

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

DAVID TIBIRIÇÁ CARAVELAS

**Organização da assistência em urgências e emergências para
pacientes com suspeita de dengue: novas propostas**

**Ribeirão Preto
2017**

DAVID TIBIRIÇÁ CARAVELAS

**Organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com
suspeita de dengue: novas propostas**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Gestão de Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes

Ribeirão Preto

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Caravelas, David Tibiriçá

Organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue: novas propostas / David Tibiriçá Caravelas; Orientador: Altacílio Aparecido Nunes. – Ribeirão Preto, 2017.

114 f.

Dissertação de Mestrado – Programa de Mestrado Profissional Gestão de Organizações de Saúde – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP – Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde

1. Organização; 2. Assistência; 3. Urgências e emergências; 4. Dengue; 5. Propostas; 6. Gestão; 7. Epidemias.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CARAVELAS, David Tibiriçá

Organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue: novas propostas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde.

Aprovado em: 14 de dezembro de 2016.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

Julgamento: Aprovado

Assinatura:

Profa. Dra. Luciana de Almeida Silva Teixeira

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Julgamento: Aprovado

Assinatura:

Prof. Dr. Rodrigo de Carvalho Santana

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

Julgamento: Aprovado

Assinatura:

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que, movidos de íntima compaixão para com o próximo, caminham pela senda do aprimoramento, buscam incessantemente a excelência do cuidar e, militam para alívio do sofrimento humano em sua integralidade biopsicossocial-espiritual, independente de quaisquer reconhecimentos de méritos e louvores advindos da parte do homem.

AGRADECIMENTOS

*Ao Rei dos séculos, imortal, invisível, ao único **Deus** sábio.*

*À minha amada e querida esposa **Renata**, companheira de todos os dias e momentos, pelo amor que tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta e nunca falha.*

*Ao meu amado filhinho **Miguel**, que, por seu lindo sorriso, me fez compreender o que é saltar e correr de alegria.*

*À minha querida mãe, **Ana Maria (Tuca)**, por, desde a minha meninice, me ensinar as Sagradas Letras e por não cessar de orar por mim.*

*Ao meu querido pai, **Leonel**, pelo pão, pelo peixe e por me ensinar a pescar.*

*Aos meus sogros, **Adélia** e **Roberto**, pelo imenso cuidado e carinho incondicional.*

*À minha irmã, **Nathália**, pela franqueza e sinceridade.*

*Aos meus sobrinhos **Pedro Lucas** e **Raul**, por me fazerem lembrar que o tempo voa.*

*Ao Dr. **Stenio José Correia Miranda**, pela inspiração e pelo exemplo de profissionalismo, respeito e dedicação ao cuidado do próximo.*

*A **todos os servidores** da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto que cooperaram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.*

*Ao Prof. Dr. **Altacílio Aparecido Nunes**, pelo suporte, paciência, compreensão e por aceitar o desafio de me orientar neste trabalho.*

*Ao Prof. **Dr. Valdes Roberto Bollela**, por me ensinar que, muitas vezes, “menos é mais”.*

*Ao **Prof. Dr. Rodrigo de Carvalho Santana**, pela cordial recepção, mesmo antes de ter iniciado minha residência médica em infectologia, e por aceitar ser integrante da banca examinadora.*

*À Prof.^a Dra. **Luciana de Almeida Silva Teixeira**, por aceitar ser integrante da banca examinadora e pela preciosa colaboração para a correção deste trabalho.*

*Ao Prof. Dr. **Roberto Martinez**, pela imensa dedicação ao ensino e pela marcante presença em minha formação como médico infectologista.*

*Ao Prof. Dr. **Benedito Antônio Lopes da Fonseca**, pelo aprendizado proporcionado sobre o tema e pela constante presença em minha vida profissional.*

Vós, porém, não queirais ser chamados Rabi, porque um só é o vosso Mestre, a saber, o Cristo, e todos vós sois irmãos. E a ninguém na terra chameis vosso pai, porque um só é o vosso Pai, o qual está nos céus. Nem vos chameis mestres, porque um só é o vosso Mestre, que é o Cristo. O maior dentre vós será vosso servo. E o que a si mesmo se exaltar será humilhado; e o que a si mesmo se humilhar será exaltado.

Mateus 23:8-12

RESUMO

CARAVELAS, D.T. **Organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue: novas propostas.** 2017, 114 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda causada por um arbovírus com quatro sorotipos conhecidos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 E DENV-4. É transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. Manifesta-se clinicamente por febre alta associada à cefaleia, mialgia, prostração, dor retroorbitária, artralgia e exantema. Geralmente é de curso benigno, porém pode evoluir para formas graves e óbito. A dengue é um dos principais problemas globais de saúde pública: a OMS estima que a cada ano ocorram 50-100 milhões de infecções. No ano dengue 2014-2015 uma epidemia da doença atingiu o Brasil em toda a sua extensão. A região sudeste foi a mais acometida e, dentre os seus Estados, São Paulo contabilizou um número aumentado de casos e óbitos. Ribeirão Preto, município situado no nordeste paulista, permaneceu em estado de alerta durante o período. Frente à possibilidade de epidemia local, a estruturação do plano de contingência municipal para dengue 2015-2016 tornou-se prioritária. Dentre os seus elementos estruturais destacou-se a necessidade de organização dos serviços de atendimento para pacientes com suspeita de dengue e a Comissão de Urgência e Emergência, participante do gerenciamento da assistência em urgências e emergências no município foi imbuída desta tarefa. **Objetivo:** Descrever a experiência do processo de organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue no Município de Ribeirão Preto, mediante a estruturação do plano de contingência municipal para dengue, 2015-2016, com elaboração de novas propostas. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, que ocorreu no Município de Ribeirão Preto, no período correspondente a junho de 2015 a janeiro de 2016. Foi solicitada dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido uma vez que foram utilizados dados retroativos de materiais previamente elaborados e autorizados. Os dados coletados foram submetidos à análise estatística descritiva. **Resultados:** Através da descrição da experiência do processo de organização da assistência em urgências e emergências no Município de Ribeirão Preto e elaboração de propostas norteadoras em gestão de epidemias, vislumbrou-se

enriquecer a composição do plano municipal de contingência para dengue e proporcionar o incremento do cuidado aos pacientes com suspeita de dengue.

Palavras-chave: Organização; Assistência; Urgências e emergências; Dengue; Propostas; Gestão; Epidemias.

ABSTRACT

CARAVELAS, D.T. **Assistance organization in emergency care for patients with suspected dengue: new proposals.** 2017, 114 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Dengue fever is an acute febrile infectious disease caused by an arbovirus with four known serotypes: DENV-1, DENV-2, DENV-3 and DENV-4. It is transmitted by the mosquito *Aedes aegypti*. The dengue is clinically manifested by high fever associated with headache, myalgia, prostration, retro-orbital pain, arthralgia and rash. It is usually benign, but can progress to severe forms and death. Dengue is a major global public health problem: WHO estimates that each year 50 million to 100 million infections occur. In the dengue year 2014-2015 a disease epidemic hit Brazil in all its extension. The Southeast region was the most affected, and among the states, São Paulo recorded an increased number of cases and deaths. Ribeirão Preto, São Paulo municipality located in the northeast, remained on alert during the period. Faced with the possibility of local epidemic, the structure the municipal contingency plan for 2015-2016 dengue has become a priority. Among its structural elements highlighted the need for the organization of care services for patients with suspected dengue and the Emergency Committee, service management participant in emergency care in the city was imbued with this task. **Objective:** To describe the experience of the care organization process in emergency care for patients with suspected dengue in Ribeirão Preto, through the structuring of municipal contingency plan for dengue, 2015-2016, with elaboration of new proposals. **Methods:** This is a descriptive study of type experience report, which occurred in the city of Ribeirão Preto, in the corresponding period June 2015 to January 2016. Informed Consent Term waiver was requested and informed as they were used retroactive data previously elaborated and approved materials. Data were submitted to descriptive statistical analysis. **Results:** Through the description of the experience of the process of organization in emergency care in the city of Ribeirão Preto and preparation of guiding proposals for epidemic management, envisioned to enrich the composition of the municipal contingency plan for dengue and provide increased care patients with suspected dengue.

Keywords: Organization; Assistance; Emergency care; Dengue; Proposals; Management; Epidemics.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 *Slide* inicial da apresentação em PPT realizada pela COMUE. Fonte: COMUE-SMS-PMRP.
- Figura 2 Documento Final da COMUE, versão atualizada. Fonte: COMUE-SMS-PMRP.
- Figura 3 Foto da fachada da UPA Dr. Luís Atílio Losi Viana. Fonte: SMS-PMRP.
- Figura 4 Foto da fachada da UBDS Central. Fonte: SMS-PMRP.
- Figura 5 Foto da fachada da UBDS Quintino II. Fonte: SMS-PMRP.
- Figura 6 Foto da fachada da UBDS Vila Virgínia. Fonte: SMS-PMRP.
- Figura 7 Fluxograma para manejo do paciente com suspeita de dengue. Fonte: Dengue: Classificação de Risco e Manejo do paciente. Ministério da Saúde (2014). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/21/fluxo-dengue-finalissimo2-.pdf> >. Acesso em: 30 jun. 2015.
- Figura 8 Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas. Fonte: Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília-DF, 2009; Ministério da Saúde. Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico. Brasília-DF, 2013.
- Figura 9 Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas após medida de precaução adotada nos serviços de pronto atendimento identificados. Adaptado de: Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília-DF, 2009 e Ministério da Saúde. Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico. Brasília-DF, 2013.
- Figura 10 Instrumento de acolhimento para paciente com suspeita de dengue no pronto atendimento, versão preliminar. Fonte: COMUE-SMS-PMRP.
- Figura 11 Instrumento de acolhimento para paciente com suspeita de dengue no pronto atendimento, versão final. Fonte: COMUE-SMS-PMRP.

- Figura 12 Cartão de Acompanhamento – Dengue. Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em:
<http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/dengue/dengue14_cartao_atualizado_abril.pdf>.
Acesso em: 30 jun. 2015.
- Figura 13 Estruturação do diagrama de controle da dengue com os níveis de resposta. Fonte: SVS/MS. Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue. Ministério da Saúde (2015).
- Figura 14 Diagrama de controle de casos confirmados de dengue, município de Ribeirão Preto / SP, 2015. Atualizado em 06 de janeiro de 2016. Fonte: SINAN-DVE-DEVISA-SMS-RP.
- Figura 15 Diagrama de controle por semana epidemiológica, utilizando média móvel de casos suspeitos de dengue, município de Ribeirão Preto / SP, 2015-2016. Atualizado em 06 de janeiro de 2016. Fonte: SINAN-DVE-DEVISA-SMS-RP.
- Figura 16 Guia de Referência do Paciente com Suspeita de Dengue. Fonte: COMUE-SMS-PMRP.
- Figura 17 Fluxograma correspondente ao atendimento do paciente com suspeita de dengue nos níveis Zero e 1 de resposta. Fonte: COMUE-SMS-PMRP.
- Figura 18 Fluxograma correspondente ao atendimento do paciente com suspeita de dengue no nível 2 de resposta. Fonte: COMUE-SMS-PMRP.
- Figura 19. Fluxograma correspondente ao atendimento do paciente com suspeita de dengue no nível 3 de resposta. Fonte: COMUE-SMS-PMRP.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Sistematização do atendimento, adaptado do fluxograma “Dengue: Classificação de Risco e Manejo do Paciente” do Ministério da Saúde (2014).
- Quadro 2 Relação da situação clínica com o tempo médio para o atendimento médico e a classificação de risco por cores nos serviços de pronto atendimento do município de Ribeirão Preto.
- Quadro 3 Nível de resposta relacionado ao momento da ocorrência, adaptado do Plano Nacional de Contingência do Ministério da Saúde (2015).

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de leitos / cadeira de hidratação por local correspondente na UPA. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.
Tabela 2	Número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UPA. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.
Tabela 3	Número de leitos / cadeiras de hidratação por local correspondente na UBDS Central. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.
Tabela 4	Número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UBDS Central. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.
Tabela 5	Número de leitos / cadeiras de hidratação por local correspondente na UBDS Quintino II. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.
Tabela 6	Número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UBDS Quintino II. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.
Tabela 7	Número de leitos / cadeiras de hidratação por local correspondente na UBDS Vila Virgínia. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.
Tabela 8	Número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UBDS Vila Virgínia. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPP	Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisas
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COBOM	Centro de Operações do Corpo de Bombeiros
COMUE	Comissão de Urgência e Emergência
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DASP	Departamento de Assistência e Saúde das Pessoas
DENV	Vírus Dengue
DEVISA	Departamento de Vigilância em Saúde
DUE	Departamento de Urgência e Emergência
DRS	Departamento Regional de Saúde
DVE	Divisão de Vigilância Epidemiológica
EAD	Educação à Distância
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIP	Índice de Infestação Predial
MS	Ministério da Saúde
NEU	Núcleo de Educação em Urgências
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMRP	Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
PCNED	Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue
PPT	<i>Power Point</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNA	Ácido ribonucleico
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal da Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VE	Vigilância Epidemiológica

LISTA DE SÍMBOLOS

>	Maior do que
<	Menor do que
mmHg	Milímetros de mercúrio
%	Porcentagem

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	22
2. JUSTIFICATIVA.....	29
3. OBJETIVOS.....	31
3.1 Objetivo Primário.....	32
3.2 Objetivos Secundários.....	32
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	33
4.1 Tipo de Estudo.....	34
4.2 Período.....	34
4.3 Local.....	34
4.4 Componentes Identificados.....	34
4.5 Considerações Éticas.....	34
4.6 Obtenção de Informações.....	35
4.7 Formação do Grupo de Trabalho.....	35
4.8 Estratégias de Atuação do Grupo de Trabalho.....	36
4.9 Elaboração de Propostas.....	36
5. RESULTADOS.....	37
5.1 Relato de Experiência.....	38
5.1.1 A Comissão de Urgência e Emergência e sua composição.....	38
5.1.2 A Comissão de Urgência e Emergência, sua organização e seu funcionamento.....	38
5.1.3 Solicitação de apresentação de propostas para urgência e emergência.....	40
5.1.4 Formação e Composição do grupo de trabalho.....	40
5.1.5 Agenda.....	41
5.2 Identificação dos Componentes do Atendimento Pré-Hospitalar em Urgências e Emergências.....	45
5.2.1 Componentes do Atendimento Pré-Hospitalar Fixo.....	45
5.2.2 Componentes do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.....	45
5.2.3 Central de Regulação Médica Regional.....	45
5.2.3.1 Regulação Primária:.....	46

5.2.3.2 Regulação Secundária:.....	46
5.3 Caracterização dos Serviços de Pronto Atendimento.....	47
5.3.1 Unidade de Pronto de Atendimento / Dr. Luís Atílio Losi Viana.....	48
5.3.2 Unidade Básica Distrital de Saúde Central / Dr. João Baptist Quartin.....	50
5.3.3 Unidade Básica Distrital de Saúde Quintino II – Distrito Norte / Dr. Sérgio Arouca.....	52
5.3.4 Unidade Básica Distrital de Saúde Vila Virgínia / Dr. Marco Antônio Sahão.....	54
5.4 Processo de Desenvolvimento do Protocolo de Atendimento Assistencial para Classificação de Risco e Manejo do Paciente com Suspeita de Dengue.....	56
5.4.1 Manejo do paciente com suspeita de dengue.....	56
5.4.2 Classificação de risco do paciente com suspeita de dengue nos serviços de pronto atendimento identificados.....	59
5.5 Processo de Padronização do Fluxo Interno para Assistência ao Paciente com Suspeita de Dengue.....	68
5.5.1 Níveis de Resposta Mediante Diagrama de Controle.....	68
5.5.1.1 Níveis de Resposta.....	68
5.5.1.2 Diagrama de Controle.....	70
5.5.2 Padronização do Fluxo Interno.....	72
5.5.2.1 Níveis Zero e 1.....	72
5.5.2.2 Nível 2.....	79
5.5.2.3 Nível 3.....	82
5.6 Novas Propostas.....	84
5.6.1 Capacitações em Dengue de acordo com o nível de resposta.....	84
5.6.2 Uso de Indicadores e Metas.....	87
5.6.3 Mapeamento Estruturado.....	88
5.6.3.1 Instrumento de Mapeamento Estruturado – Dengue.....	88
5.6.4 Atualização de Instrumentos e Recursos Utilizados.....	89

6. DISCUSSÃO.....	90
7. CONCLUSÕES.....	95
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
9. APÊNDICES.....	106
10. ANEXOS.....	112

1. INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda causada por um arbovírus de genoma RNA, do gênero *Flavivirus*, da família *Flaviviridae*, sendo conhecidos quatro sorotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 E DENV-4. É transmitida ao homem por meio da picada do mosquito fêmea *Aedes aegypti*, infectado pelo vírus. Apresenta um período de incubação de 3 a 15 dias; em média, de 5 a 6 dias e um período de transmissibilidade correspondente ao período de viremia, que se inicia um dia antes do início da febre e persiste até o sexto dia da doença.

Habitualmente de curso benigno, manifesta-se por febre alta de início súbito, com duração máxima de sete dias, associada à cefaleia, mialgia, prostração, dor retroorbitária, artralgia e exantema. Porém, o paciente pode apresentar dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo anormal de líquidos nas cavidades abdominal, pleural e pericárdica, hipotensão postural e lipotimia, hepatomegalia dolorosa, sangramento de mucosas, letargia, irritabilidade e aumento progressivo do hematócrito, que caracterizam os sinais de alarme. Além disso, pode evoluir com formas graves da doença, observando-se hemorragias massivas, comprometimento grave de órgãos e ocorrência de choque. Na criança, geralmente apresenta-se como uma síndrome febril inespecífica.

A dengue é um dos principais problemas globais de saúde pública e de grande preocupação para as regiões tropicais e subtropicais do mundo. De rápida propagação, observou-se um aumento de 30 vezes na incidência nos últimos 50 anos. Anteriormente limitada a grandes centros urbanos, devido à proliferação do vetor associada à circulação dos quatro sorotipos, passou a ocorrer em municípios de portes populacionais diversos, afetando populações de todas as faixas etárias, sendo assim considerada a virose urbana mais difundida no mundo. Na presente década, encontra-se em expansão geográfica, inclusive para pequenas cidades e áreas rurais.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) a cada ano ocorrem 50-100 milhões de infecções e aproximadamente metade da população mundial vive em torno de 100 países endêmicos. O surgimento e a difusão dos sorotipos da dengue da Ásia para as Américas, África e as regiões do Mediterrâneo representam uma ameaça pandêmica mundial. Surtos e epidemias exercem enorme fardo sobre populações, sistemas de saúde e economias, resultando em sofrimento e perdas humanas, sobrecarga dos serviços com elevados custos de manutenção e,

por vezes, inviável sustentabilidade e perdas econômicas massivas.

Nas Américas, a dengue tem se disseminado com surtos cíclicos que ocorrem a cada 03 a 05 anos. No Brasil, ocorre de forma continuada desde 1986, com períodos de ocorrência de epidemias, geralmente proporcionadas pela introdução de novos sorotipos em áreas previamente indenes ou mudança do sorotipo predominante.

Dados recentes evidenciam a dimensão do problema: em 2013 mais de dois milhões de casos foram notificados no país. Em 2014, segundo boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2015), foram registrados 586.182 casos prováveis até a semana epidemiológica 50 (07/12 a 13/12). A região Sudeste teve o maior número de casos prováveis (310.630 casos; 53%) em relação ao total do país.

No ano dengue 2014-2015 uma epidemia atingiu o Brasil em toda a sua extensão: evidenciou-se a necessidade de implementação dos serviços de atenção à saúde para assistência aos pacientes com suspeita de dengue. Em todo o território nacional proliferaram casos suspeitos, casos confirmados, casos de dengue com sinais de alarme, casos de dengue grave e ocorrência de óbitos. A região sudeste foi a mais acometida e, dentre os seus Estados, São Paulo contabilizou um número aumentado de casos e ocorrência de óbitos. O município de Ribeirão Preto permaneceu em estado de alerta durante o período.

Ribeirão Preto está situado no nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital, com população 666.323 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano 2015; de clima tropical, com verão chuvoso e temperatura média de 25° durante a estação, apresenta um histórico no enfrentamento de epidemias.

A primeira epidemia de dengue no município de Ribeirão Preto ocorreu em 1990, ano em que foram notificados 7.464 casos suspeitos, com 2.305 (30,88%) confirmados, com predominância do sorotipo DENV-1. De 1991 a 1999 ocorreram casos, no entanto, com baixa frequência e sem critérios de gravidade. Em 2001, devido à ocorrência de epidemia, houve capacitação de profissionais de saúde da rede pública municipal e implantação da técnica de avaliação do hematócrito capilar. Observou-se, na ocasião, aumento da sensibilidade diagnóstica por parte da Atenção Básica. A partir de 2005, notou-se a ocorrência de casos suspeitos e confirmados de dengue todos os meses do ano, caracterizando períodos de baixa e

alta transmissão.

Dentre os períodos de ocorrência de epidemia de dengue no município de Ribeirão, destacam-se os anos de 2010, 2011 e 2013. Segundo informações da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE) do Departamento de Vigilância em Saúde (DEVISA) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), obtidas através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), houve 34.986 casos notificados, 29.637 casos confirmados, 84.7 de taxa de positividade, 308 hospitalizações e 9 óbitos para o ano de 2010; 46.707 casos notificados 23.384 casos confirmados, 50.1 de taxa de positividade, 491 hospitalizações e 12 óbitos para o ano de 2011; 29.056 casos notificados, 13.179 casos confirmados; 45.4 de taxa de positividade, 146 hospitalizações e 6 óbitos para o ano de 2013.

Em 2012 houve apenas 317 casos confirmados e em 2014, 400 casos confirmados de dengue no município de Ribeirão Preto. No entanto, no ano de 2015, apesar da não ocorrência oficial de epidemia, notou-se aumento do número de casos a partir do mês de outubro: houve 89 casos, 256 casos e 1085 casos confirmados de dengue nos meses de outubro, novembro e dezembro, respectivamente. Assim, o município esteve em estado de alerta para a ocorrência de uma grande epidemia em 2016. Em 2015 ocorreram dois casos de óbitos.

Frente à possibilidade de uma nova epidemia local, o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integrada por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que busca garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, MS, 2010 – Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010), tornou-se prioritário. Fazia-se premente assegurar ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) com suspeita de dengue, um conjunto de ações e serviços necessários à assistência, de forma integral, efetiva, contínua e, sobretudo, humanizada.

Este desafio de gestão atingiu não somente o âmbito municipal: Ribeirão Preto configura-se como um “Polo Regional de Saúde” dentro do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII). O DRS XIII é composto por 26 municípios divididos em três Colegiados de Gestão Regional (CGR), a saber, Vale das Cachoeiras, Aquífero Guarani e Horizonte Verde. O município de Ribeirão Preto pertence ao CGR Aquífero Guarani, que, por sua vez, é composto de 10 municípios, com população total estimada para 2013 (IBGE) de 865.737 pessoas, a população

do município de Ribeirão Preto representa 75 % desta população.

Com o surgimento das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) como estratégia de superação da fragmentação da atenção e gestão nas regiões de saúde, para assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessite de efetividade e eficiência, Ribeirão Preto passou a integrar a RRAS-13, composta por 90 municípios com população estimada de 3.508.793 pessoas em 2013 (estimativa IBGE), das quais 18,5% pertencem a Ribeirão Preto (Plano Municipal de Saúde, 2014-2017).

Dentre as redes temáticas prioritárias na RAS em nossa região destaca-se a de urgência e emergência. Considera-se a Rede de Urgência e Emergência (RUE), como uma rede complexa que atende a condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas e em saúde mental, composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Seus componentes atuam de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, estão presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso.

Para buscar o acolhimento com classificação de risco aliado à resolutividade, a organização da RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (MS, 2011 - Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011).

São componentes e interfaces da RUE: promoção e prevenção; atenção primária: unidades de saúde da família (USF) e unidades básicas de saúde (UBS); unidades de pronto atendimento (UPA) e outros serviços com funcionamento 24 horas, chamados em Ribeirão Preto de Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); central de Regulação Médica de Urgências; portas hospitalares de atenção às urgências; enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; linhas de cuidado prioritárias: acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), traumas; atenção domiciliar. (MS, 2011. Portaria n. 1.601, de 7 de julho de 2011; Portaria n. 2.026, de 24 de agosto de 2011; Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011).

Para organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue no município de Ribeirão Preto, evidencia-se, dentre as componentes da RUE, os serviços de pronto atendimento (UPA/UBDS). Sabe-se da fundamental importância da capilarização de toda a rede assistencial para o atendimento de casos suspeitos de dengue. Sabe-se também que a resolutividade estimada para os casos comumente observados na atenção primária é de aproximadamente 80% (OMS, 1978). No entanto, observa-se que a população do município de Ribeirão Preto, em geral, utiliza os serviços pré-hospitalares fixos como porta de entrada do sistema: segundo a SMS, as unidades de pronto atendimento absorvem a demanda de aproximadamente 70% dos atendimentos em dengue.

A coordenação das UPA/UBDS, segundo os termos da Lei Complementar 826 de 22 de janeiro de 1999, que passou a reger-se mediante as disposições do regimento interno e do organograma da SMS, está sob a responsabilidade do Departamento de Assistência a Saúde das Pessoas (DASP), subordinado ao gabinete do Gestor Municipal de Saúde. Dentre os programas do DASP, há o Programa de Assistência Médica Assistencial.

Compete ao Coordenador do Programa de Assistência Médica Emergencial estruturar e manter as salas de atendimento de urgência dos serviços de pronto atendimento, capacitar servidores, gerenciar o SAMU, distribuir e regular os atendimentos de urgências e emergências para os hospitais apropriados, promover a integração entre os hospitais conveniados ao SUS, serviços de saúde dos locais dos municípios abrangidos pela DRS XVIII, serviços de atendimento ao usuário de concessionárias de estradas e grupos de resgate dos Corpos de Bombeiros.

Atualmente, o SAMU Regional de Ribeirão Preto, gerenciado pelo Coordenador do Programa de Assistência Médica Emergencial, engloba setores como: serviços de pronto atendimento (UPA/UBDS), transporte Sanitário, Central de Regulação Médica primária e secundária, Núcleo de Educação em Urgências (NEU), Serviço Avaliação do Usuário (SAU) e o SAMU propriamente dito. Não há, portanto, um Departamento de Urgência e Emergência (DUE) exclusivo. Como forma de agregar todos estes serviços e antever a criação e funcionamento do DUE, foi instituída a Comissão de Urgência e Emergência (COMUE).

A COMUE é uma instância colegiada de natureza técnica, de caráter consultivo, deliberativo em seu âmbito de atribuições, fiscalizador, normativo e

propositivo, formalmente designada para planejar, organizar, dirigir e controlar a RUE, em âmbito municipal.

Para subsidiar gestores quanto à perspectiva de objetivos e metas, formalizar procedimentos, articular resultados, integrar decisões, promover acompanhamento e avaliação de todo o processo e permitir a ordenação de todo o sistema para a assistência de pacientes com suspeita de dengue, um esforço conjunto da assistência, vigilância epidemiológica, combate ao mosquito, educação populacional, mobilização social, comunicação midiática e gerenciamento fazia-se necessário como estratégia para evitar o agravamento dos casos e a ocorrência de óbitos.

Neste contexto, a COMUE, mediante ao convite realizado pelo DEVISA e pela DVE para participar da construção do plano de contingência para epidemias de dengue para o período de 2015-2016, foi inserida neste processo. Uma das atribuições da COMUE seria promover o planejamento das ações em urgência e emergência em casos de ocorrências de epidemias.

Preparar-se para atender de maneira adequada os casos suspeitos de dengue, habilitar profissionais de saúde a identificar precocemente os casos graves, direcionar a conduta mediante a gravidade da doença e estabelecer fluxos de atendimento nas UPA/UBDS tornou-se tarefa da comissão.

2. JUSTIFICATIVA

A OMS (2012), através da aplicação de conhecimento existente, propõe estratégias para prevenção e controle da dengue, com objetivos específicos de redução da mortalidade em 50% e da morbidade em 25% até 2020. Diretrizes nacionais do Ministério da Saúde (2013), que orientam a organização dos serviços, alinhadas aos planos de contingência desenvolvidos pelos estados e municípios visam à redução da força da doença; governos pactuam apoios técnicos e financiamentos para a operacionalização do cuidado ao paciente com suspeita de dengue.

Para efetiva atuação no combate a uma doença dinâmica, complexa e recorrente como a dengue, é necessária a prática da organização dos serviços de saúde. O fortalecimento da articulação entre diferentes esferas e serviços para promoção da integralidade das ações possibilita o adequado enfrentamento em situação de aumento de casos e de epidemias: é a gestão em ação.

Segundo Eric Martinez (2006), “tão importante como evitar a transmissão da dengue é a preparação dos serviços de saúde para atender adequadamente os pacientes suspeitos e evitar óbitos. Se devemos aspirar a não ter epidemias, mas, caso elas ocorram, devemos evitar os óbitos. Um bom gestor de saúde é capaz de salvar mais vidas durante uma epidemia de dengue que os médicos”.

Assim, descrever a experiência do processo de organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue no Município de Ribeirão Preto tornar-se um instrumento de construção de novos saberes e mudança de realidades. Elaborar novas propostas que provoquem intervenções positivas e atualização contínua dos recursos utilizados possibilita o incremento desta organização.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Primário

Descrever a experiência do processo de organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue no município de Ribeirão Preto, mediante a estruturação do plano de contingência municipal para dengue, 2015-2016.

3.2 Objetivos Secundários

- Identificar os componentes do atendimento pré-hospitalar em urgências e emergências para assistência aos pacientes com suspeita de dengue em Ribeirão Preto;
- Caracterizar os serviços de pronto atendimento quanto à estrutura organizacional;
- Descrever o processo de desenvolvimento do protocolo de atendimento assistencial para classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue nos serviços de pronto atendimento identificados;
- Descrever o processo de padronização do fluxo interno para assistência ao paciente com suspeita de dengue nos serviços de pronto atendimento identificados, desde a porta de entrada até a saída;
- Elaborar novas propostas para incremento da organização e estruturação da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue, mediante a experiência descrita.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência.

4.2 Período

O período estudado foi de junho de 2015 a janeiro de 2016 e correspondeu ao momento de participação da Comissão de Urgência e Emergência no processo de estruturação do plano de contingência municipal para dengue.

4.3 Local

A experiência descrita ocorreu no Município de Ribeirão Preto, nas dependências da sede do SAMU Regional “Francisco Carlos Bariani”, situada na Avenida Treze de Maio, 353, Jardim Paulistano, e nas dependências da sede administrativa da Secretaria Municipal da Saúde, situada na Rua Prudente de Moraes, 457, Centro.

4.4 Componentes identificados

Foram identificados os componentes do atendimento pré-hospitalar utilizados para a assistência aos pacientes com suspeita de dengue em Ribeirão Preto. Foram incluídos, para efeito descritivo, os APH Fixos que estavam em plena atividade durante o período do estudo. Foi excluído, para efeito descritivo detalhado, um APH Fixo que estava fechado para reforma no período do estudo.

4.5 Considerações Éticas

O estudo foi submetido à Comissão de Avaliação Projetos de Pesquisa (CAPP) da SMS para análise e manifestação de ciência e concordância e obteve anuência para a sua realização (Anexo 1).

Solicitou-se dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), uma vez que para este estudo foram utilizados dados retrospectivos, obtidos a partir de materiais já elaborados e previamente autorizados pela SMS (Apêndice A). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo 2).

4.6 Obtenção de Informações

Para composição do relato de experiência, foram utilizadas informações documentais previamente elaboradas pela COMUE por ocasião da estruturação do plano de contingência municipal da dengue, 2015-2016; boletins epidemiológicos, de domínio público, previamente divulgados e dados dos planos de contingência para a dengue de anos anteriores.

4.7 Formação do Grupo de Trabalho

Dentre os integrantes da COMUE e outros convidados, formou-se um grupo de trabalho sob a liderança de um profissional formalmente designado pelo coordenador da comissão.

4.8 Estratégias de Atuação do Grupo de Trabalho

O grupo de trabalho formado utilizou as seguintes estratégias de atuação:

- Revisão bibliográfica;
- Reuniões extraordinárias;
- Utilização de meio eletrônico para obtenção de dados;
- Reflexões sobre as realidades locais;
- Relatos verbais de experiências prévias;
- Discussões técnicas;

- Elaboração de propostas;
- Elaboração de apresentação em *Power Point* (PPT);
- Reação positiva ao feedback;
- Elaboração de documentos.

4.9 Elaboração de Propostas

Realizou-se, após descrição da experiência, novas propostas para incremento da organização das atividades assistenciais em urgência e emergência para pacientes com suspeita de dengue no município de Ribeirão Preto.

5. RESULTADOS

5.1 Relato de Experiência

O presente estudo é um relato de experiência do processo de organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue no município de Ribeirão Preto, vivenciado pela COMUE sob a perspectiva do autor como integrante dessa comissão, de junho de 2015 a janeiro de 2016, por ocasião da estruturação do plano de contingência municipal para dengue para o ano de 2015-2016.

5.1.1 A Comissão de Urgência e Emergência e sua composição

A COMUE é um colegiado interdisciplinar e multiprofissional integrado por representantes do Programa de Assistência Médica Emergencial da SMS, representantes da coordenação dos serviços de pronto atendimento, representante da coordenação de enfermagem, representantes da coordenação do SAMU, gerentes da UPA e UBDS, representantes do DASP, representantes do gabinete do gestor municipal de saúde e secretário da COMUE.

Em caráter complementar, são incluídos representantes da administração municipal e profissionais não vinculados à SMS de interesse consultivo. Podem ainda participar da COMUE, na condição de convidados, representantes do COBOM, representantes da Defesa Civil Municipal e, representantes do DRS XIII.

Por ocasião do período estudado, 13 integrantes faziam parte de sua composição, sendo:

- 1 Coordenador do SAMU Regional;
- 1 Coordenadora de Enfermagem;
- 1 Coordenador Médico da UPA;
- 1 Coordenador Médico do SAMU;
- 1 Diretora do DASP;
- 1 Gerentes da UPA;
- 4 Gerentes das UBDS;
- 1 Médica Pediatra estatutária;
- 1 Médico Clínico Geral estatutário;
- 1 Secretária da COMUE.

Todos os integrantes da COMUE haviam sido indicados pelo Gestor Municipal de Saúde. Dentre eles, o Coordenador do SAMU Regional havia sido designado pelo Gestor Municipal de Saúde como Coordenador da COMUE.

5.1.2 A Comissão de Urgência e Emergência, sua organização e seu funcionamento

A COMUE reúne-se ordinariamente a cada 7 dias e extraordinariamente a qualquer tempo, se necessário, em local previamente designado e comunicado aos integrantes nas convocações, através de meio eletrônico pelo gabinete do Gestor Municipal de Saúde.

No período estudado, as reuniões ocorreram semanalmente às quintas-feiras, no auditório do SAMU, localizado na sede do SAMU Regional, com início às 16 horas e duração aproximada de duas horas.

As atividades nas reuniões da COMUE se desenvolveram conforme a sequência abaixo:

1. Verificação da presença do Coordenador e demais integrantes;
2. Leitura, pelo Coordenador, dos informes e desenvolvimento das pautas da reunião;
3. Leitura e discussão dos pareceres;
4. Palavra aos integrantes solicitantes;
5. Deliberação por consenso dos pareceres;
6. Organização das pautas da próxima reunião;
7. Distribuição de tarefa aos integrantes.

As pautas propostas para discussão permearam o escopo da COMUE, a saber:

- a) Prestação de assessoria ao Gestor Municipal da Saúde em urgência e emergência para planejamento, organização, direção e controle da RUE no município;
- b) Estabelecimento de diretrizes para desenvolvimento e atualização permanente do Programa de Assistência Médica Emergencial da SMS;

- c) Elaboração de planos de ação e estabelecimento de estratégias de atuação para a assistência e regulação de fluxos em urgências e emergências nos serviços de pronto atendimento do município;
- d) Promoção de treinamento e aprimoramento de recursos humanos na temática de urgências e emergências.

As deliberações tomadas foram encaminhadas em forma de documentos, quando estavam relacionadas à criação e/ou alterações nas normas e rotinas.

Os treinamentos para as diversas categorias profissionais de acordo com o tema proposto foram agendados previamente e comunicados em forma de documentos às chefias de Serviços e Coordenações da SMS.

5.1.3 Solicitação de apresentação de propostas para urgência e emergência

Em 17 de junho de 2015, através de meio eletrônico, o DEVISA solicitou à COMUE a confecção de propostas para o atendimento dos pacientes com suspeita de dengue no escopo da comissão e, assim, contribuir para a formatação do plano de contingência municipal para a dengue do ano de 2015-2016.

5.1.4 Formação e Composição do grupo de trabalho

Em resposta à solicitação do DEVISA, após apresentação desta pauta em reunião, foi deliberada a formação de um grupo de trabalho composto por 6 integrantes da COMUE e 2 convidados, a saber:

- 1 Coordenador do SAMU Regional;
- 1 Coordenador Médico da UPA;
- 3 Gerentes das Unidades de Pronto Atendimento (UBDS / UPA);
- 1 Médico Clínico Geral estatutário;
- 2 Enfermeiras da UPA (convidadas).

Para execução da tarefa proposta, o Coordenador da COMUE formalmente designou o profissional médico clínico geral, com formação em infectologia, como líder do grupo de trabalho.

Ocorreu participação do Gestor Municipal de Saúde como colaborador do grupo de trabalho.

5.1.5 Agenda

Foram desenvolvidos apontamentos de agenda pelo grupo de trabalho em ordem cronológica, conforme segue:

1º: Levantamento bibliográfico;

2º: Análise das diretrizes nacionais e de planos de contingência estaduais e municipais para epidemias de dengue associados à componente assistência;

3º: Marcação de reuniões independentes das reuniões ordinárias da COMUE;

4º: Narração de experiências prévias quanto ao enfrentamento de epidemias de dengue no município;

5º: Reflexão sobre a realidade de cada UBDS e UPA para organização do atendimento aos pacientes com suspeita de dengue;

6º: Discussão de estratégias para o incremento do cuidado ao paciente com suspeita de dengue na componente assistência em urgências e emergências;

7º: Elaboração de propostas para estruturação da componente assistência em urgências e emergências do plano de contingência municipal para epidemias de dengue, 2015-2016;

8º: Apresentação das propostas elaboradas para os demais integrantes da COMUE e convidados, em reunião extraordinária, em de 7 de julho de 2015, às 16 horas, na sala de coordenação do SAMU;

9º: Emissão de pareceres, sugestões e complementações pelos demais integrantes da COMUE;

10º: Elaboração de apresentação em PPT após emissão de pareceres, sugestões e complementações dos membros da COMUE e convidados;

11º: Apresentação em PPT do trabalho elaborado, em 08 de julho de 2015, às 08 horas e 30 minutos, no auditório da SMS, para emissão de pareceres, sugestões e complementações;

12º: Rediscussão com o grupo de trabalho após emissão de pareceres, sugestões e complementações pautados em 08 de julho, durante reunião do Departamento de Vigilância em Saúde;

13º: Readequação de propostas e elaboração de documento preliminar;

14º: Apresentação de documento preliminar em 16 de julho de 2015, às 08 horas e 30 minutos, em reunião do DEVISA, para nova emissão de pareceres, sugestões e complementações;

15º: Apresentação do documento preliminar em 17 de julho de 2015, às 16 horas, no Auditório do SAMU, em reunião da COMUE, para correções e estabelecimento de consenso para elaboração do documento final;

16º: Elaboração de documento final intitulado “Plano de Contingência Municipal para Epidemias de Dengue, 2015-2016. Propostas para Estruturação da Componente Assistência em Urgências e Emergências”;

17º: Apresentação do documento final em 24 de julho de 2015, às 08 horas e 30 minutos, no auditório da SMS, em reunião do DEVISA;

18º: Apresentação e entrega do documento final ao Secretário de Saúde em 31 de julho de 2015, às 16 horas, no auditório do SAMU, em reunião da COMUE;

19º: Emissão de sugestões e complementações na qualidade de colaborador pelo Gestor Municipal de Saúde para o documento final apresentado;

20º: Atualização do documento final após emissão de sugestões e complementações realizadas pelo Gestor Municipal de Saúde e considerações do grupo de trabalho;

21º: Apresentação e entrega do documento final atualizado ao Gestor Municipal de Saúde, em 21 de agosto de 2015, às 16 horas, no auditório do SAMU, em reunião da COMUE;

A figura 1 ilustra o *slide* inicial da apresentação em PPT realizada pela COMUE.



Figura 1. *Slide* inicial da apresentação em PPT realizada pela COMUE.

Fonte: COMUE-SMS-PMRP

A figura 2 ilustra a folha de rosto do documento final atualizado, elaborado pela COMUE e entregue ao Gestor Municipal de Saúde.

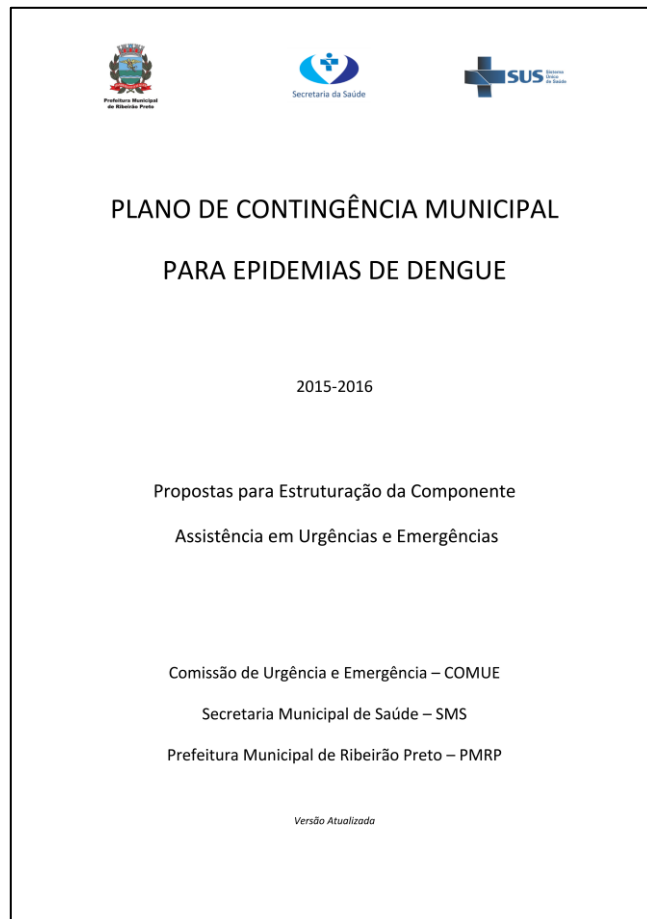


Figura 2. Documento Final da COMUE, versão atualizada.

Fonte: COMUE-SMS-PMRP

5.2 Identificação dos Componentes do Atendimento Pré-Hospitalar em Urgências e Emergências

Segue a identificação dos componentes do atendimento pré-hospitalar em urgências e emergências para assistência aos pacientes com suspeita de dengue, identificados pelos integrantes do grupo de trabalho:

5.2.1 Componentes do Atendimento Pré-Hospitalar Fixo

Foram identificados como componentes de APH fixos que prestam assistência em urgências e emergências aos pacientes com suspeita de dengue no município de Ribeirão Preto: uma UPA e quatro UBDS.

- UPA – Unidade de Pronto de Atendimento / Dr. Luis Atilio Losi Viana
- UBDS Central / Dr. João Baptista Quartin
- UBDS Quintino II – Distrito Norte / Dr. Sérgio Arouca
- UBDS Vila Virgínia / Dr. Marco Antônio Sahão
- UBDS Sumarezinho CSE / Dr. Joel Domingos Machado

Para efeito de detalhamento, foi excluída a UBDS Sumarezinho CSE / Dr. Joel Domingos Machado, uma vez que o serviço de pronto atendimento se encontrava fechado para reforma e ampliação desde 23 de fevereiro de 2015.

5.2.2 Componentes do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

O SAMU foi o componente assistencial móvel em urgências e emergências identificado como APH móvel pelos integrantes do grupo de trabalho.

Dispunha na ocasião de quatorze USB e duas USA no período diurno e onze USB e uma USA no período noturno para o município de Ribeirão Preto.

5.2.3 Central de Regulação Médica Regional

A Central de Regulação Médica Regional foi identificada pelo grupo trabalho como um sistema de acolhimento de análise de solicitações de APH, efetuado por uma equipe médica com o propósito de avaliar, distribuir e monitorar o socorro de

forma efetiva, com recursos apropriados, de acordo com um interrogatório sistematizado.

Seu funcionamento era durante 24 horas, diariamente e, setorizado em Regulação Primária e Secundária.

5.2.3.1 Regulação Primária:

Responsável pela análise da solicitação de atendimento de urgência em domicílio, estabelecimentos ou via pública; define o recurso necessário ao atendimento: orientação e/ou despacho de ambulância de transporte (tipo A), USB ou USA.

5.2.3.2 Regulação Secundária:

Responsável pela análise da solicitação de avaliação médica ou laboratorial de urgência após atendimento em unidade pré-hospitalar, com definição do recurso necessário.

5.3 Caracterização dos Serviços de Pronto Atendimento

Segue a caracterização da estrutura organizacional dos serviços de pronto atendimento identificados como componentes do atendimento pré-hospitalar em urgências e emergências para assistência aos pacientes com suspeita de dengue no município de Ribeirão Preto.

Para proporcionar dimensionamento técnico por ocasião do enfrentamento de uma epidemia de dengue no município, o grupo de trabalho identificou o número de profissionais de saúde por turno, de acordo com o setor nas unidades de pronto atendimento.

Convencionou-se denominar, para fim deste estudo, a sala de atendimento de urgência e emergência como Sala Vermelha; a sala de observação como Sala Amarela e a sala de medicação como Sala Verde.

Convencionou-se chamar de Área de Emergência o setor correspondente à Sala Amarela e Vermelha, reservados ao atendimento de pacientes urgentes, muito urgentes e emergentes.

Convencionou-se chamar de Área de Pronto Atendimento o setor correspondente aos consultórios médicos, à sala de classificação de risco e à Sala Verde, reservados ao atendimento de pacientes não urgentes, pouco urgentes e urgentes.

5.3.1 Unidade de Pronto de Atendimento / Dr. Luís Atílio Losi Viana

A figura 3 ilustra o lado exterior da UPA Dr. Luís Atílio Losi Viana.



Figura 3. Foto da fachada da UPA Dr. Luís Atílio Losi Viana.

Fonte: SMS-PMRP.

Trata-se de uma unidade de pronto atendimento de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgências hospitalares, de Porte 3 (conforme previsto na Portaria GM/MS nº 342, de 4 de março de 2013), localizado no distrito leste do município de Ribeirão Preto.

Seu horário de funcionamento é de 24 horas, sete dias por semana, e atende uma população estimada, segundo dados informados pela SMS, de 219.488 habitantes.

Dispõe dos seguintes serviços oferecidos: acolhimento com classificação de risco, pronto atendimento em clínica médica, pronto atendimento em pediatria, pronto atendimento em odontologia básica, leitos de retaguarda, leitos de isolamento, serviço de radiologia, atendimento para acidentes ocupacionais, vacinação antirrábica e antitetânica de urgência, aplicação de soro antirrábico, sala de sutura e curativos, sala de medicação, dispensação de medicamentos, sala de

observação, sala de atendimento de urgência e emergência, atendimento em urgências psiquiátricas, assistência social e consulta de enfermagem.

A tabela 1 descreve o número de leitos / cadeiras de hidratação por área correspondente na UPA.

Tabela 1 – Número de leitos / cadeira de hidratação por local correspondente na UPA. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.

Local correspondente na UPA	Número de leitos / Cadeiras de Hidratação
Sala Vermelha	5
Sala Amarela	9
Sala Verde	27
Pediatria	4
Isolamento	2

A tabela 2 mostra o número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UPA.

Tabela 2 – Número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UPA. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.

Setor correspondente na UPA	Profissionais de saúde	Número de profissionais de saúde por turno
Área de Emergência	Médicos	2
Área de Emergência	Enfermeiros	1
Área de Emergência	Técnicos de enfermagem	2
Área de Pronto Atendimento	Médicos	4
Área de Pronto Atendimento	Enfermeiros	1
Área de Pronto Atendimento	Técnicos de enfermagem	3
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Médicos pediatras	3
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Enfermeiros	1
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Técnicos de enfermagem	2

5.3.2 Unidade Básica Distrital de Saúde Central / Dr. João Baptista Quartin

A figura 4 ilustra o lado exterior da UBDS Central.



Figura 4. Foto da fachada da UBDS Central.

Fonte: SMS-PMRP.

Trata-se de um serviço de pronto atendimento de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgências hospitalares, localizado no distrito central do município de Ribeirão Preto.

Seu horário de funcionamento é de 24 horas, sete dias por semana, e atende uma população estimada, segundo dados informados pela SMS, de 107.022 habitantes.

Dispõe dos seguintes serviços oferecidos em urgências e emergências: acolhimento com classificação de risco, pronto atendimento em clínica médica, pronto atendimento em pediatria, pronto atendimento em odontologia básica, leitos de retaguarda, leito de isolamento, serviço de radiologia, vacinação antirrábica e antitetânica de urgência, sala de sutura, sala de medicação, dispensação de medicamentos, sala de observação e sala de atendimento de urgência e emergência.

A tabela 3 descreve o número de leitos / cadeiras de hidratação por área correspondente na UBDS Central.

Tabela 3 – Número de leitos / cadeiras de hidratação por local correspondente na UBDS Central. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.

Local correspondente na UBDS Central	Número de leitos / Cadeiras de Hidratação
Sala Vermelha	3
Sala Amarela	9
Sala Verde	3
Pediatria	3
Isolamento	1

A tabela 4 mostra o número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UBDS Central.

Tabela 4 – Número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UBDS Central. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.

Setor correspondente na UBDS Central	Profissionais de saúde	Número de profissionais de saúde por turno
Área de Emergência	Médicos	2
Área de Emergência	Enfermeiros	2
Área de Emergência	Técnicos de enfermagem	7
Área de Pronto Atendimento	Médicos	3
Área de Pronto Atendimento	Enfermeiros	1
Área de Pronto Atendimento	Técnicos de enfermagem	3
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Médicos pediatras	2
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Enfermeiros	1
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Técnicos de enfermagem	2

5.3.3 Unidade Básica Distrital de Saúde Quintino II – Distrito Norte / Dr. Sérgio Arouca

A figura 5 ilustra o lado exterior da UBDS Quintino II.



Figura 5. Foto da fachada da UBDS Quintino II.

Fonte: SMS-PMRP.

Trata-se de um serviço de pronto atendimento de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgências hospitalares, localizado no distrito norte do município de Ribeirão Preto.

Seu horário de funcionamento é de 24 horas, sete dias por semana, e atende uma população estimada, segundo dados informados pela SMS, de 100.360 habitantes.

Dispõe dos seguintes serviços oferecidos em urgências e emergências: acolhimento com classificação de risco, pronto atendimento em clínica médica, pronto atendimento em pediatria, serviço de radiologia, sala de sutura, sala de

medicação, dispensação de medicamentos, sala de observação e sala de atendimento de urgência e emergência.

A tabela 5 descreve o número de leitos / cadeiras de hidratação por área correspondente na UBDS Quintino II.

Tabela 5 – Número de leitos / cadeiras de hidratação por local correspondente na UBDS Quintino II. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.

Local correspondente na UBDS Quintino II	Número de leitos / Cadeiras de Hidratação
Sala Vermelha	3
Sala Amarela	8
Sala Verde	9
Pediatria	4

A tabela 6 mostra o número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UBDS Quintino II.

Tabela 6 – Número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UBDS Quintino II. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.

Setor correspondente na UBDS Quintino II	Profissionais de saúde	Número de profissionais de saúde por turno
Área de Emergência	Médicos	1
Área de Emergência	Enfermeiros	1
Área de Emergência	Técnicos de enfermagem	1
Área de Pronto Atendimento	Médicos	3
Área de Pronto Atendimento	Enfermeiros	1
Área de Pronto Atendimento	Técnicos de enfermagem	4
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Médicos pediatras	3
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Enfermeiros	1
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Técnicos de enfermagem	2

5.3.4 Unidade Básica Distrital de Saúde Vila Virgínia / Dr. Marco Antônio Sahão

A figura 6 ilustra o lado exterior da UBDS Vila Virgínia.



Figura 6. Foto da fachada da UBDS Vila Virgínia.

Fonte: SMS-PMRP.

Trata-se de um serviço de pronto atendimento de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgências hospitalares, localizado no distrito sul do município de Ribeirão Preto.

Seu horário de funcionamento é de 24 horas, sete dias por semana e, atende uma população estimada, segundo dados informados pela SMS, de 85.850 habitantes.

Dispõe dos seguintes serviços oferecidos em urgências e emergências: acolhimento com classificação de risco, pronto atendimento em clínica médica, pronto atendimento em pediatria, serviço de radiologia, vacinação antirrábica e antitetânica de urgência, aplicação de soro antirrábico sala de sutura, sala de medicação, dispensação de medicamentos, sala de observação e sala de atendimento de urgência e emergência.

A tabela 7 descreve o número de leitos / cadeiras de hidratação por área correspondente na UBDS Vila Virgínia.

Tabela 7 – Número de leitos / cadeiras de hidratação por local correspondente na UBDS Vila Virgínia. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.

Local correspondente na Vila Virgínia	Número de leitos / Cadeiras de Hidratação
Sala Vermelha	2
Sala Amarela	10
Sala Verde	7
Pediatria	6

A tabela 8 mostra o número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UBDS Vila Virgínia.

Tabela 8 – Número de profissionais de saúde por turno nos setores correspondentes na UBDS Vila Virgínia. COMUE-SMS-PMRP, Ribeirão Preto, 2015-2016.

Setor correspondente na UBDS Vila Virgínia	Profissionais de saúde	Número de profissionais de saúde por turno
Área de Emergência	Médicos	1
Área de Emergência	Enfermeiros	1
Área de Emergência	Técnicos de enfermagem	5
Área de Pronto Atendimento	Médicos	3
Área de Pronto Atendimento	Enfermeiros	1
Área de Pronto Atendimento	Técnicos de enfermagem	2
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Médicos pediatras	3
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Enfermeiros	0
Área de Pronto Atendimento (Pediatria)	Técnicos de enfermagem	1

5.4 Processo de Desenvolvimento do Protocolo de Atendimento Assistencial para Classificação de Risco e Manejo do Paciente com Suspeita de Dengue

Segue a descrição do processo de desenvolvimento do protocolo de atendimento assistencial para classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue nos serviços de pronto atendimento identificados.

5.4.1 Manejo do paciente com suspeita de dengue

Para condução dos casos com suspeita de dengue, o grupo de trabalho, recomendou a utilização sistemática do “Guia de Dengue – Diagnóstico e Manejo Clínico” (2013) do Ministério da Saúde para manejo dos pacientes com suspeita de dengue e do fluxograma “Dengue: Classificação de Risco e Manejo do Paciente” (2014) do Ministério da Saúde (Figura 7).

O quadro 1 corresponde a sistematização do atendimento, adaptado do fluxograma “Dengue: Classificação de Risco e Manejo do Paciente” do Ministério da Saúde (2014).

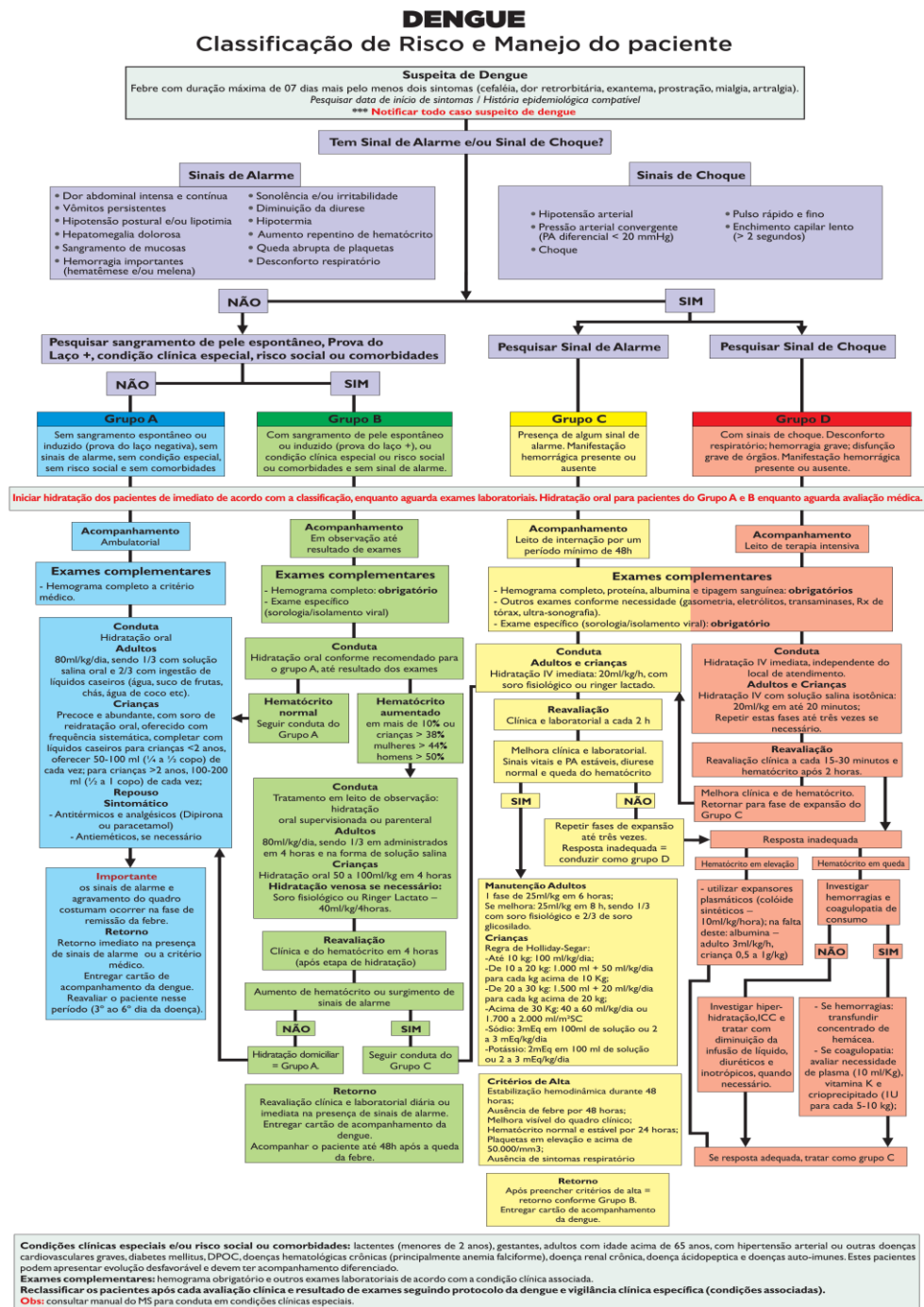
Quadro 1 – Sistematização do atendimento, adaptado do fluxograma “Dengue: Classificação de Risco e Manejo do Paciente” do Ministério da Saúde (2014).

✓	Suspeita de dengue: febre com duração máxima de 7 dias mais pelo menos dois sintomas, a saber, cefaleia, dor retroorbitária, exantema, prostração, mialgia, artralgia;
✓	Pesquisar data de início de sintomas e história epidemiológica compatível;
✓	Notificar todo o caso suspeito de dengue;
✓	Pesquisar sangramento de pele espontâneo;
✓	Pesquisar prova do laço: a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais petéquias em crianças;
✓	Pesquisar condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades: lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença ácido péptica e doenças autoimunes.

Quadro 1 – Sistematização do atendimento, adaptado do fluxograma “Dengue: Classificação de Risco e Manejo do Paciente” do Ministério da Saúde (2014) - *conclusão*

✓	Pesquisar sinais de alarme: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hipotensão postural e/ou lipotímia, hepatomegalia dolorosa, sangramento de mucosas, hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena), sonolência e/ou irritabilidade, diminuição da diurese, hipotermia, aumento repentino do hematócrito, queda abrupta de plaquetas, desconforto respiratório;
✓	Pesquisar sinais de choque: hipotensão arterial, pressão arterial convergente (pressão arterial diferencial < 20 mmHg), choque, pulso rápido e fino, enchimento capilar lento (> 2 segundos);
✓	Classificar o paciente com suspeita de dengue através de grupos: ▪ Grupo A: sem sangramento espontâneo ou induzido (prova do laço negativa), sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades. ▪ Grupo B: com sangramento de pele espontâneo ou induzido (prova do laço positiva) ou condição clínica especial ou risco social ou comorbidades e sem sinal de alarme. ▪ Grupo C: presença de algum sinal de alarme. Manifestação hemorrágica presente ou ausente. ▪ Grupo D: com sinais de choque. Desconforto respiratório; hemorragia grave; disfunção grave de órgãos. Manifestação hemorrágica presente ou ausente.
✓	Iniciar hidratação dos pacientes de imediato de acordo com a classificação, enquanto aguarda exames laboratoriais. Hidratação oral para os pacientes do grupo A e B enquanto aguarda avaliação médica.
✓	Realizar acompanhamento do paciente com suspeita de dengue de acordo com o grupo classificado: ambulatorial (grupo A), em observação até resultado de exames (grupo B), leito de internação por um período mínimo de 48 horas (grupo C) e leito de terapia intensiva (grupo D).
✓	Solicitar exames complementares de acordo com o grupo classificado: para os serviços de pronto atendimento do município de Ribeirão Preto o hemograma deverá ser solicitado para todos os pacientes com suspeita de dengue.
✓	Adotar conduta de acordo com o grupo classificado;
✓	Verificar necessidade de reavaliação, critérios de alta e retorno de acordo com o grupo classificado.

A figura 7 ilustra o fluxograma do Ministério da Saúde (2014) para manejo do paciente com suspeita de dengue.



5.4.2 Classificação de risco do paciente com suspeita de dengue nos serviços de pronto atendimento identificados

Para definir a prioridade do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada, e não segundo a ordem de chegada, humanizar e organizar a assistência, e garantir um atendimento rápido e efetivo de todos os usuários que procuram os serviços de pronto atendimento do município de Ribeirão Preto, adotou-se um protocolo de acolhimento e classificação de risco desenvolvido por profissionais da equipe de enfermagem da SMS e colaboradores.

Este protocolo foi adaptado para uso municipal mediante aos ditames da portaria 2048 do Ministério da Saúde, fundamentado no Programa Nacional de Humanização, no protocolo de acolhimento com classificação de risco do Humaniza SUS e no protocolo de Manchester. Foi desenvolvido e aplicado inicialmente na UPA, porém, gradativamente foi implantado nos demais serviços de pronto atendimento identificados.

Utiliza-se de quatro cores para realização da classificação de risco geral: vermelha, amarela, verde e azul. Cada cor identifica-se com a situação clínica do paciente e estipula o tempo médio para a realização do atendimento, conforme explicitado:

- **Vermelho:** paciente deverá ser encaminhado diretamente a sala de emergência devido a necessidade de atendimento imediato.
- **Amarelo:** paciente necessita de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não corre risco imediato de vida; necessita de avaliação, porém não é considerado uma emergência, já que possui condições clínicas para aguardar.
- **Verde:** paciente com condições de aguardar por consulta simples; trata-se de um caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente.

- **Azul:** trata-se de um caso de menor complexidade e sem problemas recentes; este paciente deve ser acompanhado no consultório médico, ambulatorialmente.
- **Situações especiais:** pacientes que necessitam de atenção especial da equipe de acolhimento / classificação de risco e, dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento. São eles: idosos (acima 60 anos); deficientes físicos; deficientes mentais; acamados; com dificuldade de locomoção; gestantes; escoltados, algemados ou envolvidos em ocorrência policial; vítima de abuso sexual; retorno em menos de 24 horas sem melhora; mãe desacompanhada com criança de colo menor de 1 ano.

O quadro 2 relaciona a situação clínica do paciente no momento da chegada ao serviço de pronto atendimento com o tempo médio para a realização do atendimento médico e a classificação de risco através das cores, no município de Ribeirão Preto.

Quadro 2 – Relação da situação clínica com o tempo médio para o atendimento médico e a classificação de risco por cores nos serviços de pronto atendimento do município de Ribeirão Preto.

Situação Clínica	Tempo médio para o atendimento médico em minutos	Classificação de Risco por cores
Emergente	0	Vermelho
Urgente	60	Amarelo
Pouco Urgente	180	Verde
Não Urgente	240	Azul

De posse desse conhecimento, o grupo de trabalho, propor-se a elaborar um protocolo de atendimento assistencial exclusivo para classificação de risco do paciente com suspeita de dengue nos serviços de pronto atendimento identificados.

Após revisão bibliográfica, identificou-se nas diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue do Ministério da Saúde (2009), a adoção das cores azul, verde, amarela e vermelha para classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas de dengue, relacionando-as com os grupos A, B, C e D, respectivamente.

Para o risco classificado como azul, o atendimento seria realizado de acordo com o horário de chegada; para o verde, a prioridade seria não-urgente; para o amarelo, o caso seria de urgência, com atendimento o mais rápido possível; para o vermelho, o caso seria de emergência, com necessidade de atendimento imediato.

Confrontou-se o protocolo de classificação de risco geral vigente no município com a classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas proposta pelo Ministério da Saúde. Mediante ao fato da dinamicidade da dengue, condição que implica em agravamento e requer atenção e vigilância constantes, o grupo de trabalho, após emissão de pareceres técnicos procedentes da apresentação à SMS, considerou a necessidade de adotar a seguinte medida de precaução: o risco dos pacientes com suspeita de dengue seria apenas classificado nas cores amarela e vermelha e não seriam utilizadas as cores verde e azul no processo de classificação.

A medida de precaução visava evitar que os pacientes pertencentes ao grupo A e B, fossem atendidos de acordo com o horário de chegada e como prioridade não urgente: elevou-se o status de risco desses grupos para a cor amarela.

Assim, os pacientes pertencentes ao grupo A e B também seriam considerados como pacientes de situação clínica urgente e atendidos o mais rápido possível, com tempo médio de 60 minutos; o agravamento do quadro durante o período de espera seria minimizado e ocorreria uma diferenciação da assistência aos pacientes com suspeita de dengue em relação aos demais casos classificados nas cores azul e verde, sem, no entanto, adotar porta de entrada exclusiva.

A figura 8 ilustra o quadro de classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas de dengue, proposto pelo Ministério da Saúde (2009 e 2013).

Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas	
	Grupo A – atendimento de acordo com o horário de chegada
	Grupo B – prioridade não-urgente
	Grupo C – urgência, atendimento o mais rápido possível
	Grupo D – emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato

Figura 8. Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas.

Fonte: Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília-DF, 2009; Ministério da Saúde. Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico. Brasília-DF, 2013.

A figura 9 ilustra o quadro de classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas de dengue, após medida de precaução adotada nos serviços de pronto atendimento identificados.

Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas	
	Grupo A – urgência, atendimento o mais rápido possível
	Grupo B – urgência, atendimento o mais rápido possível
	Grupo C – urgência, atendimento o mais rápido possível
	Grupo D – emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato

Figura 9. Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas após medida de precaução adotada nos serviços de pronto atendimento identificados.

Adaptado de: Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília-DF, 2009 e Ministério da Saúde. Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico. Brasília-DF, 2013.

O grupo de trabalho também elaborou um instrumento de acolhimento para o paciente com suspeita de dengue para utilização da equipe nas salas de classificação de risco dos serviços de pronto atendimento identificados. Após considerações do Gestor Municipal de Saúde, na qualidade de colaborador, o instrumento foi aperfeiçoado: todos os sinais de alarme e sinais de choque foram explicitados.

Para proceder a classificação do paciente com suspeita de dengue, a equipe de enfermagem foi orientada a adotar apenas as letras correspondentes aos grupos de classificação (A, B, C, D) e não utilizar as cores propostas pelo Ministério da Saúde (2009) como referência para tempo de espera. Classificaria, em primeiro momento o grupo A e o grupo B como grupo A/B, uma vez que a prova do laço, item necessário a plena distinção entre os grupos citados, não seria realizada pela equipe da Sala de Classificação de Risco.

Pacientes com suspeita de dengue classificados como grupo A/B e grupo C seriam considerados, segundo a classificação de risco geral vigente no município, como cor amarela; pacientes com suspeita de dengue classificados como grupo D seriam considerados segundo a classificação de risco geral vigente no município como cor vermelha.

Assim, desenvolveu-se as seguintes medidas protocolares:

1. Na avaliação do paciente para classificação de risco seriam coletadas na ficha de atendimento as informações:
 - Queixa principal;
 - Início, evolução e tempo de doença;
 - Estado físico do paciente;
 - Escala de dor e de Glasgow;
 - Medicções em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
 - Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de oxigênio, glicemia, frequência cardíaca e frequência respiratória;

2. Na sala de classificação de risco, uma vez identificados sinais e sintomas de febre, náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, sangramentos e sinais de alarme, compatíveis com a suspeita de dengue, a equipe de enfermagem:

- Preencheria o “Instrumento de Acolhimento para Paciente com Suspeita de Dengue no Pronto Atendimento” (Figura 10);
- Realizaria aferição do peso do paciente;
- Anexaria um “Cartão de Acompanhamento – Dengue” na ficha de atendimento (Figura 11);
- Procederia a classificação do paciente com suspeita de dengue em grupo A/B, grupo C e grupo D;
- Iniciaria hidratação oral imediata para os casos pertinentes.

As figuras 10 e 11 correspondem ao “Instrumento de Acolhimento para Paciente com Suspeita de Dengue no Pronto Atendimento” em sua versão preliminar e em sua versão final, respectivamente.

**INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO PARA PACIENTE COM SUSPEITA DE
DENGUE NO PRONTO ATENDIMENTO**

NOME:

REGISTRO:

<u>Sinais e Sintomas:</u>			
☐ Febre (duração máxima de 07 dias)	+ pelo menos dois		
☐ Cefaléia	☐ Dor Retrorbitária		
☐ Mialgia	☐ Artralgia		
☐ Prostração	☐ Exantema		
<u>Sinais de Alarme:</u>			
☐ Dor Abdominal Intensa e Contínua	☐ Sangramento de mucosas		
☐ Vômitos Persistentes	☐ Outro(s) _____		
<u>Sinais de Choque:</u>			
☐ Hipotensão Arterial	☐ Outro(s) _____		
☐ Pressão Arterial Convergente (PA diferencial <20mmHg)			
Classificação de Risco (GRUPO): ☐ A / B ☐ C ☐ D			
.....			
<u>Hematócrito:</u>		<u>Prova do Laço:</u>	
Data da Coleta ____/____/____		☐ Positiva	
Hematócrito _____%		☐ Negativa	
		☐ Não Realizada	
Reclassificação (GRUPO): ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D			

Figura 10. Instrumento de acolhimento para paciente com suspeita de dengue no pronto atendimento, versão preliminar.

Fonte: COMUE-SMS-PMRP.

**INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO PARA PACIENTE COM SUSPEITA DE
DENGUE NO PRONTO ATENDIMENTO**

NOME:

REGISTRO:

Sinais e Sintomas:

- | | |
|--|--|
| ☐ Febre (duração máxima de 07 dias) | + pelo menos dois |
| ☐ Cefaléia | ☐ Dor Retrorbitária |
| ☐ Mialgia | ☐ Artralgia |
| ☐ Prostração | ☐ Exantema |

Sinais de Alarme:

- | | |
|--|---|
| ☐ Dor Abdominal Intensa e Contínua | ☐ Sonolência e/ou irritabilidade |
| ☐ Vômitos Persistentes | ☐ Diminuição da diurese |
| ☐ Hipotensão postural e/ou lipotimia | ☐ Hipotermia |
| ☐ Hepatomegalia dolorosa | ☐ Aumento repentino de hematócrito |
| ☐ Sangramento de mucosas | ☐ Queda abrupta de plaquetas |
| ☐ Hemorragias importantes
(hematêmese e/ou melena) | ☐ Desconforto respiratório |

Sinais de Choque:

- | | |
|---|---|
| ☐ Hipotensão Arterial | ☐ Pulso rápido e fino |
| ☐ Pressão Arterial Convergente
(PA diferencial <20mmHg) | ☐ Enchimento capilar lento
(> 2 segundos) |
| ☐ Choque | |

Classificação de Risco (GRUPO): ☐ A / B ☐ C ☐ D

Hematócrito:

Data da Coleta ____/____/____

Hematócrito _____%

Prova do Laço:

- ☐ Positiva
☐ Negativa
☐ Não Realizada

Reclassificação (GRUPO): ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Figura 11. Instrumento de acolhimento para paciente com suspeita de dengue no pronto atendimento, versão final.

Fonte: COMUE-SMS-PMRP.

A figura 12 corresponde ao “Cartão de Acompanhamento – Dengue” adotado para utilização nos serviços de pronto atendimento identificados, para pacientes com suspeita de dengue.

CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO
DENGUE

Nome do paciente _____ Idade: _____

Endereço _____

Nome da Unidade de Atendimento _____

Atenção para os Sinais de Alarme:

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Queda abrupta na temperatura do corpo
- Sangramentos
- Agitação ou sonolência
- Tontura ou desmaio
- Pele fria e pálida
- Diminuição da quantidade de urina
- Dificuldade de respirar
- Choro persistente em crianças

Esses sintomas podem aparecer a partir do 3º dia da doença e indicar **Dengue Grave**. Se você apresentar um deles, procure o serviço de saúde **imediatamente!**

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde.

ESSA DOENÇA MERECE SUA ATENÇÃO!

Figura 12. Cartão de Acompanhamento – Dengue.

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em:

<http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/dengue/dengue14_cartao_atualizado_abril.pdf>.

Acesso em: 30 jun. 2015.

5.5 Processo de Padronização do Fluxo Interno para Assistência ao Paciente com Suspeita de Dengue

Segue a descrição do processo de padronização do fluxo interno para assistência ao paciente com suspeita de dengue nos serviços de pronto atendimento identificados, desde a porta de entrada até a saída, de acordo com o nível de resposta, mediante diagrama de controle.

5.5.1 Níveis de Resposta Mediante Diagrama de Controle

Como estratégia para o plano de contingência municipal para dengue, 2015-2016, o grupo de trabalho, após analisar o “Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue” (PCNED) do Ministério da Saúde (2015), recomendou a utilização de níveis de resposta para a implementação de atividades específicas para assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue nos serviços de pronto atendimentos identificados.

5.5.1.1 Níveis de Resposta

Foram propostos quatro níveis de resposta, a saber:

- Nível zero
- Nível 1
- Nível 2
- Nível 3

O quadro 3 explicita o nível de resposta relacionado ao momento da ocorrência, adaptado do PNCNED do Ministério da Saúde (2015).

Quadro 3 – Nível de resposta relacionado ao momento da ocorrência, adaptado do Plano Nacional de Contingência do Ministério da Saúde (2015).

Nível de Resposta	Momento da ocorrência
Zero	Deve ocorrer quando a incidência permanecer em ascensão por três semanas consecutivas; for detectada introdução ou reintrodução de novo sorotipo; o índice de infestação predial (IIP) ultrapassar o limite de 1%; houver aumento de tendência relativa de rumores no <i>Twitter</i> na última semana.
1	Deve ocorrer quando a incidência permanecer em ascensão por quatro semanas consecutivas e/ou ocorra notificação de caso grave suspeito ou suspeita de óbito por dengue.
2	Deve ocorrer quando o número de casos notificados para o ano ultrapassar os do limite máximo com transmissão sustentada de acordo com o diagrama de controle e/ou ocorra um aglomerado de óbitos suspeitos por dengue.
3	Deve ocorrer quando o número de casos notificados para o ano ultrapassar os do limite máximo com transmissão sustentada de acordo com o diagrama de controle; mortalidade por dengue nas últimas quatro semanas for maior ou igual a 0,06/100 mil habitantes.

5.5.1.2 Diagrama de Controle

A identificação de cada um dos níveis seria norteada pelo diagrama de controle de casos suspeitos confeccionado pela DVE. Após reconhecimento pela SMS do nível de resposta indicado pela DVE e comunicação à rede municipal de urgência e emergência, as ações seriam deflagradas e as operacionalizações programadas instituídas.

A figura 13 corresponde a estruturação do diagrama de controle da dengue com os níveis de resposta proposto pelo PCNED do Ministério da Saúde (2015).

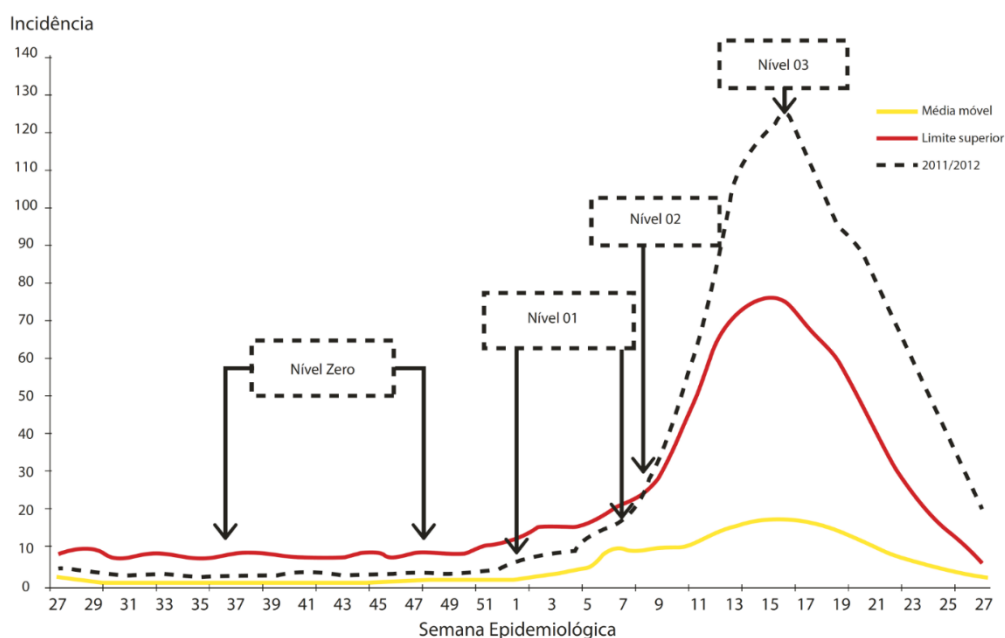


Figura 13. Estruturação do diagrama de controle da dengue com os níveis de resposta. Fonte: SVS/MS. Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue. Ministério da Saúde (2015).

A figura 14 e a figura 15 correspondem, respectivamente, ao diagrama de controle de casos confirmados de dengue no ano de 2015 e ao diagrama de controle por semana epidemiológica, utilizando média móvel de casos suspeitos de dengue, no ano 2015-2016, no município de Ribeirão Preto.

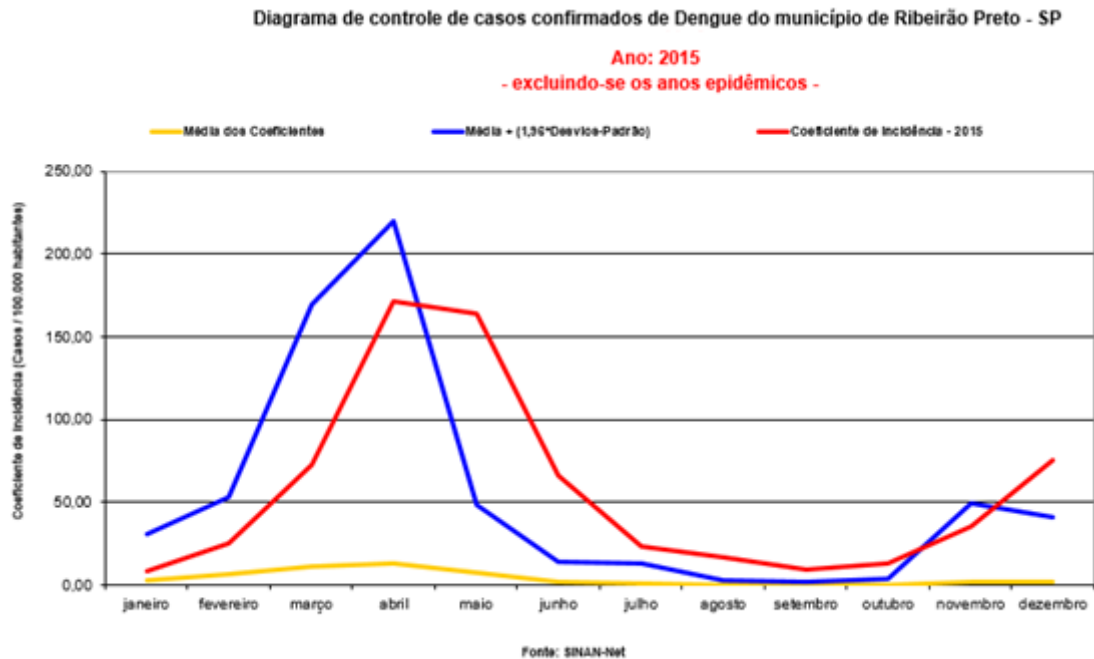


Figura 14. Diagrama de controle de casos confirmados de dengue, município de Ribeirão Preto / SP, 2015. Atualizado em 06 de janeiro de 2016.
Fonte: SINAN-DVE-DEVISA-SMS-RP

**Gráfico: Diagrama de Controle da Dengue - Média Móvel dos Coeficiente de Incidência,
por Semanas Epidemiológicas de Início de Sintomas.**
Município: Ribeirão Preto
Ano: 2015/2016
Atualizado em 06/01/2016

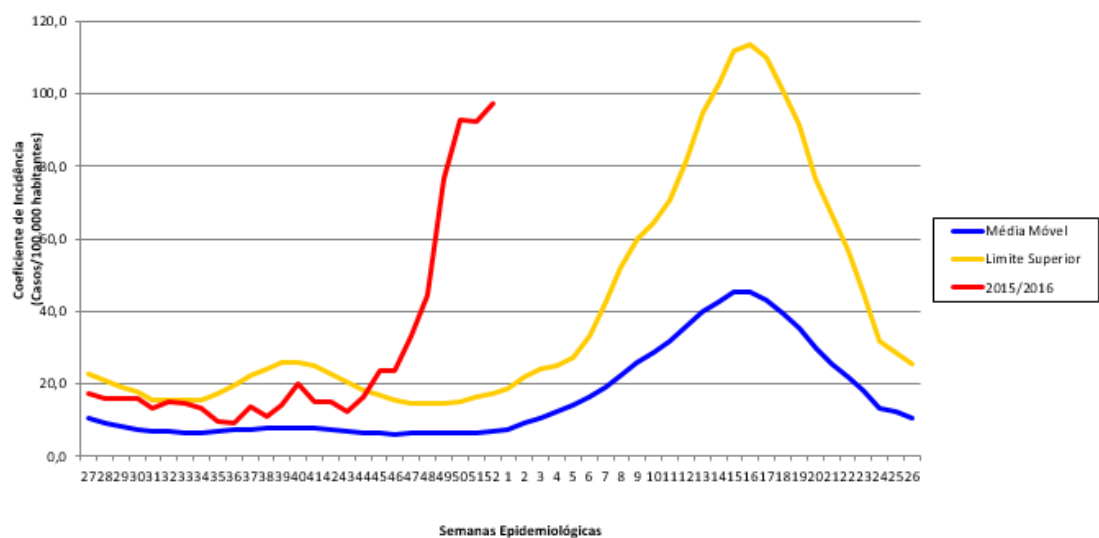


Figura 15. Diagrama de controle por semana epidemiológica, utilizando média móvel de casos suspeitos de dengue, município de Ribeirão Preto / SP, 2015-2016. Atualizado em 06 de janeiro de 2016.
Fonte: SINAN-DVE-DEVISA-SMS-RP

5.5.2 Padronização do Fluxo Interno

O grupo de trabalho, após narração de experiências prévias vivenciadas nos serviços de pronto atendimento identificados por ocasião do enfrentamento de epidemias de dengue ocorridas no município de Ribeirão Preto, reflexão sobre as realidades locais e discussão de estratégias para o aumento do cuidado ao paciente com suspeita de dengue na componente assistência em urgências e emergências, propôs padronização do fluxo interno nas UPA/UBDS para organização do atendimento.

5.5.2.1 Níveis Zero e 1

Ação deflagrada: organização, acompanhamento e orientação da rede municipal de urgência e emergência para atendimento dos casos suspeitos de dengue, com adoção de abordagens diferenciadas nas UPA/UBDS.

Operacionalização:

Portas de Entrada: os serviços de pronto atendimento identificados dispõem de duas portas de entrada, a saber, “Área de Pronto Atendimento” e “Área de Emergência”.

- Área de Emergência – assistência habitual:
 - A entrada pela Área de Emergência fica reservada ao SAMU 192, GRAU (Grupo de Atendimento e Resgate às Urgências) - Resgate 193, ambulâncias correlatas e pacientes trazidos por meios próprios, porém com gravidade emergencial presumida.
- Área de Emergência – abordagem diferenciada:
 - Paciente com suspeita de dengue trazido pelo SAMU 192 e ambulâncias correlatas ou por meios próprios com gravidade emergencial presumida, seria acolhido inicialmente pela equipe da Área de Emergência e teria o seu risco classificado.
 - Paciente pertencente ao grupo A/B, após documentação da classificação de risco realizada pelo plantonista médico em ficha de atendimento, seria

conduzidos para atendimento na Área de Pronto Atendimento. Paciente pertencente ao grupo C seria conduzido para atendimento na Sala Amarela e paciente pertencente ao grupo D seria imediatamente conduzido para atendimento na Sala Vermelha.

- Área de Pronto Atendimento – assistência habitual:
 - Paciente que procura o serviço de pronto atendimento por demanda espontânea, sem gravidade presumida, adentra a Área de Pronto Atendimento através da Recepção e é acolhido;
 - Na Recepção: o agente administrativo faz o registro através de sistema informatizado e imprime a ficha de atendimento; o paciente aguarda o chamado da equipe de enfermagem e é conduzido à Sala de Classificação de Risco;
 - Na Sala de Classificação de Risco, o protocolo de classificação de risco geral vigente no município é aplicado e os paciente conduzidos para atendimento conforme previamente descrito; são utilizadas as cores azul, verde, amarela e vermelha para a classificação.
- Área de Pronto Atendimento – abordagem diferenciada:
 - Na Sala de Classificação de Risco: a equipe de enfermagem coletaria as informações necessárias para proceder à classificação de risco para pacientes com suspeita de dengue, conforme previamente descrito. Apenas seriam utilizadas as cores amarela e vermelha nesta classificação e os pacientes classificados segundo os grupos A/B, C e D. Paciente pertencente ao grupo A/B, após adoção das medidas previamente relatadas, seria conduzido ao Consultório Médico para atendimento. Paciente pertencente ao grupo C ou ao grupo D seria conduzido para a Área de Emergência.
 - No Consultório Médico: o médico responsável realizaria o atendimento ao paciente com suspeita de dengue previamente classificado e corroboraria a hipótese diagnóstica; iniciaria o preenchimento do “Cartão de acompanhamento – Dengue”; documentaria na ficha de atendimento médico, como primeiro item de sua conduta, a inscrição “Protocolo de

Dengue”, aplicaria rigorosamente o protocolo de atendimento para manejo clínico do paciente, segundo fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde (2014), solicitaria obrigatoriamente o hemograma para todos os pacientes com suspeita de dengue e demais exames conforme critério clínico e encaminharia o paciente para a Sala Verde;

- Sala Verde: uma vez identificada a inscrição “Protocolo de Dengue” na ficha de atendimento, a equipe de enfermagem realizaria os procedimentos protocolares, a saber, prova do laço, micro-hematócrito, continuação do preenchimento do cartão dengue, aferição da pressão em duas posições e notificação da suspeita; após a realização da prova do laço, seria possível diferenciar com propriedade o grupo A/B em grupo A e grupo B;
- Laboratório: os exames seriam coletados pela equipe de enfermagem em sala própria e encaminhados através de transporte para o laboratório, uma vez que, nos serviços de pronto atendimento identificados, não há análise de resultado. O tempo máximo de resposta estipulado pelo grupo de trabalho foi de quatro horas. Os resultados seriam verificados através de sistema informatizado. Conforme preconização da SMS, para os níveis de resposta zero e 1, estariam disponibilizados a pesquisa do antígeno NS1 ou a sorologia para dengue para todos os casos suspeitos.
- Reavaliação no Consultório Médico: após hidratação e aplicação de sintomáticos, o paciente com suspeita de retornaria ao consultório para reavaliação do estado geral e grau de hidratação, verificação do resultado de exames, prescrição de medicações para domicílio, orientações sobre sinais de alarme, sangramentos e choque, confecção de atestado médico e necessidade de novo retorno.

Quanto a critérios de permanência na unidade, alta, retorno e encaminhamento do paciente com suspeita de dengue, o grupo de trabalho padronizou o seguinte fluxo:

Grupo A: conforme julgamento do médico responsável, paciente pertencente ao grupo A poderia ou não aguardar os resultados de exames na unidade. Se dispensado, o paciente seria orientado a retornar ao serviço de pronto atendimento para reavaliação e verificação de resultado de exames ou, seria encaminhado

através da “Guia de Referência para Paciente com Suspeita de Dengue” (Figura 16), para Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF), mais próxima de seu domicílio para seguimento.

A figura 16 ilustra a “Guia de Referência para Paciente com Suspeita de Dengue”, desenvolvida pelo grupo de trabalho, para encaminhamento do paciente com suspeita de dengue pertencente ao grupo A para reavaliação clínica, verificação de resultado de exames, conduta e seguimento nas UBS/USF.

GUIA DE REFERÊNCIA PARA PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

ORIGEM	
UPA/UBDS: _____	
PARA	
UBS/USF: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: _____	Hygia: _____
Data de Nasc.: ____/____/____	Idade: ____ Sexo: () F () M C.N.S.: _____
Endereço: _____	Município: _____
Nome da Mãe: _____	
Nome do Responsável: _____	
Servimo-nos da presente guia para encaminhar o (a) paciente supracitado (a) sob SUSPEITA DE DENGUE pertencente ao GRUPO A para reavaliação clínica, verificação de resultado de exames, conduta e seguimento. No momento: - Não apresenta sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos; - Não apresenta sinais de alarme; - A prova do laço foi negativa e não apresenta manifestações hemorrágicas espontâneas; - Não apresenta comorbidade, não pertence à grupo de risco e não apresenta condições clínicas especiais.	
ATENDIMENTO	
Data do início dos sintomas: ____/____/____	Dia de sintomas: ____º
Febre: () Sim () Não	Se não, número de dias sem febre: ____
Sintomas: () Cefaléia () Dor Retrorbitária () Mialgia () Artralgia	
() Prostração () Exantema () Outro(s) _____	
Pressão Arterial (saída): _____ mmHg (sentado)	_____ mmHg (em pé)
Exames realizados: () Hemograma () NS1 () Outro(s) _____	
Conduta terapêutica:	

Orientações para Seguimento:	

NOME:	CRM: DATA: ____/____/____

Figura 16. “Guia de Referência do Paciente com Suspeita de Dengue”. Fonte: COMUE-SMS-PMRP

Grupo B: paciente pertencente ao grupo B deveria obrigatoriamente permanecer na unidade até os resultados dos exames laboratoriais solicitados. Seriam orientados a retornar no serviço de pronto atendimento para reavaliação diariamente até critérios de alta ou imediatamente na presença de sinais de alarme, conforme protocolo de atendimento para manejo clínico do paciente, segundo fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde (2014).

Grupo C: paciente pertencente ao grupo C deveria ser encaminhado da Sala Amarela para internação hospitalar por no mínimo 48 horas para acompanhamento; o médico responsável solicitaria internação e transporte através de sistema informatizado; através da Central de Regulação, o médico regulador providenciaria a unidade hospitalar de referência para a recepção do paciente.

Grupo D: paciente pertencente ao grupo D deveria ser encaminhado da Sala Vermelha para internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); o médico responsável solicitaria internação e transporte através de sistema informatizado; através da Central de Regulação o médico regulador providenciaria a unidade hospitalar de referência para a recepção do paciente e disponibilizaria a Unidade de Suporte Avançado (USA) para remoção.

A figura 17 ilustra o fluxograma correspondente ao atendimento do paciente com suspeita de dengue nos níveis Zero e 1 de resposta.

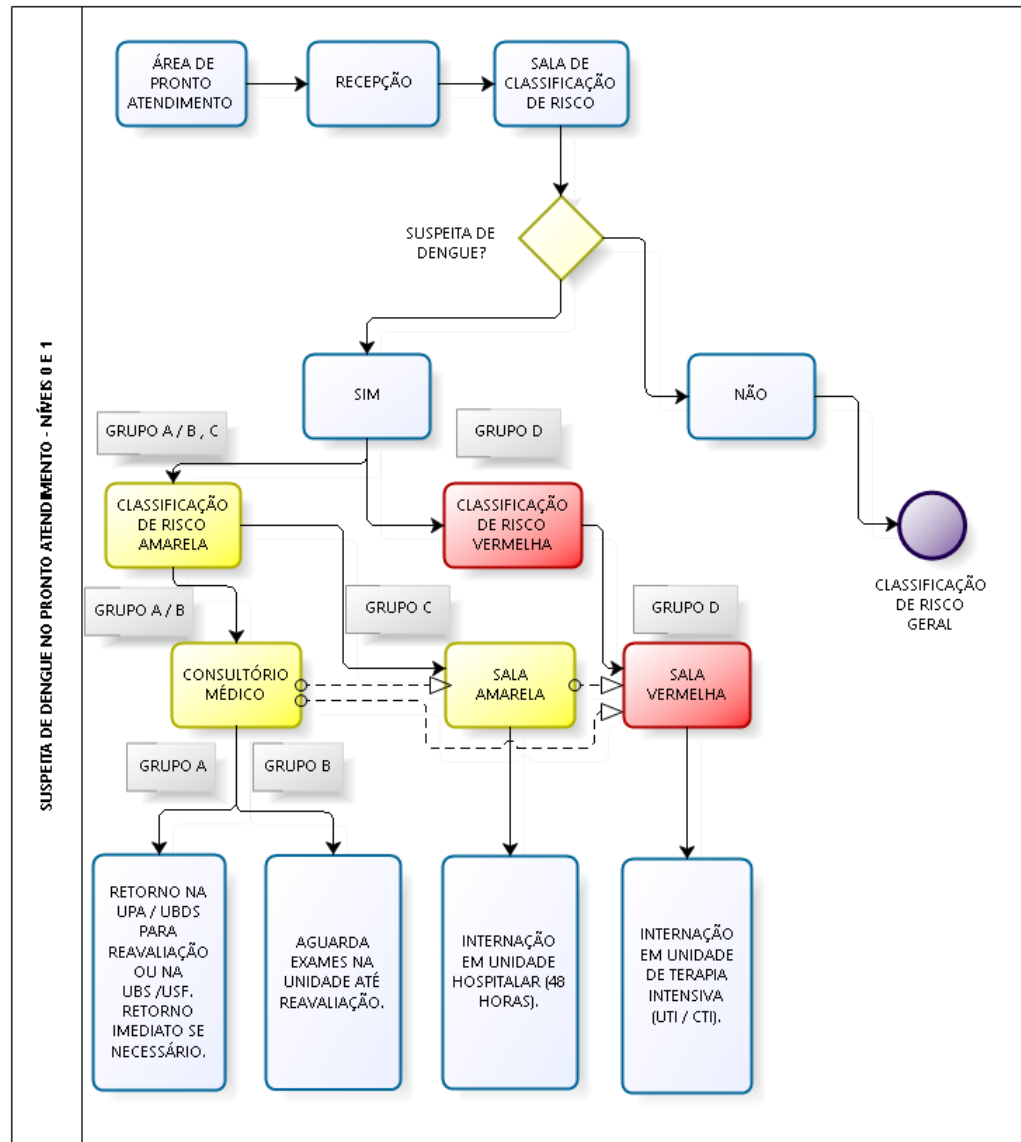


Figura 17. Fluxograma correspondente ao atendimento do paciente com suspeita de dengue nos níveis Zero e 1 de resposta
Fonte: COMUE-SMS-PMRP

5.5.2.2 Nível 2

Ação deflagrada: organização, acompanhamento e orientação da rede municipal de urgência e emergência para atendimento dos casos suspeitos de dengue, com instalação de salas de hidratação nas UPA/UBDS.

Operacionalização:

- Instalação de Salas de Hidratação nos APH fixos de assistência 24 horas:
 - Uma vez sinalizado o nível 2 de resposta pela SMS, os quatro APH fixos em atividade seriam contemplados com a instalação de Salas de Hidratação.
- Características:
 - Local: readequação do espaço interno da própria unidade para instalação da Sala de Hidratação na Área de Pronto Atendimento;
 - Porta de entrada: utilização da mesma porta de entrada para casos regulares;
 - Recepção: utilização da mesma recepção para casos regulares;
 - Sala de Classificação de Risco: utilização da mesma Sala de Classificação de Risco para casos regulares; paciente pertencente ao grupo A/B seria conduzido diretamente para a Sala de Hidratação; paciente pertencente ao grupo C ou ao grupo D seria encaminhado para a Área de Emergência;
 - Recursos humanos: um profissional médico de referência na Área de Pronto Atendimento por turno; um profissional enfermeiro exclusivo para a Sala de Hidratação; três técnicos de enfermagem exclusivos para a Sala de Hidratação por turno;
- Atribuições da equipe de enfermagem:
 - Realização da prova do laço;
 - Micro-hematócrito;
 - Confecção do cartão dengue;
 - Notificação da suspeita de dengue;
 - Pedido de sorologia, conforme situação epidemiológica;
 - Hidratação oral imediata dos casos pertinentes,

- Solicitação de hemograma;
 - Encaminhamento para o médico de referência de referência.
-
- Atribuições do profissional médico de referência:
 - Suporte a equipe de enfermagem da Sala de Hidratação;
 - Reclassificação do paciente conforme critério clínico;
 - Suporte técnico aos demais médicos na Área de Pronto Atendimento;
 - Assistência médica propriamente dita.

A figura 18 ilustra o fluxograma correspondente ao atendimento do paciente com suspeita de dengue no nível 2 de resposta.

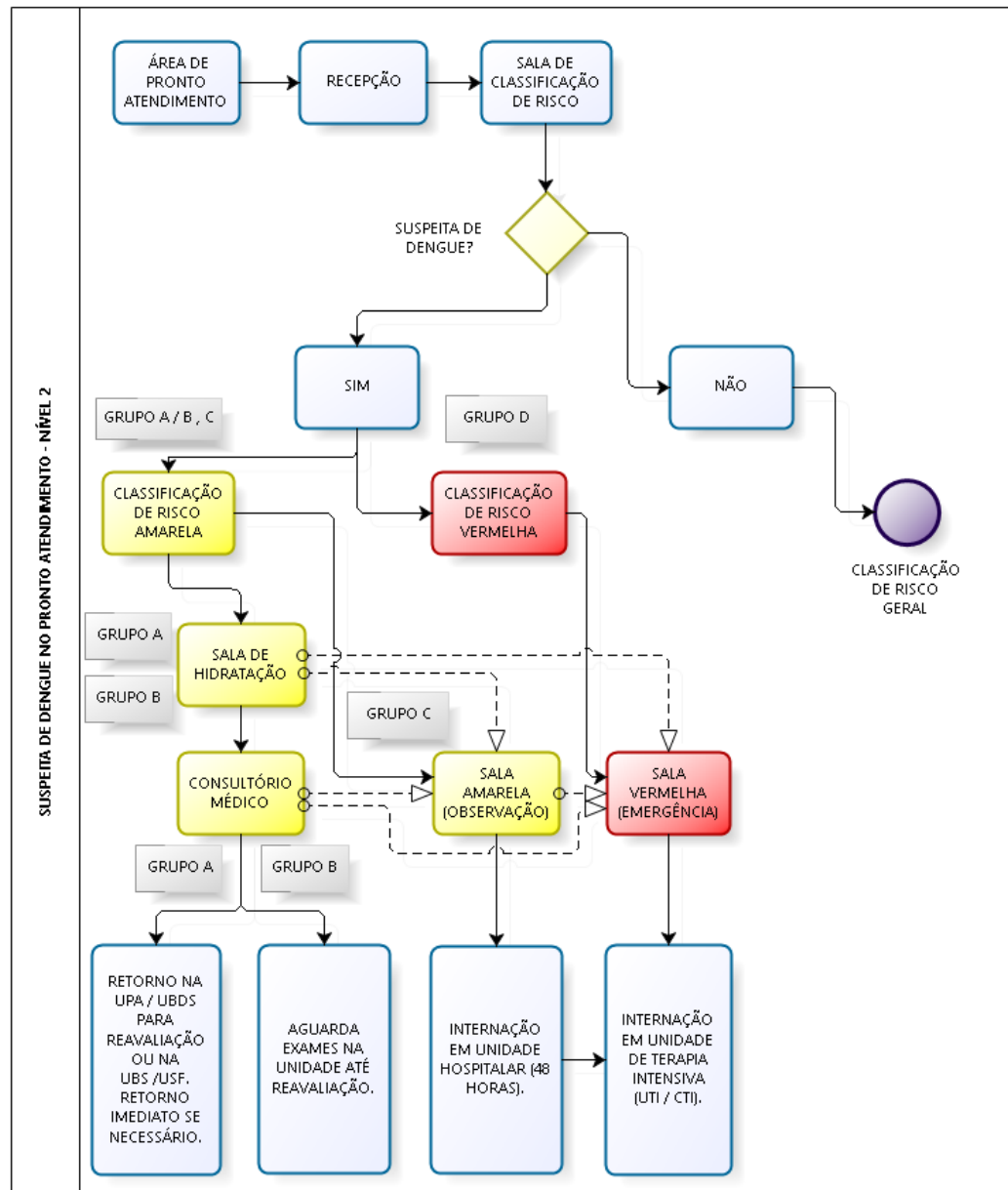


Figura 18. Fluxograma correspondente ao atendimento do paciente com suspeita de dengue no nível 2 de resposta.
Fonte: COMUE-SMS-PMRP

5.5.2.3 Nível 3

Ação deflagrada: organização, acompanhamento e orientação da rede municipal de urgência e emergência para atendimento dos casos suspeitos de dengue, com manutenção das salas de hidratação instaladas nas UPA/UBDS e instalação de unidades de atendimento para dengue (Polos Dengue).

Operacionalização:

- Manutenção das Salas de Hidratação nos APH fixos de assistência 24 horas.
- Instalação de Polos Dengue: unidades provisórias de hidratação e suporte direcionadas ao atendimento de pacientes com suspeita de dengue.
- Características:
 - Local: o grupo de trabalho propôs a escolha compartilhada de cinco unidades de saúde, dentre os distritos do município, para atuarem como Polos Dengue;
 - Estrutura Física: deveriam apresentar estrutura física adequada para acolher contingente populacional;
 - Horário de funcionamento: habitualmente as unidades de saúde do município, sendo UBS/USF ou ambulatórios de especialidades, funcionam até as 17 horas; o grupo de trabalho propôs a ampliação do horário de atendimento das unidades de saúde escolhidas até as 23 horas; após o término do expediente os pacientes pertencentes ao grupo A e ao grupo B seriam direcionados as UPA/UBDS para continuidade do atendimento; pacientes pertencentes ao grupo C seriam direcionados à unidade hospitalar de referência ou encaminhados à UBDS/UPA para continuidade do atendimento; pacientes pertencentes ao grupo D seriam transferidos imediatamente para unidade hospitalar de referência, transportados pela USA, mediante recurso disponibilizado pela Central de Regulação.
 - Atendimento: o acolhimento ao paciente com suspeita de dengue seria por demanda espontânea e dos casos referenciados pelos serviços de pronto atendimento identificados; o grupo de trabalho propôs a suspensão do

atendimento regular e remarcação de consultas previamente agendadas nas unidades de saúde escolhidas.

- Equipe: composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes administrativos contratados para este fim ou realocados das unidades de saúde para atendimento.
- Recursos Humanos: um profissional médico exclusivo por turno; um profissional enfermeiro exclusivo por turno; três técnicos de enfermagem exclusivos por turno e um agente administrativo por turno.

A figura 19 ilustra o fluxograma correspondente ao atendimento do paciente com suspeita de dengue no nível 3 de resposta.

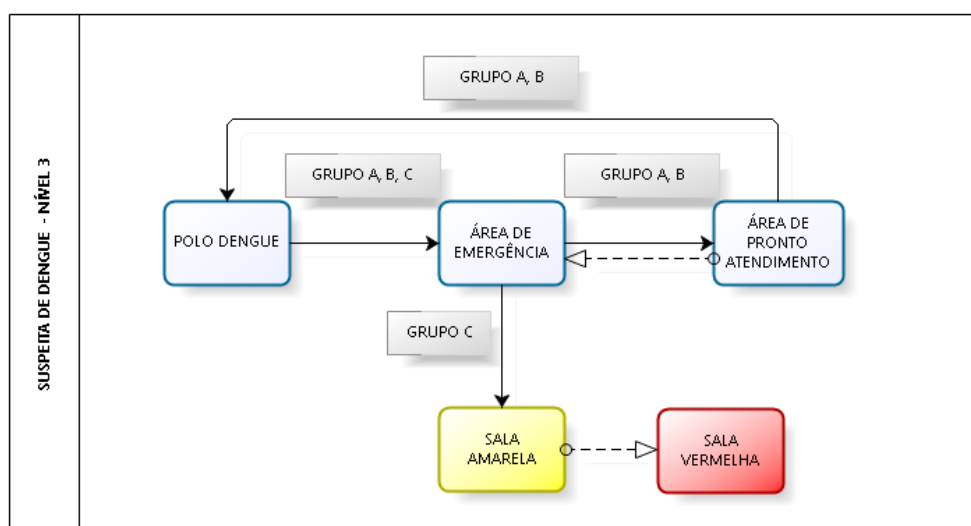


Figura 19. Fluxograma correspondente ao atendimento do paciente com suspeita de dengue no nível 3 de resposta.

Fonte: COMUE-SMS-PMRP

5.6 Novas Propostas

Segue a elaboração de novas propostas para incremento da organização e estruturação da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue, mediante a experiência descrita.

5.6.1 Capacitações em Dengue de acordo com o nível de resposta

- **Nível Zero**

Ação deflagrada: Apoio às capacitações.

Operacionalização: disponibilização da equipe técnica do Núcleo de Educação em Urgências (NEU), *experts* convidados e recursos em educação à distância (EAD) para discussão de manejo clínico, classificação de risco do paciente com suspeita de dengue e capacitação de profissionais de saúde.

- a) Aulas expositivas dialogadas

Objetivo: Capacitar profissionais de saúde envolvidos na atenção aos pacientes com dengue nas UPA/UBDS, visando à melhoria da qualidade da assistência e redução da taxa de letalidade das formas graves dessa doença.

Público-alvo: Profissionais médicos e enfermeiros que prestam assistência aos pacientes com suspeita de dengue nas UPA/UBDS.

Método: Aula expositiva dialogada

Carga horária: 2 horas

b) Curso online:

Objetivo: Capacitar profissionais de saúde através da realização do curso online “Atualização do Manejo Clínico da Dengue”, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), disponível através do site:

<http://www.unasus.gov.br/Dengue>

Público-alvo: Profissionais médicos e enfermeiros que prestam assistência aos pacientes com suspeita de dengue nas UPA/UBDS.

Método: EAD.

Carga horária: 10 horas.

- **Nível 1**

Ação deflagrada: Apoio às capacitações *in loco*.

Operacionalização: disponibilização da equipe técnica do NEU e *experts* convidados para discussão de manejo clínico, classificação de risco do paciente com suspeita de dengue e capacitação de profissionais de saúde no local de trabalho, através de treinamento rápido em serviços de saúde.

Treinamento rápido em serviços de saúde

Objetivo: Capacitar profissionais de saúde envolvidos na atenção aos pacientes com dengue nas UPA/UBDS, através de treinamento rápido em serviços de saúde desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo (2015), disponível através dos sites:

- http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/materiais-de-comunicacao/dengue-2015/treinamento_rapido_medicos_2015.pdf
- <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/materiais-de-comunicacao/dengue-2015/enfermagem.pdf>

Público-alvo: Profissionais médicos e enfermeiros que prestam assistência aos pacientes com suspeita de dengue nas UPA/UBDS.

Método: Treinamento rápido *in loco*

Carga-horária: 15 minutos.

- **Níveis 2 e 3**

Ação deflagrada: Convocação de profissionais para participação em discussões de casos clínicos.

Operacionalização: disponibilização da equipe técnica do NEU e *experts* convidados para análise e discussão de casos clínicos com profissionais de saúde que prestaram assistência a pacientes graves e/ou com desfecho desfavorável.

Discussão de casos graves e casos de óbitos ocorridos no município mediante a instalação dos níveis 2 e 3 de resposta.

Objetivo: Analisar com enfoque reflexivo o atendimento prestado ao paciente com suspeita de dengue que apresentou forma grave da doença e/ou evoluiu para óbito, desde a sua admissão até o seu desfecho.

Público-alvo: Profissionais médicos e enfermeiros que prestaram a assistência à pacientes com suspeita de dengue que apresentaram formas graves e/ou que evoluíram com óbito.

Método: Discussão de casos clínicos.

Carga-horária: 02 horas.

Cronograma: De acordo com a demanda, os profissionais de saúde citados serão convocados a participar das discussões.

5.6.2 Uso de Indicadores e Metas

Para avaliar e fornecer subsídios para o planejamento treinamentos em dengue no município de Ribeirão Preto propõe-se a adoção dos seguintes parâmetros e metas:

1. Percentual de profissionais médicos participantes do treinamento em dengue que atuam nos componentes de APH fixos de assistência 24 horas (UPA/UBDS)

Cálculo:

Nº de profissionais médicos participantes do treinamento em dengue nas UPA/UBDS

$$\frac{\text{Nº de profissionais médicos participantes do treinamento em dengue nas UPA/UBDS}}{\text{Nº de profissionais médicos que atuam nas UPA/UBDS}} \times 100$$

Análise: mensal

Meta: Promover treinamento em dengue, ao menos, para 90% dos profissionais médicos que atuam nas UPA/UBDS.

Fonte: Adaptado do Plano Municipal de Contingência. Febre de Chikungunya e Dengue. 2014-2015. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/>. Acesso em: 26 jun. 2015.

2. Percentual de profissionais enfermeiros participantes do treinamento em dengue que atuam nos componentes de APH fixos de assistência 24 horas (UPA/UBDS)

Cálculo:

Nº de profissionais enfermeiros participantes do treinamento em dengue nas
UPA/UBDS

$$\frac{\text{Nº de profissionais enfermeiros participantes do treinamento em dengue nas UPA/UBDS}}{\text{Nº de profissionais enfermeiros que atuam nas UPA/UBDS}} \times 100$$

Análise: mensal

Meta: Promover treinamento em dengue, ao menos, para 90% dos profissionais enfermeiros que atuam nas UPA/UBDS.

Fonte: Adaptado do Plano Municipal de Contingência. Febre de Chikungunya e Dengue. 2014-2015. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/>. Acesso em: 26 jun. 2015.

5.6.3 Mapeamento Estruturado

Para melhoria da organização da assistência em urgências e emergência para pacientes com suspeita de dengue no município de Ribeirão Preto propõe-se a realização de mapeamento estruturado dos serviços de pronto atendimento como norteador e facilitador do processo de construção de planos de contingência de dengue.

A descrição da experiência, mediante a estruturação da componente assistência do plano de contingência municipal para dengue, 2015-2016, possibilitou a construção de uma ferramenta de gestão, de aplicabilidade prática, intitulada “Instrumento de Mapeamento Estruturado – Dengue” (Apêndice B).

5.6.3.1 Instrumento de Mapeamento Estruturado – Dengue

Propõe-se a aplicação desta ferramenta como norteadora e facilitadora do processo de construção de planos de contingência de dengue, concernente a componente assistência em urgências e emergências.

Este instrumento de gestão foi desenvolvido como roteiro para a compreensão sistematizada das estruturas organizacionais e dos processos que permeiam os componentes de APH fixos de assistência 24 horas. Foi elaborado mediante a experiência descrita e fundamentado na utilização de dispositivos propostos pelas “Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue” do Ministério da Saúde (2013).

É composto por 12 questões discursivas, que englobam os seguintes temas:

1. Identificação dos serviços de pronto atendimento;
2. Caracterização geral e física dos serviços de pronto atendimento;
3. Estrutura organizacional dos serviços de pronto atendimento;
4. Protocolo assistencial para classificação de risco e manejo;
5. Adoção de dispositivos;
6. Fluxo interno padronizado para assistência;
7. Procedimentos operacionais para assistência;
8. Cálculos estimativos;
9. Previsões;
10. Treinamentos;
11. Discussões qualificadas;
12. Níveis de resposta mediante diagrama de controle.

5.6.4 Atualização Contínua de Instrumentos e Recursos Utilizados

Sabe-se que com a evolução do conhecimento, mediante a incorporação de experiências, os protocolos de manejo clínico dos pacientes com suspeita de dengue são passíveis de revisões e atualizações. Com isso, os instrumentos facilitadores da assistência (Figura 11 e 16) poderão tornar-se obsoletos.

Assim, propõe-se que, pelo menos, a cada semestre, estes instrumentos sejam revisados e atualizados, mediante a confrontação com a literatura nacional e internacional.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo vislumbrou compreender, através do relato da experiência vivenciada pela COMUE, sob a perspectiva do autor como membro, as nuances do processo de organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue no município de Ribeirão Preto, mediante estruturação do plano de contingência municipal para dengue, 2015-2016.

O convite realizado pelo DEVISA para que profissionais envolvidos com assistência em urgências e emergências participassem do processo de construção daquele plano, possibilitou intensa troca de experiências, compartilhamento de ideias e conhecimentos e fortalecimento da articulação entre os setores de gestão. Esta proximidade gerada revelou-se vital por ocasião da instalação da epidemia de dengue no município de Ribeirão Preto em 2016.

Como visto, durante o ano de 2015, a cidade esteve em estado de alerta enquanto o cenário nacional evidenciava uma grande epidemia, particularmente no Estado de São Paulo, com municípios gravemente sendo acometidos pela doença e com ocorrência de óbitos. Notou-se, desde o final do ano, a partir do mês de outubro, o aumento da incidência de casos de dengue em Ribeirão Preto e, este aumento, culminou com a evidência de índices epidêmicos em 06 de janeiro de 2016. Prevvia-se a maior epidemia a ser enfrentada: neste dia, a SMS, através de informação prestada pela DVE mediante a utilização do diagrama de controle de casos notificados, noticiava um salto do Nível Zero diretamente para o Nível 2 de resposta.

A epidemia de dengue em 2016 se concretizou formalmente em 6 de janeiro de 2016, com a publicação no Diário Oficial do “Decreto Nº 001”, que dispunha sobre a declaração de situação de emergência no município de Ribeirão Preto, em virtude de situação anormal decorrente de iminente perigo à saúde pública pelo alto índice de infestação do *Aedes aegypti*. Assim, Ribeirão Preto foi o primeiro município em 2016 a decretar uma situação de emergência.

No entanto, a rede de atenção à saúde estava preparada para o enfrentamento da epidemia: o plano de contingência havia sido estruturado com pelo menos seis meses de antecedência e atualizado frente à situação epidemiológica instalada e a necessidade de solicitação de complementação do aporte financeiro.

Este processo de estruturação conjunta fortaleceu o sinergismo para deflagrações de ações por ocasião da instalação da epidemia. Naquele mesmo dia,

foram deflagradas as ações correspondentes ao Nível 2 de resposta. Nota-se que o DVE possuía experiência com o manuseio de diagramas de controle, porém, não havia menção de utilizá-los para nortear a identificação de níveis de resposta para ações assistenciais. Esta estratégia configurou-se como fundamental para a deflagração de resposta imediata nos serviços de pronto atendimento identificados por ocasião da epidemia de dengue no ano de 2016.

De forma incisiva, os componentes do atendimento pré-hospitalar para assistência aos pacientes com suspeita de dengue identificados neste estudo, receberam a instalação de salas de hidratação, com aplicação prática do protocolo de atendimento assistencial para classificação de risco e manejo clínico do paciente e o fluxo interno previamente pactuado e descrito, foi instalado com integralidade, desde a porta de entrada até a saída dos serviços.

Mediante ao escopo do trabalho, este se limitou a descrever processos relacionados à rede de urgência e emergência municipal, porém é notória a preeminência do preparo, sensibilização e estruturação contínuos de toda rede para receber o aumento expressivo de pacientes além do comumente observado, qualificar e capacitar equipes, prover insumos, gerenciar o fluxo interno e promover resposta satisfatória ao usuário.

Como particularidade, conforme inferência da SMS, aproximadamente 70% dos atendimentos para pacientes com suspeita de dengue são realizados nos serviços de pronto atendimento (UPA/UBDS) no município de Ribeirão Preto. Apesar do modelo hegemônico, para a organização dos serviços, ser de caráter tecnoassistencial e piramidal, com a base composta pelas UBS e USF como portas de entrada para o sistema de saúde, nota-se uma busca do usuário pelo atendimento de acordo com a oferta de satisfação de suas necessidades, mesmo que haja o descumprimento desta hierarquização (GOMIDE, 2012).

No presente estudo ficou exposta a preocupação do grupo de trabalho da COMUE com esta situação: uma vez invertida o correto posicionamento das unidades pré-hospitalares que prestam assistência em urgência e emergência da posição central para a base da estrutura piramidal, o risco de superlotação, saturação da estrutura, instalação de ambiente crítico e geração de conflitos entre os usuários e a equipe de saúde, por falta de fluxo próprio estabelecido e da utilização sistemática de protocolos clínicos e de classificação de risco em relação ao

atendimento prestado para o paciente com suspeita de dengue poderiam comprometer gravemente o processo assistencial. Neste contexto, a organização da assistência em urgência e emergência configura-se como parte crítica e fundamental para evitar o agravamento dos casos e a ocorrências de óbitos.

Fica evidente através do relato de experiência descrito o detalhamento pormenorizado das padronizações para aplicação nos serviços de pronto atendimento identificados por ocasião de níveis epidêmicos, inclusive a exposição de instrumentos criados especialmente pelo grupo de trabalho para acolhimento e classificação de risco do paciente com dengue (Figura 11) e para promoção de contrarreferenciamento de qualidade, respeitando-se o nível de complexidade do receptor (Figura 16).

Quanto à classificação de risco diferenciada para pacientes com suspeita de dengue nos serviços de pronto atendimento identificados, a medida de precaução adotada, de utilizar apenas as cores amarela e vermelha para orientar o risco e o tempo de espera para a consulta médica, é díspar da utilização das quatro cores proposta pelo Ministério da Saúde (2009) e das cinco cores, a saber, azul, verde, amarela, laranja e vermelha, adotadas pelo protocolo de Manchester (BELO HORIZONTE, 2013).

No entanto, o presente estudo poderá promover às autoridades uma revisão sobre o acolhimento com classificação de risco para pacientes com suspeita de dengue nas unidades de pronto atendimento: as unidades de urgência e emergência que adotam o protocolo do Ministério da Saúde classificam o paciente através das cores azul, verde, amarelo e vermelho. Os pacientes pertencentes ao grupo A são classificados na cor azul e podem ser atendidos de acordo com o horário de chegada; os pacientes pertencentes ao grupo B são classificados na cor verde e o atendimento é prioritário, porém não urgente. Somente os pacientes pertencentes aos grupos C e D, são classificados com urgência e emergência, respectivamente, sendo atendidos, o mais rápido possível, e, aquele último, imediatamente. O modelo descrito no presente estudo, não diferencia a porta de atendimento como exclusiva para pacientes com suspeita de dengue, porém, ao utilizar instrumentos de acolhimento e classificação de risco que permitem incluir os Grupos A, B e C como amarelos e o Grupo D como vermelho, elucida-se, hipoteticamente, um maior dinamismo e agilidade no atendimento: as superlotações seriam amenizadas, a

possibilidade de agravamentos nas filas dos serviços de pronto atendimento e a ocorrência de óbitos, diminuídas. O modelo relatado também poderá ser testado em outros serviços e nortear o atendimento de outras doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes*, como a febre de Chikungunya e Zika vírus.

Através do presente estudo espera-se fortalecer a articulação entre os setores de gestão, vigilância e assistência para a promoção do incremento do cuidado e da gestão de epidemias no município, a instrumentalização de gestores, o respaldo para prestadores de serviços e a minimização dos agravos, por vezes irreparáveis, ao bem-estar e a integridade do usuário frente a uma doença de projeção mundial.

Quanto à apresentação de novas propostas para utilização no município de Ribeirão Preto, destacou-se no presente estudo o apoio às capacitações por nível de resposta, o uso de indicadores e a confecção de um instrumento de mapeamento estruturado. Através da aplicação desse instrumento como modelo a ser reproduzido, espera-se melhoria da organização de serviços de urgência e emergência de outros municípios, uma vez que detalha todo o processo de estruturação da componente frente à elaboração de um plano de contingência de enfrentamento da dengue concernente a componente assistência em urgências e emergências.

Destaca-se também o modelo apresentado no estudo quanto a instalação de Polos Dengue para o Nível 3 de resposta: propôs-se a utilização de unidades com estrutura física e recursos já instalados para o atendimento ao paciente com suspeita de dengue ao invés da utilização de tendas para a mesma finalidade. Verificou-se que, através de pesquisa de mercado, por ocasião da estruturação do plano de contingência, a instalação de tendas de hidratação seria onerosa em relação à utilização de unidades físicas com redirecionamento de fluxo e remarcação de consultas para instalação do Polo.

Como fator limitante, o presente estudo restringiu-se ao escopo da urgência e emergência nos APH, sendo, portanto, excluídos os âmbitos concernentes à Atenção Básica (UBS / USF) e às unidades hospitalares.

7. CONCLUSÕES

- Os resultados apresentados no presente estudo permitem compreender o processo de organização da assistência em urgência e emergências para pacientes com suspeita de dengue no Município de Ribeirão Preto.
- A transposição teórica para aplicação prática, mediante a deflagração de ações previstas no plano de contingência para dengue, poderá contribuir para a estruturação de um atendimento em função do potencial de gravidade, rápido, efetivo e, sobretudo humanizado;
- O fortalecimento da articulação entre os setores de gestão, vigilância e assistência, foi inerente ao estudo e poderá ser utilizado como propulsor do incremento do cuidado ao paciente com suspeita de dengue,
- O presente estudo poderá cooperar para a manutenção do município de Ribeirão Preto como fonte de experiências exitosas e referência nacional em dengue e gestão de epidemias.
- A experiência descrita, advinda do processo de organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue no município de Ribeirão Preto, poderá ser testada e replicada para a estruturação de planos de contingências para a dengue em âmbito loco-regional.
- A identificação dos componentes do atendimento pré-hospitalar, a caracterização de suas estruturas organizacionais e a descrição da padronização do fluxo interno dos serviços de pronto atendimento do município de Ribeirão Preto poderão nortear não somente a assistência ao paciente com suspeita de dengue, mas também, a organização do atendimento de casos regulares, não vinculados à dengue, e servirem como balizadores para a correção de desvios do processo.
- A classificação de risco adaptada e direcionada à dengue poderá contribuir para a redução do tempo de espera nas filas dos serviços de pronto atendimento, proporcionar rápida identificação dos casos suspeitos, contribuir

para o manejo clínico mais acurado e direcionar o fluxo interno e os encaminhamentos para outros serviços. Um estudo futuro poderá comparar protocolos de classificação de risco idealizados para o atendimento de casos inespecíficos e utilizados para o atendimento de pacientes com suspeita de dengue com protocolos de classificação de risco adaptados especificamente para paciente com suspeita de dengue, e analisar o desfecho.

- Novas propostas, para o apoio na estruturação de unidades de saúde para o acolhimento e classificação de risco para a dengue, hidratação oral, cartão de acompanhamento, insumos e medicamentos, definição de fluxos assistenciais nas redes locais, apoio a capacitações *in loco*, implementação de ações de rotina e contingência por níveis de resposta e proposição de metas e indicadores irão contribuir para a prática organização dos serviços de urgência e emergência no Município de Ribeirão Preto e em outros serviços que adotarem o proposto.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELLO, Jason Echavez et al. "Factors Associated with the Time of Admission among Notified Dengue Fever Cases in Region VIII Philippines from 2008 to 2014." Ed. David Harley. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 10.10 (2016): e0005050.

BAHIA. Protocolo Estadual de Classificação de Risco. Secretaria da Saúde. Salvador: Governo do Estado da Bahia, 2014.

BELO HORIZONTE. Protocolo de Atendimento aos Paciente com Suspeita de Dengue. Prefeitura de Belo Horizonte, 2013.

BENTO GONÇALVES. Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento da Epidemia da Dengue. 2013-2014. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Bento Gonçalves, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.026, de 24 de agosto de 2011. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2048, de 2 de novembro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – Primeira edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Monitoramento dos casos de dengue e febre e chikungunya até a Semana Epidemiológica 38, 2015. v. 46. n. 32. Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Monitoramento dos casos de dengue e febre e chikungunya até a Semana Epidemiológica 50 de 2014. v. 46. n. 1. Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de Contingência Nacional para a Febre de Chikungunya / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – Quarta edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fluxograma para manejo do paciente com suspeita de dengue. Fonte: Dengue: Classificação de Risco e Manejo do paciente. Ministério da Saúde (2014). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/21/fluxo-dengue-finalissimo2-.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BURATTINI, Marcelo N. et al. “Age and Regional Differences in Clinical Presentation and Risk of Hospitalization for Dengue in Brazil, 2000-2014.” *Clinics* 71.8 (2016): 455–463.

COELHO, G.E. Dengue: desafios atuais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 17, n. 3, p. 231-233, jul. / set. 2008.

CUIABÁ. Plano Municipal Controle e Prevenção da Dengue. 2010-2011. Secretária Municipal de Saúde de Cuiabá. Prefeitura Municipal de Cuiabá-MT, 2010.

DEININGER, Layza de Souza Chaves et al. A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão em saúde. *Saúde debate* [online]. 2014, v.38, n.100, p.50-56. ISSN 0103-1104. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140013>>. Acesso em: 10 out. 2016.

FURLAN, Nathália Barbosa et al. “Low Sensitivity of the Tourniquet Test for Differential Diagnosis of Dengue: An Analysis of 28,000 Trials in Patients.” *BMC Infectious Diseases* 16 (2016): 627.

GOMES, Kilma Wanderley Lopes et al. Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste. *Saúde debate* [online]. 2015, v.39, n.105, p.561-569. ISSN 0103-1104. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002022>>. Acesso em: 10 out. 2016.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. Accessibility and demand at an Emergency Care Unit: the user's perspective. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, v.25, n.spe2, p.19-25. ISSN 1982-0194. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900004>>.

MACHADO, Sídio Werdes Sousa et al. Gabinete de crise: gerenciamento de epidemia no Rio de Janeiro. In: V Seminário Internacional de Defesa Civil. 2009.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em 10 out. 2016.

PONGPAN, Surangrat et al. “Validation of Dengue Infection Severity Score.” *Risk Management and Healthcare Policy* 7 (2014): 45–49.

RIBEIRÃO PRETO. Boletim Epidemiológico Mensal. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Departamento de Vigilância em Saúde. Dados consolidados até 31

de janeiro de 2016. Data da publicação: 15 de fevereiro de 2016. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16saude.php>. Acesso em 17 fev. 2016.

RIBEIRÃO PRETO. Diário Oficial. Órgão Oficial do Município de Ribeirão Preto. Decreto Nº 001. Ano 43, n. 9870, p. 3-5. Quarta-feira, 06 de janeiro de 2016.

RIBEIRÃO PRETO. Diário Oficial. Órgão Oficial do Município de Ribeirão Preto. Resolução 009/2011. Institui o Regimento Interno do Pronto Atendimento e estabelece parâmetros conceituais e operacionais para implantação de protocolo de acolhimento e classificação de risco. Ano 39, n. 8863, p. 1-6. Terça-feira, 01 de novembro de 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Plano de Contingência Dengue. 2011-2012. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Plano Municipal de Ações para o Controle da Dengue. 2014-2015. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Plano Municipal de Saúde. 2014-2017. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas. Acolhimento da demanda espontânea na atenção básica. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

RIO DE JANEIRO. Governo do Rio de Janeiro. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. Plano Estadual de Prevenção e Controle da Dengue – 2010/2011 – Protocolo de manejo clínico. Anexo 4. Protocolos dengue: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: SAS/SESDEC; 2010.

RIO DE JANEIRO. Plano Municipal de Contingência. Febre de Chikungunya e Dengue. 2014-2015. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/>. Acesso em: 26 jun. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Plano de Contingência para Dengue do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde, revisão dez. 2013.

ROMERO, Igor Carrer. A gestão de doenças infecto-contagiosas: o impacto do dengue na saúde pública. 2014. 65 f., 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/124161>>. Acesso em: 10 out. 2016.

SANTA CATARINA. Protocolo. Manejo de casos suspeitos de Dengue no Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Estado de Santa Catarina, fev. 2013.

SANTA CATARINA. Plano de Contingência para o Enfrentamento da Dengue no Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Estado de Santa Catarina, out. 2015.

SÃO PAULO. Cartão de Acompanhamento – Dengue. Centro de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de São Paulo, 2014. Fonte: Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/dengue/dengue14_cartao_atualizado_abril.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2015.

SÃO PAULO. Dengue. Cartilha do Gestor Municipal. Secretaria de Estado da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/materiais-de-comunicacao/dengue-2015/cartilha_de_dengue_final.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

SÃO PAULO. Guia Prático. Manejo Clínico do Paciente com Suspeita de Dengue. Estado de São Paulo, 2015.

SÃO PAULO. Plano Estadual de Vigilância e Controle de Dengue. Secretaria de Estado da Saúde, 2012-2013.

TAMIBMAM, Jayashamani et al. "Proposal of a Clinical Decision Tree Algorithm Using Factors Associated with Severe Dengue Infection." Ed. Shamala Devi Sekaran. *PLoS ONE* 11.8 (2016): e0161696.

TORRES, Eric Martinez. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2006, v. 20. n. 1. p. 60-74. ISSN 1020-4989.

VIEIRA MACHADO, Alessandra A. et al. "Direct Costs of Dengue Hospitalization in Brazil: Public and Private Health Care Systems and Use of WHO Guidelines." Ed. Martin Isaac Meltzer. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 8.9 (2014): e3104.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dengue: guidelines for the diagnosis, treatment, prevention and control. 9. ed. Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020. WHO, 2012.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A – Solicitação de Dispensa de Termo de consentimento livre e esclarecido

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Eu, David Tibiriçá Caravelas, portador do CPF 295.334.978-23, pesquisador responsável pelo projeto intitulado “Organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue: novas propostas”, sob orientação do Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes, para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde pelo Programa de Mestrado Profissional Gestão de Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) a dispensa da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que irá descrever uma experiência ocorrida no Município de Ribeirão Preto, nas dependências da sede do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Regional “Francisco Carlos Bariani”, situada na Avenida Treze de Maio, 353, Jardim Paulistano, e nas dependências da sede administrativa da Secretaria Municipal da Saúde, situada na Rua Prudente de Moraes, 457, Centro e utilizará dados retrospectivos, obtidos a partir de materiais já elaborados, previamente autorizados, conforme documento em anexo.

Nestes termos, comprometo-me a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas nas Resoluções 466 de 2012, e suas complementares, no tocante ao respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados utilizados.

Atenciosamente,

Data

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – Instrumento de Mapeamento Estruturado – Dengue

INSTRUMENTO DE MAPEAMENTO ESTRUTURADO – DENGUE

Roteiro para realização de mapeamento estruturado para organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue.

1. *Identificar os serviços de pronto atendimento, componentes do atendimento pré-hospitalar, utilizados para assistência aos pacientes com suspeita de dengue:*
2. *Caracterizar os serviços de pronto atendimento identificados quanto a:*
 - a) Localização;
 - b) Estrutura física;
 - c) Horário de Funcionamento;
 - d) Categoria profissional do responsável;
 - e) População estimada;
 - f) Número de atendimentos em urgência e emergência realizados anualmente;
 - g) Número de leitos na Sala de Emergência;
 - h) Número de leitos na Sala de Observação;
 - i) Número de leitos pediátricos;
 - j) Número de leitos de isolamento.
3. *Caracterizar a estrutura organizacional dos serviços de pronto atendimento identificados quanto a:*
 - a) Tipo de vínculo empregatício;
 - b) Carga horária profissional;
 - c) Número de profissionais médicos disponíveis para atendimento de pacientes urgentes, muito urgentes e emergentes nas Salas de Emergência e de Observação por turno;
 - d) Número de profissionais enfermeiros disponíveis para assistência nas Salas de Emergência e de Observação por turno;
 - e) Número de técnicos de enfermagem disponíveis para assistência nas Salas de Emergência e de Observação por turno;
 - f) Número de profissionais médicos disponíveis para atendimento de pacientes não urgentes, pouco urgentes e urgentes nos Consultórios Médicos por turno;
 - g) Número de profissionais enfermeiros disponíveis para assistência nas Salas de Classificação de Risco e de Medicação por turno;

- h) Número de técnicos de enfermagem disponíveis para assistência nas Salas de Classificação de Risco e de Medicação por turno;
 - i) Número de médicos pediatras disponíveis para atendimento pediátrico por turno;
 - j) Número profissionais enfermeiros disponíveis para assistência ao paciente pediátrico por turno;
 - k) Número de técnicos de enfermagem disponíveis para assistência ao paciente pediátrico por turno;
 - l) Número de agentes administrativos disponíveis para atendimento ao usuário por turno;
4. *Caracterizar o tipo de protocolo de atendimento assistencial utilizado para classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue nos serviços de pronto atendimento identificados:*
5. *Verificar a adoção dos dispositivos propostos pelo Ministério da Saúde (2013) através das “Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue” nos serviços de pronto atendimento identificados, através das perguntas abaixo:*
- a) O serviço de pronto-atendimento dispõe de acolhimento e realiza classificação de risco geral?
 - b) O serviço de pronto-atendimento possui classificação de risco específica para dengue?
 - c) Na sala de espera há profissional que possa oferecer hidratação precoce e observar se existem pacientes com suspeita de dengue e sinais de agravamento?
 - d) Por ocasião do aumento do número de casos ou ocorrência de epidemia de dengue, há reforço programado de equipes com generalistas, clínicos, pediatras e profissionais de enfermagem?
 - e) Por ocasião do aumento do número de casos ou ocorrência de epidemia de dengue, há ampliação dos espaços de espera com insumos para hidratação oral no pré-atendimento e no pós-atendimento?
 - f) Por ocasião do aumento do número de casos ou ocorrência de epidemia de dengue, são criados mecanismos diferenciados para o paciente que recebe o primeiro atendimento e para o paciente que retorna para avaliação?
 - g) A equipe do serviço de pronto-atendimento realiza reclassificação do paciente com suspeita de dengue a cada retorno programado?
 - h) O serviço de pronto atendimento dispõe de mecanismos que garantem à comunicação direta com a unidade de atenção básica, através de contra referência para o retorno e acompanhamento do paciente classificado como grupo A e/ou grupo B?
 - i) Por ocasião do aumento do número de casos ou ocorrência de epidemia de dengue, ocorre ampliação dos leitos de curta permanência com monitoramento e vigilância de médicos e equipe de enfermagem sobre os usuários, para a detecção precoce de sinais

de alarme e complicações?

- j) O serviço de pronto atendimento garante o acesso venoso e reposição volêmica dos pacientes com suspeita de dengue classificados como grupo C e D, antes de encaminhá-los para as unidades de referência?
 - k) Há garantia de transporte adequado para pacientes com suspeita de dengue durante todo o funcionamento do serviço?
 - l) O serviço de pronto atendimento disponibiliza o fluxograma para a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue proposto pelo Ministério da Saúde para TODOS os funcionários?
 - m) O serviço de pronto atendimento disponibiliza o cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue?
6. *Descrever o fluxo interno padronizado para assistência ao paciente com suspeita de dengue, desde a porta de entrada até a saída dos serviços de pronto atendimento identificados:*
7. *Descrever os procedimentos operacionais utilizados para assistência ao paciente com suspeita de dengue nos serviços de pronto atendimento identificados na:*
- a) Recepção;
 - b) Sala de Classificação de Risco;
 - c) Sala de Espera;
 - d) Consultório Médico;
 - e) Sala de Medicação / Hidratação;
 - f) Sala de Coleta de Exames Laboratoriais;
 - g) Sala de Exames Radiológicos;
 - h) Sala de Observação (Sala Amarela);
 - i) Sala de Emergência (Sala Vermelha);
 - j) Central de Regulação;
 - k) Transporte.
8. *Verificar a ocorrência e utilização de cálculos por serviço de pronto atendimento identificado para organização das ações assistenciais no ano dengue anterior ao vigente, a saber:*
- a) Estimativa de casos notificados de dengue;
 - b) Estimativa de pacientes com necessidade de hidratação venosa (observação);
 - c) Estimativa de pacientes com necessidade de internação em enfermaria (retaguarda);
 - d) Estimativa de pacientes com necessidade de internação em terapia intensiva.

9. *Verificar a ocorrência e utilização de previsão de insumos, equipamentos, impressos, medicamentos e quantitativo de equipe para assistência aos pacientes com suspeita de dengue por serviço de pronto atendimento identificado:*
10. *Verificar a ocorrência e caracterizar os treinamentos realizados para os profissionais de saúde durante o ano dengue no âmbito dos serviços de pronto atendimento:*
11. *Verificar a ocorrência e caracterização das discussões de casos graves e de óbitos ocorridos nos serviços de pronto atendimento identificados:*
12. *Identificar a adoção de níveis de resposta norteados por diagrama de controle para deflagração de ações específicas na aplicação do Plano de Contingência:*

ANEXO 1 – Termo de Ciência e Concordância



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



OF. 2405/16 – GS

RG/rg

Ribeirão Preto, 17 de JUNHO de 2016.

Senhor Orientador,

Informo que o COORDENADOR SAMU REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO-SP da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de Ribeirão Preto, SP, manifestou a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada na unidade referida na Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto.

Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: "ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PARA PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE:NOVAS PROPOSTAS.",sob a responsabilidade do PROF DR ALTACÍLIO APARECIDO NUNES.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,


Ronaldo Guizzo

**Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssimo Senhor
PROF DR ALTACÍLIO APARECIDO NUNES
ORIENTADOR DO PROJETO DE PESQUISA
FMRP-RP
NESTA

ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



**CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**



OF. 031/2016-CEP/CSE-FMRP-USP

Ribeirão Preto, 04 de Outubro de 2016.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e **APROVADO** pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária na data de 04 de Outubro de 2016.

Pesquisador: David Tibiriçá Caravelas

CAAE: 60256716.1.0000.5414

Projeto de pesquisa: “Organização da assistência em urgências e emergências para pacientes com suspeita de dengue: novas propostas”.

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes

Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP