingência	R
			Possui procedimento de triagem e manejo de grande número de casos	MR
			Possui plano de transporte de pacientes em ambulâncias	MR
	Possui procedimentos para notificação de casos	R		
	Possui mecanismos de envio urgente de amostras ao laboratório de referência	MR		
			MR	

Continuação QUADRO 6

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	RELEVÂNCIA
PROCESSO DE TRABALHO	Vigilância em Saúde	Realiza Busca Ativa de casos Notificados		MR
		Realiza a notificação de todos os casos suspeitos de dengue		MR
		Notifica os casos suspeitos de dengue sem sinais de alarme semanalmente ao Serviço de Vigilância em Saúde		MR
		Notifica os casos suspeitos de dengue grave imediatamente ao Serviço de Vigilância em Saúde		MR
		Realiza investigação Epidemiológica dos casos notificados		MR
	Educação em Saúde	Possui informativos, impressos sobre dengue para profissionais de saúde		R
		Possui informativos, impressos sobre dengue para pacientes e familiares		R
		Presta orientação aos pacientes e familiares quanto aos sinais de alarme		MR

*MR (Muito Relevante), RR (Relevante) e PR (Pouco relevante)

Continuação QUADRO 6

Baseando-se nos modelos lógico teórico, lógico operacional e na matriz de relevância foi elaborada a matriz de julgamento (QUADRO 7).

QUADRO 7: Matriz de Julgamento da Adequação das unidades de Atenção Primária à Saúde da AP 33 frente ao atendimento dos pacientes com suspeita de dengue.

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	PESO (relevância)	PONTUAÇÃO ESPERADA
ESTRUTURA	Instalações e Recursos Físicos	Unidade localizada em local de difícil acesso		2	1
		Instalações físicas em condições adequadas para atendimento do paciente com dengue.		3	1
		Existência de sala para realização da “avaliação com classificação de risco”		1	1
	Equipamentos, Procedimento clínico/laboratorial, imagem medicamentos e mobiliários.	Possui receituário, cartazes sobre sinais de alarme e classificação de risco		2	1
		Existência de equipamentos básicos para atendimento.	Possui balança, termômetro, bebedouro, estetoscópio, esfigmomanômetro, régua (prova do laço), copos descartáveis	3	1
		Existência de insumos para diagnóstico laboratorial.	Possui insumos para coleta e encaminhamento de exames laboratoriais	3	1
		Existência de medicamentos básicos para atendimento.	Possui soro de Hidratação Oral, analgésicos, antitérmicos	3	1
			Possui soro fisiológico a 0,9%, soro glicosado a 5%, Ringer lactato	3	1
		Existência de insumos para realização de procedimentos.	Possui luvas, seringas, agulhas, jelcos, algodão, fita, álcool a 70%, equipamentos de biossegurança	3	1
		Existência de mobiliários e utensílios básicos para atendimento.	Possui suporte de soro	3	1
			Possui leito ou poltrona para hidratação venosa	3	1
	Normas e Procedimentos técnicos.	Existência de protocolos, normas, diretrizes, recursos técnicos para atendimentos.		3	1
		Utilização de Procedimento Operacional Padrão – POP.		3	1
		Possui Fluxo de encaminhamento para o referenciamento de pacientes para os demais níveis de assistência à saúde		2	1
	Recursos humanos	Quantidade adequada de profissionais		2	1
		Realização de capacitações e treinamentos contínuos (mínimo anual)		2	1

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	PESO (relevância)	PONTUAÇÃO ESPERADA	
ESTRUTURA	Instalações e Recursos Físicos	Unidade localizada em local de difícil acesso		2	1	
		Apresenta sistema organizado para atendimento da demanda espontânea, agendada e retorno de pacientes atendidos na própria unidade		2	1	
		Realiza agendamento de consulta de retorno do paciente para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção		2	1	
		ESF faz acompanhamento diário dos pacientes com dengue		3	1	
		Realiza hidratação oral para os pacientes classificados como A		2	1	
		Realiza hidratação venosa quando necessário		3	1	
		Possui condições de tratamento e observação por 12 horas dos pacientes classificados como B		2	1	
		Fornecer resultado de hemograma completo no mesmo dia		3	1	
		Preenche o cartão de acompanhante do paciente com dengue.		3	1	
		Realiza atendimento 12 horas em situação de epidemia.		3	1	
		Realiza solicitação de sorologia após o 5º dia do início dos sintomas dos pacientes		3	1	
		Realiza hemograma completo com contagem de plaquetas		2	1	
				Possui plano de contingência	2	1
				Possui procedimento de triagem e manejo de grande número de casos	3	1
				Possui plano de transporte de pacientes em ambulâncias	3	1
				Possui procedimentos para notificação de casos	2	1
				Possui mecanismos de envio urgente de amostras ao laboratório de referência	3	1
		Realiza USG, radiografia, dosagem de albumina	3	1		
		Executa ações de enfrentamento de epidemias *				

Continuação QUADRO 7

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	PESO (relevância)	PONTUAÇÃO ESPERADA
PROCESSO DE TRABALHO	Vigilância em Saúde	Realiza Busca Ativa de casos Notificados		3	1
		Realiza a notificação de todos os casos suspeitos de dengue		3	1
		Notifica os casos suspeitos de dengue sem sinais de alarme semanalmente ao Serviço de Vigilância em Saúde		3	1
		Notifica os casos suspeitos de dengue grave imediatamente ao Serviço de Vigilância em Saúde		3	1
		Realiza investigação Epidemiológica dos casos notificados		3	1
	Educação em Saúde	Possui informativos, impressos sobre dengue para profissionais de saúde		2	1
		Possui informativos, impressos sobre dengue para pacientes e familiares		2	1
		Presta orientação aos pacientes e familiares quanto aos sinais de alarme		3	1
ESCORE FINAL					

Adequada : 8,0 a 10,0; Parcialmente adequada: 6,0 a 7,9; Não adequada: menor ou igual a 5,9. Adaptado de Felisberto et al.(2002) e Samico et al.(2005).

Continuação QUADRO 7

Os resultados encontrados foram confrontados com o modelo lógico, e a adequação dos serviços de saúde da atenção primária do município do Rio de Janeiro para a assistência a pacientes com suspeita de dengue dos serviços de saúde foi avaliada frente à matriz de julgamento.

Para a matriz de julgamento foi utilizada a matriz de relevância e o nível de adequação foi obtido pela média aritmética das pontuações dos componentes, subcomponentes e indicadores. Para o componente “Estrutura” foi atribuído peso 41 e 16 pontos. Para o componente “Processo” foram atribuídos 26 pontos, com peso 69 de acordo com o valor de cada indicador (QUADRO 7).

O “escore de adaptação” foi obtido através da multiplicação do “peso” atribuído pelos especialistas pela a “pontuação obtida” de cada indicador. Para obtenção dos níveis de adequação por subcomponente, componente e da área, foi realizada média aritmética dos indicadores que compuseram cada nível de análise de adequação.

Os cálculos foram realizados tendo como base a pesquisa de Costa (2013).

Os pontos de corte adotados para definir o grau de adequação das unidades de atenção primária da AP 33 foram: adequada para os valores de 0,8 a 1; parcialmente adequada para os de 0,6 a 0,79; e não adequada , menor ou igual a 0,59. O sistema de escores e os pontos de corte empregados foram adaptados de Felisberto (2002) e Samico (2005).

5.4 LIMITAÇÕES

Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado aos serviços de Vigilância Epidemiológica (MS, 2011), por ser um agravo de notificação compulsória, porém existem relatos quanto à subnotificação de casos o que prejudica a análise da situação de saúde do local e desqualifica a Vigilância Epidemiológica.

O preenchimento adequado das fichas de notificação e investigação epidemiológicas são ferramentas importantes para o reconhecimento da doença e fundamental para o seu combate, no entanto estes dados não possuem completude (BARRETO et al., 2012).

Goldberg, Gelfand, Levy (1980) já relacionavam a qualidade dos dados *versus* subregistro de casos, como decorrentes de diversos fatores. Entre eles, citam-se subnotificação, atraso nas notificações e digitação dos dados, problemas no processamento e transferência das informações e a ausência de retroalimentação adequada à fonte notificadora, gerando desestímulo e descontinuidade do processo.

Estudo sobre fatores associados à subnotificação de casos de aids no Rio de Janeiro apontou a necessidade da elaboração de mecanismos de aprimoramento da qualidade dos sistemas de informações em saúde, incluindo uniformização de fluxos de notificação e investimento nos setores de vigilância epidemiológica (FERREIRA et al., 2000). A análise da relação de casos notificados e confirmados *versus* casos previstos, demonstrou que há subnotificação, especialmente dos casos oligossintomáticos (CANALS et al., 2012).

Duarte e França (2006) verificaram que os casos de dengue registrados no sistema de notificação foram aqueles de evolução mais grave e não representaram a totalidade de casos internados no sistema público de saúde, superestimando a taxa de letalidade da doença e fornecendo dados epidemiológicos distorcidos da realidade.

Abe et al. (2012) concluem que há uma lacuna na notificação adequada em Pediatria, assim como no detalhamento dos óbitos em crianças vítimas de dengue.

Com todos os problemas listados e considerando que não foi possível a

viabilização dos dados referentes ao atendimento por unidade de saúde da atenção primária da AP 33, pela má qualificação dos dados, assumimos para o presente estudo que o número de pacientes notificados seja igual ou inferior ao número de pacientes atendidos em cada unidade de saúde.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e da Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, de acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CONEP, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi devidamente registrada na Plataforma Brasil e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, sob o número 773703 em 27/07/2014, CAAE: 32307314.6.0000.5240. O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro aprovou o estudo em 04/08/2014, CAAE: 32307314.6.3001.5279. Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa, foi solicitada a liberação dos dados secundários à Superintendência de Vigilância em Saúde do Município do Rio de Janeiro, e obtido CD com os dados. Os dados secundários foram obtidos após autorização dos órgãos responsáveis pelo SINAN, portanto sem a exigência de apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta pesquisa também utilizou dados coletados através de entrevista com os gestores e profissionais (médicos e enfermeiros) dos serviços de saúde da área de estudo. As entrevistas foram realizadas através da aplicação de questionários onde os participantes foram devidamente orientados quanto à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisadora não utilizou dados pessoais, como nomes e endereços que pudessem identificar os sujeitos, para quaisquer referências, tomando cuidados éticos em relação ao sigilo e privacidade das informações presentes nos registros dos bancos de dados sobre os indivíduos.

6. RESULTADOS

6.1 Descrição dos casos notificados de dengue

Entre os anos de 2011 e 2013, ocorreram 323.075 notificações de suspeitos de dengue residentes do município do Rio de Janeiro, sendo 16% de residentes da AP 33, o que representa um total de 50.261 notificações, variando de 19% (2012) a 11% (2013) (TABELA 1).

TABELA 1: Percentual de notificações do município do Rio de Janeiro, segundo a área programática de Residência 33 e ano no período de 2011 a 2013.

Notificações segundo local de residência	Ano de Notificação						TOTAL	
	2011		2012		2013			
Residentes da AP 33	9387	12%	33198	19%	7676	11%	50261	16%
Residentes de Outras APS*	69584	88%	142997	81%	60233	89%	272814	84%
Total de residentes	78971	100%	176195	100%	67909	100%	323075	100%

*Áreas Programáticas

Os mapas a seguir (MAPA 2) mostram a distribuição geográfica do número de casos notificados de dengue entre os bairros do município do Rio de Janeiro entre os anos de 2011 a 2013.

Em 2011 foram notificados 78.971 casos de dengue em todo o município, distribuídos entre as áreas programáticas. Pode-se visualizar que ocorreram notificação de residentes distribuídos em toda a extensão do município, com maior concentração na zona oeste, principalmente na região da AP 5.1, 5.2 e 5.3. No entanto a AP 33 foi responsável por 12% destas notificações (MAPA 2 e TABELA 1).

Pode-se visualizar que existe uma heterogeneidade de notificações de acordo com o bairro da AP 33. A maioria dos bairros teve entre 200 e 500 casos notificados em 2011 (MAPA 2).

Em 2012 houve um aumento expressivo do número de notificações no município, com 171.195 registros. A distribuição dos casos ficou novamente concentrada na zona oeste, com maior ocorrência nas AP 5.1 e 5.2. Porém, pode-se visualizar um aumento relevante na AP 33. Os bairros da AP 33 tiveram entre 200 e 10.000 casos de dengue notificados, correspondendo a 19% das

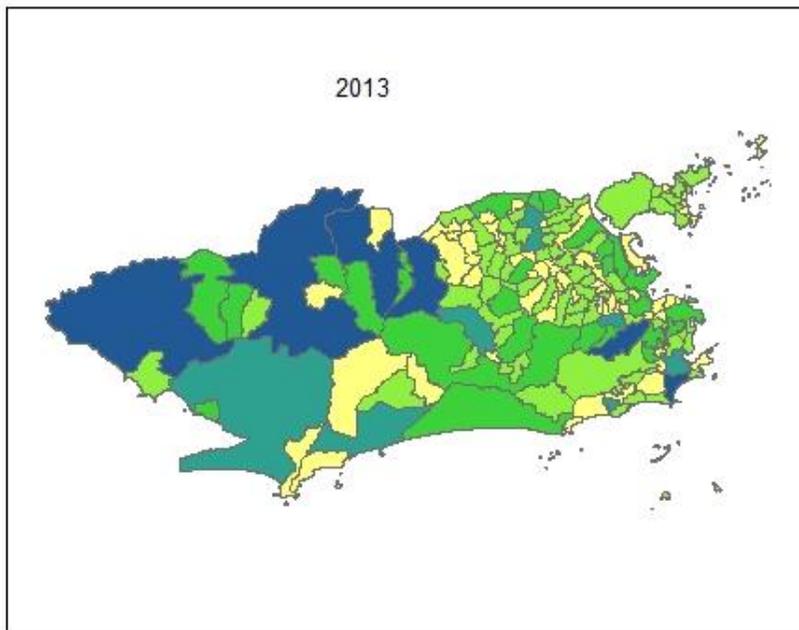
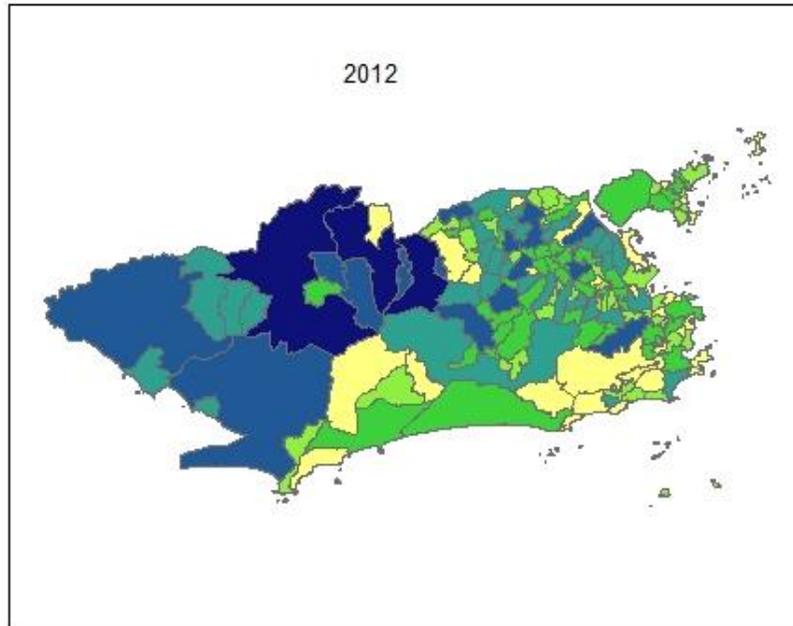
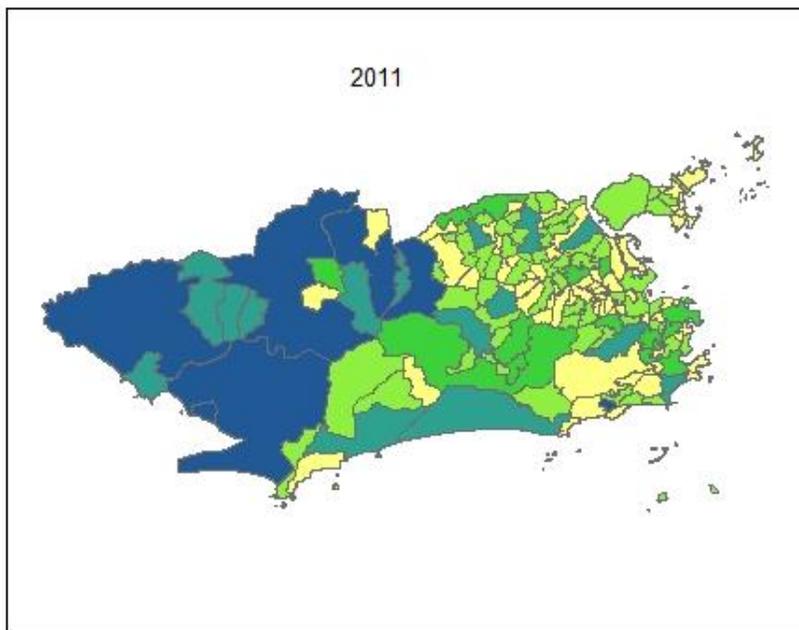
notificações de todo Rio de Janeiro. Apenas 1 bairro da AP 33 não apresentou notificação (Parque Colúmbia), pois trata-se de um bairro novo e não deve ter sido incorporado aos dados de endereçamento (MAPA 2 e TABELA 2).

Novamente se observa grande heterogeneidade da distribuição dos casos no município em 2012. Alguns bairros tiveram até 200 casos notificados. No entanto, são bairros cercados por áreas que tiveram mais de 2.000 notificações.

Em 2013 foram notificados 60.233 casos suspeitos de dengue, houve portanto uma redução em todo o município. Porém, as áreas da zona oeste e da zona norte permaneceram com indicadores mais altos do que as demais regiões do Rio de Janeiro. Quatro bairros da AP 33 não apresentaram suspeitos de dengue. A variação de casos notificados no território foi de 14 até 1.412 casos.

Os bairros que tiveram maior número de residentes notificados como suspeitos de dengue, no período estudado foram: Irajá, Guadalupe, Anchieta, Madureira, Rocha Miranda e Pavuna (TABELA 3).

MAPA 2: Distribuição do número de notificações nos bairros do Município do Rio de Janeiro entre 2011 e 2013.



Casos notificados

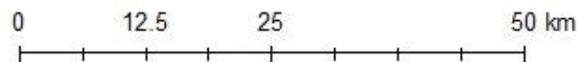
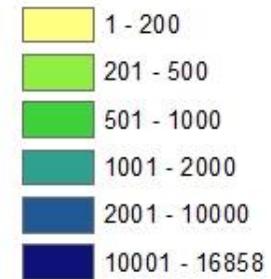


TABELA 2: Número de notificações de dengue dos residentes da AP 33, segundo o bairro de residência e o ano de notificação entre 2011 e 2013.

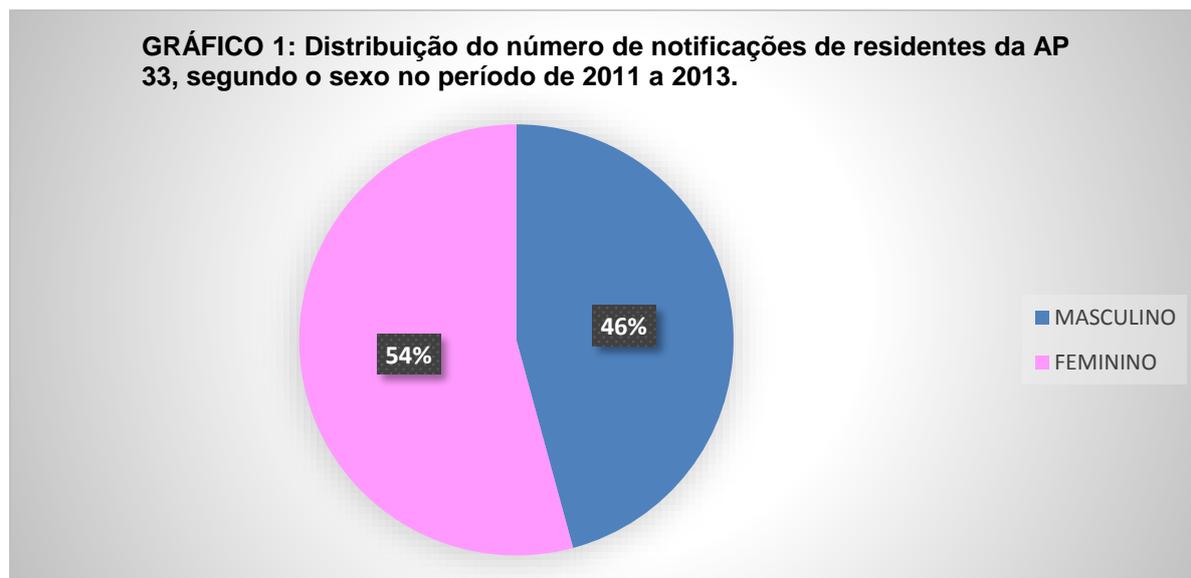
BAIRRO DE RESIDÊNCIA	2011		2012		2013	
ACARI	329	4%	1076	3%	235	3%
ANCHIETA	988	11%	2297	7%	309	4%
BARROS FILHO	197	2%	285	1%	81	1%
BENTO RIBEIRO	374	4%	1840	6%	313	4%
CAMPINHO	119	1%	673	2%	215	3%
CASCADURA	195	2%	1012	3%	285	4%
CAVALCANTE	86	1%	627	2%	100	1%
COELHO NETO	342	4%	1204	4%	266	4%
COLEGIO	284	3%	1181	4%	251	3%
COSTA BARROS	344	4%	822	3%	116	2%
ENGENHEIRO LEAL	17	0%	93	0%	14	0%
GUADALUPE	1303	14%	1956	6%	368	5%
HONORIO GURGEL	182	2%	805	2%	186	2%
IRAJA	1100	12%	3963	12%	1412	18%
MADUREIRA	424	5%	2137	6%	501	7%
MARECHAL HERMES	367	4%	1869	6%	303	4%
OSWALDO CRUZ	174	2%	1379	4%	209	3%
PARQUE ANCHIETA	89	1%	352	1%	68	1%
PARQUE COLUMBIA	0	0%	1	0%	0	0%
PAVUNA	592	6%	1636	5%	612	8%
QUINTINO BOCAIUVA	184	2%	765	2%	163	2%
RICARDO DE ALBUQUERQUE	246	3%	746	2%	98	1%
ROCHA MIRANDA	370	4%	2181	7%	330	4%
TURIACU	69	1%	432	1%	73	1%
VAZ LOBO	207	2%	696	2%	130	2%
VICENTE DE CARVALHO	284	3%	940	3%	229	3%
VILA DA PENHA	284	3%	1107	3%	298	4%
VILA KOSMOS	79	1%	659	2%	330	4%
VISTA ALEGRE	158	2%	464	1%	181	2%
TOTAL	9387	100%	33198	100%	7676	100%

TABELA 3: Número de notificações de dengue dos residentes de AP 33 segundo o bairro de residência no período entre 2011 e 2013.

BAIRRO DE RESIDÊNCIA	TOTAL	%
IRAJA	6475	13
GUADALUPE	3627	7
ANCHIETA	3594	7
MADUREIRA	3062	6
ROCHA MIRANDA	2881	6
PAVUNA	2840	6
MARECHAL HERMES	2539	5
BENTO RIBEIRO	2527	5
COELHO NETO	1812	4
OSWALDO CRUZ	1762	4
COLEGIO	1716	3
VILA DA PENHA	1689	3
ACARI	1640	3
CASCADURA	1492	3
VICENTE DE CARVALHO	1453	3
COSTA BARROS	1282	3
HONORIO GURGEL	1173	2
QUINTINO BOCAIUVA	1112	2
RICARDO DE ALBUQUERQUE	1090	2
VILA KOSMOS	1068	2
VAZ LOBO	1033	2
CAMPINHO	1007	2
CAVALCANTE	813	2
VISTA ALEGRE	803	2
TURIACU	574	1
BARROS FILHO	563	1
PARQUE ANCHIETA	509	1
ENGENHEIRO LEAL	124	0
PARQUE COLUMBIA	1	0
TOTAL	50261	100

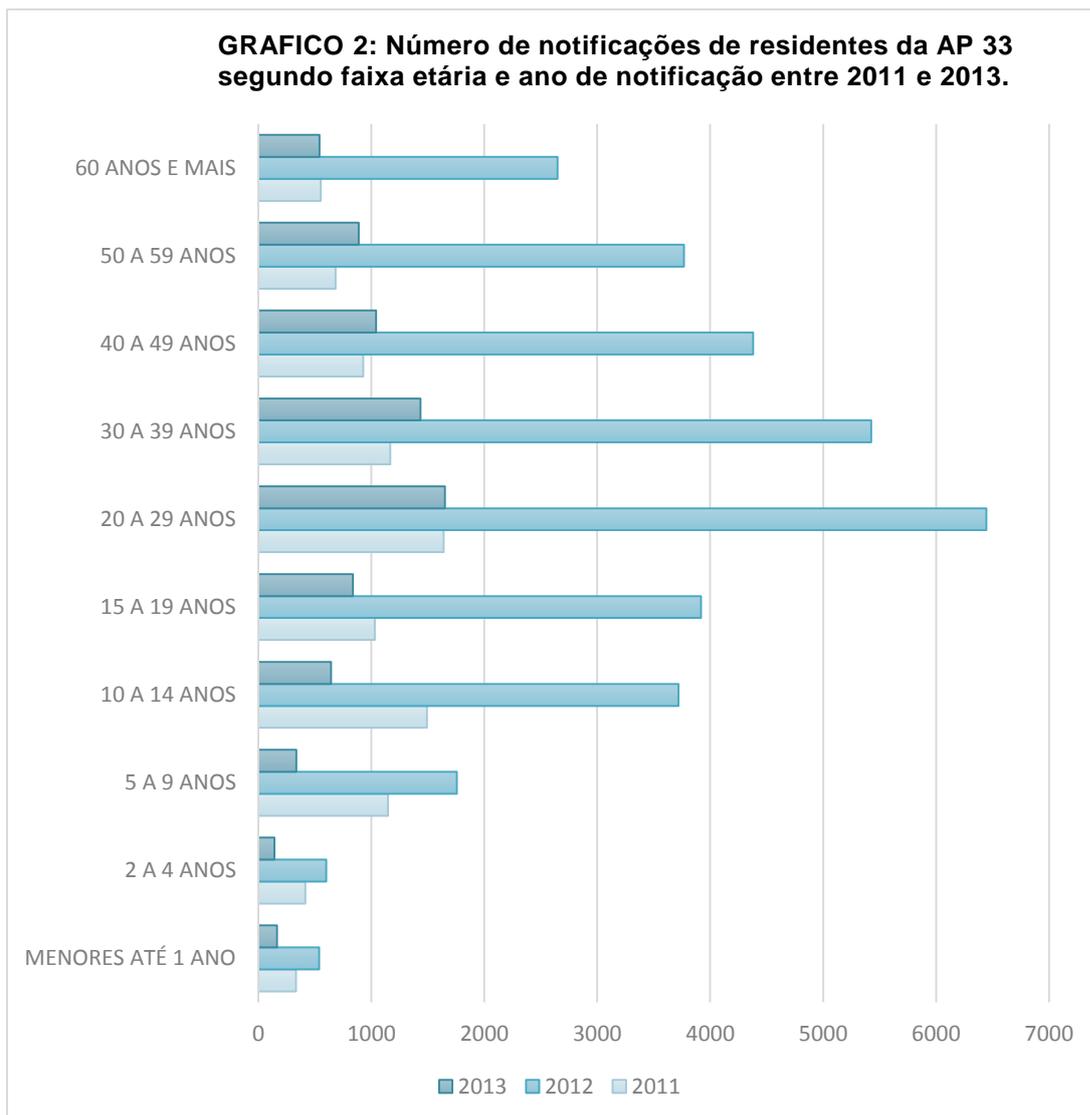
A distribuição dos casos notificados segundo o sexo mostrou uma discreta predominância de notificações na população feminina (54%) em relação à masculina (46%) (GRAFICO 1).

As notificações com o sexo ignorado foram excluídas da análise. Essa exclusão representou perda de 0,1%.



A distribuição de casos segundo a faixa etária mostrou que, entre os residentes da AP 33, a concentração do número de casos nos três anos investigados foi maior na faixa de 20 a 39 anos, especialmente no ano de 2012 (GRAFICO 2).

Os residentes notificados como suspeitos de dengue da AP 33, mantiveram o mesmo padrão de distribuição de sexo e faixa etária dos demais residentes município o Rio de Janeiro.



Dos casos notificados no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2011 e 2013, apenas 0,2% (n=735) foi de gestantes. As gestantes residentes da área programática 33 representaram 10% das gestantes notificadas no período em todo o município, um total de 76 grávidas com suspeita de dengue (TABELA 4).

Entre as notificações de gestantes residentes na área 33, 38 (50%) foram registradas em Unidades da Atenção Primária, sendo destas, 61% nas unidades de atenção primária da própria AP 33. As outras 38 gestantes (50%) foram notificadas em unidades hospitalares, sendo que 22 (41%) foram notificadas na AP 33.

Apenas uma gestante foi notificada em uma das 3 maternidades da AP 33.

TABELA 4: Número de gestantes residentes da AP 33, notificados como suspeitas de dengue, segundo local e tipo de unidade notificante no período de 2011 a 2013.

	AP 33	%	Outras Aps	%	Total	%
Atenção Primária	33	61%	5	23%	38	50%
Hospital	22	41%	16	73%	38	50%
TOTAL	54	100%	22	100%	76	100%

Entre todos os pacientes da AP 33, 38345 (76%) foram notificados até o 4º dia da doença, o que pode propiciar a orientação oportuna do paciente quanto aos sinais de alarme e o risco de agravamento da doença. A partir deste período se inicia a defervescência e há possibilidade de agravamento do quadro clínico.

No entanto, 6009 (12%) dos casos foram notificados na fase de defervescência (entre o 4º e 6º dia) e 5116 (10%) dos residentes da AP 33 foram notificados mais tardiamente, quando há maior risco de gravidade (GRAFICO 3).

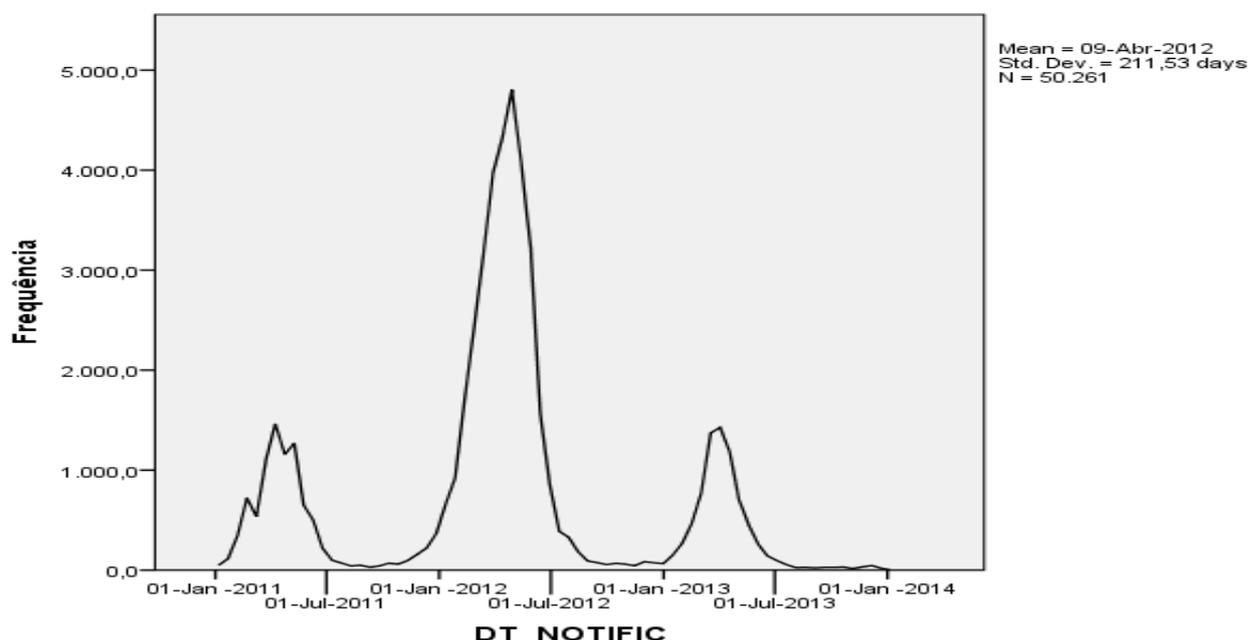
Nas unidades de saúde da AP 33, 83,5% dos residentes da própria AP foram notificados ainda na fase aguda da doença.

GRÁFICO 3: Número de notificações segundo o intervalo entre a data do início dos sintomas e a data de notificação em dias dos residentes da AP 33 nos anos de 2011 a 2013.



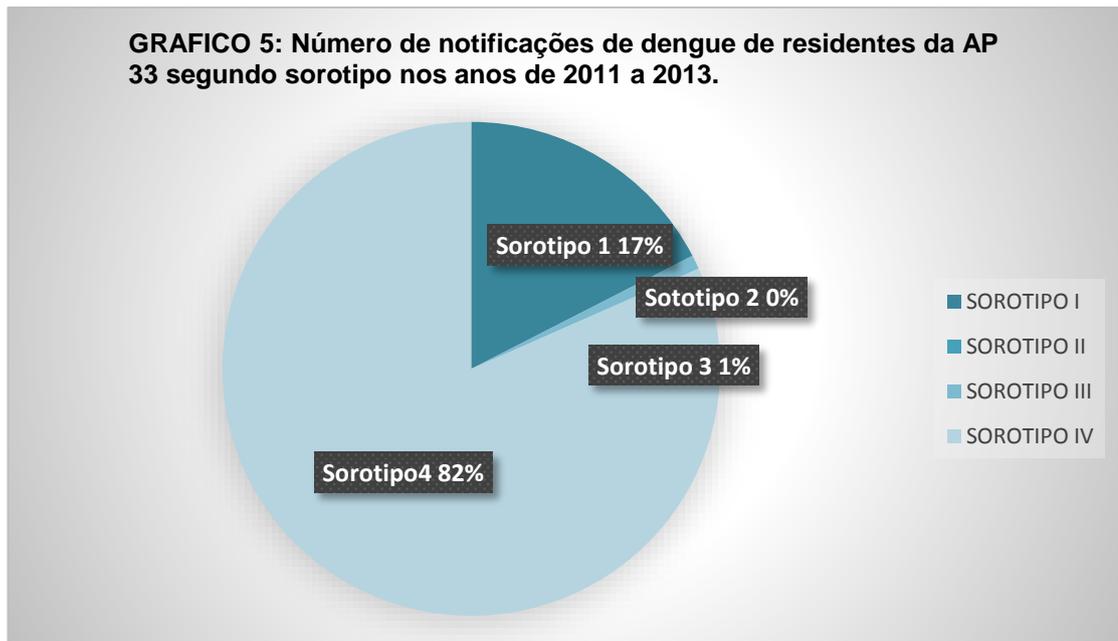
A análise da série histórica evidencia um perfil multi modal. Em 2011 ocorre um aumento das notificações no início do verão com pico no mês de abril e posterior redução no inverno. Em 2012, o mesmo padrão se repete, porém com aumento expressivo do número de casos notificados. Já em 2013, o padrão sazonal se mantém, porém com menor amplitude dos casos notificados (GRAFICO 4).

GRÁFICO 4: Série histórica em meses e anos dos residentes da AP 33 notificados como suspeitos de dengue entre os anos de 2011 a 2013.



Apenas 0,23% (735) dos casos confirmados de dengue tiveram definição do sorotipo no município do Rio de Janeiro. Na AP 33 foram 0,8% (109) dos casos confirmados. Houve a circulação de todos os sorotipos no município do Rio de Janeiro, com maior frequência dos sorotipos 1 e 4 entre 2011 e 2013. Entre os moradores da AP 33 houve circulação dos sorotipos 1, 3 e 4, sendo o mais frequente o DENV 4 (GRAFICO 5).

GRAFICO 5: Número de notificações de dengue de residentes da AP 33 segundo sorotipo nos anos de 2011 a 2013.



Quanto à classificação final⁴, 60% (30.260) dos casos notificados de pacientes residentes dos bairros da AP 33 foram inconclusivos ou em branco. Isto pode expressar a falta de qualificação na investigação dos casos, mas também a dificuldade de classificar os casos.

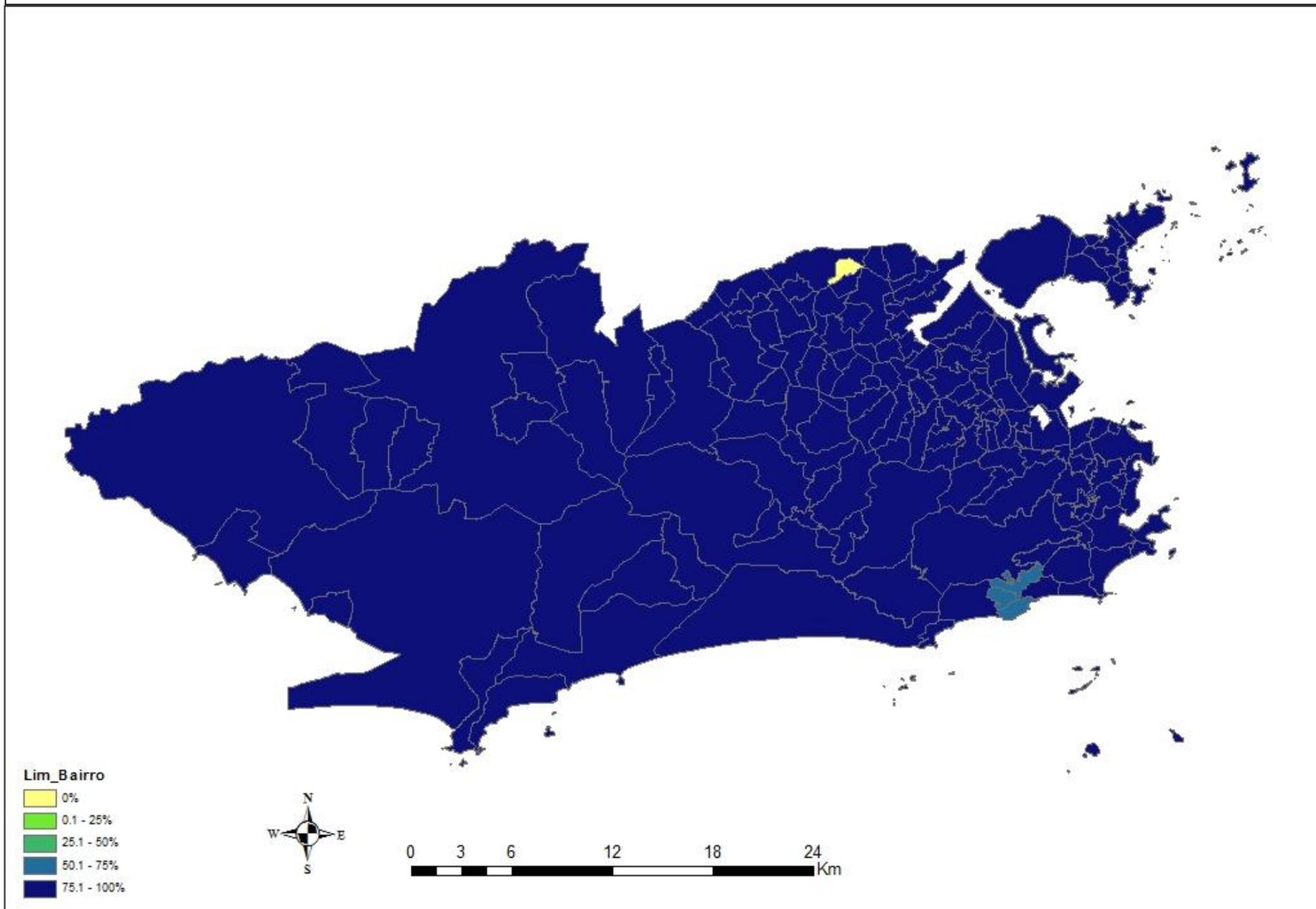
Nota-se que em 2011, em todo município do Rio de Janeiro, acima de 75% dos casos que foram notificados como dengue foram encerrados com a classificação final devidamente preenchida. Na AP 33 foram classificados 91% das notificações (MAPA 3 e APÊNDICE 1).

Em 2012, ano com maior número de casos notificados, houve uma queda no percentual de casos classificados em todo o município. A zona oeste teve os melhores indicadores com 50 a 75% dos casos notificados classificados, no entanto a AP 33 conseguiu classificar 29% dos casos notificados (MAPA 4 e APÊNDICE 2).

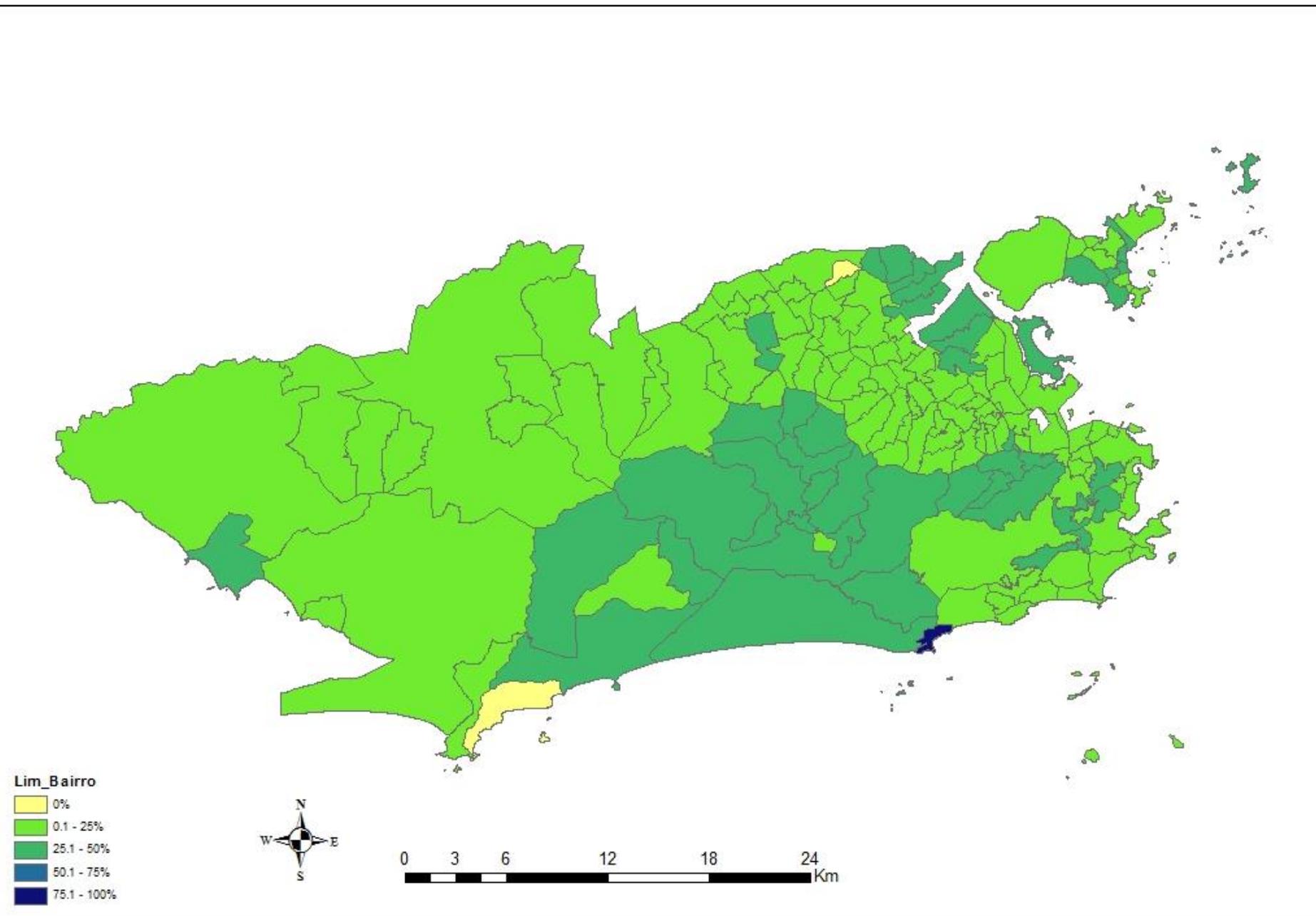
Em 2013, ano com menor número de casos registrados, o município do Rio de Janeiro classificou até 75% dos casos notificados. Na AP 33 o percentual de casos classificados foi inferior ao de outras áreas (26% dos casos notificados de residentes da área) (MAPA 5 e APÊNDICE 3).

⁴ “Classificação final” é uma variável da ficha de investigação de dengue para registro da classificação clínica (dengue clássico, FHD, SCD) dos casos e de caso descartado)

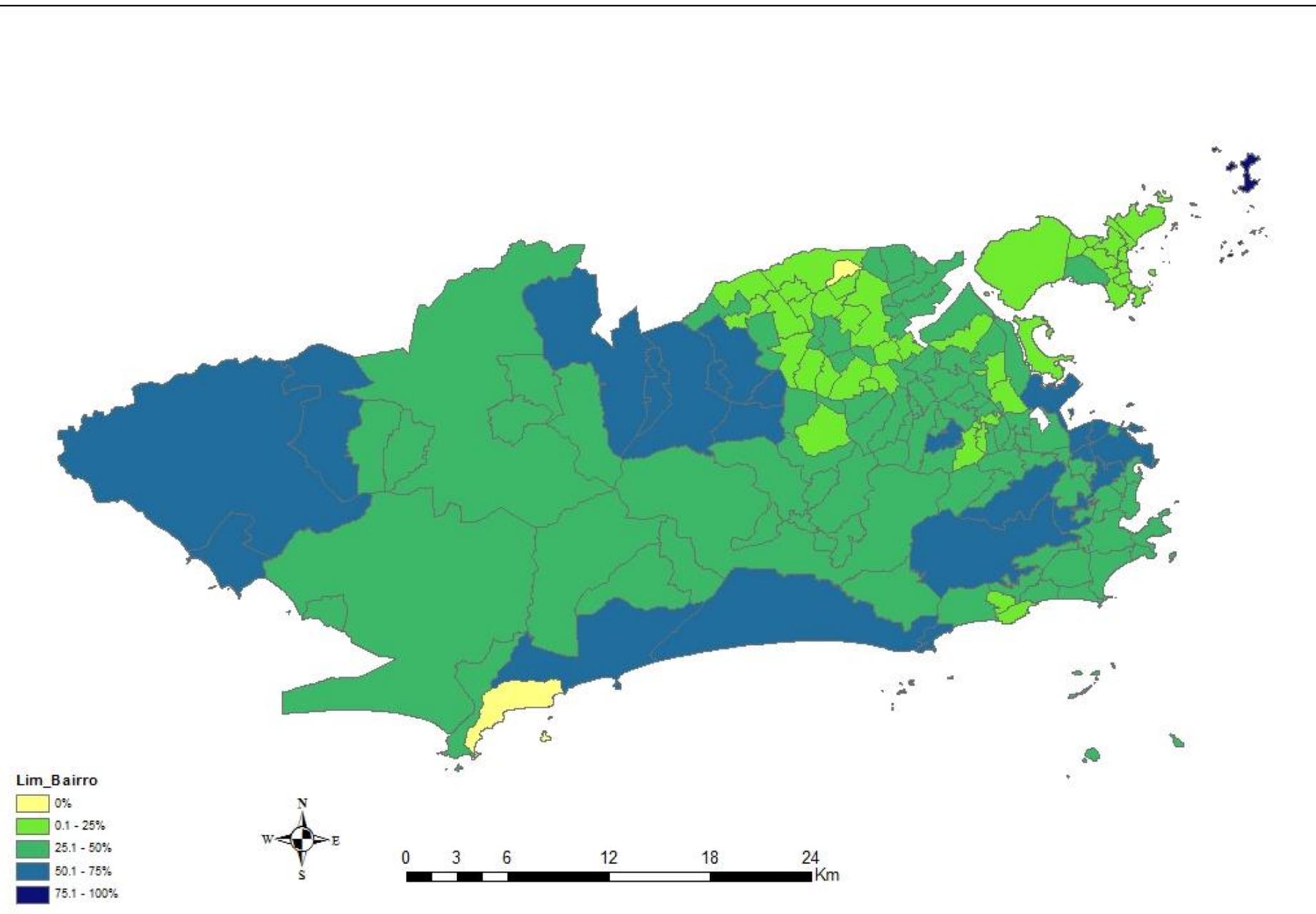
MAPA 3: Mapa temático do percentual de casos confirmados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2011.



MAPA 4: Mapa temático do percentual de casos confirmados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2012.



MAPA 5: Mapa temático do percentual de casos confirmados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2013.



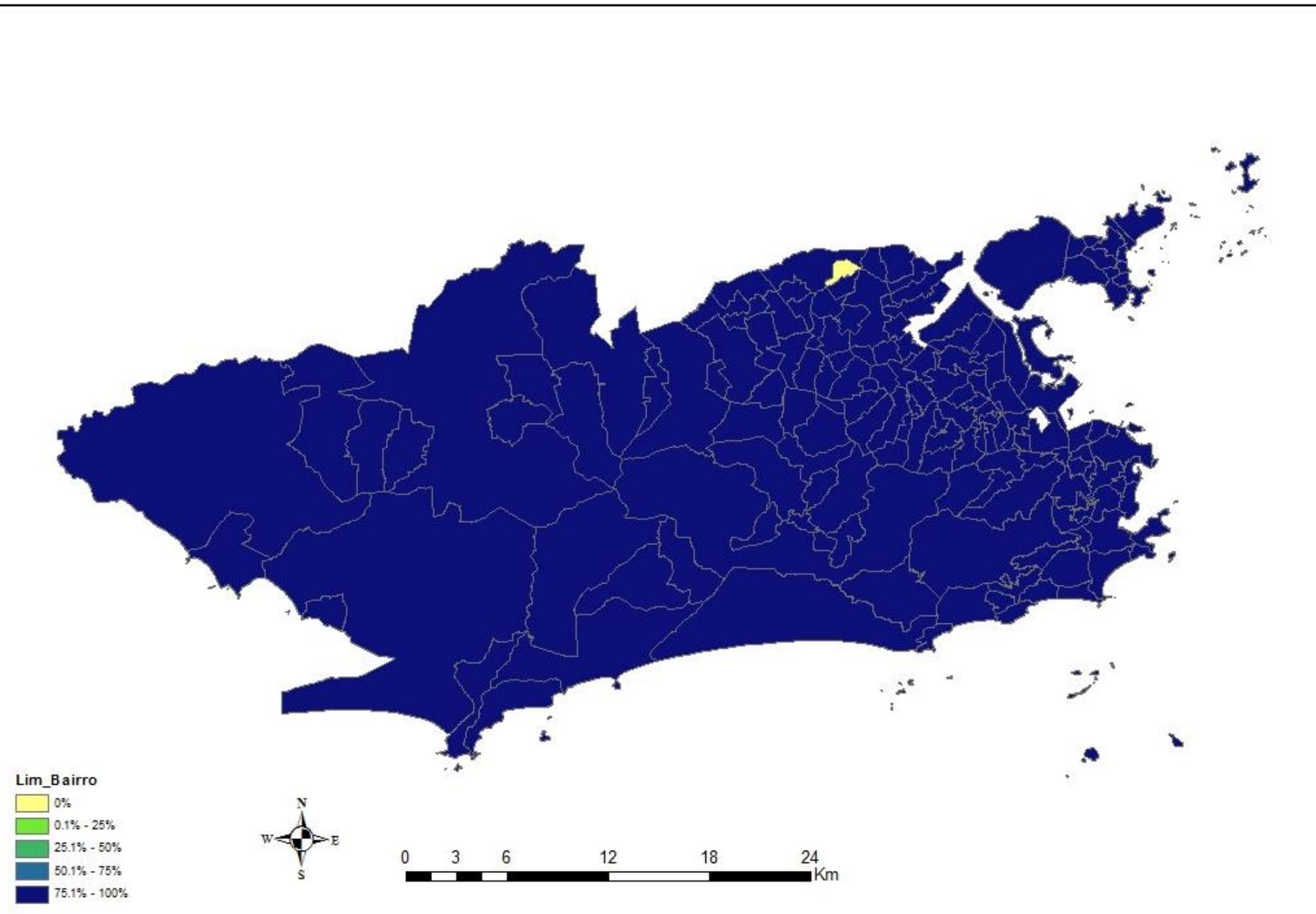
Os mapas 6, 7 e 8 apresentam todos os casos que foram classificados e confirmados como dengue clássico, dengue com complicações, FHD ou SCD no município do Rio de Janeiro durante os anos de 2011 a 2013.

Em quase todo o território municipal foram confirmados entre 75 a 100% dos casos classificados no ano de 2011. A AP 33 confirmou 97% dos casos classificados (MAPA 6 e APÊNDICE 1).

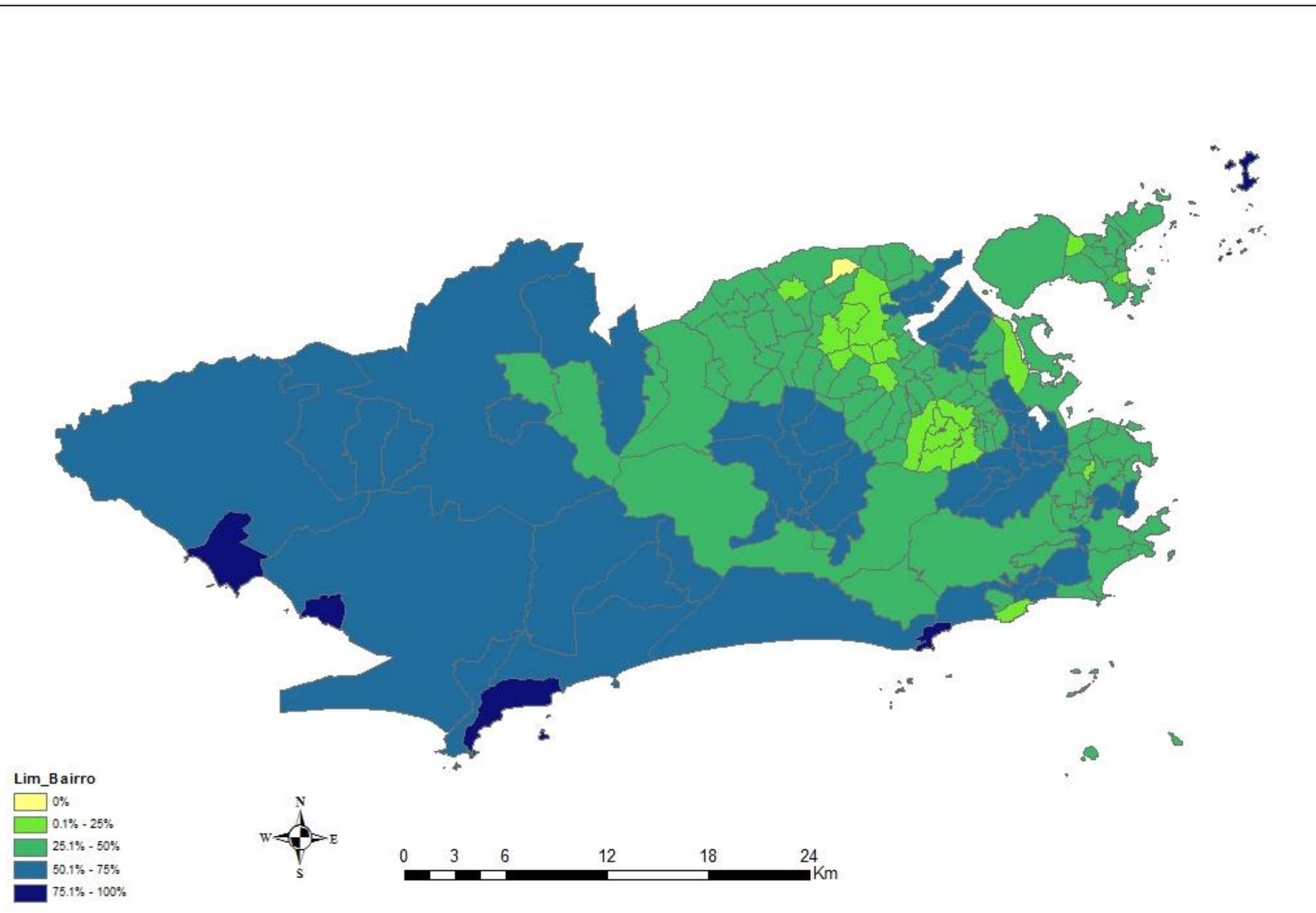
Em 2012 nos bairros do município do Rio de Janeiro os pacientes classificados clinicamente, foram em sua maioria, descartados como não sendo dengue. Exceção foi o bairro de Joá, onde foram confirmados até 25% dos casos. Vale ressaltar que este foi o ano com maior número de notificações do período. A AP 4 teve maior percentual de confirmação de casos, até 50% do total. A AP33 confirmou apenas 43% dos casos classificados (MAPA 7 e APÊNDICE 2).

Em 2013, ano com menor número de casos notificados e classificados, ocorreu uma grande heterogeneidade no percentual de confirmação entre as áreas programáticas. Em parte das APs 1, 2.2, 4.0 e AP 5.1, foram confirmados de 50 a 75% dos casos classificados. Na AP 33 foram confirmados 74% dos casos classificados (MAPA 8 e APÊNDICE 3).

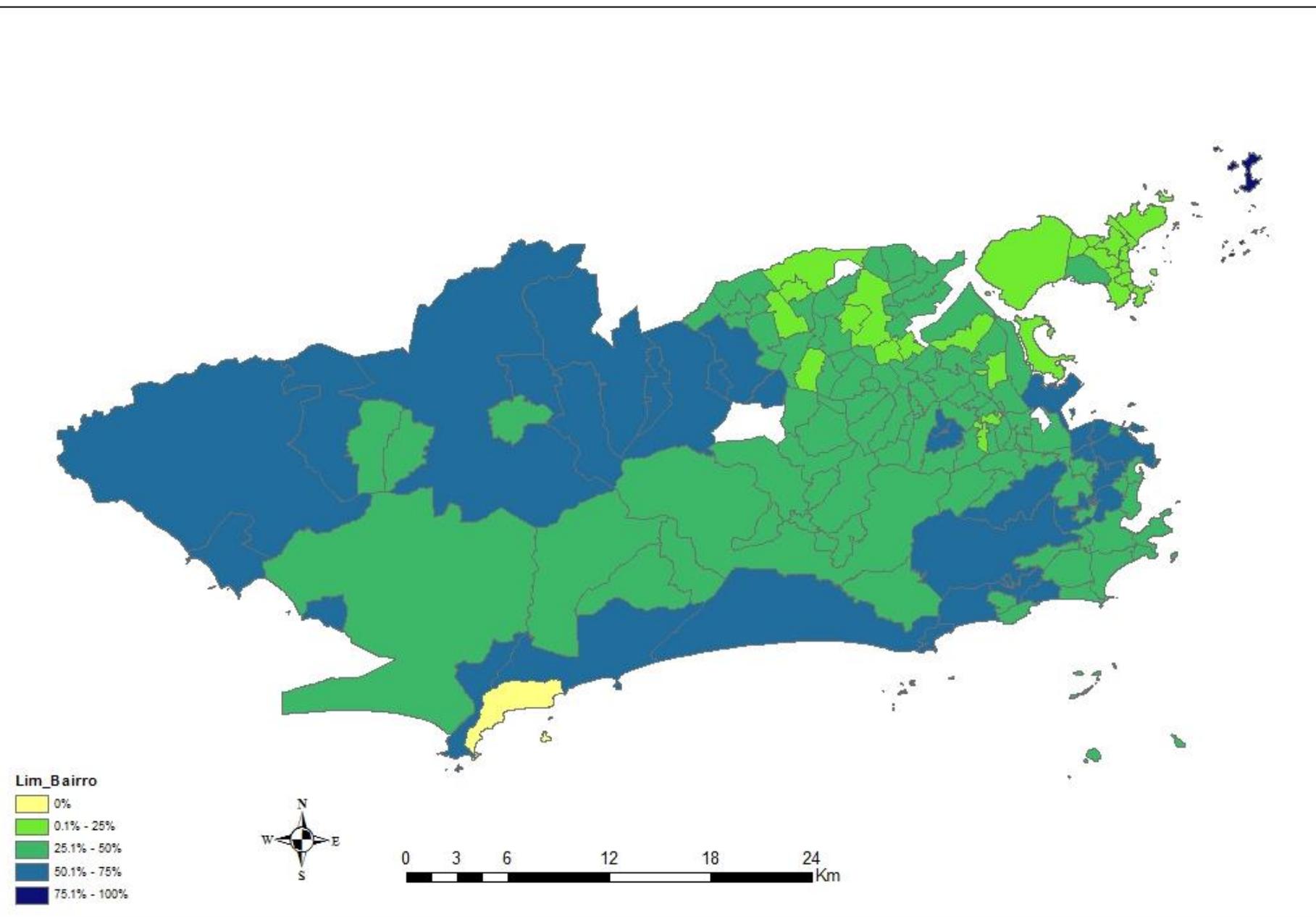
MAPA 6: Mapa temático do percentual de casos classificados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2011.



MAPA 7: Mapa temático do percentual de casos classificados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2012.

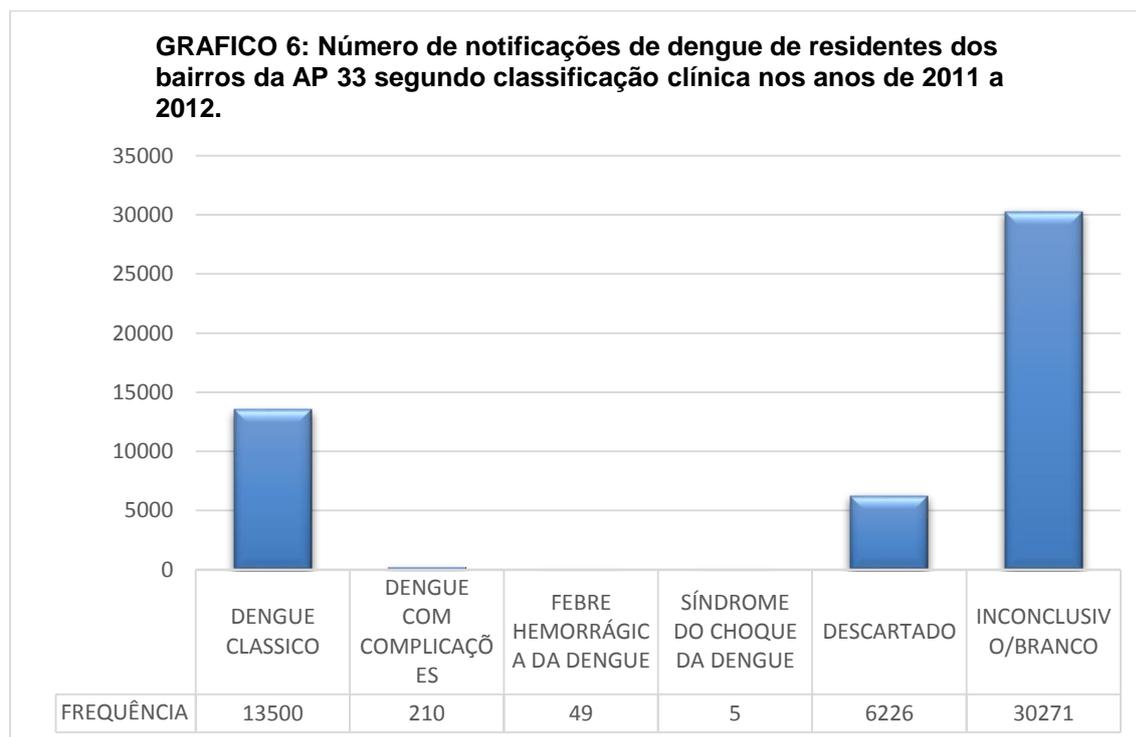


MAPA 8: Mapa temático do percentual de casos classificados para dengue, segundo bairros do município do Rio de Janeiro em 2013.



Entre os casos confirmados, 26,9% (13.500) foram classificados como dengue clássica enquanto menos de 1% houve agravamento (FHD, SCD e dengue com complicações) (GRAFICO 6).

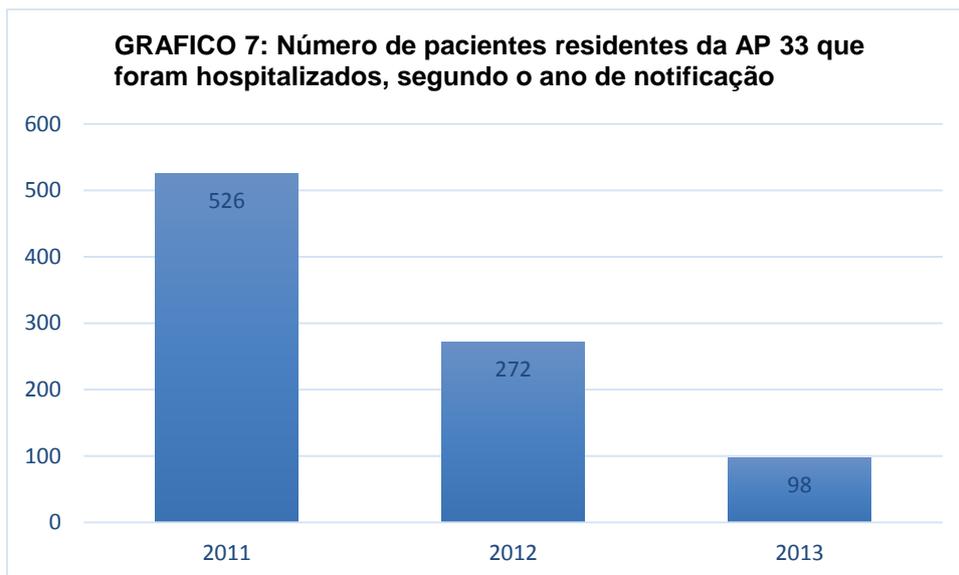
No entanto, não houve registro da ocorrência de manifestações hemorrágicas em 99,4% dos casos notificados de residentes da AP 33, sugerindo subnotificação.



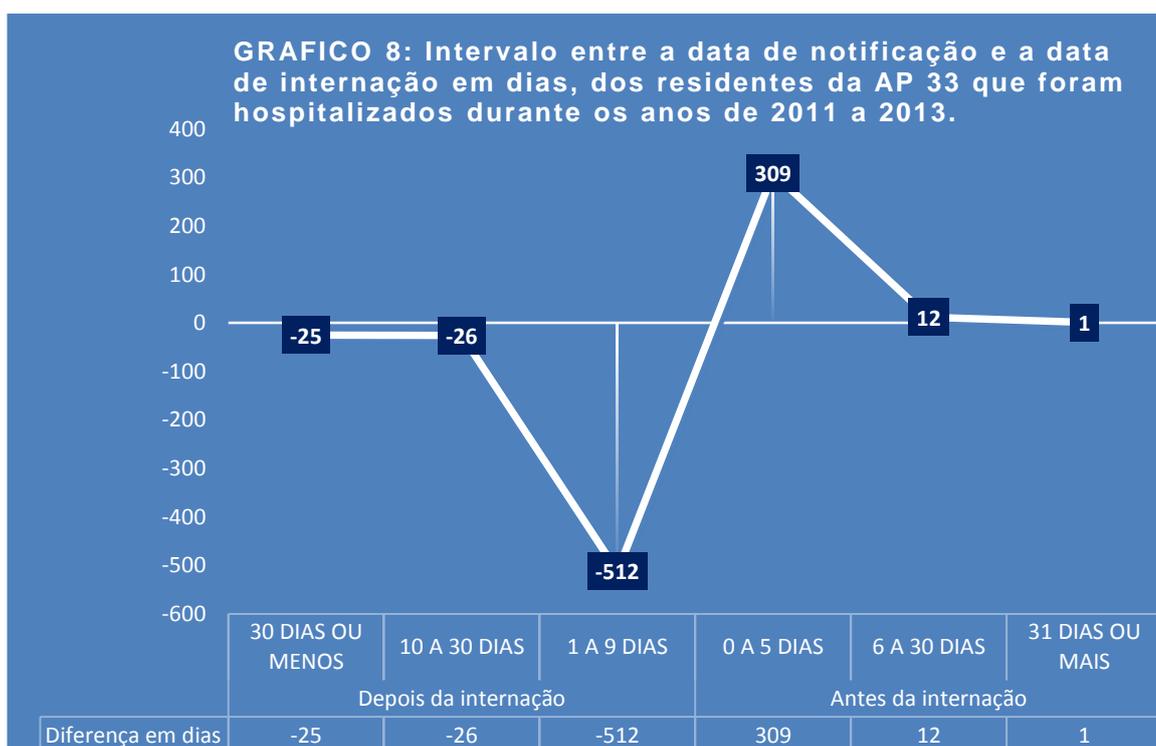
Quanto aos registros de internação, 1,8% (896) dos residentes da AP 33 foram hospitalizados, 14% não foram internados. Porém, 84,2% das notificações não continham registro de internação por dengue ou este dado era ignorado.

Dos 896 pacientes residentes da AP 33 com o registro de internação (526 em 2011; 272 em 2012 e 98 em 2013), 6,8% (61) foram notificados nas unidades de atenção primária à saúde da AP 33 (GRAFICO 7 e TABELA 5).

Houve uma redução do número de internações registradas na base de dados do SINAN no período estudado, considerando que em 2011 houve um menor número de casos notificados e um maior número de internações por dengue.



O gráfico 8 mostra a diferença entre a data de notificação e a data de internação dos pacientes residentes da AP 33 entre os anos de 2011 e 2013. A maioria (64%) dos pacientes foram inicialmente internados e posteriormente notificados, sendo que 309 (35%) pacientes foram notificados em tempo hábil (entre 0 e 5 dias), os outros 13 (1%) foram notificados após 6 dias da internação (GRAFICO 8).



As unidades da atenção primária da AP 33 que realizaram maior número de notificações de residentes que foram internados foram o CMS Augusto Amaral Peixoto (30%), CMS Carmela Dutra, CF Marcos Valadão e CF Souza Marques (TABELA 5).

TABELA 5: Número de notificação de residentes da AP 33 que foram notificados nas Unidades de atenção primária da AP 33 e foram hospitalizados nos anos entre 2011 a 2013.

UNIDADES	NOTIFICAÇÕES	%
SMS CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO AP 33	30	49%
SMS CF MARCOS VALADAO AP 33	5	8%
SMS CF SOUZA MARQUES AP 33	5	8%
SMS CMS CARMELA DUTRA AP 33	5	8%
SMS CMS ALBERTO BORGERTH AP 33	4	7%
SMS CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA AP 33	3	5%
SMS CMS FAZENDA BOTAFOGO AP 33	2	3%
SMS CMS MORRO UNIAO AP 33	2	3%
SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA AP 33	1	2%
SMS CMS CARLOS CRUZ LIMA AP 33	1	2%
SMS CMS CLEMENTINO FRAGA AP 33	1	2%
SMS CMS MARIO OLINTO DE OLIVEIRA AP 33	1	2%
SMS CMS NASCIMENTO GURGEL AP 33	1	2%
Total	61	100%

Entre os residentes da AP 33 notificados nas unidades de atenção primária que foram hospitalizados, existe uma grande variabilidade no intervalo entre a data de notificação e a data do início dos sintomas. Semelhante ao perfil de notificação dos demais residentes da AP, a maioria foi notificada até o 4º dia do início dos sintomas (GRAFICO 9). A maior parte destes pacientes (54%) foi notificada antes da internação. Porém, um elevado número (31%) teve a internação como fonte de informação para a notificação. Estes últimos podem ter sido notificados pelo serviço de vigilância em saúde da área (GRAFICO 10).

GRAFICO 9: Intervalo entre a data de notificação e a data do início dos sintomas dos residentes da AP 33 notificados nas unidades de atenção primária à saúde da AP, que foram hospitalizados entre os anos 2011 e 2013.

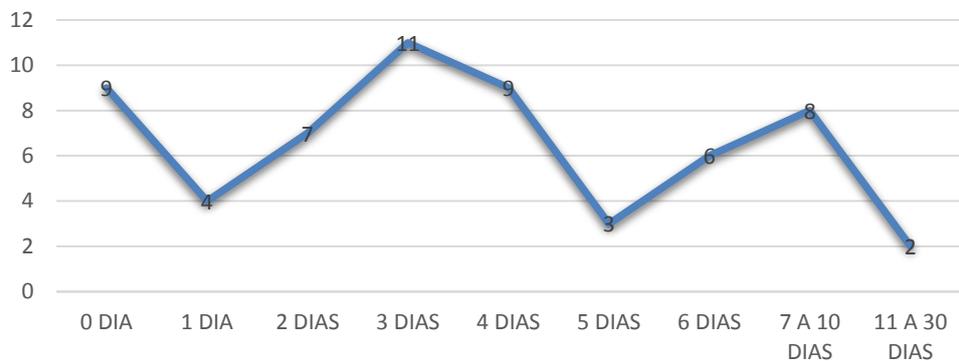
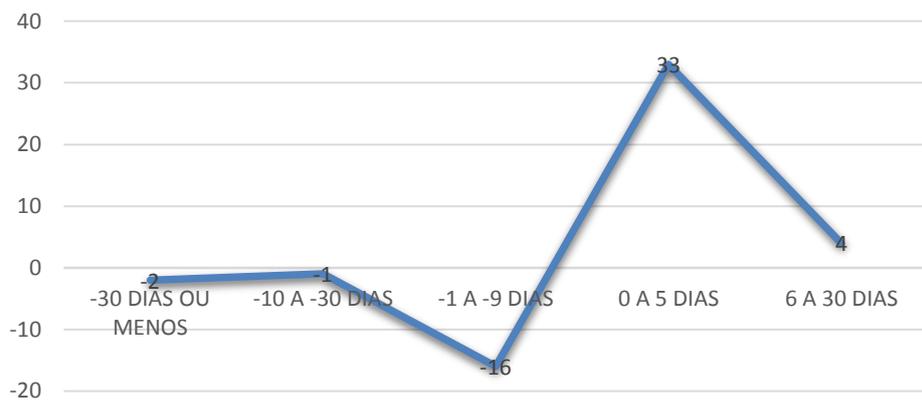
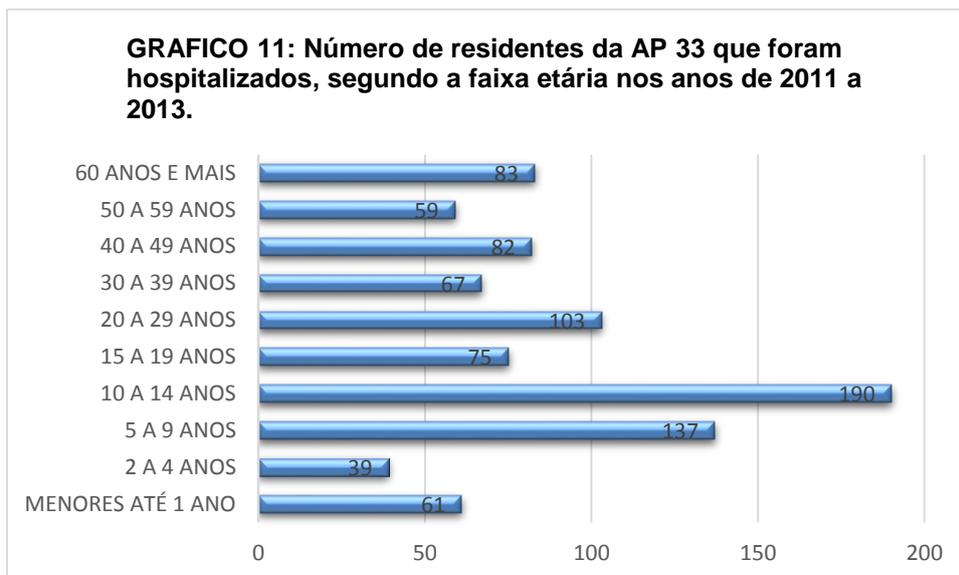


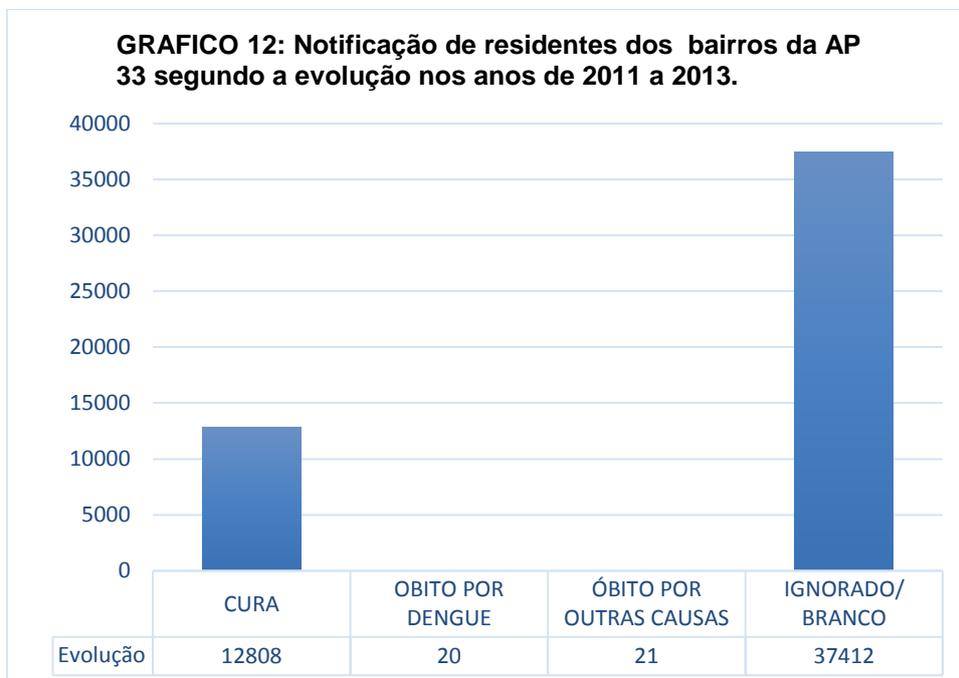
GRAFICO 10: Intervalo entre a data da internação e a data da notificação dos residentes da AP 33 notificados nas unidades de atenção primária à saúde da AP, que foram hospitalizados entre os anos 2011 e 2013.



A faixa etária com maior número de internações foi de menores de 1 ano de idade a adolescentes até 14 anos, correspondendo 47,7% do total de hospitalização dos residentes da AP 33 no período estudado (GRAFICO 11).



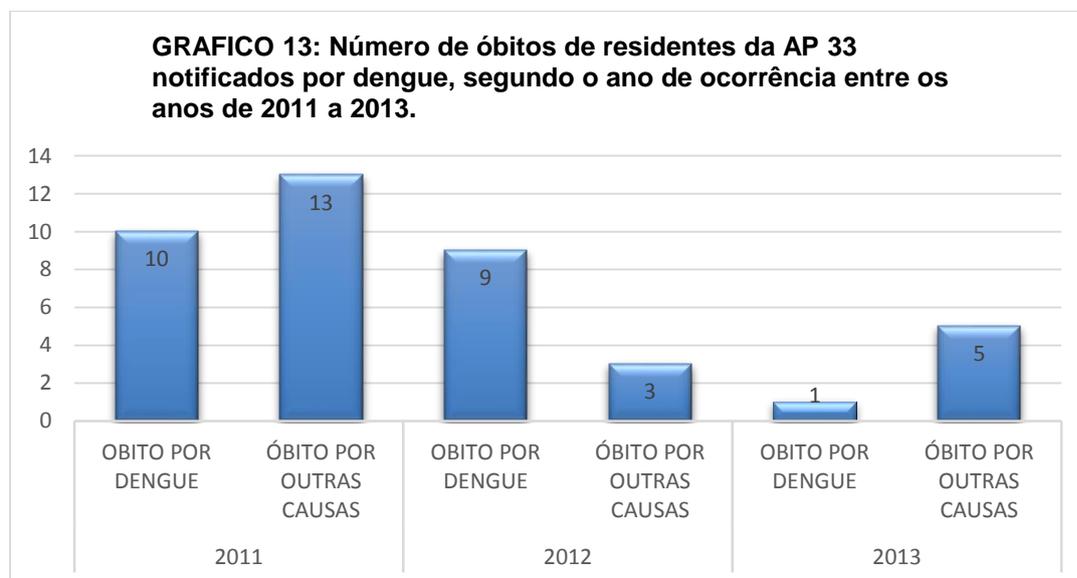
A maioria das notificações de residentes da AP 33 (80,7%), não teve a evolução registrada ou o campo foi ignorado. Entre aqueles com registro, identificamos 41 óbitos de moradores da AP 33 entre os anos de 2011 e 2013 (GRAFICO 12).



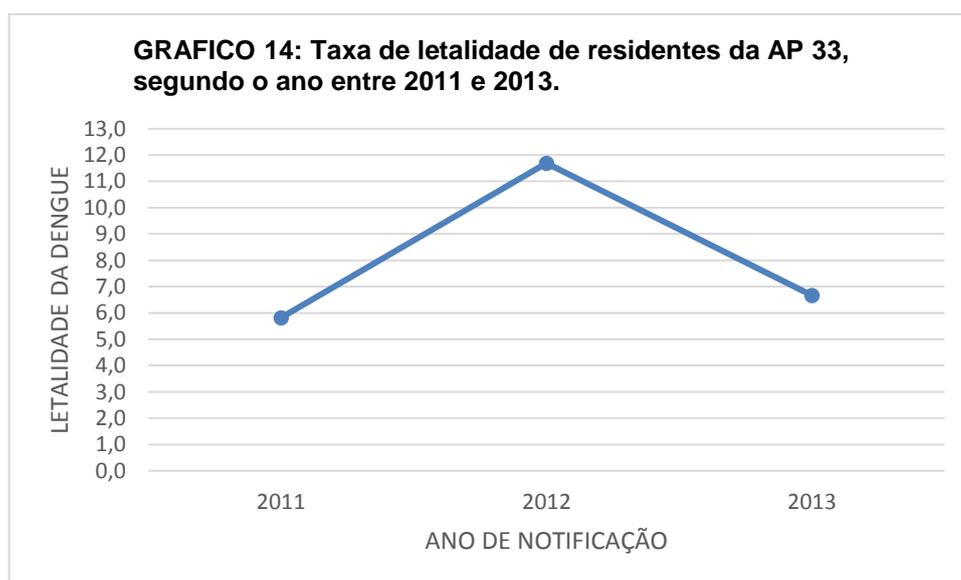
O ano de 2011 teve o número total de casos notificados menor do que os demais anos, embora, o número de óbitos tenha sido maior (23). No entanto,

observamos um número elevado de óbitos comparado aos demais anos (12 em 2012 e 6 em 2013) (GRAFICO 14).

Houve uma redução no registro do número de óbitos ocasionados por dengue, podendo ser evidenciado uma redução de 90% no registro do número de óbitos de 2011 para 2013.



A taxa de letalidade de residentes da AP 33, entre 2011 a 2013, foi acima do limite recomendado pela OMS (1%), alcançando 5,8% em 2011, 11,7% em 2012 e 6,7% em 2013 (GRAFICO 14).



Os bairros que registraram maior número de óbitos por dengue foram Pavuna (12%), Colégio e Guadalupe (10%) (TABELA 6).

Dos 41 pacientes que evoluíram ao óbito, apenas 3 foram notificados na atenção primária, sugerindo que os pacientes não passaram pela atenção primária da AP 33, buscando diretamente os serviços de atenção à saúde secundário e terciário.

TABELA 6: Distribuição do número de óbitos, segundo os bairros da AP 33 durante os anos de 2011 a 2013

BAIRROS DA AP 33	ÓBITOS	%
PAVUNA	5	12%
COLEGIO	4	10%
GUADALUPE	4	10%
BENTO RIBEIRO	3	7%
QUINTINO BOCAIUVA	3	7%
ANCHIETA	2	5%
CASCADURA	2	5%
COELHO NETO	2	5%
COSTA BARROS	2	5%
VILA DA PENHA	2	5%
VISTA ALEGRE	2	5%
BARROS FILHO	1	2%
CAMPINHO	1	2%
CAVALCANTE	1	2%
HONORIO GURGEL	1	2%
IRAJA	1	2%
MARECHAL HERMES	1	2%
OSWALDO CRUZ	1	2%
ROCHA MIRANDA	1	2%
TURIACU	1	2%
VILA KOSMOS	1	2%
TOTAL	41	100%

Ao analisarmos a letalidade por bairro, podemos verificar a ocorrência de maiores taxas em alguns bairros como Barros filho, Bento Ribeiro, Campinho, Coelho Neto, Colégio, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Marechal Hermes, Pavuna, Quintino Bocaiúva, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre (TABELA 7).

TABELA 7: Taxa de letalidade dos residentes da AP 33 segundo os bairros da AP entre os anos de 2011 e 2013.

BAIRROS	ANO DE NOTIFICAÇÃO		
	2011	2012	2013
ACARI	0	0	0
ANCHIETA	0	0	0
BARROS FILHO	12,5	0	0
BENTO RIBEIRO	0	9,09	0
CAMPINHO	20	0	0
CASCADURA	0	0	0
CAVALCANTE	0	0	0
COELHO NETO	12,5	0	100
COLEGIO	20	50	0
COSTA BARROS	0	0	0
ENGENHEIRO LEAL	0	0	0
GUADALUPE	0	9,09	0
HONORIO GURGEL	0	100	0
IRAJA	0	25	0
MADUREIRA	0	0	0
MARECHAL HERMES	0	33,33	0
OSWALDO CRUZ	0	0	0
PARQUE ANCHIETA	0	0	0
PARQUE COLUMBIA	0	0	0
PAVUNA	25	0	0
QUINTINO BOCAIUVA	20	50	0
RICARDO DE ALBUQUERQUE	0	0	0
ROCHA MIRANDA	0	0	0
TURIACU	0	0	0
VAZ LOBO	0	0	0
VICENTE DE CARVALHO	0	0	0
VILA DA PENHA	33,33	25	0
VILA KOSMOS	0	33,33	0
VISTA ALEGRE	20	0	0

Dentre os 50.261 residentes da AP 33 nos anos estudados, apenas 30% (15.068) foram notificados nas unidades de atenção primária da própria AP33.

As unidades de saúde tipo A realizaram 56% das notificações das unidades de saúde de atenção primária da AP 33 durante os anos de 2011 a 2013.

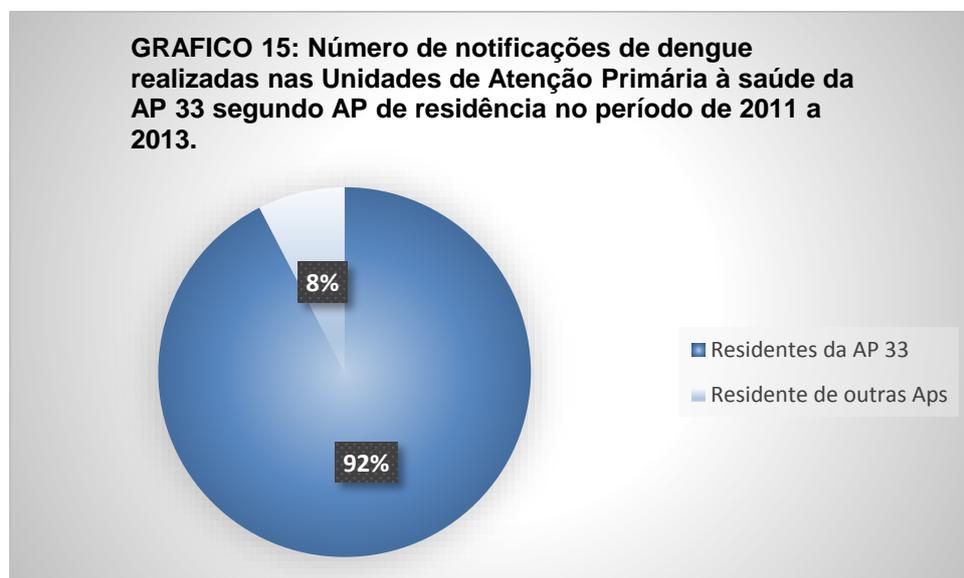
Em 2012, com o aumento do número de casos, foram implementados dois pólos de atendimento ao paciente com suspeita de dengue na CF Marcos Valadão e na CF Souza Marques, o que gerou um aumento considerado de notificações por estas unidades (TABELA 8).

Todas as unidades de saúde da atenção primária da área tiveram notificação de suspeitos de dengue.

TABELA 8: Unidades de saúde notificadoras da atenção primária à saúde da AP 33 segundo o tipo de unidade e o ano de notificação, entre 2011 e 2013.

TIPO	UNIDADES	NOTIFICAÇÕES					
		2011		2012		2013	
A	CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA AP 33	0	0,00%	243	1,96%	271	17,10%
	CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO AP 33	0	0,00%	0	0,00%	5	0,32%
	CF DANTE ROMANO JUNIOR AP 33	0	0,00%	0	0,00%	22	1,39%
	CF EPITACIO SOARES REIS AP 33	0	0,00%	294	2,37%	12	0,76%
	CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA AP 33	1	0,04%	213	1,72%	17	1,07%
	CF MAESTRO CELESTINO AP 33	0	0,00%	3	0,02%	5	0,32%
	CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO AP 33	0	0,00%	0	0,00%	27	1,70%
	CF MARCOS VALADAO AP 33	116	5,03%	3019	24,33%	82	5,17%
	CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO AP 33	0	0,00%	0	0,00%	20	1,26%
	CMS CARLOS CRUZ LIMA AP 33	24	1,04%	86	0,69%	8	0,50%
	CMS MORRO UNIAO AP 33	66	2,86%	290	2,34%	21	1,32%
	CMS EDMA VALADAO AP 33	49	2,13%	124	1,00%	83	5,24%
	CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER AP 33	13	0,56%	36	0,29%	7	0,44%
	CMS FAZENDA BOTAFOGO AP 33	6	0,26%	81	0,65%	41	2,59%
	SMS CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA AP 33	5	0,22%	481	3,88%	45	2,84%
	SMS CMS PORTUS E QUITANDA AP 33	13	0,56%	29	0,23%	15	0,95%
	CF SOUZA MARQUES AP 33	0	0,00%	3117	25,12%	125	7,89%
TOTAL UNIDADES TIPO A		293	12,72%	8016	64,60%	806	50,85%
B	CMS ALBERTO BORGERTH AP 33	31	1,35%	10	0,08%	17	1,07%
	CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA AP 33	25	1,09%	181	1,46%	224	14,13%
	CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO AP 33	1709	74,18%	1155	9,31%	110	6,94%
	CMS CARMELA DUTRA AP 33	64	2,78%	2090	16,84%	146	9,21%
	CMS CLEMENTINO FRAGA AP 33	33	1,43%	372	3,00%	64	4,04%
	CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA AP 33	118	5,12%	341	2,75%	73	4,61%
	CMS MARIO OLINTO DE OLIVEIRA AP 33	24	1,04%	63	0,51%	23	1,45%
	CMS NASCIMENTO GURGEL AP 33	7	0,30%	181	1,46%	122	7,70%
TOTAL UNIDADES TIPO B		2011	87,28%	4393	35,40%	779	49,15%
TOTAL GERAL		2304	100,00%	12409	100,00%	1585	100,00%

As unidades de atenção primária da AP 33 notificaram 16.298 pacientes, 92% (15068) residentes da AP 33 e 8% (1230) de pacientes residentes de outras áreas do município do Rio de Janeiro (GRAFICO 15).



As unidades que mais atenderam pacientes procedentes de outras APs foram: CF Souza Marques, CMS Augusto Amaral Peixoto, CF Marcos Valadão e CMS Carmela Dutra (QUADRO 8).

QUADRO 8: Número de notificações realizadas pelas unidades de atenção primária à saúde da AP 33 de residentes de outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo unidade notificadora entre os anos de 2011 a 2013.

UNIDADES	Notificações
CF SOUZA MARQUES AP 33	510
CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO AP 33	328
CF MARCOS VALADAO AP 33	156
CMS CARMELA DUTRA AP 33	56
CMS CLEMENTINO FRAGA AP 33	52
CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA AP 33	27
CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA AP 3	20
CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA AP 33	13
CMS MARIO OLINTO DE OLIVEIRA AP 33	10
CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA AP 33	9
CMS MORRO UNIAO AP 33	9
CMS FAZENDA BOTAFOGO AP 33	8
CMS NASCIMENTO GURGEL AP 33	8
SMS CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA AP 33	5
CF EPITACIO SOARES REIS AP 33	4
CMS ALBERTO BORGUERTH AP 33	4
CMS CARLOS CRUZ LIMA AP 33	3
CMS EDMA VALADAO AP 33	3
CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO AP 33	1
CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO AP 33	1
SMS CMS PORTUS E QUITANDA AP 33	1
CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER AP 33	1
TOTAL	1216

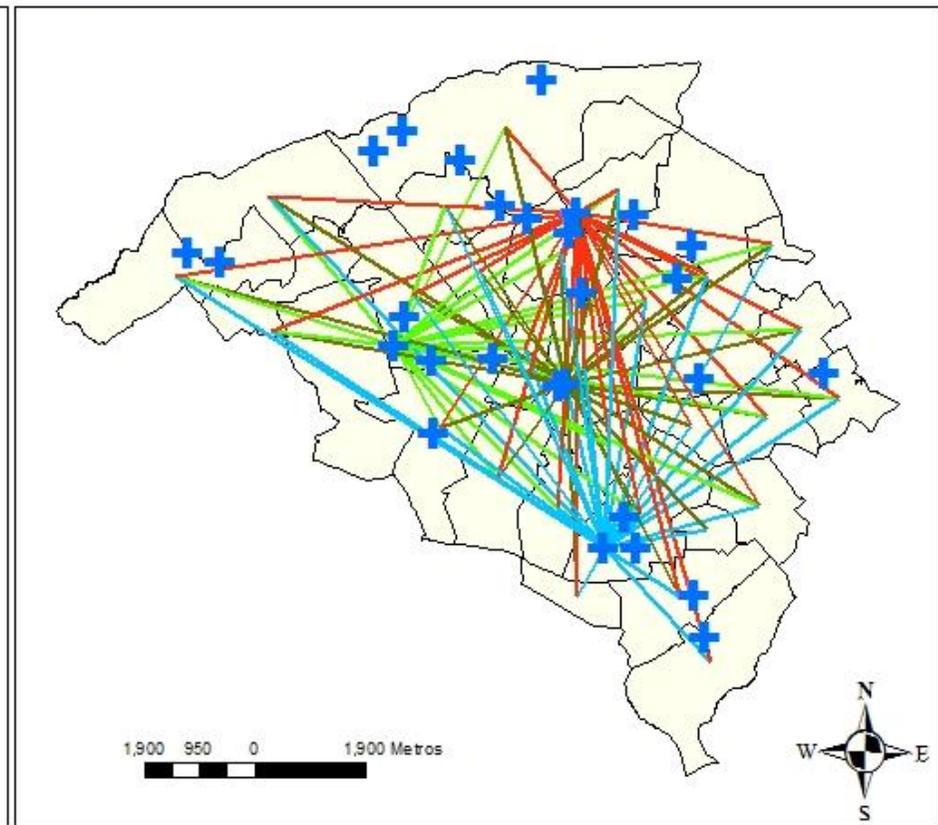
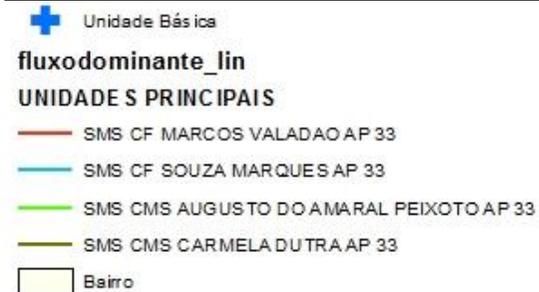
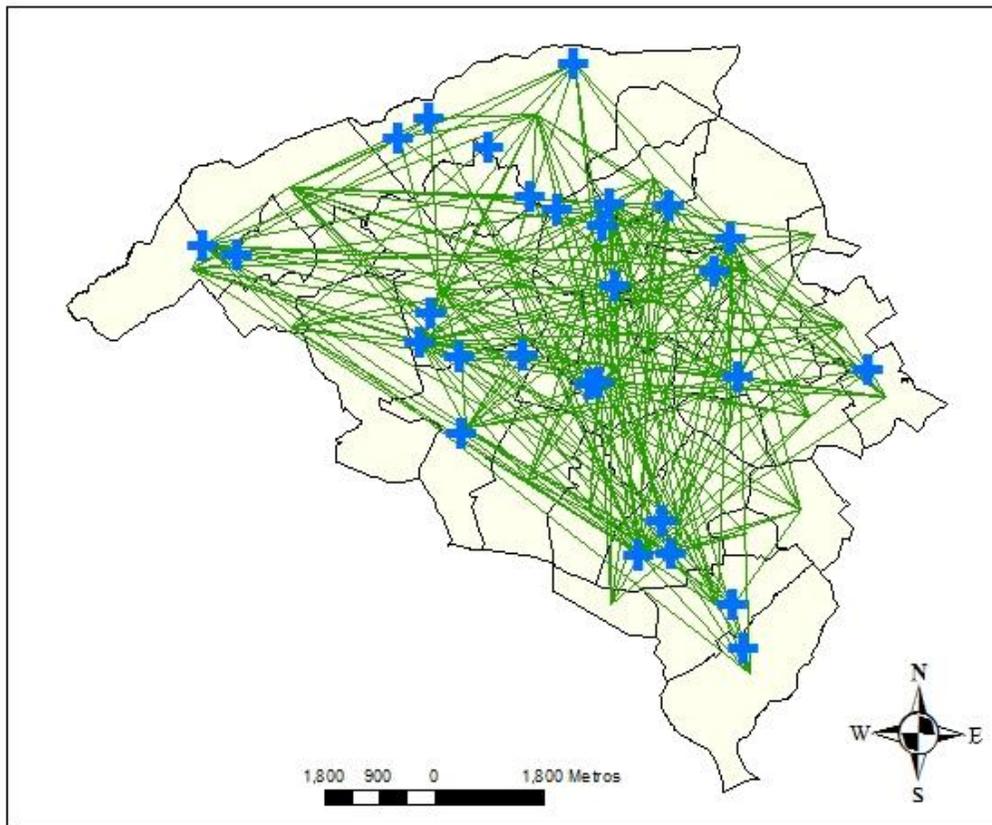
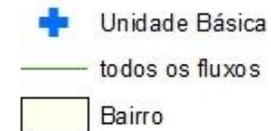
Os resultados da análise dos mapas de fluxo evidenciam a trajetória entre bairro de residência e unidade que os moradores da AP 33 percorrem, em busca de atendimento.

Os mapas de fluxo 9 e 10 evidenciam uma grande variação na busca pelo atendimento, existindo uma grande concentração de pacientes atendidos em unidades localizadas em bairros mais distantes.

As unidades com os fluxos mais relevantes, ou seja, que tiveram o maior número de notificações foram: CF Souza Marques, CF Marcos Valadão, CMS Augusto Amaral Peixoto e CMS Carmela Dutra. Estas unidades receberam residentes de diversos bairros da AP 33. A maior distância percorrida foi de 8 Km.

MAPA 9: Fluxo dos residentes da AP 33 entre o bairro de residência e as Unidades de atenção primária à saúde notificadora entre 2011 e 2013.

MAPA 10: Fluxo dos residentes da AP 33 entre o bairro de residência e as Unidades de atenção primária à saúde notificadoras dos fluxos mais relevantes entre 2011 e 2013.



Os demais residentes da AP 33 (35.193), que não foram notificados nas unidades de atenção primária à saúde da área, foram notificados em unidades de saúde de outros níveis de atenção à saúde e em outras áreas programáticas.

O total de perdas para a análise do endereçamento e tipo de gestão foi de 5% (1.685), somente os casos notificados por unidades que continham todos os dados na base do CNES foram considerados.

A maioria dos residentes da AP 33 foi atendida na rede pública de saúde, 46% dos residentes foram notificados na rede municipal de saúde, 32% na rede estadual e 3% na rede federal. Porém, 19% dos residentes da AP 33 foram atendidos em unidades da rede privada (TABELA 9).

TABELA 9: Distribuição do número de notificações de dengue dos residentes da AP 33, que foram notificados em unidades de atenção secundária e terciária da AP, ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo tipo de gestão durante os anos de 2011 a 2013

TIPO DE GESTÃO	NOTIFICAÇÕES	%
ESTADUAL	10593	32%
FEDERAL	991	3%
MUNICIPAL	15395	46%
PRIVADA	6529	19%
Total	33508	100%

O tipo de unidade que tem maior peso, em relação ao número de notificação dos residentes da AP 33, são: hospitais gerais com 43% das notificações, pronto atendimento com 37% das notificações e apenas 10% foram notificadas na atenção primária à saúde (TABELA 10).

TABELA 10: Distribuição do número de notificações de dengue dos residentes da AP 33, que foram notificados em unidades de atenção secundária e terciária da AP, ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo tipo de unidade, de acordo com o CNES, durante os anos de 2011 a 2013.

TIPOS DE UNIDADES	NOTIFICAÇÕES	%
DEMAIS TIPOS DE UNIDADES	978	3%
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	1031	3%
POLICLINICA	1208	4%
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE OUTRAS APS	3423	10%
PRONTO ATENDIMENTO	12570	37%
HOSPITAL GERAL	14298	43%
Total	33508	100%

A distribuição das notificações de residentes da AP 33 foi bastante heterogênea. No entanto, a maioria dos residentes da AP (64%) foi notificada dentro da própria área, destes 30% foram atendidos nas unidades de atenção primária, 28% em unidades de saúde da atenção secundária ou terciária. Apenas 6% dos residentes foram notificados em hospitais particulares da AP (TABELA 11).

Entretanto, um elevado percentual de notificações de residentes da AP 33 (36%) foi registrado em unidades de saúde fora dos limites da AP.

TABELA 11: Localidade e nível complexidade das unidades de atenção secundária e terciária da AP, ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro durante os anos de 2011 a 2013.

LOCALIDADE E COMPLEXIDADE DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO DOS RESIDENTES DA AP 33 DURANTE OS ANOS DE 2011 A 2013	TOTAL DE NOTIFICAÇÕES	
	NOTIFICAÇÕES	%
ATENÇÃO PRIMÁRIA DA AP 33	15068	30%
ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA DA AP 33	13897	28%
PRINCIPAIS UNIDADES ATENÇÃO PRIVADA DA AP 33	3146	6%
OUTRAS APS	18150	36%
TOTAL	50261	100%

A tabela 12 mostra a distribuição das notificações entre as unidades de saúde de atenção secundária e terciária da AP 33 e unidades de todos os níveis de complexidade de outras Áreas Programáticas.

Entre as 13 unidades que notificaram um maior número de residentes da AP 33, 8 são de unidades da atenção secundária e terciária da AP 32. Unidades de áreas programáticas vizinhas à AP 33 e 1 mais distante, localizada na AP 40.

TABELA 12: Notificações de dengue de residentes da AP 33, notificados nas unidades com o fluxo mais relevante da atenção secundária e terciária da AP, ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro entre 2011 e 2013.

UNIDADES NOTIFICANTES	ATENÇÃO*	NOTIFICAÇÕES	%	CUMULATIVO	AP
SMS RIO HOSP MUN FRANCISCO DA S TELLES	3	6305	17,6	17,6	
SES RJ UPA 24H IRAJA	2	4335	12,1	29,7	
SES RJ UPA 24H MARECHAL HERMES	2	2450	6,8	36,6	33
SMS RIO UPA 24H MADUREIRA	2	1754	4,9	41,5	
SEMIU SERVICOS DE ESP MED E INT DE URGENCIA	3	1336	3,7	45,2	
SMS CMS MASAO GOTO AP 51	1	1260	3,5	48,8	51
SES RJ UPA 24H RICARDO DE ALBUQUERQUE	2	1044	2,9	51,7	33
HOSPITAL NORTE DOR	3	1012	2,8	54,5	
SES RJ UPA 24H PENHA	2	835	2,3	56,8	31
SMS HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO	3	786	2,2	59,0	32
SMS POLICLINICA NEWTON BETHLEM AP 40	1	741	2,1	61,1	40
SMS RIO UPA 24H COSTA BARROS	2	642	1,8	62,9	33
424 UNIDADES QUE NOTIFICARAM MENOS DE 550 RESIDENTES DA AP 33	4	13274	37,1	100,0	TODAS
TOTAL		35774	100,0		

*1: Atenção primária à saúde; 2: Atenção secundária à saúde; 3: Atenção terciária à saúde; 4: todos os níveis de atenção

A tabela 13 mostra a distribuição das notificações de dengue dos residentes da AP 33 nas unidades de atenção secundária e terciária à saúde.

As Unidades de Pronto Atendimento possuem um fluxo de notificações importante dentro do território, sobretudo a UPA de Marechal Hermes que foi responsável por 5% das notificações.

No entanto, a unidade que teve o maior número de notificações foi o Hospital Municipal Francisco da Silva Telles (HMFST) com 13% dos registros. Vale ressaltar que 85% destas notificações nesta unidade hospitalar foram de residentes da AP 33, mostrando que os pacientes tendem a utilizar os serviços de saúde disponibilizados próximos à sua residência (TABELA 13).

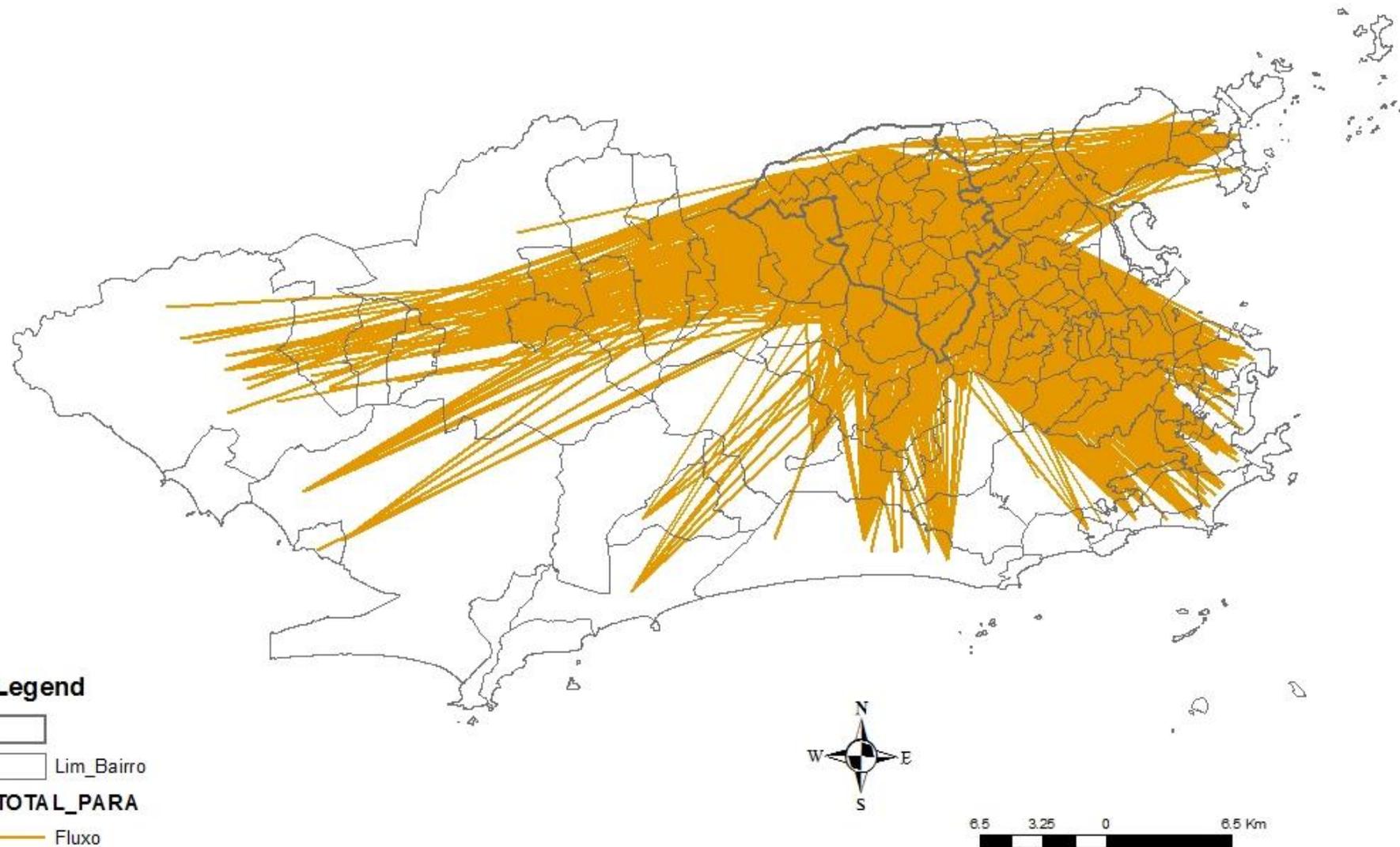
Segundo relatório de gestão da Coordenação de área programática 33, este hospital em 2012, ano com maior peso no total de notificações do HMFST, foi sediado como polo de hidratação de dengue da AP, com funcionamento diário por 24 horas.

TABELA 13: Distribuição das notificações de dengue de residentes da AP, realizadas pelas principais unidades notificadoras públicas da AP 33 de atenção secundária e terciária da AP entre os anos de 2011 e 2013.

UNIDADE DE SAÚDE	2011	2012	2013	TOTAL	% NOTIFICAÇÃO DE RESIDENTES DA ÁREA
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS	153	221	71	445	1%
SES RJ UPA 24H MARECHAL HERMES	778	1057	615	2450	5%
SES RJ UPA 24H RICARDO DE ALBUQUERQUE	208	831	5	1044	2%
SES UPA 24H IRAJA	635	282	1	918	2%
SMS RIO HOSP MUN FRANCISCO DA S TELLES	775	4523	1007	6305	13%
SMS RIO UPA 24H COSTA BARROS	168	441	33	642	1%
SMS RIO UPA 24H MADUREIRA	177	978	599	1754	3%
SMS RIO UPA 24H ROCHA MIRANDA	0	5	304	309	1%
SMSDC HOSPITAL MUN RONALDO GAZOLLA	8	12	10	30	0%
TOTAL	2902	8350	2645	13897	28%

Em relação ao deslocamento dos residentes da AP 33 em busca de atendimento em direção às unidades de saúde do município, incluindo as unidades de maior complexidade da AP 33, pode-se verificar que há fluxo de pacientes por todo o município, principalmente para as regiões do centro, zona sul e com maior ocorrência nos bairros da própria AP e em APs vizinhas (MAPA 11).

MAPA 11: Mapa do fluxo de residentes da AP 33 para unidades de atenção secundária e terciária da AP, ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro de saúde do município do Rio de Janeiro nos anos de 2011 a 2013.



A diversidade das trajetórias (bairro para unidades de saúde) que os residentes da AP 33 percorrem em busca de atendimento foi grande, existindo 2.647 fluxos diferentes. Nota-se que 95,9% dos fluxos contém até 50 pacientes, correspondendo a 36,61% de todas as notificações. Contudo, apenas 2 fluxos correspondem a 11,69% de todos os pacientes notificados (TABELA 14).

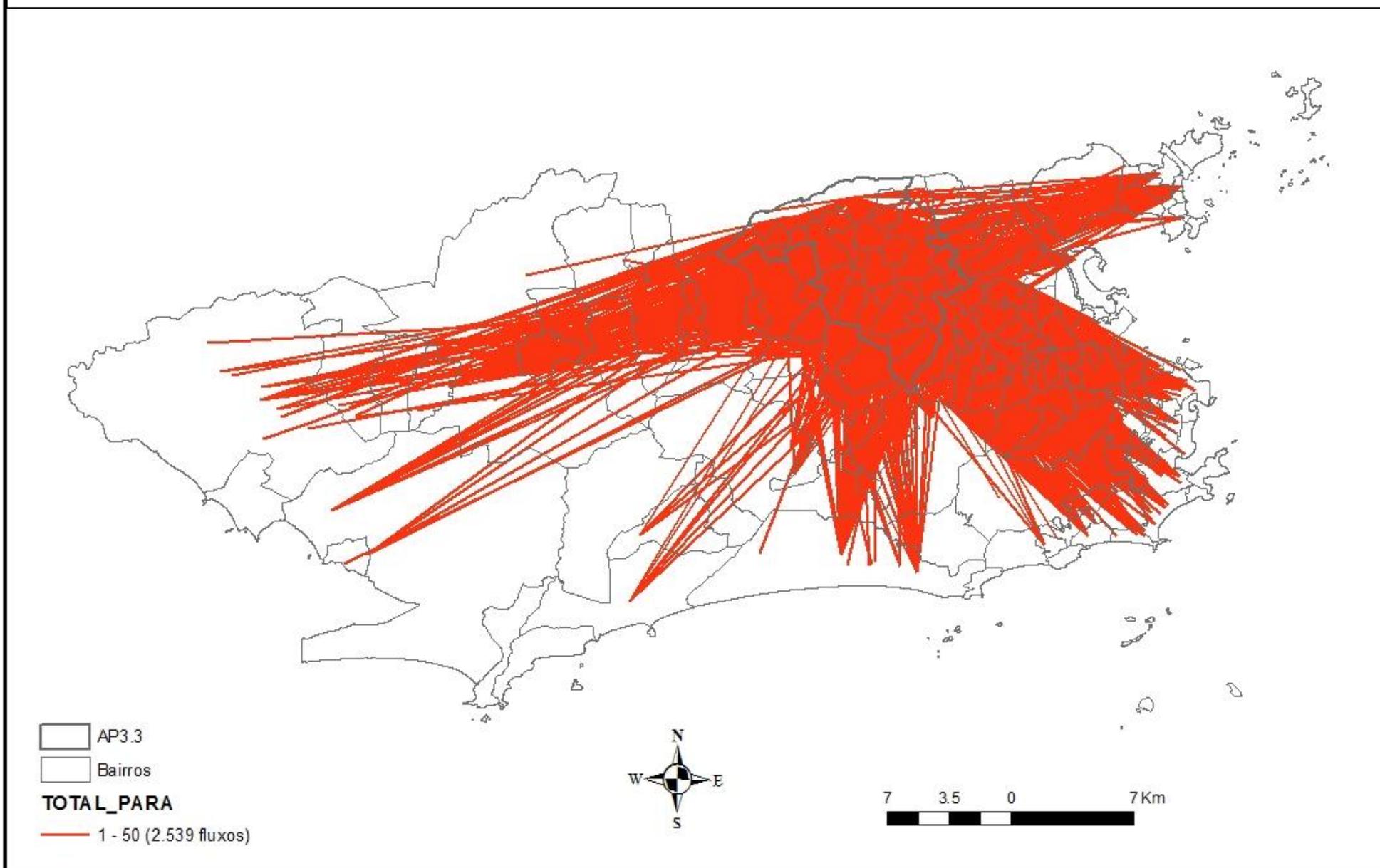
Os principais fluxos são aqueles nos quais o número de pacientes foram maiores, sendo estes menos distantes se compararmos com os fluxos com menor quantidade de pacientes. Vale ressaltar que cada fluxo corresponde ao deslocamento de 1 ou mais pacientes entre seu bairro de residência e a unidade de notificação. Ou seja, uma única unidade de saúde pode possuir até 160 fluxos, correspondendo ao número de bairros do município do Rio de Janeiro.

TABELA 14: Fluxos dos residentes da AP 33 em busca de atendimento em unidades de atenção secundária e terciária da AP, ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo o número de notificações realizadas nos anos de 2011 a 2013.

NOTIFICAÇÕES	FLUXOS		TOTAL DE NOTIFICAÇÕES	
		%		%
1 A 50	2539	95,9	12267	36.61
51 a 100	48	1,8	3520	10.50
101 a 1000	58	2,2	13805	41.20
1001 a 2500	2	0,1	3916	11.69
TOTAL	2647	100	33508	100.00

Observou-se mais deslocamentos em direção aos bairros das áreas programáticas vizinhas e para a região do centro e zona sul do município do Rio de Janeiro (MAPA 12).

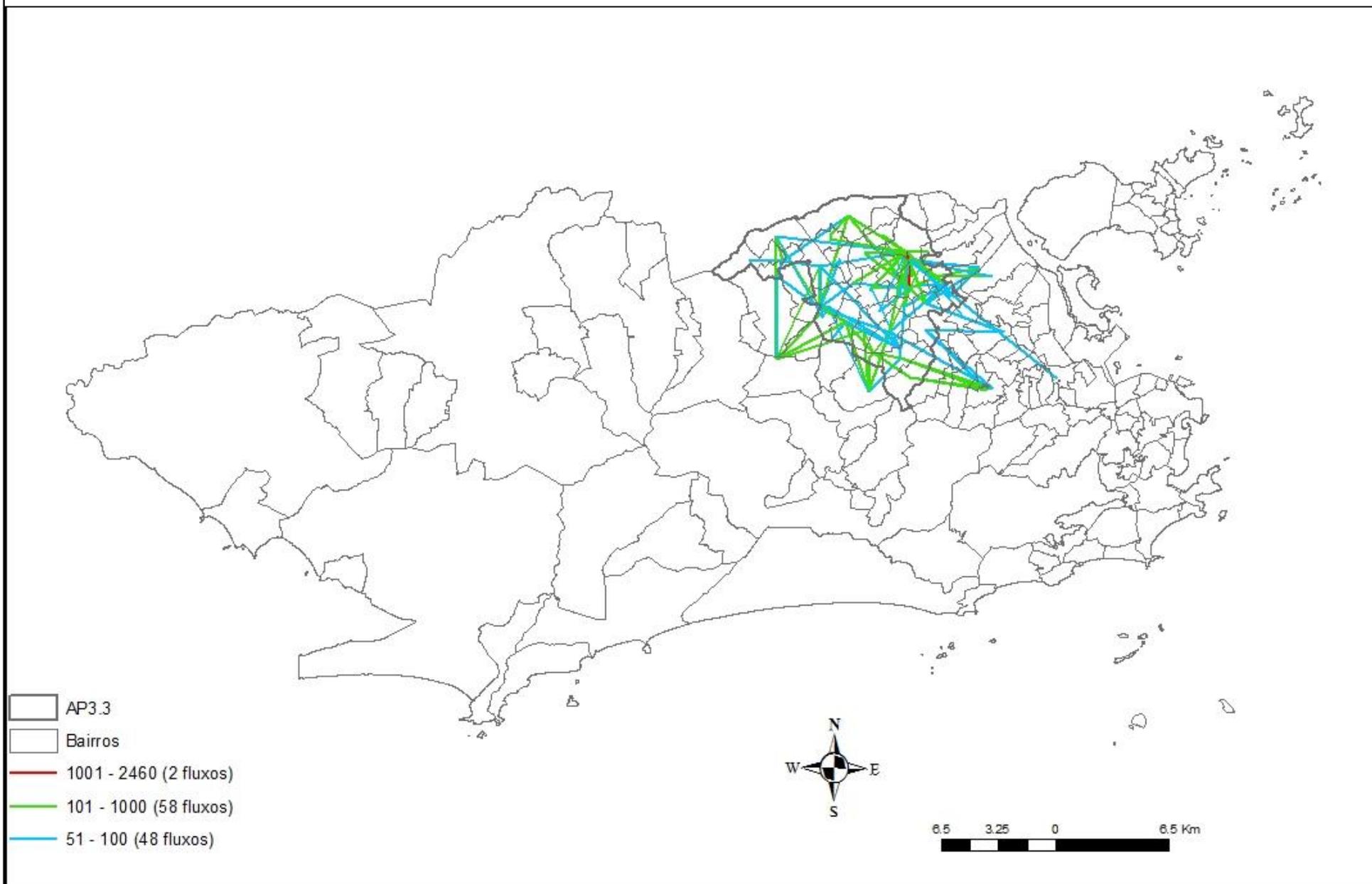
MAPA 12: Mapa dos estratos com fluxos com até 50 residentes da AP 33 em busca de atendimento em unidades de saúde de atenção secundária e terciária da AP, ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo o número de notificações realizadas nos anos de 2011 a 2013.



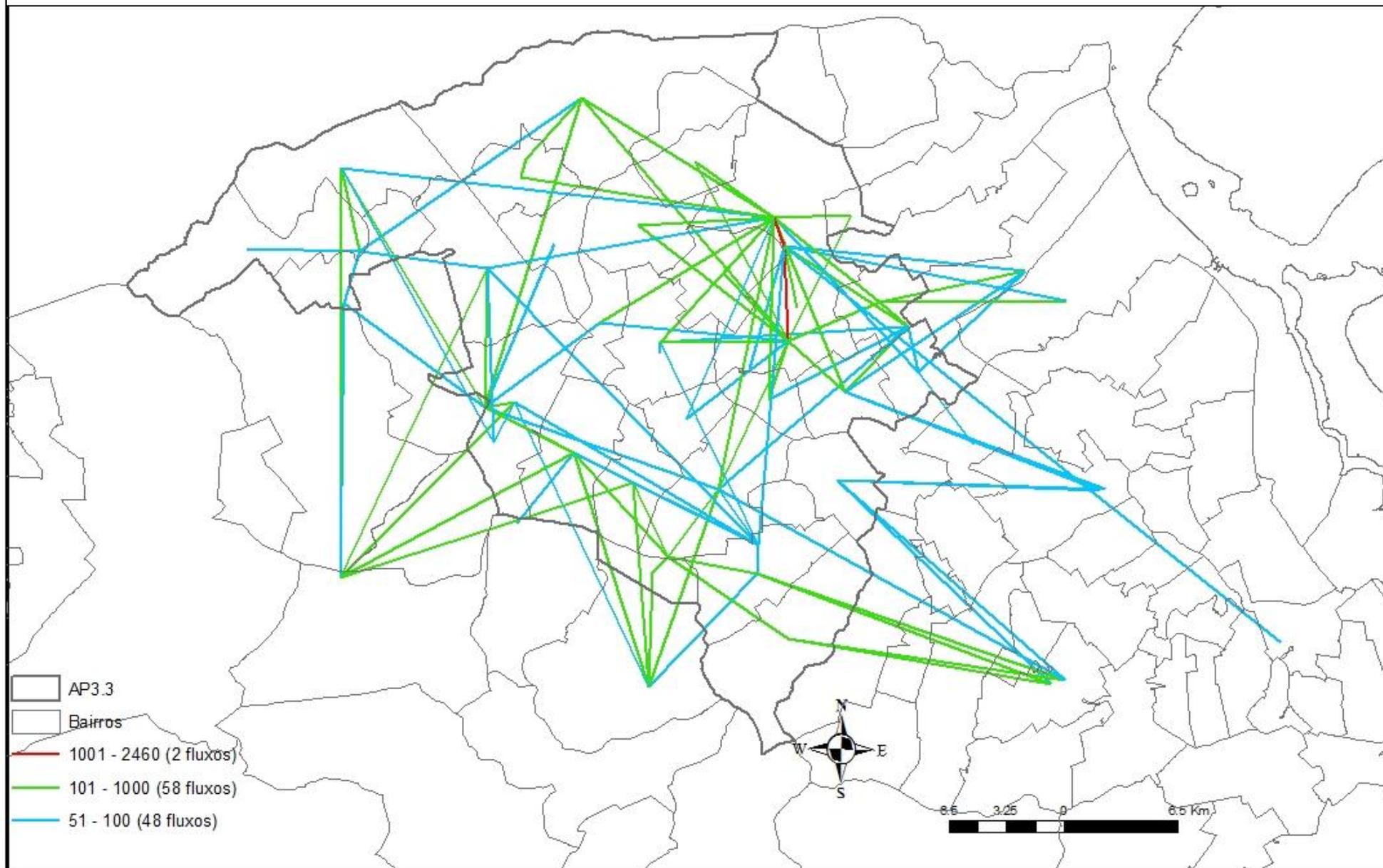
Os fluxos mais relevantes (de 1.001 a 2.460 notificações) foram de pacientes que residem e foram atendidos no mesmo bairro, dentro da AP 33. Os demais fluxos foram de pacientes se deslocando para bairros dentro da AP 33 e bairros vizinhos a AP 33. Estas unidades recebem o maior número de pacientes e estão distribuídas na própria AP 33 ou em bairros das áreas programáticas vizinhas (MAPAS 13 e 14).

Os fluxos mais relevantes foram de duas unidades dentro da própria AP 33.

MAPA 13: Mapa dos estratos com fluxos com 50 a 2460 residentes da AP 33 em busca de atendimento em unidades de atenção secundária e terciária da AP, ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro nos anos de 2011 a 2013.



MAPA 14: Mapa dos estratos com principais fluxos ampliados de 50 a 2460 residentes da AP 33 em busca de atendimento em unidades de atenção secundária e terciária da AP, ou em outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, segundo o número de notificações realizadas nos anos de 2011 a 2013.



6.2 Análise dos Serviços de Saúde da AP 33

6.2.1 Unidades de saúde segundo os gestores

A área de estudo possui 25 unidades de atenção primária à saúde, 17 do tipo A e 8 do tipo B. A taxa de resposta por tipo de unidade foi de 76,5% (13) para unidades tipo A e 87,5%(8) para unidades tipo B. Vale lembrar que na unidade do tipo A todo território de abrangência é coberto por equipes de saúde da família e na unidade tipo B parte do território é coberto pelas equipes de saúde da família e a outra pela atenção básica.

Nas unidades tipo B existem duas modalidades de gestão que trabalham de forma articulada. Em uma delas foram obtidas as respostas tanto do diretor quanto do gerente da ESF.

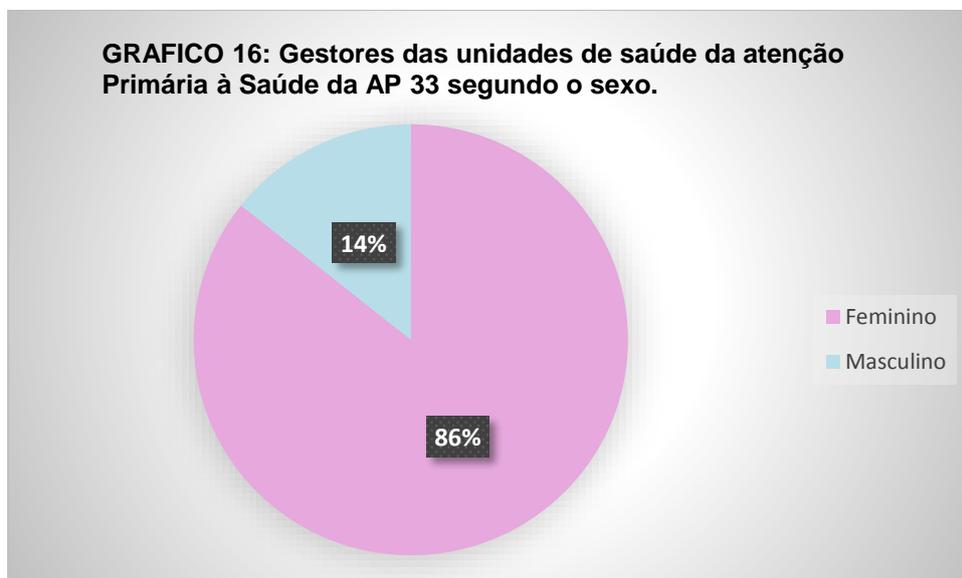
O banco inicial continha uma duplicidade de resposta que foi excluída.

A maioria das unidades de saúde do tipo A funciona com horário expandido (61,5%). Fator que melhora o acesso, principalmente dos trabalhadores e estudantes que ficam ausentes em horário comercial. Porém, nenhuma unidade funciona aos sábados. O contrário ocorre com as unidades tipo B, onde 75% funcionam das 8 às 17 horas. Sendo que a maioria (62,5%) funciona aos sábados, mas não tem atendimento clínico, somente ficando aberta a sala de imunização (TABELA 15).

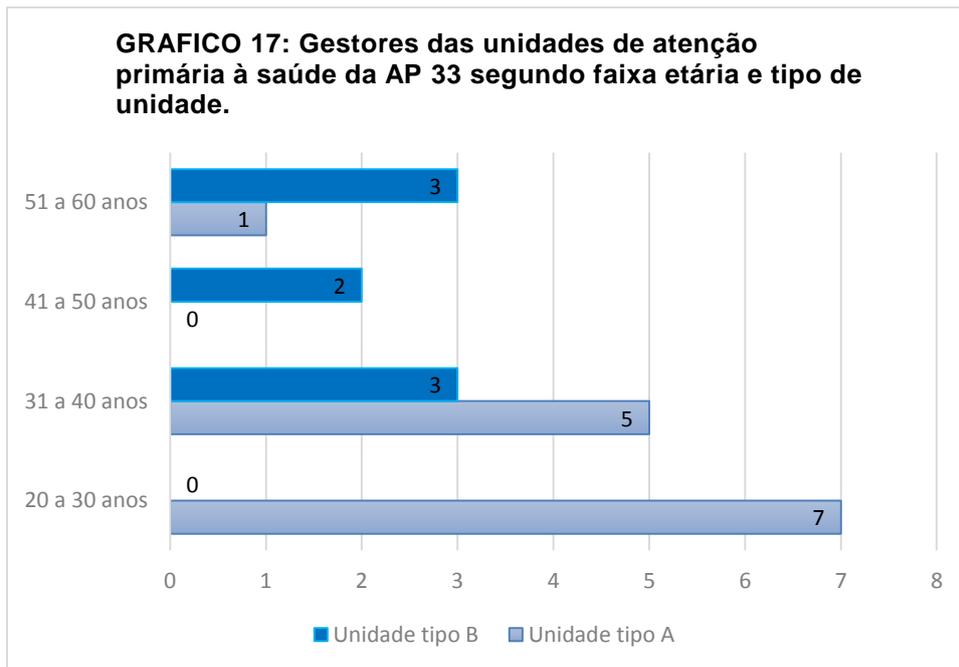
TABELA 15: Unidades de saúde da atenção primária da AP 33 segundo os dias e horários de funcionamento e tipo de unidade.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO		A		B	
Segunda a sexta feira	8 às 17 horas	5	38%	6	75%
	8 às 20 horas	8	62%	2	25%
Sábado	8 às 12 horas	0	0%	5	63%
	Não funciona	13	100%	3	38%

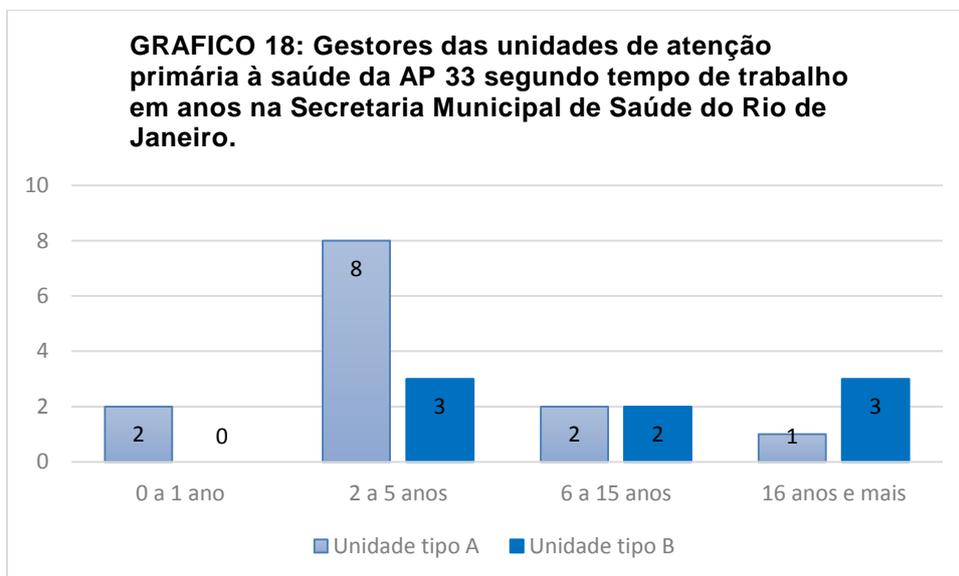
Apenas 14% dos gestores são do sexo masculino, 86% são mulheres (GRAFICO 16).



O perfil etário dos gestores é diferente nos dois tipos de unidades. Nas unidades tipo A 96,8% dos gestores possuem até 41 anos de idade, sendo a maioria (53,8%) concentrada na faixa etária de 20 a 30 anos. Nas unidades tipo B não verifica-se gestores na faixa etária mais jovem (20 a 30 anos), e 62,5% possuem mais de 40 anos (GRAFICO 17). Todos os gestores cumprem uma carga horária de 40 horas semanais.

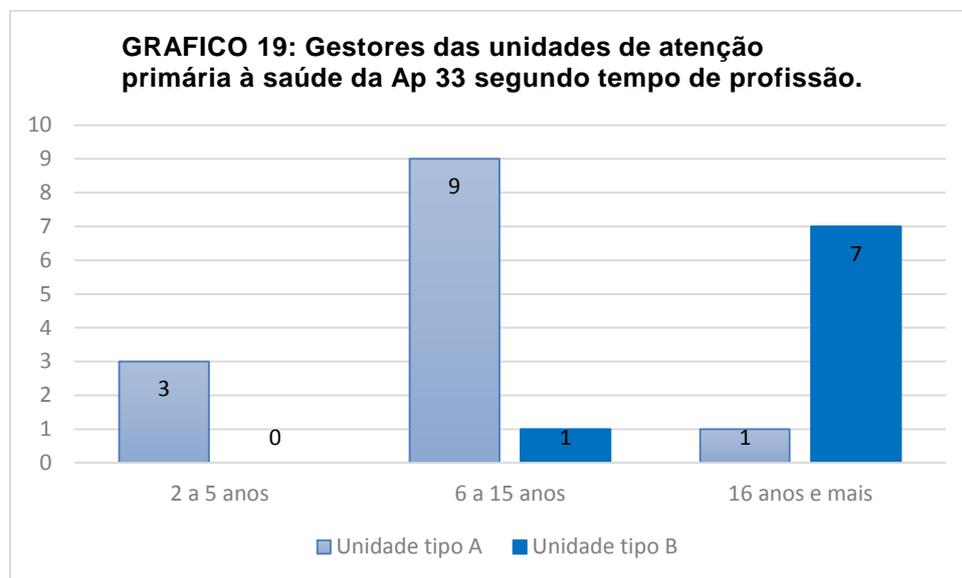


Dentre os gestores das unidades tipo A, a maioria (61,5%) trabalha na SMS/RJ entre 2 e 5 anos. Os gestores das unidades B, em sua maioria (62,5%), trabalham na SMS/RJ há mais de 6 anos (GRAFICO 18).



A maioria dos gestores das unidades tipo A (69,2%) tem tempo de profissão entre 6 e 15 anos. O contrário acontece com o perfil dos gestores das unidades

tipo B onde possuem maior experiência profissional, sendo 87,5% dos gestores com mais de 16 anos de formação profissional (GRAFICO 19).



A maioria dos gestores das unidades de saúde da AP 33 (57,1%) são enfermeiros, cuja predominância está nos dois tipos de unidade. Porém, outros profissionais estão se inserindo na gestão da atenção primária como dentistas, nutricionistas, psicólogos, sanitaristas e assistente social (TABELA 16).

TABELA 16: Gestores das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo categoria profissional.

	Unidad e tipo A	Unidad e tipo B	%
Enfermeiro	8	4	57,10%
Dentista	1	1	9,50%
Nutricionista	1	1	9,50%
Psicólogo	1	1	9,50%
Assistente Social	1	0	4,80%
Médica	0	1	4,80%
Sanitarista	1	0	4,80%
TOTAL	13	8	100,00%

Todos os gestores das unidades tipo B possuem especialização, enquanto que apenas 1 gestor de unidade A não possui. A maioria dos gestores (86%) não possui mestrado, 25% dos gestores de unidade tipo B possuem e apenas 7,7%

das unidades tipo A possuem. Nenhum gestor possui doutorado (TABELA 17, APÊNDICE 7).

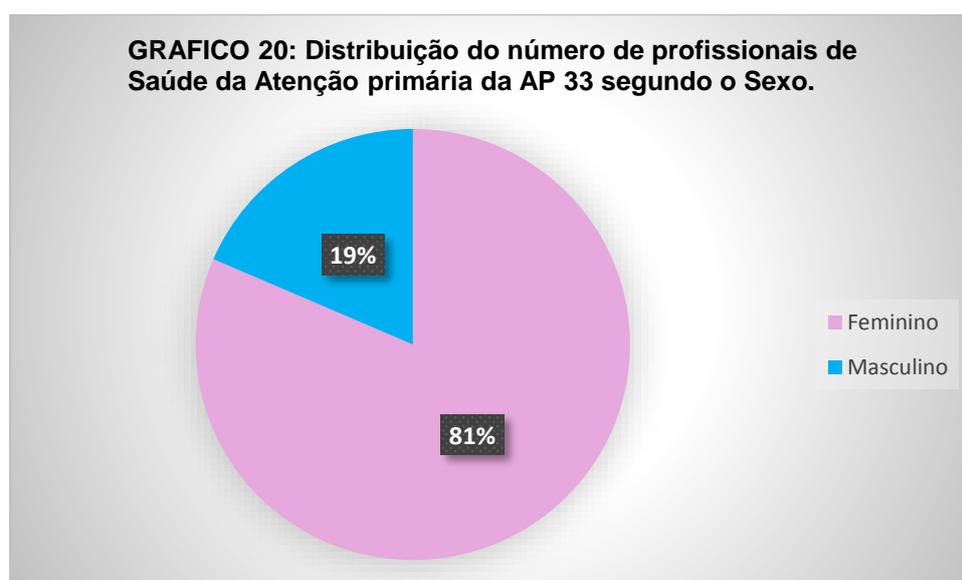
TABELA 17: Gestores das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo realização de especialização, mestrado e doutorado.

		Unidade tipo A	%	Unidade tipo B	%
ESPECIALIZAÇÃO	Não	1		0	
	Sim	12	92%	8	100%
MESTRADO	Não	12		6	
	Sim	1	8%	2	25%
DOUTORADO	Não	13		8	
	Sim	0	0%	0	0%

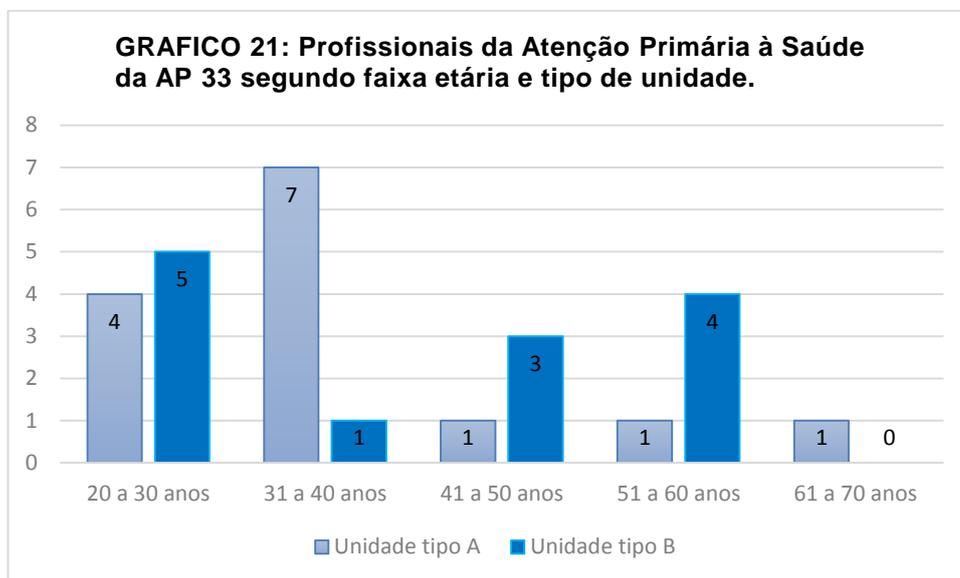
6.2.2 Unidade de saúde segundo os profissionais de saúde

Foram entrevistados 27 profissionais de saúde distribuídos em 7 unidades de saúde da atenção primária da AP 33, sendo que 51,9% dos profissionais entrevistados foram de unidades tipo A e 48,1% de unidades tipo B (GRAFICO 20).

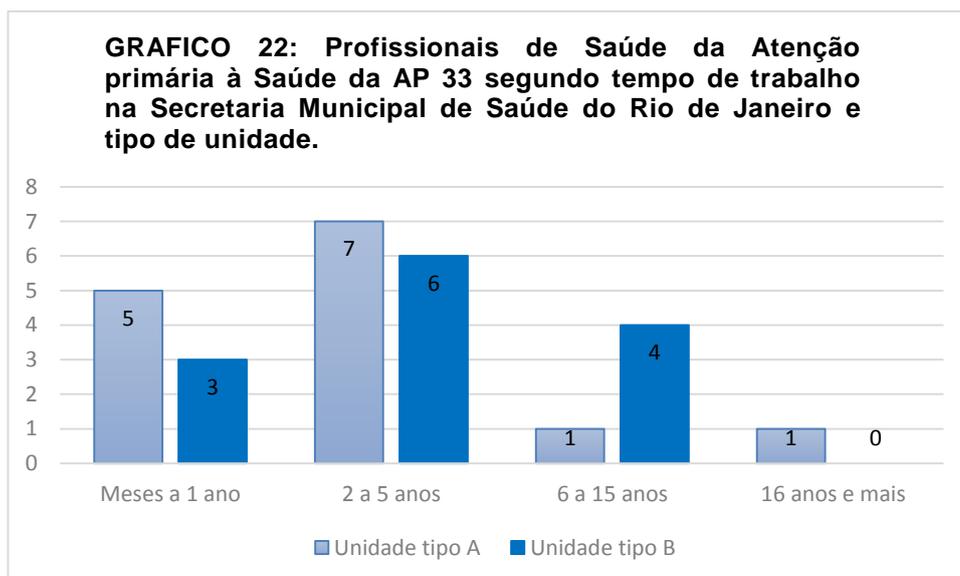
Da mesma forma que existe uma predominância de gestores do sexo feminino, há também uma predominância de profissionais do sexo feminino onde 81% dos entrevistados eram mulheres.



Entre os trabalhadores entrevistados em unidades de atenção primária da AP 33 tipo A, 78,6% possuem de 20 a 40 anos de idade. Nas unidades tipo B há predominância de profissionais com a faixa etária mais velha com 53,9% entre 41 e 60 anos (GRAFICO 21).



Em unidades tipo A o tempo de trabalho na SMS é menor do que os profissionais que trabalham nas unidades tipo B (GRAFICO 22).

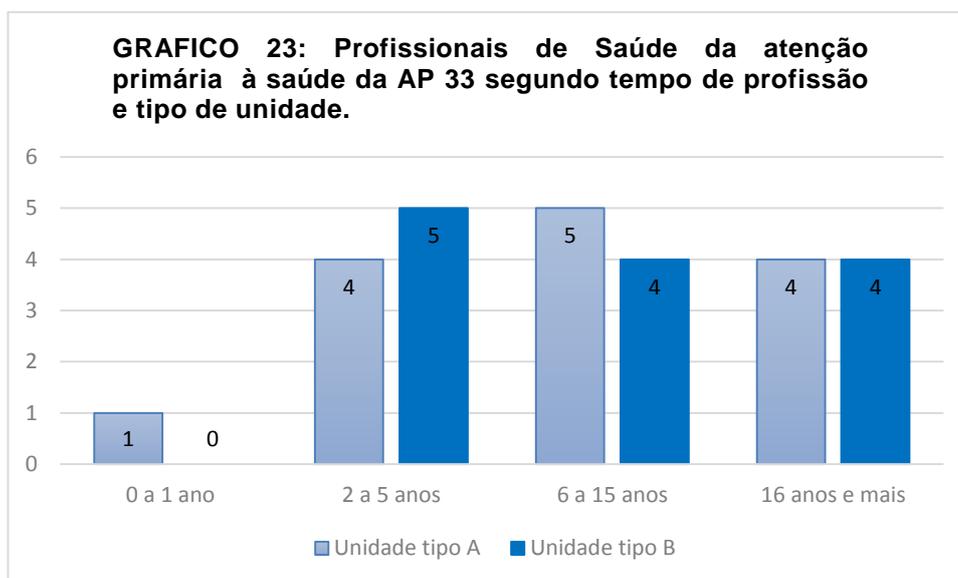


Nas sete unidades visitadas a maior parte dos profissionais entrevistados, nos dois tipos de unidades, foi de enfermeiros (70%), seguido dos médicos (19%), técnicos de enfermagem (7%) e auxiliar de enfermagem (4%) (TABELA 18).

TABELA 18: Distribuição dos profissionais de saúde entrevistados das unidades de atenção primária da AP 33 segundo categoria profissional.

	Unidade tipo A	Unidade tipo B	%
Enfermeiro	8	11	70%
Médico	5	0	19%
Técnico de enfermagem	0	2	7%
Auxiliar de enfermagem	1	0	4%

A maior parte dos profissionais entrevistados (66%) possui de 2 a 15 anos de profissão (GRAFICO 23).



A maioria dos profissionais de saúde que trabalha na AP 33 possui especialização. Sendo 64% dos profissionais das unidades tipo A e 69% das unidades tipo B (TABELA 19, APÊNDICE 7).

A maioria dos profissionais (92%) não possui mestrado, apenas 1 profissional de cada tipo de unidade possui, e nenhum gestor possui doutorado.

TABELA 19: Profissionais de Saúde das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo realização de especialização, mestrado e doutorado.

	Unidade tipo A		%	Unidade tipo B		%
	Não	Sim		Não	Sim	
ESPECIALIZAÇÃO	Não	5		4		
	Sim	9	64%	9	69%	
MESTRADO	Não	13		12		
	Sim	1	7%	1	8%	
DOUTORADO	Não	14		13		
	Sim	0	0%	0	0%	

6.2.3 Roteiro de Observação

Foram realizadas visitas a 7 unidades de atenção primária à saúde da AP 33, 4 unidades tipo A e 3 unidades tipo B. Este quantitativo representa 24% das unidades tipo A e 38% das unidades tipo B (TABELA 20).

TABELA 20: Aplicação do roteiro de observação nas unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo o tipo de unidade.

TIPO	UNIDADES	%	
		UNIDADES	
A	4	57%	24%
B	3	43%	38%
Total	7	100%	28%

Todas as unidades tipo B estão sediadas em locais de fácil acesso, sendo unidades maiores que atuam com atenção primária direcionada a diversos bairros do entorno da unidade. Além deste atendimento, as unidades possuem equipes de saúde da família. No entanto, metade das unidades tipo A tem difícil acesso, localizado dentro de favelas e atendem os moradores destas localidades que são pacientes cadastrados nas equipes de saúde da família (TABELA 21).

TABELA 21: Unidades da atenção primária à saúde da AP 33 segundo acesso geográfico e tipo de unidade

DIFÍCIL ACESSO GEOGRÁFICO	A		B	
Não	2	50,00%	3	100,00%
Sim	2	50,00%	0	0,00%
TOTAL	4	100%	3	100%

Todas as unidades possuem classificação de risco. O acolhimento é realizado nas unidades tipo A pela equipe de referência, pelo local de residência dos pacientes que procuram atendimento.

Nas unidades tipo B, existe uma escala composta de profissionais da Estratégia de Saúde da Família e do Centro Municipal de Saúde. O acolhimento é por ordem de chegada e é aberto a todos os pacientes cadastrados na clínica da família da unidade e dos residentes dos bairros que o CMS abrange.

Todas as unidades tinham disponíveis no momento do acolhimento: receituários, bloco de requisição de exames e cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue.

Das unidades tipo A visitadas, 75% possuíam cartaz com sinais de alarme enquanto que das unidades tipo B apenas 33,3% possuíam (TABELA 22).

TABELA 22: Unidades de atenção primária da AP 33 segundo presença do cartaz com sinais de alarme.

	A		B	
Não	1	25,00%	2	66,70%
Sim	3	75,00%	1	33,30%
TOTAL	4	100%	3	100%

6.2.4 Facilidades e dificuldades apontadas pelos gestores e profissionais

Os questionários dos gestores e dos profissionais de saúde possuem duas questões abertas:

“O que você apontaria como facilidades para o atendimento do possível acréscimo da demanda durante as epidemias de dengue?”

“O que você apontaria como dificuldades para o atendimento do possível acréscimo das demandas durante as epidemias de dengue?”

Todos os gestores responderam as questões, enquanto que 85% dos profissionais responderam esta pergunta, uma vez que era opcional.

As respostas foram agrupadas por semelhança e consolidadas nos quadros 9, 10, 11 e 12.

QUADRO 9: Facilidades para o atendimento do possível acréscimo da demanda durante as epidemias de dengue descritas pelos gestores das unidades de atenção primária à saúde da AP 33.

Facilidades	Frequência	%
Equipe devidamente capacitada e alerta para avaliação e investigação de casos suspeitos	9	43%
Fluxo do laboratório e transporte de hemoderivados	9	43%
Trabalho em rede	3	14%
O funcionamento do vaga zero	3	14%
Fluxo de demanda espontânea da unidade favorece a identificação e abordagem rápida dos casos agudos, evitando um tempo desnecessário de espera para o atendimento do enfermeiro/médico	3	14%
O grande número de funcionários	2	10%
Protocolo de fácil compreensão para toda equipe multiprofissional	2	10%
Boa relação com a equipe de Agentes de Vigilância em Saúde de referência, para apoio nas investigações;	2	10%
Sala de observação clínica como um espaço físico adequado para a hidratação venosa dos pacientes e repouso	1	5%
Conta-se com laboratório	1	5%
Proximidade da unidade com o território	1	5%
Disponibilidade de insumos	1	5%
Vínculo com a população e conhecimento do território.	1	5%
A criação da Central de solicitação de ambulância on line	1	5%
Fazermos os exames laboratoriais na unidade	1	5%
Contratação de profissionais médicos e enfermeiros	1	5%
O Fluxo de atendimento de Dengue está bem estruturado no território com o serviço de vigilância.	1	5%
As equipes integradas e cientes dos problemas e fluxos	1	5%
Transporte de pacientes em tempo hábil	1	5%
Organização na área de suporte de unidades de referência para atendimento de pacientes em acompanhamento por 12h;	1	5%
Pactuações de rede de referência para atendimento dos casos graves ou não possam ser acompanhados na unidade básica	1	5%

QUADRO 10: Dificuldades para o atendimento do possível acréscimo da demanda durante as epidemias de dengue descritas pelos gestores das unidades de atenção primária à saúde da AP 33.

Dificuldades	Frequência	%
Espaço exíguo para a observação de pacientes que necessitam de terapia venosa.	9	43%
Número de profissionais muito reduzido (enfermeiros e médicos clínicos) para atendimento	5	24%
A Unidade não possui laboratório próprio	3	14%
Fluxo de transporte das amostras para o laboratório de referência e dos resultados para a unidade ocasionando uma demora no recebimento de exames	3	14%
dificuldades de transporte para o deslocamento dos pacientes	2	10%
ficamos com dificuldades de atender a demanda usual da unidade em concomitância com os casos de dengue,	2	10%
Horário de funcionamento da unidade	1	5%
Falta de médicos compondo a equipe	1	5%
Fortalecer a porta de entrada dos dispositivos da rede trabalhando conjuntamente.	1	5%
Abertura de vagas exclusivas para este fim	1	5%
Tempo curto para o envio da amostra de coleta de sangue para o laboratório de referência que somente pode ser enviada até às 15h, considerando que a unidade de saúde funciona até às 20h	1	5%
Solicitação de internação apoios das unidades secundárias polo da dengue.	2	10%

QUADRO 11: Facilidades para o atendimento do possível acréscimo da demanda durante as epidemias de dengue descritas pelos profissionais de saúde gestores das unidades de atenção primária à saúde da AP 33.

Facilidades	Frequência %	
Nível de conhecimento dos profissionais que trabalham na unidade e capacitação contínua	7	26%
Comportamento dos órgãos públicos e setores da sociedade e Colaboração de outros setores no suporte da atenção à saúde da família. Meios de comunicação .	4	15%
Atendimento médico disponível para esses casos	2	7%
Em epidemias conta-se com recursos para o atendimento precoce	2	7%
Ter uma sala de atendimento e observação para o pacientes com suspeita de dengue	2	7%
Facilidade de confirmação do resultado pelo tempo de demora do exame (1 dia)	2	7%
Mais pessoal capacitado na porta de entrada	2	7%
Disponibilidade de protocolos no tratamento da dengue.	2	7%
Estrutura física da unidade	2	7%
Realização de teste rápido de dengue.	2	7%
Criação de um fluxograma definindo claramente a função de cada membro da UBS	1	4%
Disponibilidade para medicamentos	1	4%
Insumos para atendimento	1	4%
Humano para a utilização do transporte dos exames colhidos e dos resultados dos mesmos.	1	4%
A aplicação na íntegra dos protocolos de dengue.	1	4%
Fixar agenda para atendimento em caso de dengue (diário).	1	4%
possibilidade de realizar hidratação venosa na unidade	1	4%
Acesso fácil ao serviço de vigilância para solucionar dúvidas e esclarecimentos.	1	4%
continuidade de atendimento	1	4%

QUADRO 12: Dificuldades para o atendimento do possível acréscimo da demanda durante as epidemias de dengue descritas pelos profissionais de saúde das unidades de atenção primária à saúde da AP 33.

Dificuldades	Frequência	%
Número de funcionários insuficiente para possível aumento da demanda.	5	19%
Estrutura não suficiente para atendimento durante epidemias	3	11%
Dificuldade de enviar amostras de sangue para laboratório fora do horário comum diário (11h da manhã todos os dias)	3	11%
Referência de pacientes graves: tempo de espera demorado	3	11%
Dificuldade de adequar a agenda com o aumento da demanda	2	7%
Não ter Laboratório no próprio local "unidade"	2	7%
Falta de local apropriado para a acomodação dos pacientes	2	7%
Poucos insumos	1	4%
Quantidade de profissionais	1	4%
Alta rotatividade dos profissionais capacitados	1	4%
Capacitação de todos os setores públicos e privados visando maior eficácia a demandas em situação de crise (ou para evitá-la)	1	4%
Falta do profissional médico para atendimento desses casos	1	4%
Falta de quantitativo de profissionais enfermeiras	1	4%
Não percebo comprometimento dos médicos	1	4%
Em caso de transferência, transporte, comunicação e remoção demorados.	1	4%
Acúmulo de funções por parte dos integrantes, principalmente da ESF.	1	4%
Não realização de protocolo interno para o manejo de epidemia de dengue	1	4%
Ausência de material educativo	1	4%
Não há multidisciplinariedade ou melhor trabalho interdisciplinar	1	4%

6.2.5 Matriz de Julgamento

O resultado da matriz de julgamento mostra que o nível de adequação das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 foi parcialmente adequado (0,73) (QUADRO 13). Segue detalhamento dos dois componentes (“estrutura” e “processos de trabalho”), seus subcomponentes e indicadores que formaram a matriz.

MAPA 13: Matriz de Julgamento da Adequação das unidades de Atenção Primária à Saúde frente ao atendimento dos pacientes com suspeita de dengue

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PROPORÇÃO OBSERVADA	ESCORE DE ADEQUAÇÃO	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO SUBCOMPONENTE	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO COMPONENTE	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DAS UNIDADES
ESTRUTURA	Instalações e Recursos Físicos	Unidade localizada em local de difícil acesso Instalações físicas em condições adequadas para atendimento do paciente com dengue. Existência de sala para realização da “avaliação com classificação de risco”		2	0,714	1,429	0,714	0,679	0,736
				3	0,714	2,143			
				1	0,714	0,714			
	Equipamentos, Procedimento clínico/laboratorial, imagem medicamentos e mobiliários.	Possui receituário, cartazes sobre sinais de alarme e classificação de risco 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.	Possui balança, termômetro, bebedouro, estetoscópio, esfignomanômetro, régua (prova do laço), copos descartáveis Possui insumos para coleta e encaminhamento de exames laboratoriais Possui soro de Hidratação Oral, analgésicos, anti-térmicos Possui soro fisiológico a 0,9%, soro glicosado a 5%, Ringer lactato Possui luvas, seringas, agulhas, jelhos, algodão, fita, álcool a 70%, equipamentos de biossegurança Possui suporte de soro Possui leito ou poltrona para hidratação venosa	2	0,719	1,438	0,960		
				3	1,000	3,000			
				3	0,967	2,902			
				3	0,975	2,926			
				3	0,975	2,926			
				3	0,959	2,878			
				3	1,000	3,000			
				3	1,000	3,000			
	Normas e Procedimentos técnicos.	Existência de protocolos, normas, diretrizes, recursos técnicos para atendimentos. Utilização de Procedimento Operacional Padrão – POP. Possui Fluxo de encaminhamento para o referenciamento de pacientes para os demais níveis de assistência à saúde		3	0,934	2,802	0,553		
				3	0,000	0,000			
				2	0,811	1,623			
Recursos humanos	Quantidade adequada de profissionais Realização de capacitações e treinamentos contínuos (mínimo anual)		2	0,550	1,100	0,489			
			2	0,429	0,857				

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PROPORÇÃO OBSERVADA	ESCORE DE ADEQUAÇÃO	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO SUBCOMPONENTE	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO COMPONENTE	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DAS UNIDADES
PROCESSO DE TRABALHO	Protocolos Assistenciais	Atendimento prioritário por "classificação de risco"		3	0,988	2,963	0,776	0,793	0,736
		Apresenta sistema organizado para atendimento da demanda espontânea, agendada e retorno de pacientes atendidos na própria unidade		2	0,981	1,963			
		Realiza agendamento de consulta de retorno do paciente para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção		2	0,939	1,878			
		ESF faz acompanhamento diário dos pacientes com dengue		3	0,709	2,127			
		Realiza hidratação oral para os pacientes classificados como A		2	1,000	2,000			
		Realiza hidratação venosa quando necessário		3	0,952	2,857			
		Possui condições de tratamento e observação por 12 horas dos pacientes classificados como B		2	0,298	0,596			
		Fornecer resultado de hemograma completo no mesmo dia		3	0,921	2,762			
		Preenche o cartão de acompanhante do paciente com dengue.		3	0,934	2,802			
		Realiza atendimento 12 horas em situação de epidemia.		3	0,608	1,825			
		Realiza solicitação de sorologia após o 5º dia do início dos sintomas dos pacientes		3	0,780	2,341			
		Realiza hemograma completo com contagem de plaquetas		2	1,000	2,000			
			Possui plano de contingência	2	0,554	1,108			
			Possui procedimento de triagem e manejo de grande número de casos	3	0,915	2,746			
		Executa ações de enfrentamento de epidemias *	Possui plano de transporte de pacientes em ambulâncias	3	0,730	2,190			
			Possui procedimentos para notificação de casos	2	0,952	1,905			
			Possui mecanismos de envio urgente de amostras ao laboratório de referência	3	0,803	2,409			
	Realiza USG, radiografia, dosagem de albumina	3	0,000	0,000					

Continuação QUADRO 13

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PROPORÇÃO OBSERVADA	ESCORE DE ADEQUAÇÃO	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO SUBCOMPONENTE	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO COMPONENTE	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DAS UNIDADES
PROCESSO DE TRABALHO	Vigilância em Saúde	Realiza Busca Ativa de casos Notificados		3	0,669	2,008	0,852	0,793	0,736
		Realiza a notificação de todos os casos suspeitos de dengue		3	0,963	2,889			
		Notifica os casos suspeitos de dengue sem sinais de alarme semanalmente ao Serviço de Vigilância em Saúde		3	0,958	2,873			
		Notifica os casos suspeitos de dengue grave imediatamente ao Serviço de Vigilância em Saúde		3	0,897	2,690			
		Realiza investigação Epidemiológica dos casos notificados		3	0,775	2,325			
	Educação em Saúde	Possui informativos, impressos sobre dengue para profissionais de saúde		2	0,767	1,534	0,750		
		Possui informativos, impressos sobre dengue para pacientes e familiares		2	0,395	0,790			
		Presta orientação aos pacientes e familiares quanto aos sinais de alarme		3	0,976	2,929			

ESCORE FINAL

Adequada : 8,0 a 10,0; Parcialmente adequada: 6,0 a 7,9; Não adequada: menor ou igual a 5,9. Adaptado de Felisberto et al.(2002) e Samico et al.(2005).

Componente Estrutura

O componente estrutura apresentou uma pontuação que se mostrou parcialmente adequada (0,67). Este componente foi dividido em quatro subcomponentes: instalações e recursos físicos; equipamentos, procedimento clínico/laboratorial, imagem, medicamentos e mobiliários; normas e procedimentos técnicos e recursos humanos.

O subcomponente instalações e recursos físicos apresenta-se parcialmente adequado (0,71) e está subdividido em três indicadores: unidade localizada em local de difícil acesso, instalações em condições adequadas para atendimento ao pacientes com dengue e existência de sala para realização da avaliação com classificação de risco. Estes indicadores obtiveram a mesma pontuação (0,71) sendo considerados parcialmente adequados.

Quanto ao indicador “unidade localizada em local de difícil acesso”, a maioria das unidades não está localizada em locais de difícil acesso, fator importante, principalmente em unidades tipo B.

O subcomponente equipamentos, procedimento clínico/laboratorial, imagem e medicamentos apresenta-se adequado (0,96) e está subdividido em seis indicadores: possui receituário, cartazes sobre sinais de alarme e classificação de risco; 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.

A pontuação obtida por cada indicador foi adequada, variando entre 1 e 0,95. Conclui-se então que as unidades de saúde da atenção primária da AP 33 possuem insumos e materiais que viabilizam uma assistência qualificada aos pacientes com suspeita de dengue.

O subcomponente normas e procedimentos técnicos apresenta-se inadequado (0,55) e está subdividido em três indicadores: Existência de protocolos, normas, diretrizes, recursos técnicos para atendimento; utilização de procedimento operacional padrão (POP); Possui fluxo de encaminhamento para o referenciamento de pacientes para os demais níveis de assistência à saúde.

O indicador “Existência de protocolos, normas, diretrizes, recursos técnicos para atendimento” foi adequado, possuindo, a maioria das unidades,

protocolos ministeriais que regulamentam e recomendam as ações e procedimentos frente aos casos de dengue.

O indicador “utilização de procedimento operacional padrão (POP)” foi inadequado, nenhuma unidade possui POP, instrumento de sistematização dos procedimentos a serem executados e que norteiam a assistência aos pacientes com suspeita de dengue, possibilitando melhor organização dos processos de trabalho.

O indicador “possui fluxo de encaminhamento para o referenciamento de pacientes para os demais níveis de assistência à saúde” foi adequado (0,81). Segundo os percentuais de resposta, 98% dos gestores e todas as unidades segundo o roteiro de observação referiram que existem os fluxos. Porém, apenas 48% dos profissionais entrevistados relatam a existência destes fluxos. É importante não só a existência dos fluxos, mas também o compartilhamento das informações entre gestores e profissionais para melhor atendimento dos pacientes e referenciamento para outros níveis de atenção à saúde de forma precoce e eficaz (TABELA 23).

TABELA 23: Respostas dos gestores das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 quanto às dificuldades no referenciamento de pacientes para outro nível de complexidade.

	Unidade tipo A		Unidade tipo B	
		%		%
Não	10	77%	5	63%
Sim	3	23%	3	38%

A maioria dos gestores (71,4%) informou não possuir dificuldades quanto ao referenciamento dos pacientes. As dificuldades mais frequentemente relatadas pelos gestores foram: demora, transporte e vaga.

O subcomponente recursos humanos apresenta-se inadequado (0,48) e está subdividido em dois indicadores: quantidade adequada de profissionais e realização de capacitações e treinamentos contínuos (minimamente anuais).

O indicador “quantidade adequada de profissionais” foi inadequado (0,53) como mostra a tabela 23. Para este indicador foram utilizadas como base a contabilização orientada por especialistas em acolhimento. Para cada unidade de atenção primária à saúde tipo A o acolhimento deve ser realizado por equipe e nas unidades tipo B, deve-se ter um profissional da atenção à saúde tradicional

e um profissional por equipe para realizar o acolhimento dos pacientes com suspeita de dengue (TABELA 24).

Dentre as unidades tipo A, apenas 57% estão adequadas em relação ao quantitativo de profissionais para atender a demanda dos pacientes. Este fato pode impactar diretamente a qualidade do serviço prestado, bem como dificultar o acesso dos pacientes ao tratamento.

TABELA 24: Nível de adequação de quantidade de profissionais de saúde das unidades de atenção primária da AP 33, segundo tipo de unidade.

TIPO DE UNIDADE	CLASSIFICAÇÃO ⁵		PONTUAÇÃO OBSERVADA	
	ADEQUADO	NÃO ADEQUADO		
UNIDADE TIPO A	8	6	0,57	0,53
UNIDADE TIPO B	3	3	0,5	

O indicador “realização de capacitações e treinamentos contínuos (minimamente anuais)” foi inadequado (0,48). Este indicador foi composto pela análise da questão da temporalidade de treinamentos. Segundo as respostas dos gestores e dos profissionais, os treinamentos não ocorrem regularmente (TABELA 25).

TABELA 25: Nível de adequação da realização de capacitação e treinamentos dos profissionais que trabalham nas unidades de atenção primária à saúde da AP 33, segundo tipo de unidade.

TREINAMENTO	ADEQUADO	NÃO ADEQUADO
GESTORES	11	10
PROFISSIONAIS	9	18
TOTAL	20 (42%)	28 (58%)

⁵ A tabela de adequação da quantidade de profissionais de saúde das unidades da atenção primária à saúde da AP 33 está no anexo 6.

Componente processos de trabalho

O componente processos de trabalho mostrou-se parcialmente adequado (0,79). Este componente foi dividido em três subcomponentes: protocolos assistenciais; vigilância em saúde e educação em saúde.

O subcomponente “protocolos assistenciais” foi parcialmente adequado (0,77) e dividiu-se em quatorze indicadores: atendimento prioritário por classificação de risco; apresenta sistema organizado para atendimento da demanda espontânea, agendado o retorno de pacientes atendidos na própria unidade; realiza atendimento de retorno dos pacientes para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção; ESF realiza acompanhamento diário dos pacientes com dengue; realiza hidratação oral para os pacientes classificados como A; realiza hidratação venosa quando necessário; possui condições de tratamento e observação por 12 horas dos pacientes classificados como B; fornece resultado de hemograma completo no mesmo dia; preenche cartão de acompanhamento do paciente com dengue; Realiza atendimento por 12 horas em situação de epidemia; realiza solicitação de sorologia após o 5º dia do início dos sintomas dos pacientes; realiza hemograma completo com contagem de plaquetas; executa ações de enfrentamento de epidemias; realiza USG, radiografia, dosagem de albumina.

Os indicadores “atendimento prioritário por classificação de risco”, “apresenta sistema organizado para atendimento da demanda espontânea, agendado o retorno de pacientes atendidos na própria unidade”, “realiza atendimento de retorno dos pacientes para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção”, “realiza hidratação oral para os pacientes classificados como A”, “realiza hidratação venosa quando necessário”, “fornece resultado de hemograma completo no mesmo dia”, “preenche cartão de acompanhamento do paciente com dengue” e “realiza hemograma completo com contagem de plaquetas” tiveram pontuação acima de 0,91, estando adequados para o atendimento aos pacientes com suspeita de dengue acolhidos nas unidades de atenção primária da AP 33.

Vale ressaltar que o cartão de acompanhamento do paciente é uma ferramenta utilizada para informar ao paciente os sinais de alarme e registrar

dados clínicos indispensáveis dos pacientes, otimizando uma segunda avaliação clínica do caso.

Referente ao indicador “realiza atendimento de retorno dos pacientes para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção”, apenas um gestor respondeu negativamente.

O indicador “ESF realiza acompanhamento diário dos pacientes com dengue” foi parcialmente adequado”. Segundo as Diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (2009), as equipes devem acompanhar diariamente os casos de dengue utilizando das ferramentas necessárias para tal, através de visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde.

O indicador “possui condições de tratamento e observação por 12 horas dos pacientes classificados como B” foi inadequado (0,29). As unidades de atenção primária dependendo de sua estruturação podem prestar assistência aos pacientes classificados como B. Vale ressaltar que embora as unidades de atenção primária à saúde da AP 33 não estejam preparadas para tratar os pacientes classificados como B, as mesmas possuem estrutura para iniciar o tratamento com hidratação venosa, se necessário e encaminhamento para outro nível de complexidade.

Esta situação também fica explícita no indicador “realiza Ultrassonografia (USG), radiografia, dosagem de albumina”, pois para atendimento dos pacientes classificados como B se faz necessária a realização destes testes diagnósticos que não estão disponíveis nas unidades de atenção primária da AP 33.

O indicador “Realiza atendimento por 12 horas em situação de epidemia” foi parcialmente adequado (0,60).

O indicador “realiza solicitação de sorologia após o 5º dia do início dos sintomas dos pacientes” foi parcialmente adequado (0,78).

O indicador “executa ações de enfrentamento de epidemias” visou definir se as unidades estão preparadas para atender um aumento brusco de número de casos, caracterizando uma epidemia.

Os critérios estabelecidos foram: possuir plano de contingência, procedimento de triagem e manejo de grande número de casos, plano de transporte de pacientes em ambulâncias, procedimentos para notificação de

casos e possuir mecanismos de envio urgente de amostras ao laboratório de referência. Este indicador foi parcialmente adequado (0,79).

O subcomponente “vigilância em saúde” foi adequado (0,85) e dividiu-se em cinco indicadores: realiza busca ativa de casos notificados; realiza a notificação de todos os casos suspeitos de dengue; notifica os casos suspeitos de dengue sem sinais de alarme semanalmente ao Serviço de Vigilância em Saúde; notifica os casos suspeitos de dengue grave imediatamente ao Serviço de Vigilância em Saúde e realiza investigação epidemiológica dos casos notificados.

Os profissionais que realizam a notificação segundo os gestores são os enfermeiros e os médicos.

Os indicadores “realiza a notificação de todos os casos suspeitos de dengue”, “notifica os casos suspeitos de dengue sem sinais de alarme semanalmente ao Serviço de Vigilância em Saúde”, “notifica os casos suspeitos de dengue grave imediatamente ao Serviço de Vigilância em Saúde” estão adequados (0,89 – 0,96).

Os indicadores “realiza busca ativa de casos notificados” e “realiza investigação epidemiológica dos casos notificados” (TABELA 26) estão parcialmente adequados com 0,66 e 0,77 de pontuação respectivamente.

TABELA 26 :Realização de investigação epidemiológica segundo os gestores e tipo de unidade das unidades de atenção primária à saúde da AP 33.

	Unidade tipo A		Unidade tipo B		TOTAL	%
		%		%		
Não	1	8%	3	38%	4	48
Sim	12	92%	5	63%	17	52

A maioria dos gerentes (81%) relatou que os profissionais realizam investigação epidemiológica dos casos suspeitos de dengue. Nas unidades tipo A 92% realiza a investigação e nas unidades tipo B, embora que a maioria diga que é realizada a investigação, ainda 38% refere não realizar (TABELA 27).

TABELA 27: Realização de busca ativa segundo os gestores e tipo de unidade das unidades de atenção primária à saúde da AP 33.

	Unidade tipo A		Unidade tipo B		TOTAL
		%		%	
Não	5	38%	5	63%	10
Sim	8	62%	3	37%	11

Nas unidades tipo A 62% realiza busca ativa, porém a proporção de gestores que refere não realizar a busca ativa é muito alta levando em consideração a missão das ESF em realizar a análise de situação de saúde do território ao qual a unidade possui responsabilidade sanitária.

Nas unidades tipo B, 63% dos gestores referem que não é realizada a busca ativa.

O subcomponente “educação em saúde” foi parcialmente adequado (0,75) e dividiu-se em três indicadores: Possui informativos, impressos sobre dengue para profissionais de saúde; Possui informativos impressos sobre dengue para pacientes e familiares; Presta orientação aos pacientes e familiares quanto aos sinais de alarme.

O indicador “presta orientação aos pacientes e familiares quanto aos sinais de alarme” foi o único adequado (0,97).

O indicador “possui informativos, impressos sobre dengue para profissionais de saúde” foi parcialmente adequado (0,77).

O indicador “presta orientação aos pacientes e familiares quanto aos sinais de alarme” foi inadequado (0,39).

7. DISCUSSÃO

O município do Rio de Janeiro teve 323.075 residentes notificados como suspeitos de dengue entre os anos de 2011 e 2013. Desse montante, a área programática 33 foi responsável por 16%, totalizando 50.261 notificações.

A AP 33 possui uma alta densidade demográfica segundo o Censo 2010 (IBGE, 2010), condições de infraestrutura deficiente e áreas favelizadas com intensa violência urbana, considerada uma das piores da cidade do Rio de Janeiro quanto às condições socioeconômicas (SANTOS, NORONHA, 2001). O número de casos de dengue notificados foi maior em relação às demais APs. Neste sentido, é importante a análise da dispersão geográfica, relacionada não só a fatores individuais como também a fatores ambientais e estruturais.

Um dos fatores determinantes para os indicadores de saúde é a disponibilidade de serviços de saúde e a capacidade destes em atender a população de referência. Neste contexto se insere o acesso aos serviços de saúde e as pactuações em rede para melhora da qualidade da assistência à população.

Estudos demonstram que algumas inadequações na atenção primária podem ser determinantes para a causalidade das formas graves da dengue como a ineficiência na aplicação dos protocolos assistenciais e a falta de orientação fornecida aos pacientes e seus familiares. Gibson et al. (2013) relatam que a liberação precoce de pacientes com quadro febril e potencialmente graves pode ter sido consequência do atendimento médico prestado nas unidades de atenção primária, sugerindo deficiências na aplicação do protocolo de classificação de risco de dengue e triagem de pacientes. Ang et al. (2010) verificaram que a maioria dos pacientes internados por dengue haviam sido atendidos anteriormente na atenção primária à saúde, porém não receberam informações sobre prevenção e controle da doença.

Nossos resultados mostraram que a distribuição das notificações de dengue permearam todo o território do município, em especial as zonas oeste e norte do Rio de Janeiro.

A distribuição dos casos notificados segundo o sexo mostrou que a população feminina foi discretamente superior que a masculina. Segundo o

Censo de 2010 (IBGE, 2010), a população feminina é maior que a masculina. Logo, este indicador poderia expressar esta diferença. No entanto, é importante considerar que, historicamente, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Segundo Gomes (2015) a masculinidade dificulta o acesso do homem aos serviços de saúde.

O perfil etário dos suspeitos de dengue com maior número de notificações foi de 20 a 39 anos. Conforme já descrito em outros trabalhos, há maior tendência de acometimento pela dengue em faixas etárias economicamente ativas, principalmente nos períodos Inter epidêmicos, o que aponta a importância desta população na manutenção da endemia (MACHADO, 2007).

Porém, também foi observado um número maior de notificações de crianças de 0 a 9 anos de idade no ano de 2011. Apesar de não ser foco deste estudo abordar as questões referentes à transmissão, vale destacar qual o perfil da população que buscou atendimento diante da suspeita de dengue.

A variação desses números, principalmente do aumento de crianças em 2011, possui relação com a reintrodução do DENV-1 e introdução do DENV-4. Conhecer o sorotipo predominante é importante para traçar medidas de controle e diminuição de riscos e danos em detrimento do perfil de cada sorotipo. A possibilidade de introdução de novos sorotipos, assim como a circulação de sorotipos mais virulentos em populações que têm um número significativo de indivíduos susceptíveis e têm uma infestação de *Aedes aegypti* moderada ou elevada, sugerem que no futuro, haverá novas epidemias (MARTÍNEZ, TORRES, 2006).

Entre 2011 e 2013 houve a circulação de todos os sorotipos no município do Rio de Janeiro, com maior frequência dos sorotipos 1 e 4 como visualizado em outros estudos (HERINGER et al., 2015). Entre os moradores da AP 33 o sorotipo mais frequente foi o 4. Entretanto é importante levar em consideração que entre os 27% dos casos notificados na AP 33 foram confirmados e que destes, apenas 0,8% realizaram sorotipagem, não sendo possível avaliar o predomínio.

Entre os casos com registro de classificação clínica, a maioria foi confirmada e encerrada como dengue clássico enquanto que em menos de 1% dos casos houve agravamento (FHD, SCD e dengue com complicações), demonstrando o perfil benigno que a dengue possui.

Porém, no período estudado, ocorreram 896 internações entre residentes da AP 33, ou seja, quase 2% dos pacientes notificados foram hospitalizados. Os dados sugerem que os casos de FHD e SCD são subestimados. No entanto, a maioria dos residentes da AP 33 foi notificada antes do 4º dia do início dos sintomas sugerindo que os residentes da AP 33 com suspeita de dengue estão sendo acolhidos nos serviços de saúde em tempo oportuno, e poderiam receber orientações sobre sinais de alarme e riscos de agravamento do quadro antes do período crítico. É importante salientar que o intervalo em dias entre a data do início dos sintomas e a data de notificação pode ser um indicador de procura de atendimento e acessibilidade dos serviços de saúde frente ao atendimento dos pacientes com suspeita de dengue em tempo hábil

Observa-se uma redução no número de pacientes internados ao longo dos anos, o que pode expressar que as unidades de saúde estão melhor estruturadas para atender a demanda e conseqüentemente diminuir os casos graves e os óbitos. Estudos que correlacionem os sistemas de informação de saúde de internações hospitalares (SIH) e de mortalidade (SIM) devem ser realizados para investigação de possíveis casos subnotificados de dengue grave e de óbitos.

Quanto aos óbitos, observamos que foram registrados 41 entre os residentes da AP 33, sendo 50% por dengue, com maior número de ocorrências em 2011, o que pode sugerir que a introdução de um novo sorotipo aumentou a gravidade e o número de óbitos dos pacientes com dengue. No entanto, deve ser considerada a qualidade do atendimento da rede de assistência à saúde.

Hartz e Contandriopoulos (2004) relatam que questões relacionadas a acessibilidade, sob aspectos geográficos e econômicos, além das trajetórias assistenciais dos pacientes pelos serviços de saúde podem, em conjunto, ser responsáveis pela ocorrência do óbito. No entanto, avaliando a qualidade do serviço prestado através de entrevistas com usuários, Figueiró et al.(2011) verificaram que os problemas de acesso à rede não justificam os óbitos, mas sim os problemas quanto ao diagnóstico e tratamento adequado da doença.

Neste sentido, é importante a valorização da assistência integral à saúde na prevenção de doenças e ampliação dos cuidados à população mais vulnerável. Azevedo et al. (2014) verificaram que, entre os óbitos registrados em

2012 no município do Rio de Janeiro, 77,8% tinham comorbidades e a maioria dos casos era em maiores de 50 anos.

Houve uma grande variabilidade do número de notificações por bairro entre os anos estudados, no entanto em todos os anos foram notificados casos de dengue, reafirmando o perfil endêmico da doença, com ciclos epidêmicos. Todos os bairros da AP 33 tiveram residentes notificados, chegando até a 2000 casos em alguns bairros. As diferenças entre os bairros devem ser avaliadas em conjunto com fatores socioambientais e relacionados à efetividade da Vigilância Entomológica no controle do mosquito vetor, ao empenho da Vigilância Epidemiológica em traçar medidas de monitoramento, e à rede assistencial à saúde na disponibilização dos serviços, detecção e tratamento precoces.

Em 2012, embora não tenha sido decretada epidemia no município, houve um surto de dengue em algumas regiões do Rio de Janeiro. Os residentes da AP 33 foram responsáveis por 19% das notificações do município. Os bairros que registraram o maior número de casos foram Irajá, Guadalupe, Anchieta, Madureira, Rocha Miranda e Pavuna.

Embora a maioria dos estudos que buscam associar a dengue a indicadores sociais, econômicos e ambientais não encontre associação estatística (FLAUZINO et al., 2009), estudos com análise multivariada da correlação entre os indicadores de infraestrutura urbana e o número de casos de dengue poderiam fornecer evidências mais conclusivas sobre os riscos na região. Entretanto, a variabilidade da distribuição do número de casos por bairro pode estar sendo influenciada pelo aumento da infestação pelo mosquito vetor, pela maior sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica em realizar a notificação dos casos suspeitos e, ainda, pelo aumento da cobertura da atenção primária da área e da oportunidade de detecção de casos.

O controle da dengue exige alta complexidade de conhecimento e tecnologias, tendo em vista os diversos fatores externos ao setor saúde, que são importantes determinantes na manutenção e dispersão tanto da doença quanto do *Aedes aegypti*. Dentre esses fatores, destacam-se o surgimento de aglomerados urbanos, inadequadas condições de habitação, irregularidade no abastecimento de água, destinação imprópria de resíduos, o crescente trânsito de pessoas e cargas entre países e as mudanças climáticas provocadas pelo aquecimento global (BRASIL, 2009).

Algumas questões são importantes na análise da notificação e disponibilidade de serviços de saúde, pois mesmo com um elevado número de residentes notificados como suspeitos de dengue nestes bairros, a maioria não possui cobertura de estratégia de saúde da família, o que permitiria melhor acesso aos serviços de saúde, bem como mais ações Inter setoriais.

As desigualdades em saúde podem se expressar de formas diferentes na sociedade seguindo, por exemplo, o poder aquisitivo dos diferentes grupos sociais. Essas se manifestam na disparidade entre áreas geográficas distintas, inclusive dentro de um mesmo município. As desigualdades não são somente problemas do presente, elas foram historicamente construídas e se concretizam em deficiências no acesso, na configuração inadequada das ações e serviços públicos em geral, especificamente na saúde (BARRADO, 2012).

Todavia, também deve-se considerar a qualificação da rede de assistência à saúde, pois os bairros que registraram maior número de óbitos por dengue foram bairros com maior cobertura da ESF (Pavuna, Colégio e Guadalupe).

A letalidade entre os residentes da AP 33 foi acima do limite recomendado pela OMS (1%), variando de 5,8% a 11,7%. No entanto, devemos considerar a falta de acurácia deste dado, uma vez que o número de casos classificados foi pequeno o que sugere a subnotificação de casos graves e com isso, superestimação da letalidade. As altas taxas de letalidade por FHD podem ser atribuídas também às limitações existentes em classificar os casos de dengue, segundo os critérios da OMS. Na maioria das vezes, os casos que evoluem para óbito são investigados com mais rigor do que os casos graves que evoluem para cura. O denominador então pode estar subestimado (VINHAL, 2008).

Diante desse cenário, são necessários outros estudos para verificar a possibilidade de correlação dos óbitos com o quantitativo de unidades de saúde (insuficiente cobertura de atenção primária), densidade demográfica e Índice de Desenvolvimento Humano com a gravidade dos casos.

Em contrapartida, nos últimos anos, os dados da Coordenação de área programática 33 mostram que AP 33 teve um aumento considerável (69%) no número de unidades de atenção primária à saúde, ampliando o acesso dos residentes aos programas oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, sobretudo

a Estratégia de Saúde da Família possibilitando melhor monitoramento e análise da situação de saúde local (APÊNDICE 4).

Estudos são necessários para avaliação da rede da atenção primária, bem como do impacto que a implementação da estratégia de saúde da família no território produziu ao longo da última década, quando houve uma mudança da sistematização da saúde no município. Porém, parte da população continua sem acesso integral aos serviços públicos de saúde.

Nossos resultados finais mostram que as unidades de atenção primária à saúde da AP 33 estão parcialmente adequadas quanto à estrutura disponível. Apesar deste resultado, alguns indicadores se mostraram inadequados quanto ao serviço, tais como normas e procedimentos técnicos e recursos humanos. Porém, embora o número de unidades de saúde ainda seja insuficiente para suprir as necessidades dos residentes da AP e faltarem profissionais, todas as unidades possuem insumos necessários para o atendimento destes pacientes.

A população da AP 33 constitui quase 1/6 da população de todo o município, porém no território existem apenas 25 unidades de atenção primária, 54% da população está coberta com a Estratégia de Saúde da Família e 92% está coberta pela atenção básica, com as unidades tradicionais (APÊNDICE 5).

Estudos complementares para avaliar a completude das equipes da ESF e das equipes das unidades tipo B são necessários, uma vez que uma das principais dificuldades apontadas pelos gestores e profissionais foi o número insuficiente de profissionais de saúde.

As unidades de saúde tipo B estão em locais de fácil acesso enquanto 50% das unidades tipo A estão em locais de difícil acesso. Considerando o perfil das unidades tipo A que atendem a pacientes cadastrados do território subjacente este é um bom indicador, pois demonstra que os moradores das localidades onde estas unidades de saúde estão inseridas possuem melhor acesso ao tratamento de saúde.

Todavia, os principais problemas das unidades localizadas em áreas favelizadas e com de violência urbana é a dificuldade de contratação de profissionais de saúde e a alta rotatividade destes (MAGNAGO, PIERANTONI, 2014).

Em relação à estrutura física das unidades os gestores relatam ser insuficiente para tratar de pacientes com suspeita de dengue...

“... Espaço exíguo para a observação de pacientes que necessitam de terapia venosa.”

Os profissionais de saúde ratificam esta opinião:

“Falta de local apropriado para a acomodação dos pacientes” e a “Estrutura não é suficiente para atendimento durante epidemias”

As Diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (2009) estabelecem que os pacientes devem ser atendidos com o mínimo de conforto possível.

A análise dos mapas de fluxo indicam a concentração de notificação em quatro unidades: CF Souza Marques, CMS Augusto Amaral Peixoto, CF Marcos Valadão e CMS Carmela Dutra.

Segundo o relatório de Gestão da Coordenação da Área Programática 33, com o aumento expressivo de casos no início de 2012, as unidades CMS Carmela Dutra e CMS Augusto Amaral Peixoto estenderam o horário de funcionamento para 12 horas. Porém, com o aumento da demanda, após 2 meses, foram substituídas, com a abertura da CF Souza Marques e CF Marcos Valadão como pólos de hidratação. Neste período, estas unidades atendiam pacientes diariamente das 8 às 20 horas. Além destas unidades o Hospital Municipal Francisco da Silva Telles também foi posto como pólo de hidratação, com o funcionamento diário, por 24 horas, dando suporte às demais unidades.

A rede de assistência da área foi estruturada com a mobilização de ambulâncias para transporte de pacientes, aquisição de insumos, contratação de profissionais e treinamento das equipes com participação ativa da Vigilância Epidemiológica.

A análise do fluxo das unidades foi importante, pois auxiliou a visualização do cenário territorial diante do peso de notificações realizadas no ano de 2012, quando unidades foram sediadas como pólo de dengue.

Foi realizado o transporte em ambulâncias de pacientes, classificados como A ou B, que estavam em atendimento nas unidades cujo horário de funcionamento era até as 17 horas.

Estas unidades foram pólos de dengue em 2012 e obtiveram um número expressivo de casos notificados, inclusive de pacientes procedentes de outras APs (8%), em sua maioria de bairros vizinhos da AP 33.

O Ministério da Saúde disponibiliza, de forma digitalizada e com acesso livre diversos protocolos, normas, diretrizes, recursos técnicos para atendimento, portanto, a maioria das unidades possui tais instrumentos que regulamentam e recomendam as ações e procedimentos frente aos casos de dengue.

No entanto, nenhuma unidade possui Procedimento Operacional Padrão que é um instrumento de sistematização dos procedimentos a serem executados e norteiam a assistência aos pacientes com suspeita de dengue possibilitando melhor organização dos processos de trabalho, em geral elaborado pela equipe, com base nas diretrizes e considerando o processo de trabalho próprios da unidade.

O trabalho dentro de uma unidade de saúde depende de informação, seja ela entre os pacientes e a equipe ou entre membros da equipe multidisciplinar. Sem a normatização dos fluxos internos, a assistência ao paciente pode ficar fragilizada, podendo ocasionar riscos à saúde dos usuários. Logo, a inobservância dos protocolos de manejo clínico da doença podem ser fatores determinantes para a ocorrência de óbitos (FIGUEIRÓ et al., 2011).

A referência e contra referência das unidades de saúde, principalmente para outros níveis de atenção à saúde devem ser estabelecidos e divulgados, de forma que todos os membros da equipe multidisciplinar devem ter acesso. No entanto nossos resultados demonstram que as respostas dos gestores foram divergentes dos profissionais de saúde quanto à presença de fluxos internos.

Os dados sugerem que existem barreiras na comunicação entre gestores e profissionais de saúde, sendo extremamente importante, não só a existência dos fluxos, mas também o compartilhamento das informações entre gestores e profissionais para melhor atendimento dos pacientes e encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde de forma precoce e eficaz. Este pode ser um limitador de qualidade no cuidado ao paciente com dengue, visto que as unidades precisam estar com seus fluxos e procedimentos internos organizados,

bem como com a rede de serviços estruturada para evitar a ocorrência de um desfecho negativo (MS, 2009).

Apenas 28,6% dos gestores relataram dificuldades quanto ao referenciamento de pacientes para unidades secundárias e terciárias de atenção à saúde, porém, a maioria dos profissionais relata que possui dificuldades para o transporte e demora para o referenciamento dos pacientes para internação, sobretudo dos pacientes graves, bem como para obter apoio das unidades secundárias e pólos de dengue.

O número de profissionais de saúde nas unidades é inadequado, tanto nas unidades tipo A, quanto nas unidades tipo B.

“número insuficiente de profissionais”, “falta da multidisciplinariedade no trabalho em equipe” e a “alta rotatividade dos profissionais capacitados.” (gestores e profissionais)

Segundo relato dos gestores é importante

“Fortalecer a porta de entrada dos dispositivos da rede trabalhando conjuntamente.” (gestor)

Fatores determinantes desta situação precisam ser investigados como percentual de completude das equipes da estratégia da saúde da família, alta rotatividade de profissionais, áreas de intensa violência urbana em unidades tipo A e falta de renovação no quadro dos profissionais estatutários nas unidades tipo B.

Vale ressaltar que o nível de adequação deste subcomponente foi composto pela opinião de especialistas em acolhimento que trabalham na área. No entanto deve ser considerada a disparidade no acolhimento entre as duas modalidades de atenção. Nas unidades tipo A, cada equipe possui, um profissional para atender a demanda referente a 4.000 pessoas. Porém, as unidades tipo B, possuem uma pessoa no acolhimento para atender a uma demanda entre 30 a 70 mil pessoas.

Este fato pode impactar diretamente a qualidade do serviço prestado, bem como dificultar o acesso dos pacientes ao tratamento. Estudos que verifiquem esta diferenciação de acesso entre as duas modalidades de assistência, avaliando a demanda reprimida da população são necessários para melhor entendimento das questões apresentadas.

Educação permanente é a prática de ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais face às necessidades de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2009).

A educação permanente é essencial para os profissionais de atendimento aos casos de dengue visando não só qualificar o rastreamento, diagnóstico e manejo clínico correto, como também melhorar a capacidade da Vigilância Epidemiológica, detectar e ter medidas de controle efetivas e em tempo real para um controle sustentável. No entanto, o conhecimento sobre a doença é superficial, falta diálogo entre os protagonistas dos setores investigados e os materiais informativos de que dispõem são escassos e por vezes inadequados (ASSIS et al., 2012).

Os resultados demonstram que as unidades de atenção primária à saúde da AP 33 estão inadequadas quanto à realização de treinamentos, com periodicidade mínima anual. Segundo relatos dos profissionais de saúde e de gestores, a temporalidade dos treinamentos realizados na área é definida pelos períodos epidêmicos, o que não está de acordo com a necessidade constante de educação continuada em serviços de saúde. Estas medidas devem ser realizadas para qualificar os profissionais da rede de assistência e conseqüentemente, melhorar a atenção prestada à população.

O perfil dos trabalhadores das unidades de atenção primária da AP 33 é diferenciado, principalmente de acordo com o tipo de unidade. Nas unidades tipo A os gestores são mais novos, trabalham há menos tempo na SMS/RJ e possuem menos tempo de profissão que os gestores das unidades tipo B, padrão que se repete entre os profissionais de saúde. Esta distribuição pode estar

relacionada à modalidade de gestão de contratação de pessoal. Os gestores de unidades A são celetistas⁶ e das unidades tipo B são estatutários⁷.

O nível de qualificação dos gestores é favorável, apenas 1 dos gestores não possui especialização na modalidade lato sensu. Muitos gestores possuem mais de uma especialização. Porém, a maioria não possui especialização stricto sensu. A maioria dos profissionais entrevistados possui especialização lato sensu, no entanto aproximadamente 35% deles não possuem especialização.

A qualificação profissional é uma premissa de uma boa gestão, logo são necessárias políticas de incentivo à qualificação.

Existe uma grande necessidade de educação permanente para os profissionais do atendimento aos casos de dengue visando não só qualificar o rastreamento, diagnóstico e manejo clínico correto, como também melhorar a capacidade de resposta da Vigilância Epidemiológica em detectar e ter medidas de controle efetivas e em tempo real para um controle sustentável. Medidas para instituir educação continuada em serviços de saúde devem ser realizadas para qualificar os profissionais da rede de assistência e conseqüentemente, melhorar a assistência prestada à população.

Os profissionais de saúde são os executores da assistência à saúde e devem estar qualificados, não só para o desenvolvimento do manejo clínico, como também pela qualidade do registro dos pacientes, uma vez que esta competência é de sua responsabilidade. No entanto, a análise descritiva do perfil epidemiológico da dengue demonstra a falta de qualificação no preenchimento das fichas de notificação e investigação. As variáveis com maior percentual de ausência de registro (em branco ou ignorado) foram: 83% da “escolaridade”, 73,7% da “evolução”, 60% da “classificação” e 84,2% da “internação”.

O processo de trabalho em saúde deve dar ênfase a práticas que utilizem tecnologias leves, valorizando a subjetividade das pessoas em momentos de diálogos e de cumplicidade, na busca da corresponsabilização dos problemas a serem enfrentados; ocorrem também momentos de confiabilidade com a produção de relações de acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia,

⁶ Regime celetista, o empregado é regido pela CLT(Consolidação das Leis Trabalhistas).

⁷ Regime estatutário, o empregado adquire estabilidade após três anos de efetivo exercício e é regido por legislação específica do nível governamental de atuação.

aceitação e qualidade da atenção, que conformam a integralidade do cuidado do sujeito sobre sua saúde (SILVA, SENA, 2008).

Neste sentido, os processos de trabalho envolvidos na assistência à saúde dos pacientes com suspeita de dengue são determinantes para a captação e detecção de casos, diagnóstico precoce e tratamento eficaz. Porém, as unidades de atenção primária à saúde da AP 33 possuem processos de trabalho que estão parcialmente adequados para atender os pacientes com suspeita de dengue.

Todas as unidades organizam o acolhimento de pacientes com a realização de classificação de risco, no entanto são referidas dificuldades que denotam fragilidades neste atendimento, como o número insuficiente de profissionais.

As unidades realizam atendimento da demanda espontânea, agendada e de retorno de pacientes atendidos na própria unidade, porém dificuldades são apontadas tanto pelos profissionais quanto pelos gestores:

“Dificuldade de adequar a agenda com o aumento da demanda.” (gestor)

“...ficamos com dificuldades de atender a demanda usual da unidade em concomitância com os casos de dengue...”
(profissionais)

Talvez tais dificuldades estejam relacionadas não só ao quantitativo insuficiente de profissionais, mas também ao

“Acúmulo de funções por parte dos integrantes, principalmente da ESF.” (gestor)

Referente ao indicador “realiza atendimento de retorno dos pacientes para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção”, embora a maioria dos profissionais e gestores tenha referido que realiza o atendimento de retorno dos pacientes para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção, apenas um gestor respondeu negativamente e justificou:

“Em casos de epidemia, para um melhor controle dos casos e para a sequência adequada do tratamento, o paciente geralmente continua o acompanhamento na unidade que iniciou, em virtude da dificuldade de controle dos registros realizados, como o SINAN e o cartão de controle que algumas vezes não é registrado adequadamente.”(gestor unidade B)

Já os profissionais relatam como acontece o acolhimento:

“Pacientes possuem o acolhimento (1º atendimento) e após são encaminhados para a clínica da família adstrita do paciente.”(profissional unidade A)

Outro profissional relata que

“Somente se os pacientes forem da ESF”(profissional unidade B)

Estas afirmações podem sugerir que exista acesso diferenciado de acordo com a modalidade de gestão em que as unidades de atendimento dos pacientes estão inseridas, fornecendo melhor acesso e acompanhamento para os pacientes que residem em áreas de ESF.

As diretrizes estabelecem que os pacientes devem ter o acesso aos serviços de saúde através da atenção primária e que se o paciente for atendido na atenção secundária ou terciária, após a estabilização do quadro clínico, o mesmo deve ser acompanhado pela atenção primária (SVS, 2009).

Estudos de observação participativa seriam mais sensíveis à detecção deste conflito de informação.

A avaliação deste processo é importante pois a qualidade de um sistema de saúde está associada ao equilíbrio entre as necessidades de cuidados de saúde da população e a oferta de serviços: desníveis entre necessidade e oferta podem gerar uso desnecessário ou demanda reprimida (PINHEIRO et al., 2001).

O suporte laboratorial é importante para o monitoramento clínico, e apesar do recebimento dos resultados no mesmo dia, como preconizado pelas Diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle de Epidemias, são relatadas dificuldades enfrentadas que contrapõem as respostas.

“A Unidade não possui laboratório próprio” (gestor e profissional)

“Fluxo de transporte das amostras para o laboratório de referência e dos resultados para a unidade ocasionando uma demora no recebimento de exames”

“Tempo curto para o envio da amostra de coleta de sangue para o laboratório de referência que somente pode ser enviada até as 15h, considerando que a unidade de saúde funciona até as 20h”

Algumas incoerências são percebidas entre as respostas do questionário e as dificuldades relatadas ao final do questionário. Embora as unidades não possuam laboratório próprio, a área possui uma rede de suporte laboratorial com fluxos definidos. Porém, este fluxo parece não ser de conhecimento de todos os profissionais que trabalham na linha de frente de assistência aos pacientes com suspeita de dengue. Em adição são relatadas dificuldades de acesso aos exames como o resultado no mesmo dia como o relato:

“Dificuldade de enviar amostras de sangue para laboratório fora do horário comum diário (11h da manhã todos os dias)”

Nossos resultados mostram que as unidades da atenção primária à saúde da AP 33 possuem condições para o tratamento dos pacientes do grupo A, porém não possuem condições de manter os pacientes do grupo B em observação pois não realizam USG, radiografia e dosagem de albumina como preconizado pelas diretrizes. Entretanto as unidades estão estruturadas para realizar o atendimento inicial com administração de medicamentos, hidratação oral e venosa se necessário, com posterior encaminhamento dos pacientes para unidades de saúde com outro nível de complexidade.

A coleta de sorologia em períodos não epidêmicos é necessária em todos os casos suspeitos de dengue, para confirmação ou descarte do diagnóstico da dengue laboratorialmente como é preconizado pela OMS (SVS, 2007), entretanto ainda há profissionais que realizam a solicitação em data inoportuna

ou simplesmente não a realizam. Medidas de sensibilização e treinamento dos profissionais em prática devem ser realizados para evitar eventos adversos ocasionados por má conduta profissional.

Este fator é importante na análise dos casos classificados, sobretudo em períodos Inter epidêmicos. Em 2011, com a instalação de testes rápidos de dengue (NS1), a maioria dos casos notificados foram classificados e confirmados. Porém, apenas 37% dos casos notificados entre 2012 e 2013 foram classificados, demonstrando o impacto desta contradição principalmente entre os profissionais de saúde.

Em um estudo de avaliação da vigilância epidemiológica apenas 60,4% dos profissionais consideraram necessária a coleta de sangue para o diagnóstico laboratorial de todos os casos suspeitos de dengue (SANTOS et al., 2014).

Nossos resultados foram pouco sensíveis para a detecção dos fatores envolvidos na solicitação de sorologia para os pacientes com suspeita de dengue para detectar possíveis problemas no suporte dos laboratórios de saúde pública para as unidades de saúde da AP 33. Gibson et al. (2013) concluem que os laboratórios de referência para dengue, febre amarela e febre maculosa no Brasil dispõem de condições para a execução de pesquisas científicas, mas enfrentam dificuldades relacionadas, principalmente, ao planejamento e gestão em ciência e tecnologia.

Quanto à capacidade de resposta das unidades de atenção primária à saúde, as unidades estão parcialmente adequadas, principalmente pela falta de estabelecimento de fluxos internos de contingência e organização em caso de um aumento no número de casos. Este fato tem grande relevância uma vez que a dengue mantém um perfil endêmico com ciclos epidêmicos e as unidades de saúde devem estar estruturadas para atender a demanda de pacientes com suspeita de dengue. Neste contexto é recomendável aumentar o acesso ao tratamento, especialmente em epidemias, evitando assim os deslocamentos desnecessários da população peregrinando em busca de atendimento. No entanto os profissionais e gestores informaram que em caso de epidemias o horário de atendimento não é ampliado.

Todavia em 2012 o município do Rio de Janeiro apresentou um aumento do número de casos e a AP 33 apresentou incidência elevada em relação ao município e a outras áreas.

Vale ressaltar que, mesmo com a epidemia de 2012, as medidas implementadas em nível local contribuíram para uma redução nos registros de 40% no número de internações por dengue e uma queda de 90% no número de óbitos de 2011 para 2013 na AP 33.

. O efeito positivo da implementação de tendas de hidratação na redução dos desfechos fatais foi verificada por Marra et al. (2011). No entanto nossos resultados demonstram uma redução no total de casos graves, internações e óbitos, porém pela baixa qualificação dos dados com um número não foi possível associar ao impacto da implementação dos pólos dentro da área.

Nossos resultados indicam que as unidades primárias de atenção à saúde estão com as medidas de Vigilância em Saúde adequadas para atender os pacientes com suspeita de dengue. Vale ressaltar que dentre os processos de trabalho, este é o único subcomponente adequado. Porém, apesar de todas as unidades realizarem notificação epidemiológica dos suspeitos de dengue, um número elevado de unidades declara não realizar a busca ativa de casos e a investigação epidemiológica.

Estas medidas são elementares da cadeia de ações da Vigilância Epidemiológica e têm o papel principal de realizar o monitoramento do território e implementar medidas de controle. Embora a maioria dos gestores das unidades tipo A refiram que os profissionais realizam investigação epidemiológica da dengue, apenas 63% das unidades tipo B o realizam. Fatores relacionados a esta diferenciação podem ser investigados, especialmente a modalidade de implementação da atenção primária nas unidades tipo A que visa maior vínculo da unidade de saúde com os pacientes e o território.

Neste contexto os agentes de vigilância em Saúde podem ser grandes aliados quanto à integração com as equipes de saúde do território, não somente para monitoramento relativo aos índices de infestação do *Aedes aegypti*, como também para as ações da atenção primária à saúde como a busca ativa. No entanto, ainda é um desafio a integração dos Agentes de Vigilância em saúde (CESARINO et al., 2014). A respeito desta situação os profissionais não se sentem integrados à equipe, o que demonstra a necessidade de um aprofundamento sobre o tema, buscando identificar os desafios frente à perspectiva do desenvolvimento de um processo de trabalho em conjunto para a prestação de um serviço pautado na Integralidade (VICENTE, 2015).

A Vigilância Epidemiológica possui um papel importante no monitoramento da dengue pois é responsável pela alimentação do sistema de informação (SINAN), pelo monitoramento e, de acordo com os dados gerados, pela aplicação de medidas de controle. Entretanto, existem barreiras e desafios que as equipes enfrentam e que podem ser avaliados neste estudo que é a qualidade do registro dos dados.

A maioria dos casos notificados não foi classificada, ou seja, 60% dos casos notificados não tiveram definição se foram descartados, ou classificados como dengue clássica, FHD ou SCD. Esta falta de qualificação da classificação final pode superestimar o cálculo da letalidade, uma vez que o denominador é o número de casos notificados de FHD.

Pactuações com a rede de assistência para a classificação de casos e adequada notificação e investigação com o encerramento oportuno de todos os casos pelas unidades de atenção primária à saúde são necessários.

Este fator é importante não só para as unidades de atenção primária à saúde, mas também para unidades hospitalares.

Segundo a portaria ministerial 104, todo caso suspeito de agravo de notificação compulsória deve ser notificado para a Vigilância Epidemiológica. Para os casos de dengue grave, as notificações devem ser realizadas em até 24 horas, no entanto 512 pacientes foram notificados entre 1 a 9 dias de internação, 26 foram notificados entre 10 e 30 dias após a internação e 25 foram notificados 30 dias ou mais após a internação. Portanto, mesmo com os Núcleos de Vigilância Hospitalar, a maioria (64%) dos pacientes que foram internados, somente foram notificados após a internação. Este dado pode servir como um indicador de subnotificação.

A descentralização da Vigilância Epidemiológica para o nível local possui diversas barreiras e desafios sobretudo quanto à integração das equipes da assistência com as equipes de Vigilância do território. Poucos estudos avaliam o nível de descentralização da vigilância epidemiológica a nível local. Os fatores impeditivos para a investigação epidemiológica dentro do território, para a busca ativa de casos devem ser apurados, bem como a inadequada percepção dos profissionais da assistência quanto à importância da vigilância epidemiológica. Santos et al. (2014) relataram as principais dificuldades dos técnicos em vigilância realizarem a busca ativa de casos: falta de veículos de transporte;

número reduzido de técnicos; e resistência oferecida pelos proprietários para o acesso dos técnicos às áreas de domicílio, prejudicando a investigação dos casos.

Portanto, deve ser implementada a investigação e a busca ativa de casos pelas equipes de cuidados, para monitoramento epidemiológico da situação de saúde do território, encerramento qualificado e em tempo oportuno.

As unidades de atenção primária à saúde estão parcialmente adequadas quanto à educação em saúde. As unidades não possuem impressos tanto para profissionais quanto para usuários. É importante o uso deste tipo de ferramenta para comunicação com os profissionais e para a atualização de dados referentes à assistência e à análise da situação de saúde do território.

Em relação ao usuário o indicador foi inadequado demonstrando a visão verticalizada que os profissionais de saúde possuem em relação ao repasse de informações aos usuários do SUS, especialmente nas unidades tipo B.

Medidas relacionadas à discussão e prevenção de epidemias de dengue precisam ser adotadas, visto que as unidades tipo B atendem a uma quantidade de pacientes maior e deveria manter informação visual como preconizado pelas diretrizes. Neste sentido, é fundamental que as informações sejam repassadas aos responsáveis, especialmente como forma de proteção à criança, pretendendo evitar a procura por atendimento somente na fase mais avançada da doença, e o conseqüente agravamento clínico (WAKIMOTO, 2011).

Diversos estudos, realizados principalmente em países asiáticos, com implementação de medidas educativas em escolas, visando a integração da saúde com a educação verificaram uma redução significativa no índice de infestação do mosquito transmissor da dengue na região, além de ter estimulado o conhecimento e a ação das crianças e chefes de família. Porém, ressaltam algumas limitações no que tange a participação governamental, dos profissionais e da população (AVILA et al., 2012; VANLERBERGHE et al., 2009; ABEYEWICKREME et al., 2012; ARUNACHALAM et al., 2012; TOLEDO et al., 2007; TANA et al., 2012).

No entanto, tais ações poderiam ser implementadas no território com a ampliação dos conhecimentos da comunidade em relação aos sinais de alarme e à evitabilidade das formas graves da doença.

A atenção primária é preconizada como a porta de entrada preferencial para o SUS, no entanto ainda são verificadas iniquidades de acesso à rede de atenção aos serviços primários de saúde gerando peregrinações em busca de atendimento e acolhimento para resolutividade dos problemas de saúde.

Nossos resultados retratam que existem barreiras no acesso aos serviços de atenção primária à saúde da AP 33, visto que apenas 30% da população foi notificada nas unidades de atenção primária da área. Sugere-se que exista uma demanda reprimida de um grande quantitativo populacional da área sem acesso aos serviços de saúde.

Para as unidades de atenção primária tipo A, cada equipe de saúde da família pode ter até 4000 pessoas cadastradas, implementando ações de promoção e prevenção de saúde além do suporte clínico e laboratorial necessários.

Já, as unidades de saúde tipo B, tradicionais, têm como referência uma média de 45,5 mil pessoas. Os serviços oferecidos são atrelados aos programas governamentais de tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, imunização, pediatria, ginecologia e obstetrícia. De acordo com a unidade de saúde são fornecidos outros serviços complementares como neurologia, oftalmologia que são referenciados para toda a área programática, inclusive os pacientes cadastrados nas clínicas da família.

Todavia, o roteiro de observação de campo subsidiou uma análise preliminar da realidade atual das unidades de saúde tipo B, onde os funcionários são mais antigos, muitos em processo de aposentadoria e com um número escasso, sem reposição do quadro de funcionários.

Com essa realidade, deve ser apurada a qualidade da assistência prestada à população. Considerando que nossos resultados demonstram que a maioria dos residentes da AP 33 utilizam o SUS como atendimento prioritário, emergem questões da rotina das unidades que não conseguiríamos desvendar com os nossos estudos.

As hipóteses somente poderiam ser elucidadas com a realização de estudos que incluíssem a análise dos indicadores do processo saúde-doença da população local, das condições de vida, da acessibilidade aos serviços públicos como coleta de lixo, saneamento básico etc., contando, necessariamente, com a participação popular.

A análise do fluxo dos residentes da AP 33 fornece indícios de uma distribuição disparitária dos serviços de saúde local, bem como a baixa utilização dos serviços de atenção primária à saúde.

Neste sentido, vale ressaltar que menos de 50% das gestantes foram notificadas em unidades de atenção primária da AP 33, e mesmo havendo três maternidades no território, a maioria das gestantes foi notificada em unidades hospitalares em outras áreas programáticas.

Sendo assim, sugere-se que as gestantes podem estar saindo da AP 33 por não ter acesso à atenção primária dentro do território, ou porque as unidades de atenção primária à saúde podem não estar estruturadas para atender este tipo de clientela.

Nossos resultados mostram que apenas 6,8% dos residentes da AP 33 que foram hospitalizados, foram notificados nas unidades de saúde da atenção primária da área. No entanto, é importante observar que existe uma grande variabilidade no intervalo entre a data de notificação e a data do início dos sintomas, porém a maioria dos pacientes foi notificada até o 4º dia do início dos sintomas e antes da hospitalização. Vale enfatizar que um percentual relevante foi notificado somente após a internação.

Este dado tem grande importância para a avaliação da eficiência da Vigilância Epidemiológica no território, bem como para avaliar o impacto da subnotificação de casos sobre as internações. Os pacientes que foram internados e posteriormente notificados, provavelmente foram notificados pelo Serviço de Vigilância local.

Neste contexto vale salientar que as unidades sediadas como pólo de hidratação, foram responsáveis pelo fluxo principal de deslocamento entre bairro de moradia e unidade de atendimento, dos residentes na AP33. No entanto, somente o CMS Augusto Amaral Peixoto foi responsável por 50% destas notificações. Aspectos precisam ser melhor investigados quanto às causas desta unidade possuir maior concentração dos casos graves. Todavia, a unidade possui um serviço de Vigilância Epidemiológica local, que pode, após notificação pela Coordenação da Vigilância do Rio de Janeiro, ter realizado a notificação dos casos no SINAN.

Nossos resultados também apontam que a maioria dos residentes da AP 33 que evoluíram ao óbito, foram atendidos diretamente na rede de saúde da atenção secundária e terciária.

Deve ser questionado o conhecimento dos sinais de alarme e da possibilidade de agravamento do quadro clínico da dengue pelos residentes da AP 33 que estão procurando o tratamento tardiamente. Ou ainda o acesso destes pacientes à rede de atenção primária da AP 33. Outros fatores como a estruturação das unidades de atenção primária da AP 33, e a visão do hospital com maior resolubilidade podem estar impulsionando este movimento. Deve-se chamar a atenção para o impacto de um baixo percentual de investigação epidemiológica e busca ativa na ocorrência de hospitalizações e óbitos.

Estas reflexões extrapolam nossos estudos, por se tratar de um estudo ecológico. Entretanto, devem ser realizados estudos com a participação popular para determinar a causalidade destes deslocamentos dos residentes da AP 33 em busca de atendimento.

É importante a avaliação do deslocamento e do acesso na evitabilidade dos óbitos. Neste sentido, Vinhal (2008) observou que em alguns casos o óbito ocorreu no dia da internação, o que pode ser atribuído à gravidade com que os pacientes chegaram ao hospital, e pode refletir a qualidade da assistência prestada na atenção primária.

Estudos complementares poderiam ser realizados para verificar o percentual da população da AP 33 que utiliza a rede privada e o SUS como atendimento prioritário à saúde, sobretudo em condições de epidemias como da dengue, para melhorar o planejamento das ações de saúde.

Destaca-se que a procura de atendimento nas unidades de saúde é impulsionada pela percepção da população quanto à necessidade de atendimento, porém a mídia pode exercer um peso relevante neste movimento. Neste sentido deve-se reconhecer que a busca por atendimento pode ser influenciada pelas informações repassadas através das mídias, aumentando a demanda de pacientes ao serviço, sem mesmo o enquadramento na definição de caso para dengue. A mídia é vista como um importante meio de veiculação de informações em saúde, no entanto as informações epidemiológicas devem ser fidedignas e de qualidade, visto que interferem não só nos distintos discursos e interesses existentes no âmbito da saúde pública, mas também na forma de

percepção e apropriação por mensagens veiculadas (VILLELA, NATAL, 2009). Assim, as notícias podem levar ao esclarecimento, porém também podem levar à confusão e alarmismo (FRANÇA et al., 2004).

As diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle de Epidemias (2009) preconizam que a rede de atenção primária deve estabelecer os recursos disponíveis para garantir o atendimento nas unidades de saúde de atenção primária reduzindo a demanda para as unidades hospitalares. Apesar disso, 70% dos residentes da AP 33 buscaram atendimento em unidades de atenção secundária e terciária à saúde.

A análise dos fluxos que os residentes da AP 33 percorrem em busca de atendimento sugere que existam barreiras no acesso aos serviços de saúde da área.

Os deslocamentos dos residentes da AP 33 em direção às unidades de saúde são expressos nos mapas de fluxos apresentados. Nossos estudos indicam que a menor quantidade de fluxos, porém mais relevantes em número de pacientes recebidos por bairro, são de residentes da AP 33 que buscam acesso nas unidades de saúde da atenção secundária e terciária da área.

Este fato denota que a população prefere ser acolhida nas unidades de saúde próximas às suas residências, quando o serviço é disponibilizado. Neste sentido, o maior peso de notificações, entre as unidades deste nível de atenção à saúde foi o HMFST, sediado como pólo de hidratação.

Contudo, chamam a atenção os intensos deslocamentos de mais de um terço dos residentes da AP 33 para unidades de saúde de outras AP. Vale ressaltar que os fluxos mais relevantes são para bairros localizados em áreas programáticas vizinhas à AP 33. Embora a maior quantidade de fluxos tenha sido para áreas mais distantes, o quantitativo de residentes notificados por fluxo foi menor.

Neste contexto, os residentes se dispersaram em busca de atendimento em quase todos os bairros do município do Rio de Janeiro (104 de 160 bairros).

Este perfil deve ser analisado, pois pode representar a visão “hospitalocêntrica” da população, a busca por atendimento próximo aos locais de trabalho ou estudo, podendo também sugerir que existam dificuldades de acesso dos residentes da AP 33 à atenção primária. Pode-se concluir que os residentes da AP 33 possuem fluxo com maior relevância dentro da própria 33,

porém uma grande quantidade de pacientes sai da área em busca de atendimento.

Rati et al (2013) relatam que há de se considerar relatos recorrentes da população quanto à motivação da procura de unidades hospitalares por mães de crianças. Eles concluíram que todos convergem na falta de resolubilidade das unidades básicas de saúde. Todavia, os motivos apontados para a procura das unidades hospitalares são a falta de oferta de exames complementares oportunos, a infraestrutura deficiente, o horário de atendimento limitado, a demora no atendimento, a falta de confiança no atendimento do médico, a falta de compreensão do papel do enfermeiro, o fato de o atendimento da criança ser realizado por generalista. No entanto, a cidade em que foi realizado o estudo de Rati et al (2013) possui bons indicadores e coberturas da ESF, cenário ainda em expansão no município do Rio de Janeiro, sobretudo na AP 33.

É importante salientar que ainda se verifica o deslocamento da população para unidades de atenção secundária e terciária à saúde. Estudos com a participação da população são essenciais para verificar a motivação desta para instituir a atenção secundária e terciária como porta de entrada do SUS. No entanto é possível que o nível de adequação dos serviços de atenção primária à saúde esteja influenciando diretamente o deslocamento dos residentes da AP 33. De acordo com Donabedian (2003) verifica-se iniquidades na acessibilidade aos serviços de saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores epidemiológicos da dengue na área programática 33 possibilitam uma riqueza de detalhes importante para a análise tanto individual como coletiva da situação de saúde local.

A AP 33 está dentro de um contexto político e cultural importante. A população possui vulnerabilidades que a expõem ao risco contínuo do aparecimento de agravos à saúde, sobretudo as doenças transmissíveis.

A área possui uma grande densidade demográfica, áreas favelizadas, carentes de ações inter setoriais e com intensa violência urbana. Porém, neste estudo não foi possível associar condições de vida com indicadores importantes para a construção de conhecimento e cuidado da população como nível de escolaridade e nível socioeconômico.

Durante o período de estudo, os residentes da AP 33 sofreram com a introdução de um novo sorotipo, o DENV-4, enfrentando taxas epidêmicas da doença. No entanto foi possível, mesmo diante destes reveses a melhoria dos indicadores de saúde.

As medidas empregadas na região, como a aplicação do plano de contingência em 2012, com a implementação de pólos de hidratação aumentou o acesso aos cuidados, com uma equipe treinada e insumos disponíveis. Possibilitando assim, a melhoria nos indicadores de morbimortalidade por dengue da área, com uma queda relevante do número de internações e no número de óbitos.

Cabe ressaltar que as unidades de atenção primária à saúde deveriam ser porta de entrada preferencial do SUS, porém os residentes do território são impulsionados a buscar atendimento em unidades com maior nível de complexidade.

Em contrapartida, nos últimos anos houve um aumento importante no número de unidades de saúde da área, possibilitando acesso aos moradores, especialmente de alguns locais dentro de favelas. Todavia, a abrangência da ESF ainda é baixa, estando quase metade dos residentes com acesso diferenciado aos tratamento de saúde.

O número insuficientes de profissionais foi uma fato marcante, influenciando diretamente os processos de trabalho desenvolvidos dentro da área e inviabilizando o acolhimento qualificado e eficaz. Estudos mais sensíveis para analisar o quantitativo de profissionais precisam ser realizados, sobretudo nas unidades tipo B.

A gestão da saúde local, apoiada por todas as esferas governamentais, deve estabelecer fluxos, com apoio das redes de assistência à saúde, considerando que a maioria dos residentes da AP 33 utiliza os serviços do SUS como rede de atenção à saúde prioritária, reafirmando que os moradores desta área carecem de estruturação na rede de atenção pública de saúde em todos os níveis de complexidade. É necessário adequar o número de unidades de saúde ao número da população da área de abrangência.

É necessário aumentar o quantitativo de unidades de saúde, adequadas para fornecer subsídios para melhor integração inter e transsetorial para a melhora da qualidade dos serviços de saúde ofertados para a população.

Sugere-se que exista uma demanda reprimida de um grande quantitativo populacional da área sem acesso aos serviços de saúde. Estas iniquidades de acesso à rede de atenção aos serviços primários de saúde podem estar gerando peregrinações em busca de atendimento.

São necessárias não só políticas públicas de saúde, até porque estas já existem, porém, devem ser implementadas com um conjunto de medidas que extrapolem o setor saúde.

Estas medidas dependem de atitudes não só da população enquanto agentes passivos no processo de melhora da qualidade de vida, mas do empenho de todos os níveis governamentais para o enfrentamento dos problemas de infraestrutura urbana, de acesso à educação, acesso ao lazer, acesso a cultura e neste escopo de acesso à saúde. Enfim, diminuir as iniquidades do acesso da população aos serviços públicos.

Neste contexto um importante ponto de reflexão é o dever do Estado em fornecer qualidade de vida, não somente tratando doenças, sejam elas transmissíveis ou não, mas sim trabalhando na evitabilidade do seu aparecimento, diminuindo a vulnerabilidade individual e coletiva através da promoção de saúde, estruturando a atenção primária à saúde, sobretudo a expansão qualificada da ESF.

Neste sentido, levando em consideração a capacidade instalada das unidades, seus protocolos assistenciais e processos de trabalho segundo gestores, profissionais de saúde e roteiro de observação, o nível de adequação das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 foi parcialmente adequada.

Embora esforços estejam sendo realizados para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde na AP 33, ainda verifica-se a distribuição desigual do SUS, impulsionando a população a buscar opções de acesso ao atendimento qualificado, igualitário, equânime e universal.

O estudo possui algumas limitações na aquisição da aprovação do comitê de ética, no trabalho de campo e nos dados secundários originários do SINAN.

Em relação ao comitê de ética ocorreram diversas limitações burocráticas quanto ao projeto e a Plataforma Brasil ocasionando atraso da aceitação final do mesmo, reduzindo o tempo para as etapas subsequentes.

Inicialmente o objetivo do estudo, inicialmente foi verificar o número de atendimentos por unidade de atenção primária à saúde, no entanto ao avaliar o dado, diretamente nos registros de uma das unidades de saúde da área de estudo, foi observada uma baixa qualidade nos registros. Os pacientes eram atendidos porém, os registros de atendimento não continham o CID da dengue (CID A 90, A 91). Existiam mais casos notificados do que atendimentos registrados com o CID da dengue.

Foi verificada, também, a possibilidade de extrair um relatório com o número de consultas dos prontuários eletrônicos das clínicas da família da área, porém não foi possível a obtenção deste dado. Utilizamos então, os valores que mais poderiam se aproximar dos atendimentos, o número de notificações de suspeitos de dengue.

A área do estudo possui grande vulnerabilidade social, com conflitos constantes pelo tráfico de drogas e com uma grande ocorrência de assaltos, sobretudo nos meses que antecedem o natal e o carnaval. A pesquisadora teve alguns problemas que ofereceram risco à sua integridade física e mental e não pôde dar continuidade ao trabalho de campo, não sendo possível a realização de visitas à todas as unidades.

Esta violência local colaborou para um viés de seleção das unidades de saúde, não foram visitadas aquelas com pior acesso geográfico e em áreas mais favelizadas.

Consideramos também o limite na amostragem dos atores principais do estudo, pois, por se tratar de uma área muito populosa, não haveria condições temporais e logísticas para a realização da pesquisa contanto com a participação da opinião da população.

Outra limitação do estudo refere-se à acurácia dos dados obtidos do SINAN. Em alguns estudos realizados para avaliação da qualidade dos registros ness base de dados, também foram encontrados percentuais elevados da variável “classificação final” sem preenchimento, como por exemplo, 18,5% para meningites (TELES, 2004) e 44,0% para dengue (TOLEDO et al., 2006).

Através da análise dos nossos dados, foi possível verificar um grande número de variáveis importantes para a vigilância epidemiológica sem preenchimento ou com o campo ignorado.

Neste sentido, vale ressaltar que que 83% dos registros continham a escolaridade inválida, não sendo possível realizar análises de uma possível correlação com a notificação de dengue e a procura por unidades de saúde com o nível de escolaridade.

Apenas 60% dos casos notificados tiveram classificação clínica, não sendo possível analisar a real distribuição dos casos notificados de dengue de acordo com a gravidade da doença. Entre os casos confirmados, apenas 0,8% tiveram a sorotipo conhecido. Isto pode impactar a análise da prevalência do sorotipo circulante e, conseqüentemente, diminuir a capacidade de resposta dos sistema de saúde frente ao predomínio de uma cepa mais virulenta.

Com relação ao número de hospitalizações por dengue no periodo, 84,2% dos registros foram ignorados ou não preenchidos. Dentre os pacientes que foram internados, quase 64% foi notificado somente após a internação.

Em relação a evolução dos casos de dengue, foram ignorados ou não preenchidos 80,7% das notificações. Embora não tenha sido analisado no sistema de informação de mortalidade (SIM) o óbito por dengue, esse é um caso sentinela comumente notificado e investigado com maior rigor. Neste contexto, sugere-se que a taxa de letalidade permaneceu alta devido à subnotificação de casos graves no SINAN. Apenas 0,1% dos casos notificados tiveram registro de FHD e 0,2% teve o registro de manifestações hemorrágicas.

Embora que Barbosa et al. (2015) tenham verificado uma melhoria na qualificação dos dados do SINAN, ainda se verificam variáveis importantes para a análise da situação de saúde com o preenchimento pouco qualificado.

Cruz et al. (2003) ressaltam que a falta de qualificação dos dados resulta da falta da valorização da informação na nossa subcultura institucional e dos profissionais de saúde. O preenchimento dos instrumentos de coleta de dados é visto, pela maioria dos profissionais de saúde no país, como “burocracia”, uma parte menos nobre e importante do seu processo de trabalho.

Os serviços de saúde, apoiados pelo sistema de vigilância epidemiológica devem estabelecer medidas de enfrentamento de tais desafios para o estabelecimento de dados mais acurados.

Apesar desse cenário de limitações foi possível obter resultados com contribuições relevantes sobre o tema abordado.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABE, A. H. M.; MARQUES, S. M.; COSTA, P. S. S. Dengue em crianças: da notificação ao óbito. **Rev. paul. pediatr**, v. 30, n. 2, p. 263–271, 2012.
- ABEYEWICKREME W et al. Community mobilization and household level waste management for dengue vector control in Gampaha district of Sri Lanka; an intervention study. **Pathog Glob Health**, v. 106, n. 8, p. 479–87, 2012.
- AÑEZ, G. et al. Impacto económico del dengue y del dengue hemorrágico en el Estado de Zulia, Venezuela, 1997-2003. **Rev Panam Salud Publica**, v. 19, n. 5, p. 314–320, 2006.
- ANG KT; ROHANI I; LOOK CH. Role of primary care providers in dengue prevention and control in the community. **Med J Malaysia**, v. 65, n. 1, p. 58–62, 2010.
- ARUNACHALAM N et al. Community-based control of *Aedes aegypti* by adoption of eco-health methods in Chennai City, India. **Pathog Glob Health**, v. 106, n. 8, p. 488–96, 2012.
- ARYA SC; AGARWAL N. Re: dengue knowledge, attitudes, and practices among primary care physicians in Singapore. **Ann Acad Med Singapore**, v. 42, n. 4, p. 210–210, 2013.
- ASSIS, S. S. DE; PIMENTA, D. N.; SCHALL, V. T. CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EDUCATIVAS SOBRE DENGUE: A PERSPECTIVA DE PROFESSORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 15, n. 1, p. 131–153, 30 jul. 2012.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.
- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **Australia's health 2008: the eleventh biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare**. Canberra, ACT: The Institute, 2008.
- AVILA, MGA et al. [A school program for dengue control in Honduras: from knowledge to action]. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 6, p. 518–22, 2012.

AZEVEDO, A. L. M. DE; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface comun. saude educ**, v. 14, n. 35, p. 797–810, 2010.

AZEVEDO, M. B. DE et al. Formas de apresentação e evolução clínica dos óbitos por dengue em residentes no Município do Rio de Janeiro em 2012. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, v. 12, n. 3, 2014.

BANDYOPADHYAY, S.; LUM, L. C. S.; KROEGER, A. Classifying dengue: a review of the difficulties in using the WHO case classification for dengue haemorrhagic fever. **Tropical medicine & international health: TM & IH**, v. 11, n. 8, p. 1238–1255, ago. 2006.

BARBOSA, J. R. et al. Avaliação da qualidade dos dados, valor preditivo positivo, oportunidade e representatividade do sistema de vigilância epidemiológica da dengue no Brasil, 2005 a 2009. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 24, n. 1, p. 49–58, 2015.

BARCELLOS, C. et al. Identification of places with potential transmission of dengue fever in Porto Alegre using Geographical Information Systems. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 38, n. 3, p. 246–250, maio 2005.

BARNIOL, J. et al. Usefulness and applicability of the revised dengue case classification by disease: multi-centre study in 18 countries. **BMC Infectious Diseases**, v. 11, n. 1, p. 106, 21 abr. 2011.

BARRADO, J. C. DOS S. Uso de método multivariado para construção de um indicador para ocorrência de dengue no município do Rio de Janeiro, períodos de 2001-2002 e 2007-2008. p. 198–198, 2012.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G. Dengue in Brazil: epidemiological situation and contribution to a research agenda. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 53–72, dez. 2008.

BARRETO, P. A.; BRAGA, A. L. DE S.; ANDRADE, M. Evaluación del completamiento de los registros de dengue: estudio exploratorio de las notificaciones compulsorias. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 11, n. 3, 2012.

BRASIL; DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. **Saúde Brasil 2008: 20 años de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. [s.l: s.n.].

BRAZIL; DEPARTAMENTO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a**

descentralização com equidade no acesso. Brasília, DF: O Departamento, 2001.

CANALS, M. et al. Dinámica epidemiológica del dengue en Isla de Pascua. **Rev Chilena Infectol**, v. 29, n. 4, p. 388–394, 2012.

CAVALCANTI, L. P. DE G. et al. Clinical and epidemiological characterization of dengue hemorrhagic fever cases in northeastern, Brazil. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 43, n. 4, p. 355–358, 2010.

CESARINO, M. B. et al. The difficult interface between vector control and primary care: insertion of dengue fever vector control agents into health teams at the primary health centers in São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1018–1032, set. 2014.

CHASSIN, M. R.; GALVIN, R. W. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. **JAMA**, v. 280, n. 11, p. 1000–1005, 16 set. 1998.

CHOKEPHAIBULKIT K; PERNG GC. Challenges for the formulation of a universal vaccine against dengue. **Exp Biol Med (Maywood)**, v. 238, n. 5, p. 566–78, 2013.

CONTANDRIOPOULOS, AP et al. A AVALIAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: CONCEITOS E MÉTODOS. In: **AVALIAÇÃO EM SAÚDE: DOS MODELOS CONCEITUAIS À PRÁTICA NA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS**. [s.l.] FIOCRUZ, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Evaluating the institutionalization of evaluation. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705–711, set. 2006.

COSTA, A. I. P. DA; NATAL, D. Geographical distribution of dengue and socioeconomic factors in an urban locality in Southeastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 232–236, jun. 1998.

COSTA, M. DE C. **Avaliação de implementação da Vigilância Epidemiológica no município de Itaboraí no estado do Rio de Janeiro**. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.—[s.l.] ENSP / FIOCRUZ, 2013.

CRUZ, M. M. DA; TOLEDO, L. M. DE; SANTOS, E. M. DOS. Strengths and limitations of the Rio de Janeiro Municipal AIDS Information System as an instrument for epidemiological surveillance. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 81–89, fev. 2003.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 4, p. 725–737, 2010.

DE SIMONE, T. S. et al. Dengue virus surveillance: the co-circulation of DENV-1, DENV-2 and DENV-3 in the State of Rio de Janeiro, Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 98, n. 9, p. 553–562, set. 2004.

DE SOUZA RP et al. Dengue virus type 4 phylogenetics in Brazil 2011: looking beyond the veil. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 5, n. 12, p. e1439–e1439, 2011.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DONALÍSIO, M. R.; GLASSER, C. M. Entomological surveillance and control of dengue fever vectors. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 3, p. 259–279, dez. 2002.

DUARTE, H. H. P.; FRANÇA, E. B. Qualidade dos dados da vigilância epidemiológica da dengue em Belo Horizonte, MG. **Rev Saude Publica**, v. 40, n. 1, p. 134–142, 2006.

ESASHIKA, S. N. G. DE S. Qualidade da assistência prestada ao paciente com dengue em São Luís Maranhão, 2011. p. 158–158, 2012.

FARRAR, J. et al. Towards a global dengue research agenda. **Tropical medicine & international health: TM & IH**, v. 12, n. 6, p. 695–699, jun. 2007.

FELISBERTO, E. et al. Implementation process evaluation of the Integrated Management Childhood Illness strategy in the Family Health Program, Pernambuco State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1737–1745, dez. 2002.

FELISBERTO, E. Monitoring and evaluation in primary health care: new perspectives. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 317–321, 2004.

FERREIRA, A. C. S. A Atenção Básica em Saúde em Municípios da Área Endêmica de Malária na Amazônia Legal - Brasil. 19 maio 2008.

FERREIRA, V. M.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. Variables associated with underreporting of AIDS patients, Brazil, 1996. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 170–177, abr. 2000.

FIGUEIRÓ AC et al. [Death from dengue fever as a sentinel event for evaluation of quality of healthcare: a case study in two municipalities in Northeast Brazil, 2008]. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 12, p. 2373–85, 2011.

FLAUZINO, R. F.; SOUZA-SANTOS, R.; OLIVEIRA, R. M. DE. Indicadores socioambientais para vigilância da dengue em nível local. **Saúde Soc**, v. 20, n. 1, p. 225–240, 2011.

FLAUZINO, R. F.; SOUZA-SANTOS, R.; OLIVEIRA, R. M. Dengue, geoprocessamento e indicadores socioeconômicos e ambientais: um estudo de revisão. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, n. 5, p. 456–461, 2009.

FORATTINI, O. P. et al. Significado epidemiológico dos criadouros de *Aedes albopictus* em bromélias. **Rev Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 186–8, 1998.

FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. Dengue epidemics and press coverage. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1334–1341, out. 2004.

FREITAS, M. G. R. et al. DENGUE AND LAND COVER HETEROGENEITY IN RIO DE JANEIRO. **Oecologia Australis**, v. 14, n. 03, p. 641–667, set. 2010.

FREITAS, D A. **Perfil Epidemiológico da dengue no município do Rio de Janeiro de 2001 a 2011**. Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública. ENSP, Fiocruz, 2012.

GIBSON G et al. From primary care to hospitalization: clinical warning signs of severe dengue fever in children and adolescents during an outbreak in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 1, p. 82–90, 2013.

GIOVANELLA L; FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: **Política de Saúde: o público e o privado**. [s.l.] FIOCRUZ, 1995. p. 177–198.

GIRALDO, D. et al. Characteristics of children hospitalized with dengue fever in an outbreak in Rio de Janeiro, Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 105, n. 10, p. 601–603, out. 2011.

GOLDBERG, J.; GELFAND, H. M.; LEVY, P. S. Registry evaluation methods: a review and case study. **Epidemiologic Reviews**, v. 2, p. 210–220, 1980.

HALASA YA; SHEPARD DS; ZENG W. Economic cost of dengue in Puerto Rico. **Am J Trop Med Hyg**, v. 86, n. 5, p. 745–52, 2012.

HALSTEAD SB; LUM LC. Assessing the prognosis of dengue-infected patients. v. 1, 2009.

HARTZ, Z. Explorando Novos Caminhos na Pesquisa Avaliativa da Ações de Saúde. In: **AVALIAÇÃO EM SAÚDE: DOS MODELOS CONCEITUAIS À PRÁTICA NA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS**. [s.l.] FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. et al. **Avaliação do programa materno-infantil** In: Hartz, ZMA (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. M. DE A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a “system without walls”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S331–S336, jan. 2004.

HERINGER, M. et al. Impact of the emergence and re-emergence of different dengue viruses' serotypes in Rio de Janeiro, Brazil, 2010 to 2012. **Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, p. trv006, 28 jan. 2015.

HONORIO, N. A. et al. Spatial Evaluation and Modeling of Dengue Seroprevalence and Vector Density in Rio de Janeiro, Brazil. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 3, n. 11, 10 nov. 2009.

HORSTICK, O. et al. WHO Dengue Case Classification 2009 and its usefulness in practice: an expert consensus in the Americas. **Pathogens and Global Health**, 28 jan. 2015.

HO TS et al. Knowledge, attitude, and practice of dengue disease among healthcare professionals in southern Taiwan. **J Formos Med Assoc**, v. 112, n. 1, p. 18–23, 2013.

HUMAYOUN, MA et al. Multiple dengue serotypes and high frequency of dengue hemorrhagic fever at two tertiary care hospitals in Lahore during the 2008 dengue virus outbreak in Punjab, Pakistan. **Int J Infect Dis**, v. 14 Suppl 3, p. e54–9, 2010.

JAIN, A.; CHATURVEDI, U. C. Dengue in infants: an overview. **FEMS immunology and medical microbiology**, v. 59, n. 2, p. 119–130, 1 jul. 2010.

KANTORSKI, L. P. et al. Integrality in care in health care from the perspective of municipal district management. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 434–441, set. 2006.

KELLEY, E.; HURST, J. Health care quality indicators project. 2006.

KHUN, S; MANDERSON L. Health seeking and access to care for children with suspected dengue in Cambodia: an ethnographic study. **BMC Public Health**, v. 7, p. 262–262, 2007.

KHUN, S; MANDERSON L. Poverty, user fees and ability to pay for health care for children with suspected dengue in rural Cambodia. **Int J Equity Health**, v. 7, p. 10–10, 2008.

KOPLAN, J. P.; MILSTEIN, R.; WETTERHALL, S. Framework for program evaluation in public health. **MMWR: Recommendations and Reports**, v. 48, p. 1–40, 1999.

LAGROTTA, M. T. F.; SILVA, W. DA C.; SOUZA-SANTOS, R. Identification of key areas for *Aedes aegypti* control through geoprocessing in Nova Iguaçu, Rio de Janeiro State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 70–80, jan. 2008.

LANCIOTTI, R. S. et al. Molecular evolution and epidemiology of dengue-3 viruses. **The Journal of general virology**, v. 75 (Pt 1), p. 65–75, jan. 1994.

MACHADO, J. P. Dengue e condições de vida no Município de Nova Iguaçu: uma abordagem espacial. **Dengue e condições de vida no Município de Nova Iguaçu: uma abordagem espacial**, 2007.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A PERCEPÇÃO DE GESTORES DOS MUNICÍPIOS DE DUQUE DE CAXIAS E RIO DE JANEIRO QUANTO À ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Cereus**, v. 6, n. 1, p. 03–18, 12 maio 2014.

MARRA, A. R. et al. Managing patients with dengue fever during an epidemic: the importance of a hydration tent and of a multidisciplinary approach. **BMC Research Notes**, v. 4, p. 335, 8 set. 2011.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Social policies: inequity, universality and focalization in health within Brazil. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 69–76, ago. 2005.

MARTINEZ, E. Medical Care Organization to Face Dengue Epidemics. **Rev Cubana Med Trop**, v. 61, n. 2, 2009.

MARTÍNEZ, TORRES, E. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. **Rev Panam Salud Publica**, v. 20, n. 1, p. 60–74, 2006.

MEDRONHO, R. A. **Geoprocessamento e saúde: uma nova abordagem do espaço no processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Informação em Ciência e Tecnologia, Núcleo de Estudos em Ciência e Tecnologia, 1995.

MENEZES, S. M. M. V. DE. **Avaliação da implementação da vigilância epidemiológica das meningites no município de Porto Velho**. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.—[s.l.] ENSP / FIOCRUZ, 2011.

MINAYO, MCS; ASSIS,SG; SOUZA, ER. **AVALIAÇÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS: ABORDAGEM DE PROGRAMAS SOCIAIS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 4 maio. 2014a.

Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 4 maio. 2014b.

Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 23 fev. 2015c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS. **Nova classificacao_de caso_de dengue_OMS.pdf.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Download/Nova_classificacao_de_caso_de_dengue_OMS.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. **dengue_manejo_adulto_crianca__4ed_2011.pdf.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_manejo_adulto_crianca__4ed_2011.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. **Glossário temático : gestão do trabalho e da educação na saúde - glossario_sgtes.pdf.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2015b.

MONDINI, A.; CHIARAVALLOTI NETO, F. Socioeconomic variables and dengue transmission. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 923–930, dez. 2007.

NARVAEZ, F. et al. Evaluation of the Traditional and Revised WHO Classifications of Dengue Disease Severity. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 5, n. 11, p. e1397, 8 nov. 2011.

NAYLOR, C. D. What is appropriate care? **The New England Journal of Medicine**, v. 338, n. 26, p. 1918–1920, 25 jun. 1998.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JR., L.; COSTA, N. DO R. Inter-municipal health consortia: the case of Paraná State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 29–38, fev. 2005.

NOGUEIRA, R. M. et al. Dengue epidemic in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 1990-1: co-circulation of dengue 1 and dengue 2 serotypes. **Epidemiology and Infection**, v. 111, n. 1, p. 163–170, ago. 1993.

NOGUEIRA, R. M.; EPPINGHAUS, A. L. Dengue virus type 4 arrives in the state of Rio de Janeiro: a challenge for epidemiological surveillance and control. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 106, n. 3, p. 255–256, maio 2011.

NOGUEIRA, R. M. R. et al. Dengue in the State of Rio de Janeiro, Brazil, 1986-1998. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 94, n. 3, p. 297–304, maio 1999.

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

NOGUEIRA, R. M. R.; ARAÚJO, J. M. G. DE; SCHATZMAYR, H. G. Dengue viruses in Brazil, 1986-2006. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 22, n. 5, p. 358–363, nov. 2007.

NORONHA, J. C. DE et al. Use of hospital mortality rates following coronary artery bypass graft surgery to monitor hospital care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S322–S330, jan. 2004.

OSANAI, C. H. **A epidemia de dengue em Boa Vista, território federal de Roraima, 1981-1982**. [s.l.] Escola Nacional de Saúde Pública, 1984.

PASSOS, M. DE C.; FIGUEIREDO, M. A. A. Mortalidade por dengue no estado da Bahia. **Rev. baiana saúde pública**, v. 35, n. 3, 2011.

PENNA, ML. [A challenge for the public health system in Brazil: dengue control]. **Cad Saude Publica**, v. 19, n. 1, p. 305–9, 2003.

PESSANHA JE et al. Diffusion pattern and hotspot detection of dengue in belo horizonte, minas gerais, Brazil. **J Trop Med**, v. 2012, p. 760951–760951, 2012.

PILL, J. The Delphi method: Substance, context, a critique and an annotated bibliography. **Socio-Economic Planning Sciences**, v. 5, n. 1, p. 57–71, Fevereiro 1971.

PINHEIRO, F. P.; CORBER, S. J. Global situation of dengue and dengue haemorrhagic fever, and its emergence in the Americas. **World health statistics quarterly**, v. 50, p. 161–169, 1997.

PINHEIRO, R. S. et al. Mercados hospitalares em área urbana: uma abordagem metodológica. **Cad Saude Publica**, v. 17, n. 5, p. 1111–1121, 2001.

PITTA, A. M. F. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 44–61, 1992.

RATI, R. M. S. et al. “Children cannot wait”: why mothers seek urgency and emergency care services for their children in non-urgent situations. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3663–3672, dez. 2013.

REIS ,CB; ANDRADE ,SM; CUNHA RV. [Allies of A. Aegypti: factors contributing to the occurrence of dengue according to social representations of professionals of family health teams]. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 2, p. 517–26, 2013.

Reseña de “La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación” de Donabedian A. **Salud Pública de México**, v. 32, n. 2, p. 248–249, 1990.

RESENDES, A. P. DA C. Sensoriamento remoto e modelagem espacial nos estudos dos processos endêmicos-epidêmicos em áreas urbanas: o caso da dengue no município de Niterói - Estado do Rio de Janeiro. p. xiv,112–xiv,112, 2010.

RIBEIRO, A. F. et al. Association between dengue incidence and climatic factors. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 671–676, ago. 2006.

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**, v. 43, n. 1, p. 55–57, fev. 2001.

SAMICO, I. et al. Child health care: implementation degree analysis and satisfaction of health professionals and users in two municipalities at Pernambuco state, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 2, p. 229–240, jun. 2005.

SANTOS, G. B. G. DOS. Fatores associados à ocorrência de casos graves de dengue: análise dos anos epidêmicos de 2007-2008 no Rio de Janeiro. p. iv,137–iv,137, 2012.

SANTOS, K. C. DOS et al. An evaluation of the acceptability and stability of the Dengue Surveillance System in Goiás state, Brazil, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 249–258, jun. 2014.

SANTOS, S. M.; NORONHA, C. P. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais sócio-econômicos na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 5, p. 1099–1110, out. 2001.

SCHATZMAYR, H. G. et al. An outbreak of dengue virus at Rio de Janeiro - 1986. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 81, n. 2, p. 245–246, jun. 1986.

SCHATZMAYR, H. G. Dengue situation in Brazil by year 2000. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 95, p. 179–181, jan. 2000.

SILVA, L. M. V. DA; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80–91, mar. 1994.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. DE. Comprehensive health care: indications from the training of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 48–56, mar. 2008.

SILVA, L. B. et al. Comunicação sazonal sobre a dengue em grupos socioeducativos na atenção primária à saúde. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 6, p. 1160–1167, 2011.

SINGHI, S.; KISSOON, N.; BANSAL, A. Dengue and dengue hemorrhagic fever: management issues in an intensive care unit. **Jornal de pediatria**, v. 83, n. 2 Suppl, p. S22–35, maio 2007.

SIQUEIRA, J. B. et al. Household survey of dengue infection in central Brazil: spatial point pattern analysis and risk factors assessment. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 71, n. 5, p. 646–651, nov. 2004.

SOUSA, M. F. DE. The Family Health Program in Brazil: analysis of access to basic care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 153–158, abr. 2008.

SOUZA, R. R. DE. Regionalization in the current context of health policies. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451–455, jan. 2001.

SOUZA LEPPF, VIEIRA-DA-SILVA LM, HARTZ ZMA. **Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil.**

In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.

Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=422292&indexSearch=ID>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

STARFIELD, B.; SHI, L. Commentary: primary care and health outcomes: a health services research challenge. **Health services research**, v. 42, n. 6 Pt 1, p. 2252–2256; discussion 2294–2323, dez. 2007.

SVS. **diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015.

TANA, S et al. Building and analyzing an innovative community-centered dengue-ecosystem management intervention in Yogyakarta, Indonesia. **Pathog Glob Health**, v. 106, n. 8, p. 469–78, 2012.

TAUIL, P. L. Critical aspects of dengue control in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 867–871, jun. 2002.

TEIXEIRA, MDA G et al. Dynamics of dengue virus circulation: a silent epidemic in a complex urban area. **Trop Med Int Health**, v. 7, n. 9, p. 757–62, 2002.

TEIXEIRA, M. DA G. et al. Dengue and dengue hemorrhagic fever epidemics in Brazil: what research is needed based on trends, surveillance, and control experiences? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1307–1315, out. 2005.

TEIXEIRA, M. DA G.; BARRETO, M. L.; GUERRA, Z. Epidemiologia e medidas de prevencao do dengue. **Inf. epidemiol. SUS**, p. 5–33, 1999.

TEIXEIRA, M. G. et al. Recent Shift in Age Pattern of Dengue Hemorrhagic Fever, Brazil. **Emerging Infectious Diseases**, v. 14, n. 10, p. 1663–1663, out. 2008.

TEIXEIRA, M. G. et al. Dengue: twenty-five years since reemergence in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. S7–S18, 2009.

TEIXEIRA, T. R. DE A.; MEDRONHO, R. DE A. Socio-demographic factors and the dengue fever epidemic in 2002 in the State of Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2160–2170, set. 2008.

TELES, MSD. **Análise da qualidade dos registros do sistema de informação de agravos de notificação para meningites-Salvador-BA**. Dissertação de Mestrado—Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2004.

TOLEDO, A. L. A. DE et al. Reliability of the final dengue diagnosis in the epidemic occurring in Rio de Janeiro, Brazil, 2001-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 933–940, maio 2006.

TOLEDO, ROMANI ME et al. Achieving sustainability of community-based dengue control in Santiago de Cuba. **Soc Sci Med**, v. 64, n. 4, p. 976–88, 2007.

TORRES, E. M. Preventing deaths from dengue: a space and challenge for primary health care. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 20, n. 1, p. 60–74, jul. 2006.

TRAVASSOS, C. M. DE R.; NORONHA, J. C. DE; MARTINS, M. S. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. 1999.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. DE; VIACAVA, F. Geographic and social inequalities in the access to health services in Brazil: 1998 and 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975–986, dez. 2006.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561–1569, dez. 2002.

VAN DE WEG, C. A. M. et al. Evaluation of the 2009 WHO Dengue Case Classification in an Indonesian Pediatric Cohort. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 86, n. 1, p. 166–170, 1 jan. 2012.

VANLERBERGHE V et al. Community involvement in dengue vector control: cluster randomised trial. **BMJ**, v. 338, p. b1959–b1959, 2009.

VASCONCELOS, P. F. C. et al. Dengue epidemic in a Northeastern Brazil: random epidemiological serum survey. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 447–454, out. 1998.

VERDEAL, J. C. R. et al. Recomendações para o manejo de pacientes com formas graves de dengue. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 2, p. 125–133, jun. 2011.

VICENTE, C. R. et al. Factors related to severe dengue during an epidemic in Vitoria, State of Espírito Santo, Brazil, 2011. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 46, n. 5, p. 629–632, 09PY - 2013 2013.

VICENTE, R. C. DE O. Estágio curricular do curso técnico de vigilância em saúde no município do Rio de Janeiro: percepções quanto à integração do técnico de vigilância em saúde na estratégia de saúde da família. 2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. The implementation of decentralized health systems: a comparative study of five cases in Bahia, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 355–370, fev. 2007.

VILLAR, L. et al. Efficacy of a Tetravalent Dengue Vaccine in Children in Latin America. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 2, p. 113–123, 8 jan. 2015.

VILLELA, E. F. D. M.; NATAL, D. Encefalite no litoral paulista: a emergência da epidemia e a reação da mídia impressa. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 756–761, dez. 2009.

VINHAL, L. C. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar para os casos graves de dengue. p. xi,110–xi,110, 2008.

VITA, W. P. et al. Dengue: alertas clínicos e laboratoriais da evolução grave da doença. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, v. 7, n. 1, p. 11–14, 2009.

WAKIMOTO, M. D. **Fatores associados ao dengue grave em crianças: estudo caso-controle em três hospitais pediátricos no município do Rio de Janeiro**. [s.l.] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

WHO. **Primary health care now more than ever: the world health report 2008**. Geneva: WHO, 2008.

WHO. **Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control**. [s.l.] World Health Organization, 2009.

WHO | **Dengue haemorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control. 2nd edition. Geneva : World Health Organization**. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue/Denguepublication/en/>>. Acesso em: 4 nov. 2014.

XAVIER-GOMES, L. M. Tendência das publicações envolvendo a saúde do homem na assistência prestada pelos serviços de saúde. **Renome**, v. 3, n. 2, p. pág 144–161, 13 jan. 2015.

10. APÊNDICE

APÊNDICE 1: Classificação Clínica registrada no SINAN das notificações de dengue segundo bairros de residentes da AP 33 no ano de 2011

BAIRROS	2011					
	SUSPEITOS	DESCARTADOS	INCONCLUSIVOS	CONFIRMADOS	%CLASSIFICADOS	%CONFIRMADOS
ACARI	329	14	16	299	95%	96%
ANCHIETA	988	35	100	853	90%	96%
BARROS FILHO	197	3	20	174	90%	98%
BENTO RIBEIRO	374	12	37	325	90%	96%
CAMPINHO	119	5	11	103	91%	95%
CASCADURA	195	12	14	169	93%	93%
CAVALCANTE	86	3	4	79	95%	96%
COELHO NETO	342	3	32	307	91%	99%
COLEGIO	284	8	31	245	89%	97%
COSTA BARROS	344	8	34	302	90%	97%
ENGENHEIRO LEAL	17	2	1	14	94%	88%
GUADALUPE	1303	34	118	1151	91%	97%
HONORIO GURGEL	182	8	17	157	91%	95%
IRAJA	1100	28	119	953	89%	97%
MADUREIRA	424	18	35	371	92%	95%
MARECHAL HERMES OSWALDO CRUZ	367	9	41	317	89%	97%
PARQUE ANCHIETA	174	11	12	151	93%	93%
PARQUE COLUMBIA	89	5	5	79	94%	94%
PAVUNA	0	0	0	0	0%	0%
QUINTINO BOCAIUVA	592	9	44	539	93%	98%
RICARDO DE ALBUQUERQUE	184	11	15	158	92%	93%
ROCHA MIRANDA	246	9	21	216	91%	96%
TURIACU	370	12	25	333	93%	97%
VAZ LOBO	69	3	5	61	93%	95%
VICENTE DE CARVALHO	207	1	24	182	88%	99%
VILA DA PENHA	284	6	36	242	87%	98%
VILA KOSMOS	284	4	33	247	88%	98%
VILA KOSMOS	79	0	5	74	94%	100%
VISTA ALEGRE	158	1	19	138	88%	99%
TOTAL	9387	274	874	8239	91%	97%

APÊNDICE 2: Classificação Clínica registrada no SINAN das notificações de dengue segundo bairros de residentes da AP 33 no ano de 2012

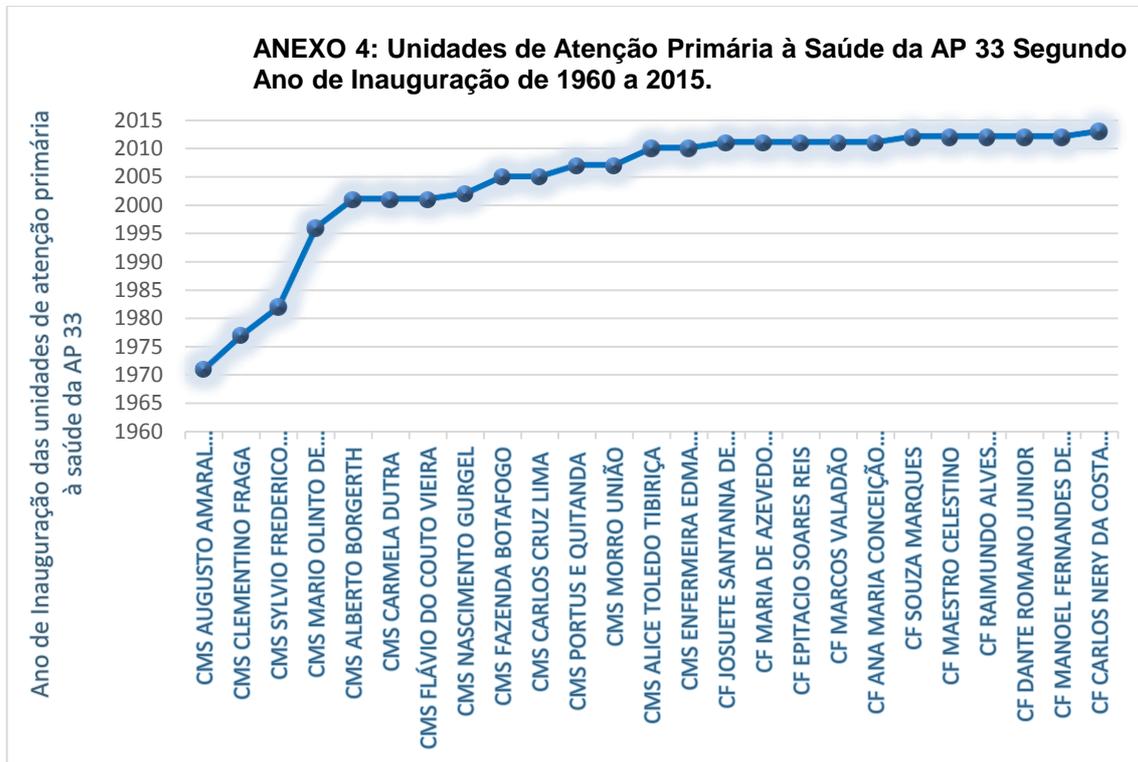
2012						
BAIRROS	SUSPEITOS	DESCARTADOS	INCONCLUSIVOS	CONFIRMADOS	%CLASSIFICADOS	%CONFIRMADOS
ACARI	1076	308	665	103	38%	25%
ANCHIETA	2297	445	1591	261	31%	37%
BARROS FILHO	285	74	181	30	36%	29%
BENTO RIBEIRO	1840	310	1233	297	33%	49%
CAMPINHO	673	198	379	96	44%	33%
CASCADURA	1012	174	700	138	31%	44%
CAVALCANTE	627	76	473	78	25%	51%
COELHO NETO	1204	210	862	132	28%	39%
COLEGIO	1181	94	1004	83	15%	47%
COSTA BARROS	822	121	625	76	24%	39%
ENGENHEIRO LEAL	93	18	63	12	32%	40%
GUADALUPE	1956	440	1171	345	40%	44%
HONORIO GURGEL	805	143	584	78	27%	35%
IRAJA	3963	251	3434	278	13%	53%
MADUREIRA	2137	411	1442	284	33%	41%
MARECHAL HERMES	1869	367	1127	375	40%	51%
OSWALDO CRUZ	1379	295	856	228	38%	44%
PARQUE ANCHIETA	352	71	241	40	32%	36%
PARQUE COLUMBIA	1	0	1	0	0%	0%
PAVUNA	1636	377	1089	170	33%	31%
QUINTINO BOCAIUVA	765	104	561	100	27%	49%
RICARDO DE ALBUQUERQUE	746	121	500	125	33%	51%
ROCHA MIRANDA	2181	347	1667	167	24%	32%
TURIACU	432	65	337	30	22%	32%
VAZ LOBO	696	37	604	55	13%	60%
VICENTE DE CARVALHO	940	82	748	110	20%	57%
VILA DA PENHA	1107	123	767	217	31%	64%
VILA KOSMOS	659	150	413	96	37%	39%
VISTA ALEGRE	464	32	375	57	19%	64%
TOTAL	33198	5444	23693	4061	29%	43%

APÊNDICE 3: Classificação Clínica registrada no SINAN das notificações de dengue segundo bairros de residentes da AP 33 no ano de 2013

2013						
BAIRROS	SUSPEITOS	DESCARTADOS	INCONCLUSIVOS	CONFIRMADOS	%CLASSIFICADOS	%CONFIRMADOS
ACARI	235	23	165	47	30%	67%
ANCHIETA	309	28	214	66	30%	70%
BARROS FILHO	81	6	59	16	27%	73%
BENTO RIBEIRO	313	27	244	42	22%	61%
CAMPINHO	215	16	137	61	36%	79%
CASCADURA	285	23	185	77	35%	77%
CAVALCANTE	100	8	74	18	26%	69%
COELHO NETO	266	28	190	47	28%	63%
COLEGIO	251	28	190	33	24%	54%
COSTA BARROS	116	10	90	16	22%	62%
ENGENHEIRO LEAL	14	1	10	3	29%	75%
GUADALUPE	368	18	290	60	21%	77%
HONORIO GURGEL	186	16	118	52	37%	76%
IRAJA	1412	67	1139	206	19%	75%
MADUREIRA	501	27	374	100	25%	79%
MARECHAL HERMES	303	24	222	57	27%	70%
OSWALDO CRUZ	209	14	149	46	29%	77%
PARQUE ANCHIETA	68	4	41	23	40%	85%
PARQUE COLUMBIA	0	0	0	0	0%	0%
PAVUNA	612	21	478	107	21%	84%
QUINTINO BOCAIUVA	163	12	107	44	34%	79%
RICARDO DE ALBUQUERQUE	98	8	70	19	28%	70%
ROCHA MIRANDA	330	58	180	91	45%	61%
TURIACU	73	10	44	19	40%	66%
VAZ LOBO	130	4	93	33	28%	89%
VICENTE DE CARVALHO	229	6	191	32	17%	84%
VILA DA PENHA	298	7	213	78	29%	92%
VILA KOSMOS	330	3	302	25	8%	89%
VISTA ALEGRE	181	11	124	46	31%	81%
TOTAL	7676	508	5693	1464	26%	74%

APÊNDICE 4: Acesso aos serviços de saúde da AP 33

Houve um aumento de 69% das unidades de saúde da atenção primária da AP 33 entre 2011 e 2013.



Segundo o censo de 2010, a área de estudo possui 952.638 habitantes. Verificando o total de habitantes da área com as estimativas fornecidas pela CAP 33 em conformidade com a Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a cobertura da atenção primária é de 92% e a cobertura da ESF é de 54%.

APÊNDICE 5: Estimativas do número de habitantes referenciados para as unidades de atenção primária da AP 33 segundo o tipo de unidade (SVS/SMSRJ).

TIPO DE UNIDADE	UNIDADES DE SAÚDE	POPULAÇÃO REFERENCIADA	POPULAÇÃO REFERENCIADA	TOTAL
		ESF	CMS	
A	CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA - AP 33	27242		27242
	CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO - AP 33	23499		23499
	CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	27600		27600
	CF EPITACIO SOARES REIS - AP 33	18392		18392
	CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA - AP 33	16374		16374
	CF MAESTRO CELESTINO - AP 33	10637		10637
	CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO - AP 33	22338		22338
	CF MARCOS VALADAO - AP 33	25790		25790
	CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA - AP 33	22047		22047
	CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO - AP 33	18634		18634
	CF SOUZA MARQUES - AP 33	39431		39431
	CMS CARLOS CRUZ LIMA - AP 33	29245		29245
	CMS EDMA VALADAO - AP 33	23359		23359
	CMS FAZENDA BOTAFOGO - AP 33	21710		21710
	CMS MORRO UNIAO - AP 33	20014		20014
	CMS PORTUS E QUITANDA - AP 33	12012		12012
CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	29236		29236	
B	CMS Alberto Borgerth	20000		20000
	CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	18806	47717	66523
	CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO - AP 33	12292	34528	46820
	CMS CARMELA DUTRA - AP 33	13391	85742	99133
	CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	23983	60751	84734
	CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA - AP 33	17385	70613	87998
	CMS MARIO OLINTO DE OLIVEIRA - AP 33	2842	33455	36297
	CMS NASCIMENTO GURGEL - AP 33	20102	30913	51015
TOTAL	516361	363719	880080	
POPULAÇÃO DA AP 33 (CENSO 2010)			952638	
PERCENTUAL DE COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA			92%	
PERCENTUAL DE COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA			54%	

APÊNDICE 6: Adequação das unidades de atenção primária à saúde da AP 33 segundo o número de profissionais de saúde que acolhem os pacientes com suspeita de dengue informados pelos gestores.

TIPO DE UNIDADE	UNIDADES DE SAÚDE	NÚMERO DE EQUIPES	NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUE ATENDEM NO ACOLHIMENTO				
			ESPERADO	OBTIDO	ESTATUS DE ADEQUAÇÃO	ESCORE DE ADEQUAÇÃO	
A	CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA - AP 33	5	5	8	ADEQUADO	0,571 429	0,5357 14
	CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO - AP 33	5	5	*	*		
	CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	8	8	8	ADEQUADO		
	CF EPITACIO SOARES REIS - AP 33	4	4	4 a 7	ADEQUADO		
	CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA - AP 33	4	4	1	NÃO ADEQUADO		
	CF MAESTRO CELESTINO - AP 33	2	2	*	*		
	CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO - AP 33	9	9	4 a 7	NÃO ADEQUADO		
	CF MARCOS VALADAO - AP 33	7	7	8	ADEQUADO		
	CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA - AP 33	5	5	4 a 7	ADEQUADO		
	CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO - AP 33	4	4	8	ADEQUADO		
	CF SOUZA MARQUES - AP 33	11	11	8	NÃO ADEQUADO		
	CMS CARLOS CRUZ LIMA - AP 33	4	4	4 a 7	ADEQUADO		
	CMS EDMA VALADAO - AP 33	8	8	4 a 7	NÃO ADEQUADO		
	CMS FAZENDA BOTAFOGO - AP 33	5	6	*	*		
	CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA - AP 33	5	5	8	NÃO ADEQUADO		
	CMS MORRO UNIAO - AP 33	4	4	*	*		
	CMS PORTUS E QUITANDA - AP 33	3	3	2 a 3	ADEQUADO		
CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	9	9	8	NÃO ADEQUADO			
B	CMS Alberto Borgerth	0	1	1	ADEQUADO	0,5	
	CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	6	7	2 a 3	NÃO ADEQUADO		
	CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO - AP 33		*	*	*		
	CMS CARMELA DUTRA - AP 33	3	4	2 a 3	NÃO ADEQUADO		
	CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	5	6	2 a 3	NÃO ADEQUADO		
	CMS MARIO OLINTO DE OLIVEIRA - AP 33	1	2	2 a 3	ADEQUADO		
	CMS NASCIMENTO GURGEL - AP 33	4	5	8	ADEQUADO		

APÊNDICE 7: Pós-graduação *latu sensu* e *stricto sensu*, segundo tipo de unidade dos gestores e profissionais de saúde entrevistados das unidades de atenção primária à saúde da AP 33.

	ÁREA	Gestores			Profissionais de saúde		
		TIPO A	TIPO B	TOTAL	TIPO A	TIPO B	TOTAL
Especialização	Saúde da Família	5	3	8	8	2	10
	Área Clínica	2	6	8	3	7	10
	Gestão		1	1	1	2	3
	Saúde Pública	2	2	4	0	3	3
Mestrado	Saúde Pública	2	0	2	1	1	2
	Área Clínica	0	0	0	0	1	1

QUESTIONÁRIO PARA OS GESTORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA CAP 33

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Adequação dos serviços de saúde da atenção primária do Município do Rio de Janeiro para assistência a pacientes com suspeita de dengue”, coordenado pela discente de Mestrado em Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) Danielle Amaral de Freitas, sob orientação do Dr. Reinaldo Souza dos Santos e da Dra Mayumi Duarte Wakimoto. O objetivo deste estudo é analisar a adequação dos serviços de saúde da atenção primária localizados nos bairros da Área de Planejamento 3.3 do município do Rio de Janeiro para atenção aos pacientes com suspeita de dengue. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o questionário em anexo, contribuindo para demonstrar a adequação da unidade frente ao atendimento da população com suspeita de dengue. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

*Obrigatório

IDENTIFICAÇÃO

Nome da unidade *

Unidade A: todo o território é coberto por equipes de saúde da família. Unidade B: somente parte do território é coberto pelas equipes de saúde da família. As demais áreas são cobertas pela atenção básica.

Telefone *

Tipo de unidade *

- A
- B

Dias de Funcionamento *

	8 às 17 horas	8 às 20 horas	8 às 12 horas	Não funciona
SEGUNDA a SEXTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SABADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESTOR

Sexo *

- Masculino
- Feminino

Idade *

Carga horária semanal *

- 20 horas/semana
- 24 horas/semana
- 30 horas/semana
- 40 horas/semana
- Outro:

Tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro *

Profissão *

Tempo de profissão *

Possui especialização? *

Se sim, responda a próxima pergunta

- Sim
- Não

Qual?

Possui mestrado? *

Se sim, responda a próxima pergunta

- Sim
- Não

Qual a área?

Possui doutorado? *

Se sim, responda a próxima pergunta

- Sim
- Não
- Outro:

Qual a área?

RECURSOS HUMANOS

Quantos funcionários atendem a demanda dos casos de dengue por turno? *

- UM
- 2 a 3
- 4 a 7
- 8 e mais

Dispõe de equipe em número suficiente para atender a demanda dos casos suspeitos de dengue? *

- Sim
- Não

A equipe passa por treinamento? *

- Mensal
- Anual
- Em períodos epidêmicos
- Não tem treinamento

Os trabalhadores do serviço estão capacitados para responder a emergências que possam ultrapassar as demandas habituais? *

- Sim
- Não

DADOS DO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

A unidade realiza classificação de risco? *

- Sim
- Não

Qual o profissional responsável por realizar a classificação de risco? *

- Enfermeiro
- Médico
- Outro:

Nesta unidade de saúde, o primeiro atendimento de dengue é geralmente realizado por:
*

- Enfermeira em atendimento individual
- Enfermeira em atendimento em grupo
- Médico
- Outro:

Realiza Preenchimento do cartão de acompanhamento do paciente? *

- Sim
- Não

Possui protocolo de atendimento aos casos de dengue? *

- Sim
- Não

Em período epidêmico organiza esquema diferenciado para atendimento durante a semana toda? *

- Sim
- Não

Dispõe de sais de hidratação oral, antitérmico e analgésico para tratamento do grupo A? *

- Sim
- Não

Realiza tratamento de pacientes do grupo B com hidratação oral ou venosa, se necessário? *

- Sim
- Não

Apresenta condições de tratamento de pacientes do grupo B que necessite de observação por 12 horas? *

- Sim
- Não

Quais exames são realizados na unidade? *

- Hemograma completo

- Hematócrito e contagem de plaquetas
- Hematócrito, Contagem de Leucócitos e plaquetas
- Outro:

Realiza hemograma completo para os pacientes? *

- Sim
- Não

Qual o tempo médio para o recebimento do resultado do hemograma? *

- 30 minutos a 2 horas
- 2 a 4 horas
- Outro:

Como é realizada a confirmação do diagnóstico de dengue? *

	Até o 5º dia do início dos sintomas	Após o 5º dia do início dos sintomas	Não é realizado
Sorologia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
NS1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Isolamento Viral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PCR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Realiza atendimento 12 horas em situação de epidemia? *

- Sim
- Não

A equipe de atendimento realiza o acompanhamento dos pacientes atendidos na unidade? *

- Sim
- Não

Os pacientes que são atendidos em outras unidades de saúde (UPA e hospitais), realizam o acompanhamento nesta unidade? *

Em caso de resposta negativa, justifique abaixo:

- Sim
- Não

Se a resposta anterior foi negativa, justifique:

As equipes da Estratégia de Saúde da Família acompanham os casos de dengue? *

- Diariamente
- 3 vezes/semana
- 1 vez/semana
- Não acompanham
- Outro:

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Dispõe de fluxo para encaminhamento do paciente para unidade de referência? *

- Sim
- Não

Quando precisa encaminhar o paciente para a rede referenciada, tem alguma dificuldade? *

- Sim
- Não

Se a resposta anterior foi SIM. Qual a dificuldade no encaminhamento de pacientes para outra unidade de saúde de maior porte?

- Transporte
- Vaga
- Demora
- Outro:

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Possui materiais informativos? *

	Sim	Não
Profissionais de Saúde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Usuários da unidade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Os pacientes atendidos na unidade moram no bairro da unidade de saúde? *

- Sim
- Não

A equipe de saúde presta orientação aos familiares quanto a sinal de alarme? *

- Sim
- Não

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Os casos suspeitos de dengue são notificados? *

- Sim
- Não

Qual o profissional que é o responsável pelo preenchimento das fichas de notificação? *

- Enfermeiro
- Médico
- Administrativo
- Outro:

Qual a frequência de envio da notificação para o serviço de Vigilância em Saúde local?

	Diário	3 vezes por semana	1 vez por semana
Dengue Clássica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dengue com Sinais de Gravidade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Qual o meio de comunicação que a unidade utiliza para realizar a notificação de Dengue Clássica? *

- Telefone
- Fax
- Email
- Outro:

Qual o meio de comunicação que a unidade utiliza para realizar a notificação de Dengue com Sinais de Alerta? *

- Telefone
- Fax
- Email
- Outro:

Qual a frequência de envio da notificação para o serviço de Vigilância em Saúde local? *

- Diariamente
- 3 x/ semana
- 1 x/ semana
- Outro:

A equipe de saúde realiza investigação epidemiológica dos casos suspeitos de dengue? *

- Sim
- Não

Nesta unidade de saúde, existe algum mecanismo de busca ativa dos casos suspeitos de dengue? *

- Sim
- Não

CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS EPIDEMIAS

Para a resposta oportuna frente a epidemia se conta com reserva de: *

	Sim	Não
Medicamentos em geral?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Insumos de laboratório?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Material para coleta e envio de amostras?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Equipamentos de biossegurança?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Frente a uma epidemia de dengue a unidade de saúde conta com : *

	Sim	Não
Plano de contingência no serviço?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Procedimentos de triagem e manejo de grande número de casos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Um plano para transporte de pacientes nas ambulâncias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Procedimentos para notificação de casos ou da situação?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

CAPACIDADE LABORATORIAL

A unidade de saúde tem laboratório clínico próprio? *

- Sim
- Não

Conta com um laboratório que realize provas diagnósticas mínimas? *

Realiza Hematócrito, contagem de Leucócitos e Plaquetas

- Sim
- Não

Há protocolos e/ou normas para coleta e envio de amostras ao laboratório? *

- Sim
- Não

Existem mecanismos estabelecidos para envio urgente de amostras aos laboratórios de referência? *

- Sim
- Não

Os meios de transporte e insumos são suficientes para o envio de amostras aos laboratórios de referencia? *

- Sim
- Não

O que você apontaria como facilidades para o atendimento do possível acréscimo da demanda durante as epidemias de dengue? *

O que você apontaria como dificuldades para o atendimento do possível acréscimo das demandas durante as epidemias de dengue? *

Powered by
[Formulários Google](#)

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA CAP 33

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Adequação dos serviços de saúde da atenção primária do Município do Rio de Janeiro para assistência a pacientes com suspeita de dengue”, coordenado pela discente de Mestrado em Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) Danielle Amaral de Freitas, sob orientação do Dr. Reinaldo Souza dos Santos e da Dra Mayumi Duarte Wakimoto. O objetivo deste estudo é analisar a adequação dos serviços de saúde da atenção primária localizados nos bairros da Área de Planejamento 3.3 do município do Rio de Janeiro para atenção aos pacientes com suspeita de dengue. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o questionário em anexo, contribuindo para demonstrar a adequação da unidade frente ao atendimento da população com suspeita de dengue. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

*Obrigatório

IDENTIFICAÇÃO

Nome da unidade *

Unidade A: todo o território é coberto por equipes de saúde da família. Unidade B: somente parte do território é coberto pelas equipes de saúde da família. As demais áreas são cobertas pela atenção básica.

Telefone *

Tipo de unidade *

- A
- B

Dias de Funcionamento *

	8 às 17 horas	8 às 20 horas	8 às 12 horas	Não funciona
SEGUNDA a SEXTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SABADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROFISSIONAL

Sexo *

- Masculino
- Feminino

Idade *

Carga horária semanal *

- 20 horas/semana
- 24 horas/semana
- 30 horas/semana
- 40 horas/semana
- Outro:

Tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro *

Profissão *

Tempo de profissão *

Possui especialização? *

Se sim, responda a próxima pergunta

- Sim
- Não

Qual?

Possui mestrado? *

Se sim, responda a próxima pergunta

- Sim
- Não

Qual a área?

Possui doutorado? *

Se sim, responda a próxima pergunta

- Sim
- Não
- Outro:

Qual a área?

Já atuou em algum projeto de pesquisa na área de Epidemiologia, Saúde Coletiva ou Saúde Pública? *

- Sim
- Não

RECURSOS HUMANOS

Quantos funcionários atendem a demanda dos casos de dengue por turno? *

- UM
- 2 a 3
- 4 a 7
- 8 e mais

Dispõe de equipe em número suficiente para atender a demanda dos casos suspeitos de dengue? *

- Sim
- Não

Os trabalhadores do serviço estão capacitados para responder às emergências que possam ultrapassar as demandas habituais? *

- Sim
- Não

Já participou de algum treinamento sobre manejo da dengue? *

- Sim
- Não
- Não sabe informar

Quando foi o último? *

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- Mais de 5 anos
- Não sabe informar

Conhece as Diretrizes de Controle e Prevenção das Epidemias de Dengue (MS/09)? *

- Sim
- Não

Se a última questão foi afirmativa, como teve acesso às Diretrizes de Controle e Prevenção das Epidemias de Dengue (MS/09)?

- No serviço
- Treinamentos/eventos da SMS/RJ
- Internet
- Outro:

Quando teve acesso?

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- Mais de 5 anos
- Não sabe informar

Já leu as Diretrizes de Controle e Prevenção das Epidemias de Dengue (MS/09)?

- Sim, totalmente
- Sim, parcialmente
- Não

DADOS DO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

A unidade realiza classificação de risco? *

- Sim
- Não

Qual o profissional responsável por realizar a classificação de risco? *

- Enfermeiro
- Médico
- Outro:

Nesta unidade de saúde, o primeiro atendimento de dengue é geralmente realizado por:
*

- Enfermeira em atendimento individual
- Enfermeira em atendimento em grupo
- Médico

- Outro:

Realiza Preenchimento do cartão de acompanhamento do paciente? *

- Sim
- Não

Possui protocolo de atendimento aos casos de dengue? *

- Sim
- Não

Em período epidêmico organiza esquema diferenciado para atendimento durante a semana toda? *

- Sim
- Não

Dispõe de sais de hidratação oral, antitérmico e analgésico para tratamento do grupo A? *

- Sim
- Não

Realiza tratamento de pacientes do grupo B com hidratação oral ou venosa, se necessário? *

- Sim
- Não

Apresenta condições de tratamento de pacientes do grupo B que necessite de observação por 12 horas? *

- Sim
- Não

Quais exames são realizados na unidade? *

- Hemograma completo
- Hematócrito e contagem de plaquetas
- Hematócrito, Contagem de Leucócitos e plaquetas
- Outro:

Realiza hemograma completo para os pacientes? *

- Sim
- Não

Qual o tempo médio para o recebimento do resultado do hemograma? *

- 30 minutos a 2 horas
- 2 a 4 horas
- Outro:

Como é realizada a confirmação do diagnóstico de dengue? *

	Até o 5º dia do início dos sintomas	Após o 5º dia do início dos sintomas	Não é realizado
Sorologia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
NS1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Isolamento Viral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PCR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Realiza atendimento 12 horas em situação de epidemia? *

- Sim
- Não

A equipe de atendimento realiza o acompanhamento dos pacientes atendidos na unidade? *

- Sim
- Não

Os pacientes que são atendidos em outras unidades de saúde (UPA e hospitais), realizam o acompanhamento nesta unidade? *

Em caso de resposta negativa, justifique abaixo:

- Sim
- Não

Se a resposta anterior foi negativa, justifique:

As equipes da Estratégia de Saúde da Família acompanham os casos de dengue? *

- Diariamente
- 3 vezes/semana
- 1 vez/semana
- Não acompanham
- Outro:

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Dispõe de fluxo para encaminhamento do paciente para unidade de referência? *

- Sim
- Não

Quando precisa encaminhar o paciente para a rede referenciada, tem alguma dificuldade? *

- Sim
- Não

Se a resposta anterior foi SIM. Qual a dificuldade no encaminhamento de pacientes para outra unidade de saúde de maior porte?

- Transporte
- Vaga
- Demora
- Outro:

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Possui materiais informativos ? *

	Sim	Não
Profissionais de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usuários da unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os pacientes atendidos na unidade moram no bairro da unidade de saúde? *

- Sim
- Não

A equipe de saúde presta orientação aos familiares quanto a sinal de alarme? *

- Sim

- Não

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Os casos suspeitos de dengue são notificados? *

- Sim
- Não

Que profissional é o responsável pelo preenchimento das fichas de notificação? *

- Enfermeiro
- Médico
- Administrativo
- Outro:

Qual a frequência de envio da notificação para o serviço de Vigilância em Saúde local? *

	Diário	3 vezes por semana	1 vez por semana
Dengue Clássica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dengue com Sinais de Gravidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual o meio de comunicação que a unidade utiliza para realizar a notificação de Dengue Clássica? *

- Telefone
- Fax
- Email
- Outro:

Qual o meio de comunicação que a unidade utiliza para realizar a notificação de Dengue com Sinais de Alarme? *

- Telefone
- Fax
- Email
- Outro:

A equipe de saúde realiza investigação epidemiológica dos casos suspeitos de dengue? *

- Sim

- Não

Nesta unidade de saúde, existe algum mecanismo de busca ativa dos casos suspeitos de dengue? *

- Sim
- Não

CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS EPIDEMIAS

Para a resposta oportuna frente a epidemia se conta com reserva de: *

	Sim	Não
Medicamentos em geral?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Insumos de laboratório?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Material para coleta e envio de amostras?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Equipamentos de biossegurança?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Frente a uma epidemia de dengue a unidade de saúde conta com : *

	Sim	Não
Plano de contingência no serviço?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Procedimentos de triagem e manejo de grande número de casos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Um plano para transporte de pacientes nas ambulâncias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Procedimentos para notificação de casos ou da situação?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

CAPACIDADE LABORATORIAL

A unidade de saúde tem laboratório clínico próprio? *

- Sim
- Não

Conta com um laboratório que realize provas diagnósticas mínimas? *
Realiza Hematócrito, contagem de Leucócitos e Plaquetas

- Sim
- Não

Há protocolos e/ou normas para coleta e envio de amostras ao laboratório? *

- Sim
- Não

Existem mecanismos estabelecidos para envio urgente de amostras aos laboratórios de referência? *

- Sim
- Não

Os meios de transporte e insumos são suficientes para o envio de amostras aos laboratórios de referencia? *

- Sim
- Não

O que você apontaria como facilidades para o atendimento do possível acréscimo da demanda durante as epidemias de dengue? *

O que você apontaria como dificuldades para o atendimento do possível acréscimo das demandas durante as epidemias de dengue? *

Powered by

[Formulários Google](#)

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

*Obrigatório

IDENTIFICAÇÃO

Nome da unidade *

Telefone *

Tipo de unidade *

- A
- B

Dias de Funcionamento *

	8 às 17 horas	8 às 20 horas	8 às 12 horas	Não funciona
SEGUNDA a SEXTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SABADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACESSO

A unidade é localizada em local de difícil acesso? *

- Sim
- Não

A unidade realiza classificação de risco? *

- Sim
- Não

Qual o tempo médio de espera para atendimento? *

ESTRUTURA

Possui sala com suporte para atendimento aos pacientes com dengue? *

- Sim
- Não

A unidade possui rotineiramente? *

	SIM	NÃO
Bloco de receituário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloco de requisição de exames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Cartaz com sinais de alarme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cartaz de classificação de risco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cartão para a realização da prova do laço	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cartão de acompanhamento do paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Material educativo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Protocolo de atendimento do paciente com suspeita de dengue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Procedimento Operacional Padrão interno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Referência e Contra-referência	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Agulhas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fita hipoalergênica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jelco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Máscaras, luvas e jalecos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Seringas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Estetoscópio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Esfignomanômetro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Paracetamol comprimido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Paracetamol gotas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dipirona comprimido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dipirona gotas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Copos descartáveis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Água mineral ou bebedouro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Macas ou cadeiras para hidratação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Suporte para hidratação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Soro de hidratação oral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Soro fisiológico a 0,9%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Soro glicosado a 5%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ringer lactato	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Realiza hemograma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Quantos funcionários atendem a demanda de dengue por turno? *

- Um
- 2 a 3
- 4 a 7
- 8 ou mais

Realiza preenchimento do cartão de acompanhamento do paciente? *

- Sim
- Não
- Outro:

Presta orientação ao paciente e familiares quanto aos sinais de alarme? *

- Sim
- Não
- Outro

Possui protocolo de atendimento aos casos de dengue? *

- Sim
- Não
- Outro:

Dispõe de sais de hidratação oral, antitérmico e analgésico para tratamento do grupo A? *

- Sim
- Não
- Outro:

Realiza tratamento do paciente do grupo B com hidratação oral ou venosa, se necessário? *

- Sim
- Não
- Outro:

Apresenta condições de tratamento de pacientes do grupo B, caso necessite permanecer em observação por 12 horas? *

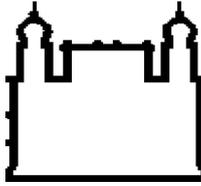
- Sim
- Não
- Outro:

Observações:

Quantos profissionais trabalham no acolhimento? *

Powered by
[Formulários Google](#)

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Adequação dos serviços de saúde da atenção primária do Município do Rio de Janeiro para assistência a pacientes com suspeita de dengue”, coordenado pela discente de Mestrado em Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) Danielle Amaral de Freitas, sob orientação do Dr. Reinaldo Souza dos Santos. Para participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Sua participação é muito importante, porém, não é obrigatória. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

O objetivo deste estudo é analisar a adequação dos serviços de saúde da atenção primária localizados nos bairros da Área de Planejamento 3.3 do município do Rio de Janeiro para atenção aos pacientes com suspeita de dengue. Para isto, necessitamos de informações sobre a estrutura dos serviços de atenção primária da área e conhecer os processos de trabalho frente à demanda de pacientes com suspeita de dengue.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o questionário em anexo, contribuindo para demonstrar a adequação da unidade frente ao atendimento da população com suspeita de dengue.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente vinte minutos, e do questionário aproximadamente vinte minutos.

Página 1 de 3

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participantes: _____

Toda pesquisa possui riscos potenciais, os possíveis riscos envolvidos nesta pesquisa são os riscos de constrangimento durante a entrevista ou a observação de campo. No entanto as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que os questionários são anônimos e os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

O resultado final da pesquisa será divulgado em artigos científicos e na dissertação.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o pesquisador e você receberá a outra via onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, podendo pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre sua participação, a qualquer momento.

Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável com ambas as assinaturas apostas na última página.

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Página 2 de 3

Rubrica do pesquisador:_____

Rubrica do participantes:_____

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Telefone: 39711463

Email: cepsms@rio.rj.gov.br e cepsmsrj@yahoo.com.br

Endereço: Rua Afonso Cavalcante, 455/ sala 710 – Cidade Nova

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep): Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública

Danielle Amaral de Freitas

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 devo colocar a sua 6º andar

Tel: 25982649 Fax: (21) 2598-2610

E-mail: dafufrj@gmail.com

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo)

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento, concordo em participar desta pesquisa e declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2014.

Nome do entrevistado

Assinatura.

Comitê de Ética ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo.

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ / CEP: 21041-210

Tel: (21) 2598-2863 / E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 3 de 3

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participantes: _____