

**DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO  
DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE  
EM SITUAÇÃO DE AUMENTO DE CASOS  
OU DE EPIDEMIA DE DENGUE**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Atenção à Saúde**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**

**DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO  
DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE  
EM SITUAÇÃO DE AUMENTO DE CASOS  
OU DE EPIDEMIA DE DENGUE**

**Série A. Normas e Manuais Técnicos**

**Brasília – DF**  
**2013**

© 2013 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

1ª edição – 2013 – tiragem: 25.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Esplanada dos Ministérios,  
Bloco G, Edifício Sede,  
CEP: 70058-900, Brasília/DF  
E-mail: [sas@saude.gov.br](mailto:sas@saude.gov.br)  
E-mail: [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)

*Capa, Projeto Gráfico e diagramação*

Alisson Sbrana

Núcleo de Comunicação da Secretaria de Atenção à Saúde  
NucomSAS

*Organização*

Maria do Carmo

Rodrigo Fabiano do Carmo Said.

*Colaboradores*

Alexandre Sampaio Moura

Alice Avelar Gonçalves

Brenda Cristina Machado Reis

Carlos Alexandre Antunes de Brito Brito

Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena

Danielle Cristine Castanha da Silva

Eric Martinez Torres

Giovanini Evelim Coelho

Jaqueline Martins

Lívia Carla Vinhal Frutuoso

Lúcia Alves Rocha

Lúcia Teresa Cortes da Silveira

Márcia Helena Leal

Olavo de Moua Fontoura

Paulo Afonso Martins Abati

Priscila Leal Leite.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

---

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. – 1.. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

XXX, p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN XXXXXXXXXXXX

Dengue 2 - Organização dos Serviços 3 - Saúde Pública

CDU XXX.XXX

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS –

*Títulos para indexação:*

Em inglês:

Em espanhol:

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	12
2.1 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.....	12
2.2 ESTRUTURA DO SERVIÇO.....	14
2.3 APOIO DIAGNÓSTICO.....	16
3 UNIDADES DE URGÊNCIA.....	18
3.1 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.....	18
3.2 ESTRUTURA DO SERVIÇO.....	19
3.3 APOIO DIAGNÓSTICO.....	19
4 UNIDADES DE ATENDIMENTO DE DENGUE (POLO DENGUE).....	21
4.1 PERFIL ASSISTENCIAL.....	21
4.2 ESTRUTURA E SERVIÇOS DE APOIO.....	21
4.3 RECURSOS HUMANOS.....	22
4.4 APOIO DIAGNÓSTICO.....	22
5 ATENÇÃO HOSPITALAR.....	24
5.1 PERFIL ASSISTENCIAL.....	24
5.2 ESTRUTURA DO SERVIÇO.....	25
5.3 APOIO DIAGNÓSTICO.....	25
6 PLANOS DE CONTINGÊNCIA.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS.....	32



# APRESENTAÇÃO

A dengue é um problema complexo e recorrente nos principais centros urbanos do país. As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue tem por objetivo evitar a ocorrência de óbitos além de prevenir e controlar processos epidêmicos. Para alcançar esses resultados é necessário promover a assistência adequada ao paciente, organizar as ações de prevenção e controle e fortalecer a articulação das diferentes áreas e serviços, visando à integralidade das ações. Para reduzir a letalidade por dengue também é necessário o reconhecimento oportuno dos casos suspeitos, o tratamento adequado do paciente conforme protocolo clínico do Ministério da Saúde e a organização da rede de serviços de saúde.

Em recente avaliação, o Ministério da Saúde, com apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, buscou identificar fatores relacionados à ocorrência dos óbitos por dengue, como acesso do paciente à rede de serviços, qualidade da assistência prestada ao paciente com suspeita de dengue e organização dos serviços de saúde para atendimento dos pacientes. Quanto à organização dos serviços de saúde verificou-se que insumos, equipamentos, medicamentos e realização de exames não se constituem como problema para a qualidade da assistência, mas o tempo de espera e o suporte logístico para os resultados dos exames laboratoriais, a participação da central de regulação de leitos, a falta de definição dos fluxos e unidades de referência e contra referência e a pouca utilização do cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue podem ter contribuído para o desfecho desfavorável dos casos. Essas observações reforçam a necessidade de organizar a rede de serviços para o manejo adequado em todos os níveis de atenção, qualificar continuamente os profissionais de saúde e integrar as ações da vigilância da dengue na Atenção Primária à Saúde.

De acordo com 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 os 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”.

O Ministério da Saúde, ao publicar as Diretrizes para a Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em Situação de Aumento de Casos ou Epidemia de Dengue espera auxiliar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na estruturação dos serviços de saúde e impactar na redução letalidade por dengue.





# 1 INTRODUÇÃO

A atenção aos pacientes acometidos pela Dengue, na grande maioria dos casos, tem como característica a utilização de tecnologias de cuidado que dispensam instalações e equipamentos de maior complexidade e custo. No entanto, a abordagem precoce do paciente e a correta classificação do caso e seu manejo são fatores críticos de sucesso para evitar a evolução dos casos graves para o óbito. Para isto, toda a equipe de saúde, desde que sensibilizada e capacitada, tem o papel de vigilância em relação ao usuário, no domicílio, através de detecção de casos em visitas domiciliares, e nos serviços de saúde, desde a atenção básica, passando pelos serviços de urgência, unidades especiais para atendimento de dengue (Polo Dengue), enfermarias e unidades de terapia intensiva (UTI).

Assim, o acolhimento e a classificação de risco devem ocorrer em todas as portas de entrada, reduzindo o tempo de espera, definindo o plano de acompanhamento e a melhor tipologia de cuidado para cada paciente.

A abordagem do paciente e a classificação do caso exigem tecnologias de cuidado que envolvem a investigação clínica e /ou laboratorial, passíveis de estarem alcançáveis em qualquer ponto de atenção, desde que haja a organização dos serviços para este fim. O acesso aos fluxogramas que são amplamente distribuídos pelos gestores aos serviços de saúde, e a capacitação de profissionais de forma universal garantem uma correta abordagem clínica. O acesso aos insumos, aos exames complementares de patologia clínica, a hidratação precoce em volume e vias adequados para a classificação clínica, o reconhecimento oportuno dos sinais de alarme, a garantia do acompanhamento do usuário nas horas e dias subsequentes ao primeiro atendimento e as orientações aos pacientes garantem a boa evolução dos casos classificados como grupo A e B e evita a evolução para os grupos C e D.

Para os casos classificados como grupo C e D são exigidos esforços de organização de serviços de maior complexidade e custo, saindo do campo da atenção básica e demandando articulação com outros níveis de atenção, incluindo serviços não próprios da administração pública, como a rede hospitalar, incluindo a necessidade de leitos de enfermaria e de terapia intensiva.

Neste sentido, a capacidade de gestão é fundamental para que os serviços sejam articulados em rede, com garantia de acesso, acompanhamento do paciente e qualidade de atenção.

A função regulação deverá estar presente dentro das unidades de saúde, e através de centrais de regulação ou de dispositivos criados emergencialmente para este fim, para nortear os fluxos de pacientes entre serviços. Deverá fazer de forma competente, a classificação de risco dos casos,

identificando e garantindo em tempo adequado o destino correto para o paciente (unidade de reposição volêmica, unidade de urgência, leito de enfermaria, leito de UTI).

A gestão e a organização dos serviços deverá se preocupar com a garantia de qualidade das informações, como a correta notificação e registro de todos os casos atendidos. Além de atender a outras finalidades, o registro de informações oferece o subsídio para o dimensionamento de equipes, materiais, medicamentos, e definição de forma de funcionamento dos serviços. O registro correto também facilita o plano de acompanhamento dos pacientes suspeitos nas unidades de saúde.

Isto vale para os serviços públicos, privados e da saúde suplementar, sendo que medidas devem ser tomadas no sentido de garantir a utilização dos protocolos assistenciais oficiais, e a prática das ações de vigilância (ex. notificação de casos). Torna-se imperativa a articulação com as operadoras de planos de saúde, laboratórios privados, cooperativas de profissionais de saúde, conselhos e associações de categoria profissionais, entidades de representação de hospitais, e outros.

Merece destaque a situação de contratação de empresas e cooperativas para a prestação de serviços em unidades públicas. A organização contratada deve garantir a participação de seus afiliados nos treinamentos, e a utilização dos protocolos oficiais. Uma estratégia para esta garantia, além da negociação direta e cotidiana, pode ser a inclusão de cláusulas que tratem desta questão nos contratos.

Em se tratando de doença presente no país há anos, com dispositivos de previsão de situações territoriais de maior ou menor risco, e com tecnologias bem estruturadas para a atenção ao usuário e, conseqüentemente para a organização dos serviços assistenciais, é possível planejar e elaborar de forma oportuna planos de contingência para o seu enfrentamento.

A falta de planejamento para o enfrentamento do aumento de casos ou de epidemias levará a situações de excepcionalidade que, na maioria das vezes, exigirão novos dispositivos de organização dos serviços, com os desafios de tempo e legalidade para compras e contratações. Com isso, há que se ter estrutura jurídica e de gestão que apontem caminhos que consigam cuidar da legalidade e garantir a atenção aos usuários, reduzindo complicações e óbitos.

Este processo de organização de serviços, em situação de crise ou de forma planejada, exige a atuação integrada dos serviços de vigilância e assistência no âmbito interno das secretarias estaduais e municipais de saúde, e entre as próprias secretarias estaduais e municipais. Experiências de Salas de Situação integradas têm dado bons resultados. Também exige o trabalho integrado entre os responsáveis pelos serviços assistenciais (atenção básica, atenção especializada, urgência e emergência, atenção hospitalar, regulação). Para isto, tem que haver coordenação designada pelo gestor com as habilidades e delegação de poder que a função requer.



## 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA

### 2.1 Organização do Processo de Trabalho

Recomenda-se, caso não exista, que seja delegada a função de coordenação das atividades dentro de uma unidade básica de saúde a um determinado profissional, que tenha a visão de todos os processos assistenciais e de apoio dentro desta unidade, e que seja também a referência da equipe na relação com outros serviços.

Em situações de grande número de casos, a ampliação do acesso às unidades básicas de saúde (unidades da ESF, postos e centros de saúde) é fator essencial para que seja reservada às unidades de maior complexidade o seu verdadeiro papel de referência para casos mais graves. Neste sentido deverá ser avaliado o modelo de funcionamento das unidades levando-se em consideração:

- Localização em relação às áreas de existência ou previsão de maior incidência indicada pela situação epidemiológica;
- Horário de funcionamento;
- Espaço físico e materiais disponíveis;
- Equipe existente e necessária;
- Perfil de demanda;
- Demanda e estrutura para suporte laboratorial; (capacidade de coleta de exames laboratoriais na unidade e fluxo de encaminhamento de amostras).
- Retorno e acompanhamento dos pacientes.

Para a garantia do atendimento em momento oportuno, pode ser necessária a quebra da rotina das ações programáticas. Assim, recomendam-se os dispositivos:

- Abertura da agenda para o atendimento de agudos ao longo de todo o horário de funcionamento da unidade;
- Acolher e classificar os pacientes conforme fluxograma de classificação de risco para a Dengue – a sala de espera deverá contar com a presença de profissional que possa além

de oferecer a hidratação precoce, detectar oportunamente o aparecimento de sinais de alarme e sinais de choque;

- Reforçar a equipe com generalistas e/ou médicos de família e/ou clínicos e/ou pediatras e profissionais de enfermagem;
- Estender o horário de funcionamento da unidade, incluindo finais de semana e feriados, para evitar a superlotação das unidades de urgência. Avaliar o número de unidades necessárias e a localização, de acordo com a realidade local e situação de risco;
- Seguir rigorosamente o “Guia de Dengue – Diagnóstico e Manejo Clínico” (2011) do Ministério da Saúde referente à assistência do paciente com dengue (classificação de risco e manejo do paciente);
- Disponibilizar fluxograma para a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue para todos os funcionários e cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue;
- Afixar cartazes com o fluxograma nos diversos locais de atendimento da unidade.
- Programar o acompanhamento específico para o paciente de primeira consulta e para os retornos em dias subsequentes na própria unidade ou em unidades de referência (final de semana);
- Garantir transporte adequado para referenciar pacientes a outros níveis de atenção durante todo o funcionamento do serviço;
- Garantir comunicação direta com a unidade assistencial definida previamente para a referência (Hospital, Unidade de Pronto Atendimento, Unidade de Reposição Volêmica) ou com algum dispositivo de regulação central do acesso dos pacientes a outros níveis de atenção;
- Garantir a contra referência e a referência dos pacientes vinculados ao seu território, com acompanhamento dos pacientes até a alta, conforme protocolo clínico do MS; .
- Criar processos diferenciados para o paciente que recebe o primeiro atendimento e para o paciente que retorna para avaliação
- Reclassificar o paciente a cada retorno programado na unidade;
- Realizar busca ativa de pacientes vinculados á área de abrangência da unidade (casos novos e pacientes faltosos no retorno programado);

- Buscar informações atualizadas sobre a condição clínica dos pacientes classificados com Grupo A (visita domiciliar, consulta de enfermagem, contato telefônico, visita do Agente Comunitário de Saúde);
- Garantir preferencialmente suporte para coleta de exames específicos e inespecíficos na própria unidade e na impossibilidade, encaminhar responsabilmente o paciente;
- Garantir o retorno dos exames inespecíficos em tempo hábil para condução do caso, no máximo em quatro horas;
- Garantir a hidratação oral à todos os pacientes acolhidos e na sala de espera pelo atendimento médico, com atenção contínua e permanente;
- Garantir o acesso venoso e início da reposição volêmica nos pacientes classificados como grupo C e D, antes de encaminhá-los para as unidades de referência;
- Garantir comunicação direta com a unidade assistencial definida previamente para a referência (Hospital) ou com algum dispositivo de regulação central para garantir acesso dos pacientes a outros níveis;
- Implantar na unidade o serviço de notificação de casos suspeitos de dengue e estabelecer fluxo de informação diária para a vigilância epidemiológica. Os casos graves são de notificação imediata (telefone, fax, planilhas eletrônicas).

## 2.2 Estrutura do Serviço

### a) Ambientes (de acordo com realidade local)

- Recepção e registro do paciente;
- Espaço para acolhimento/triagem/preparo (ou um espaço em condições de adequação);
- Espaço para de espera;
- Consultório (s);
- Sala de Reidratação Oral (ou um espaço adequado)
- Espaço físico para observação dos pacientes;
- Banheiros.

**b) Material:**

- Cadeiras;
- Poltronas reclináveis (se a unidade fizer hidratação por período mais longo);
- Bebedouros/filtros/água mineral (disponibilizar água potável);
- Jarras e copos para disponibilizar soro oral na sala de espera e na sala de hidratação oral;
- Suporte de soro;
- Macas (apenas para usuários sem condições clínicas de aguardar a transferência em cadeira);
- Cilindros de O<sub>2</sub>;
- Glicosímetro;
- Aparelho de fax;
- Balança (adulto e pediátrica);
- Máscaras para uso do O<sub>2</sub>;
- Negatoscópio (se possível);
- Termômetros;
- Tensiômetro/Esfigmomanômetro (com manguitos adequados para adultos e crianças);
- Lixeiras com tampa;
- Papel toalha;
- Cartão de acompanhamento do paciente com Dengue;
- Material para acesso venoso – scalp, jelco, equipos, agulhas de vários calibres, seringas, algodão, álcool, fita hipoalérgica;
- EPI – jalecos, luvas, máscaras, gorros;

- Material de higiene e limpeza;
- Material de escritório;

**c) Medicamentos:**

- Sais de Reidratação Oral;
- Dipirona (gotas e comprimidos);
- Paracetamol (gotas e comprimidos);
- Soro fisiológico a 0,9% (para situações de necessidade imediata de reposição volêmica, até a chegada do usuário a unidade de saúde de maior complexidade).

## 2.3 Apoio diagnóstico

**a) Exames inespecíficos**

- Realização do hemograma com contagem de plaquetas
- Criar estratégias para garantir a realização do hemograma com liberação do resultado no mesmo dia (até 4 horas):
  - implantar posto de coleta;
  - viabilizar esquema alternativo de transporte de material biológico (motocicleta, bicicleta, carro);
  - receber resultado por fax, e-mail ou outro meio como sistema de informação em rede;
  - poderão ser utilizados laboratórios próprios ou de terceiros através de contratos já existentes ou emergenciais. Recomenda-se estabelecer edital de aquisição de serviços, especificações referentes à logística para a coleta do material e prazos oportunos para a entrega dos exames, além de quantitativo de exames contratados por dia conforme orientações do Anexo 01.



## **b) Exames específicos**

- Garantir a coleta e o envio ao Lacen de material para sorologia (a partir do 6º dia de doença). Em situações já definidas como epidêmicas, deverá ser realizado por amostragem, isto é, para 10% dos pacientes atendidos. Seguir as orientações do serviço de vigilância epidemiológica.
- Disponibilizar formulário próprio do Lacen para solicitação deste exame;
- Acompanhar os resultados encaminhados ao Lacen.

## 3 UNIDADES DE URGÊNCIA (PRONTO ATENDIMENTO, PRONTO SOCORRO E OUTRAS)

### 3.1 Organização do Processo de Trabalho

O processo de trabalho desta tipologia de unidade pode ser fator de risco para o paciente, se não garantir vigilância especial sobre ele desde o acolhimento até sua alta, devido rápida evolução para complicações. Nesse sentido, a porta de entrada e abordagem do paciente nestas unidades ou deve ser diferenciada, ou contar com dispositivos que garantam tempos mínimos de espera, hidratação imediata, e vigilância constante pré e pós-atendimento pela enfermagem e/ou médico. O paciente deve contar, sempre que possível, com profissional de enfermagem e profissional médico específicos durante o turno de trabalho, que possam avaliar sua evolução, de forma comparativa com o estágio anterior. A passagem do paciente entre profissionais em mudanças de turno deve ser feita com a descrição a mais completa possível do caso, de forma presencial entre os profissionais, e em registros em prontuário.

Recomendam-se os seguintes dispositivos:

- Acolhimento e a classificação de risco geral e para a Dengue: a sala de espera deverá contar com a presença de profissional que possa, além de oferecer a hidratação precoce, observar se existem pacientes com sinais de agravamento de acordo com o protocolo clínico do Ministério da Saúde.
- Reforçar a equipe com generalistas e/ou clínicos e/ou pediatras e profissionais de enfermagem;
- Ampliar os espaços para espera com insumos para hidratação oral no pré e pós-atendimento;
- Seguir rigorosamente o “Guia de Dengue – Diagnóstico e Manejo Clínico” (2011) do Ministério da Saúde referente à assistência do paciente com dengue (classificação de risco e manejo do paciente);
- Criar processos diferenciados para o paciente que recebe o primeiro atendimento e para o paciente que retorna para avaliação;
- Reclassificar o paciente a cada retorno programado na unidade;

- Garantir comunicação direta com a unidade de atenção básica (contra referência) para o retorno e acompanhamento do paciente classificado como grupo A e/ou grupo B;
- Ampliar os leitos de curta permanência com monitoramento/vigilância de médicos e enfermagem sobre os usuários, para a detecção precoce de sinais de alarme e complicações;
- Garantir o acesso venoso e reposição volêmica dos pacientes classificados como grupo C e D, antes de encaminhá-los para as unidades de referência;
- Garantir transporte adequado para pacientes durante todo o funcionamento do serviço;
- Disponibilizar fluxograma para a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue para todos os funcionários e cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue;
- Garantir comunicação direta com a unidade assistencial definida previamente para a referência (Hospital) ou com algum dispositivo de regulação central para garantir acesso dos pacientes a outros níveis;
- Garantir na unidade o serviço de notificação de casos suspeitos de dengue e estabelecer fluxo de informação diária para a vigilância epidemiológica. Os casos graves são de notificação imediata (telefone, fax, planilhas eletrônicas)

## 3.2 – Estrutura do Serviço

Além da estrutura já existente nas unidades de urgência, a unidade deverá contar com o material para hidratação oral, soluções recomendadas no protocolo oficial para uso em expansões de volume plasmático e o cartão de acompanhamento do paciente com Dengue. Deverá contar com poltronas reclináveis, caso necessite de acomodações adicionais para hidratação venosa, evitando o desconforto de macas.

## 3.3 – Apoio Diagnóstico

### a) Exames inespecíficos

- Realização do hemograma com contagem de plaquetas, e demais exames desta tipologia de unidade.

Criar estratégias para garantir a realização e liberação rápida dos resultados dos exames. Poderão ser utilizados laboratórios próprios ou de terceiros através de contratos já existentes ou emergenciais. Recomenda-se estabelecer processo para aquisição de serviços, especificações referentes à demanda para a coleta do material e prazos oportunos para a entrega dos exames, além do quantitativo de exames contratados por dia, conforme orientações do Anexo 01.

- Garantir a realização de exames complementares, como radiográficos e ultrassonográficos quando indicados.

#### **b) Exames específicos**

- Garantir a coleta e o envio para o Lacen de material para sorologia (a partir do 6º dia de doença). Em situações epidêmicas deverá ser realizado por amostragem, isto é, para 10% dos pacientes atendidos. Seguir as orientações do serviço de vigilância epidemiológica
- Garantir a coleta e o envio para o Lacen de material para isolamento viral (até o 3º dia de doença), conforme as orientações do serviço de vigilância epidemiológica;
- Disponibilizar formulário próprio do Lacen para solicitação deste exame.

## 4 UNIDADES DE ATENDIMENTO PARA DENGUE (POLO DENGUE)

### 4.1 Perfil Assistencial

Trata-se de instalações provisórias que podem ser criadas em qualquer área física que tenha as condições adequadas para o funcionamento de serviços de saúde (unidade já existente ou serviço montado para este fim), dentro das condições de segurança para pacientes e trabalhadores.

Será unidade de referência para outras unidades de saúde destinada à hidratação de pacientes, preferencialmente venosa, com tempo de permanência curto – **em observação por um período máximo de 24 horas** – tempo necessário para a estabilização, ou encaminhamento para unidade de maior resolutividade.

As recomendações feitas para o cuidado do paciente em unidades de urgência valem para esta unidade, pois se trata de pacientes que exigem maior vigilância sobre sua evolução clínica.

Esta unidade exige também trabalho de coordenação para seu funcionamento adequado.

### 4.2 Estrutura e Serviços de Apoio:

- Material médico hospitalar, medicamentos e apoio diagnóstico também para a atenção a pacientes com comorbidades;
- Material e equipamentos para atendimento de emergência (carrinho de emergência, monitor, ventilador, material para entubação, fonte para oxigênio, medicamentos específicos para reanimação cardio-pulmonar, aspiradores portáteis, etc).
- Estrutura de comunicação, transporte assistencial e administrativo, hotelaria (roupas e refeições), material de escritório, higiene e limpeza, serviço de esterilização e serviço de lavanderia.
- Referência de unidade de urgência ou hospitalar, preferencialmente específica, ou garantida via central de regulação, além de transporte imediato, pois há maior potencial de complicações em pacientes destas unidades.

Recomenda-se que seja montada no interior ou próximo de outra unidade de saúde que possa lhe fornecer materiais e serviços de apoio.

## 4.3 Recursos Humanos

Deverá contar com equipe nas 24 horas do dia ou referência garantida para os usuários, em caso de funcionamento apenas diurno.

O dimensionamento de equipes e materiais dependerá do porte da unidade e do número de casos diários que manterá em suas dependências. Serão necessários profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e técnicos de laboratório, caso os exames sejam feitos em duas dependências) e profissionais de apoio (administrativos; profissionais de higiene e limpeza e seguranças)

Em se tratando de unidade criada em caráter provisório, onde são lotados profissionais de outras unidades e profissionais contratados especificamente para este trabalho, leva à necessidade de capacitação da equipe. Poderá haver momento comum a todos os profissionais da unidade para abordagem dos aspectos sobre a missão da unidade, postura acolhedora e a importância da vigilância de todos os profissionais sobre os pacientes, de acordo com as especificidades de cada função; rede assistencial; aspectos epidemiológicos e do controle da Dengue e fluxos assistenciais. O segundo momento será destinado a médicos e enfermeiros abordando os aspectos clínicos da doença seguindo o protocolo, com foco específico no manejo dos pacientes.

## 4.4 Apoio Diagnóstico

### a) Exames inespecíficos

- Realização do hemograma com contagem de plaquetas, albumina e demais exames desta tipologia de unidade.
- Criar estratégias para garantir a realização e liberação rápida dos resultados dos exames. Poderão ser utilizados laboratórios próprios ou de terceiros através de contratos já existentes ou emergenciais. Recomenda-se estabelecer edital de aquisição de serviços, especificações referentes à logística para a coleta do material e prazos oportunos para a entrega e quantidade de exames estimada;
- Garantir a realização de exames de ultrassonografia e radiografia.

### b) Exames específicos

- Garantir a coleta e o envio para o Lacen de material para sorologia (a partir do 6º dia de

doença). Seguir as orientações do serviço de vigilância epidemiológica

- Garantir a coleta e o envio para o Lacen de material para isolamento viral (até o 3º dia de doença), conforme as orientações do serviço de vigilância epidemiológica;
- Disponibilizar formulário próprio do Lacen para solicitação deste exame.
- **Todos os casos graves necessitam de coleta de material biológico para confirmação laboratorial.**

## 5. ATENÇÃO HOSPITALAR

### 5.1 Perfil Assistencial

A montagem de estrutura de hidratação de curta duração em outras unidades de saúde já existentes ou em URV criadas em novos espaços reduzirá muito a necessidade de internações hospitalares.

De acordo com estudo comparativo entre o número de casos notificados (fonte Sinan) e o número de casos de internação com CID de Dengue realizadas, no período de 2001 a 2010, cerca de 7% (sete por cento) dos casos demandaram internação hospitalar em enfermarias. Dos casos de internação em enfermaria, cerca de 10% (dez por cento) demandaram internação em Unidade de Terapia Intensiva/UTI. Estudo das internações no país de 2001 a 2010 (fonte SIU/SUS) demonstrou que a média de permanência observada em leitos de enfermarias foi de 3,4 dias e nas Unidades de Terapia Intensiva foi de 5 dias. Com isto, um leito de enfermaria pode receber em média 07 internações em 30 dias, praticando 90% de taxa de ocupação e o leito de UTI pode receber em média 06 internações em 30 dias. Sendo doença aguda, de rápida evolução e curta duração, o acesso aos leitos de pediatria, clínica médica e UTI deve ser garantido de forma rápida.

Não havendo oferta suficiente para garantir o acesso de forma rápida, a ampliação de oferta poderá ocorrer através de contratação de ampliação na rede pública ou na rede contratada e conveniada do SUS. Esta ampliação tem caráter provisório de até 4 meses ao ano, podendo ser reversível ou destinado a outro fim após a utilização para pacientes com Dengue. Neste sentido, a montagem destes leitos poderá ocorrer através da locação de equipamentos ou da compra, devendo ser avaliada a economicidade de cada estratégia. As expansões da força de trabalho também são temporárias, para hospitais e outras unidades, podendo para isto ser utilizadas extensões de carga horária no mesmo vínculo de profissionais dos serviços, remanejamentos temporários de outras unidades, cessões temporárias de um serviço e/ou nível de gestão para outro, ou ainda novas contratações, dentro de dispositivos legais.

As equipes hospitalares também necessitam ser treinadas para o manejo do paciente, com ênfase no paciente crítico em choque hipovolêmico, valendo também aqui as observações feitas para o processo assistencial nas unidades de urgência e na URV.

Recomenda-se os seguintes dispositivos:

- Reforçar a equipe com generalistas e/ou clínicos e/ou pediatras e profissionais de enfermagem;



- Seguir rigorosamente o “Guia de Dengue – Diagnóstico e Manejo Clínico” (2011) do Ministério da Saúde referente à assistência do paciente com dengue (classificação de risco e manejo do paciente);
- Disponibilizar fluxograma para a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue para todos os funcionários;
- Afixar cartaz com fluxograma nos locais de atendimento;
- Garantir a vigilância constante do paciente com suspeita de dengue;
- Implantar na unidade o serviço de notificação de casos suspeitos de dengue e estabelecer fluxo de informação diária para a vigilância epidemiológica. Os casos graves são de notificação imediata (telefone, fax, planilhas eletrônicas)

## 5.2 Estrutura do Serviço

A unidade hospitalar deve dispor de equipamentos, insumos, materiais e serviços de laboratório para a realização de procedimentos especializados, adequados ao elenco de ações propostas para o funcionamento e manejo dos casos graves de dengue.

## 5.3 Apoio Diagnóstico

### a) Exames inespecíficos

- Realização do hemograma com contagem de plaquetas, albumina e demais exames desta tipologia de unidade. (incluir outros exames do protocolo para situação C e D: glicose, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TPAP, ecocardiograma).
- Criar estratégias para garantir a realização e liberação rápida dos resultados dos exames. Poderão ser utilizados laboratórios próprios ou de terceiros através de contratos já existentes ou emergenciais. Recomenda-se estabelecer edital de aquisição de serviços, especificações referentes à logística para a coleta do material e prazos oportunos para a entrega de exames e quantitativo necessários por dia;
- Garantir a realização de exames de ultrassonografia e Raios-X.

**c) Exames específicos**

- Garantir a coleta e o envio para o Lacen de material para sorologia (a partir do 6º dia de doença). Seguir as orientações do serviço de vigilância epidemiológica
- Garantir a coleta e o envio para o Lacen de material para isolamento viral (até o 3º dia de doença), conforme as orientações do serviço de vigilância epidemiológica;
- Disponibilizar formulário próprio do Lacen para solicitação deste exame.
- **Todos os casos graves necessitam de coleta de material biológico para confirmação laboratorial.**

## 6 PLANOS DE CONTINGÊNCIA ASSISTENCIAIS

O plano de contingência é um documento onde estão definidas as responsabilidades estabelecidas a uma organização para atender emergências e contém informações detalhadas sobre as características da área envolvida. Tem por objetivo descrever as medidas a serem adotadas para respostas as emergências.

Para garantir a melhor execução das atividades previstas no plano é necessária a construção coletiva e integrada do documento, contemplando diferentes cenários de transmissão e dinamismo, conforme situação de risco, aplicabilidade e monitoramento das atividades.

É importante a construção dos planos de contingência para os diferentes níveis de gestão e atenção: Planos Estaduais, Planos de Regiões de Saúde, Planos Municipais e Planos das Unidades de Saúde.

Para o enfrentamento de epidemias de dengue recomenda-se o reforço em ações estratégicas na assistência para garantir o atendimento e acompanhamento dos pacientes suspeitos. Essas estratégias devem estar presentes nos planos de contingência e monitoradas pelas referências de cada espaço de gestão e atenção. Entre as ações estratégicas, destaca-se:

- Ampliar o acesso dos pacientes as unidades de saúde (ambulatório e internação);
- Adotar protocolo clínico em todas as unidades de saúde;
- Implantar a classificação de risco em todas as unidades de saúde;
- Garantir a hidratação precoce dos pacientes nas unidades de saúde;
- Estabelecer fluxo assistencial para manejo e acompanhamento dos casos, identificando as atividades previstas em cada unidade;
- Garantir o acompanhamento dos pacientes suspeitos de dengue;
- Estabelecer fluxo para repasse das notificações para os serviços de vigilância epidemiológica;
- Qualificar a equipe para atendimento dos casos e organização dos serviços;
- Estabelecer as atribuições e responsabilidades de cada categoria profissional, de acordo com o fluxo assistencial e ponto de atenção;

- Garantir busca ativa dos pacientes e visitas domiciliares;
- Garantir suporte laboratorial para exames específicos, inespecíficos e diagnóstico de imagem (Raio X e ultrasonografia);
- Garantir insumos, equipamentos, impressos e materiais de acordo com a demanda e garantir reserva estratégica conforme situação de risco;
- Estruturar serviços de laboratório para realização de exames inespecíficos;
- Divulgar para a população a organização dos serviços para atendimento dos pacientes;
- Orientar a população sobre a importância da hidratação precoce, divulgação dos sinais de alarme e procura do atendimento médico;
- Mobilizar representantes de classes profissionais, conselhos de classe e unidades privadas;
- Participar do processo de investigação dos óbitos suspeitos por dengue e promover resposta do serviço para as não conformidades encontradas.



## REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Emergencial de Combate a Dengue – Unidades de Reposição Volêmica*. Belo Horizonte: SMSPBH, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Diretrizes Nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue*. 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 – 4ª edição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Saúde. *Oficina para Organização do Plano de contingência da Dengue*. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2009.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Plano de Contingência*. Rio de Janeiro: SMSDC, 2010.

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, vol.20, n.1, pp. 60-74. ISSN 1020-4989.



## **ANEXOS**



## Anexo 01 – Cálculo para organização das ações assistenciais

### 1 – Estimativa de casos notificados de dengue:

Considerar três cenários de risco de acordo com as informações e acompanhamento da vigilância epidemiológica local. Para efeito de cálculo do dimensionamento de insumos, equipamentos e materiais, considerar a distribuição dos casos em seis meses do ano com concentração maior em três meses

Risco 1 – 1% da população

Risco 2 – 2% da população

Risco 3 – 4% da população

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 01 – 1.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Mês 01 – 130 casos

Mês 04 – 200 casos

Mês 02 – 140 casos

Mês 05 – 200 casos

Mês 03 – 200 casos

Mês 06 – 130 casos

Risco 02 – 2.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Mês 01 – 260 casos

Mês 04 – 400 casos

Mês 02 – 280 casos

Mês 05 – 400 casos

Mês 03 – 400 casos

Mês 06 – 260 casos

Risco 03 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Mês 01 – 520 casos

Mês 04 – 800 casos

Mês 02 – 560 casos

Mês 05 – 800 casos

Mês 03 – 800 casos

Mês 06 – 520 casos

## **2 Estimativa de pacientes com necessidade de hidratação venosa (observação).**

Considerar 15% dos casos estimados de dengue.

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Mês 01 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa;

Mês 02 – 560 casos – 84 pacientes com necessidade de hidratação venosa;

Mês 03 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa;

Mês 04 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa;

Mês 05 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa;

Mês 06 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa.

## **3 Estimativa de pacientes com necessidade de internação em enfermaria (retaguarda).**

Considerar o número de internações: 7% dos casos de dengue.

Considerar que para cada leito no mês temos 7 internações (taxa de ocupação – 4 dias).

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

1º passo: Dimensionamento de internações: 280 internações durante o período de transmissão:

Mês 01 – 520 casos – 36 internações;

Mês 02 – 560 casos – 40 internações;

Mês 03 – 800 casos – 56 internações;

Mês 04 – 800 casos – 56 internações;

Mês 05 – 800 casos – 56 internações;

Mês 06 – 520 casos – 36 internações.

2º passo Dimensionamento de leitos: 1 leito / 7 internações:

Mês 01 – 520 casos – 36 internações – 5 leitos de internação;

Mês 02 – 560 casos – 40 internações – 6 leitos de internação;

Mês 03 – 800 casos – 56 internações – 8 leitos de internação;

Mês 04 – 800 casos – 56 internações – 8 leitos de internação;

Mês 05 – 800 casos – 56 internações – 8 leitos de internação;

Mês 06 – 520 casos – 36 internações – 5 leitos de internação.

## **4 Estimativa de pacientes com necessidade de internação em terapia intensiva**

Considerar o número de internações: 0,7% dos casos de dengue.

Considerar que para cada leito de terapia intensiva no mês temos 6 internações (taxa de ocupação – 5 dias).

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

1º passo: Dimensionamento de internações: 28 internações durante o período de transmissão:

Mês 01 – 520 casos – 3 internações;

Mês 02 – 560 casos – 4 internações;

Mês 03 – 800 casos – 6 internações;

Mês 04 – 800 casos – 6 internações;

Mês 05 – 800 casos – 6 internações;

Mês 06 – 520 casos – 3 internações.

2º passo Dimensionamento de leitos: 1 leito / 6 internações:

Mês 01 – 520 casos – 3 internações – 1 leito de UTI;

Mês 02 – 560 casos – 4 internações – 1 leito de UTI;

Mês 03 – 800 casos – 6 internações – 1 leito de UTI;

Mês 04 – 800 casos – 6 internações – 1 leito de UTI;

Mês 05 – 800 casos – 6 internações – 1 leito de UTI;

Mês 06 – 520 casos – 3 internações – 1 leito de UTI.

### **5 Previsão de insumos, medicamentos e equipamentos para pacientes em acompanhamento ambulatorial e em internação:**

a) Hemograma:

Considerar o número de casos estimados de dengue no período (06 meses de transmissão) x 2 exames por pacientes

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Necessidade de 8.000 exames durante o período de transmissão.

Mês 01 – 520 casos – 1.040 exames de hemograma;

Mês 02 – 560 casos – 1.120 exames de hemograma;

Mês 03 – 800 casos – 1.600 exames de hemograma;

Mês 04 – 800 casos – 1.600 exames de hemograma;

Mês 05 – 800 casos – 1.600 exames de hemograma;

Mês 06 – 520 casos – 1.040 exames de hemograma.

b) Sais de reidratação oral:

Considerar o número de casos de dengue estimados no período x 2 x 3 ( 2 sachês por dia para 3 dias de hidratação)

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Necessidade de 24.000 sachês de reidratação oral.

Mês 01 – 520 casos – 3.120 sachês;

Mês 02 – 560 casos – 3.360 sachês;

Mês 03 – 800 casos – 4.800 sachês;

Mês 04 – 800 casos – 4.800 sachês;

Mês 05 – 800 casos – 4.800 sachês;

Mês 06 – 520 casos – 3.120 sachês.

c) Soro fisiológico:

Considerar 15% de casos de dengue estimados no período x 8 frascos de 500 ml

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

600 pacientes com necessidade de hidratação oral – necessidade 4.800 frascos de 500 ml

Mês 01 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 624 frascos de 500 ml;

Mês 02 – 560 casos – 84 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 672 frascos de 500 ml;

Mês 03 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 960 frascos de 500 ml;

Mês 04 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 960 frascos de 500 ml;

Mês 05 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 960 frascos de 500 ml;

Mês 06 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa – necessidade de 624 frascos de 500 ml.

d) Poltronas para hidratação venosa:

Considerar 15 % do número de casos de dengue atendidos por dia útil/mês

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Mês 01 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 4 poltronas;

Mês 02 – 560 casos – 84 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 4 poltronas;

Mês 03 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 6 poltronas;

Mês 04 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 6 poltronas;

Mês 05 – 800 casos – 120 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 6 poltronas;

Mês 06 – 520 casos – 78 pacientes com necessidade de hidratação venosa no mês – necessidade de 4 poltronas;

É importante destacar, caso seja necessário, essas poltronas podem equipar diferentes unidades de saúde, de acordo com a ocorrência e distribuição dos casos. Também é necessário avaliar a quantidade de suporte para soro, considerando que o suporte pode servir a duas poltronas. Considerar o mês com a maior ocorrência de casos para avaliar a quantidade do equipamento e garantir um quantitativo de reserva.

e) Medicamentos:

Dipirona / Paracetamol: considerar o número de casos previstos no período x 3g (dose diária) x 3 dias (período febril)

Ex. Município com 100.000 habitantes:

Risco 04 – 4.000 casos de dengue em 06 meses de transmissão.

Necessidade de 36.000 g do medicamento durante o período de transmissão.

Mês 01 – 520 casos – 4.680 gramas do medicamento;

Mês 02 – 560 casos – 5.040 gramas do medicamento;

Mês 03 – 800 casos – 7.200 gramas do medicamento;

Mês 04 – 800 casos – 7.200 gramas do medicamento;

Mês 05 – 800 casos – 7.200 gramas do medicamento;

Mês 06 – 520 casos – 4.680 gramas do medicamento.

## Anexo 02 – Indicadores para acompanhamento das atividades:

### 1 – Capacitação dos Profissionais:

- a) Cobertura:
  - Proporção de profissionais capacitados para assistência à dengue, por unidade de saúde (privado / público); (atenção primária, pronto atendimentos e alta complexidade);
  - Parâmetro mínimo: 80% dos profissionais capacitados (por categoria profissional);
  - Fonte: CNES / Certificação / Lista de Presença
- b) Efetividade:
  - Aplicação de pré teste;
  - Análise de prontuários para avaliação das capacitações: notificação do caso, critérios de suspeição, classificação de risco, comorbidades, situações clínicas especiais, prova do laço, volume de hidratação, solicitação de exames e acompanhamento dos pacientes;
  - Fonte: pré teste, auditoria de prontuários médicos e de fichas de evolução

### 2 – Acesso:

- a) Proporção de unidades saúde que fazem atendimento dos casos suspeitos de dengue;
- b) Horário de funcionamento das unidades e carga horária dos profissionais;
- c) Proporção de pacientes com suspeita de dengue atendidos em cada nível de atenção (unidade básica, pronto atendimentos e alta complexidade);
- d) Tempo de espera para o primeiro atendimento;
- e) Estratégias diferenciadas para ampliar o acesso no período de alta demanda: horário diferenciado, criação de pólos, tendas ou URV, adaptação de outros espaços.
- f) Fonte: CNES, Sinan, planos de contingência

### 3 – Plano de Acompanhamento:

- a) Serviço de triagem com classificação de risco implantado nas unidades de saúde?
- b) Utiliza a classificação de risco para manejo do paciente com suspeita de dengue proposto pelo MS?
- c) Realiza prova do laço nos serviços de triagem?
- d) Paciente tem hidratação oral na sala de espera (antes e após a triagem);

- e) Tempo de espera para consulta médica após a classificação de risco (de acordo com a proposta do MS);
- f) Capacidade instalada para coleta de exames em todas as unidades de saúde?
  - Não: qual estrutura de apoio e organização para a coleta
- g) Qual o tempo de espera para resultado dos exames;
- h) Capacidade instalada para hidratação venosa em todas as unidades?
  - Sim: Qual estrutura?
  - Não: Estrutura de apoio e organização do processo?
- i) Tem consulta de retorno agendada no primeiro atendimento (Grupo A e B);
  - Qual organização?
  - Busca ativa de pacientes faltosos no retorno?
  - Consulta domiciliar?
  - Consulta enfermagem?
  - Contato ACS ou telefone?
- j) Mecanismos de comunicação direta para os pacientes (Grupo A e B) referenciados para retorno?
- k) Mecanismos de comunicação direta para os pacientes (Grupo A e B) contra referenciados?
- l) Distribuição do Cartão de Acompanhamento?
- m) Notificação dos Casos (fluxo rápido);
- n) Regulação do paciente (Grupo C e D) para unidade maior complexidade?
  - Acesso venoso?
  - Transporte?
  - Tempo de espera?
  - Leitos referenciados?
- o) Vigilância constante dos pacientes com acesso venoso (preconizado pelo MS)?

#### 4 – Estrutura:

- a) Disponibilidade de impressos (cartão de acompanhamento, fichas de notificação, formulário para acompanhamento dos pacientes);
- b) Distribuição nas unidades do fluxograma de classificação de risco e manejo do paciente;
- c) Distribuição para os profissionais de saúde do fluxograma de classificação de risco e manejo do paciente;
- d) Central de regulação: estimativas de leitos retaguarda, evolução do número de internações, contratualização, profissionais capacitados, estratégias de comunicação;

## Anexo 03 – Proposta para capacitação dos profissionais de saúde

A capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento adequado aos usuários do Sistema Único de Saúde e da rede privada com suspeita de dengue é um dos principais componentes do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) para garantir assistência em tempo oportuno e manejo adequado aos casos suspeitos de dengue..

Estudo realizado por Figueiró *et al*, do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde-IMIP de Pernambuco, a pedido do Ministério da Saúde, com o objetivo de analisar o grau de implantação das ações e serviços de saúde com vistas à assistência à dengue, assim como a qualidade técnica e científica da assistência aos pacientes que foram a óbito por dengue na rede pública, obteve como conclusão que o mais importante fator de risco para a ocorrência de óbito foi a qualidade do manejo clínico dos casos atendidos. Outro manuscrito, que procurou investigar as causas de óbitos por dengue na Bahia, conclui que muitos pacientes que morreram devido a essa síndrome febril, buscaram por diversas vezes os serviços de saúde e a suspeita diagnóstica de dengue foi realizada tardiamente e o que retardou sobremaneira o tratamento o que contribui diretamente para o agravamento dos casos.

Frente à necessidade urgente de se aprimorar a qualidade da assistência à saúde nos casos suspeitos de dengue, o Ministério da Saúde através da SVS, SAS, SGTES e em parceria com as secretarias estaduais e municipais, pretende desenvolver estratégias imediatas voltadas para capacitação dos profissionais de saúde de todos estados da federação com vistas ao manejo clínico dos casos suspeitos de dengue.

Diferentes estratégias de capacitação já foram implantadas, com treinamentos baseados em aula expositiva, discussão de casos e distribuição maciça de manuais e compact discs (CD's), necessitando assim de um período maior de dedicação e adesão dos profissionais a essas metodologias, com isso, o Ministério da Saúde sugere um modelo de treinamento simplificado, que atinja um maior número de profissionais ligados à assistência, onde são utilizados apenas 10 slides, sendo denominada de “Capacitação Dengue em 15 minutos”.

A capacitação propõe sensibilizar um maior número de profissionais que prestam assistência aos pacientes com dengue nas diferentes unidades de saúde (Estratégia de Saúde da Família-ESF, Unidade Básica de Saúde-UBS, Pronto Atendimento-PA, Unidade de Pronto atendimento-UPA, Emergências). O treinamento é voltado para médicos e enfermeiros, os quais são treinados nas suas unidades de saúde.

Nos hospitais o treinamento deve abranger as especialidades e unidades que recebem



pacientes com dengue com diferentes complexidades: emergência (clínica, pediatria, cirurgia, maternidade), setores de leito de internação, unidade de terapia intensiva (adulto, crianças) e semi-intensiva. Tendo como objetivo alertar ao médico para atual situação da dengue no país, com aumento de casos graves da doença e principalmente ressaltar os pontos chaves na condução dos casos, capazes de impactar sobre a evolução clínica e evitar o óbito.

Os elementos que compõem o treinamento são:

- Definição de responsáveis pela implantação do treinamento nas respectivas unidades de saúde.
- Definição dos monitores responsáveis pela capacitação nas unidades de saúde.
- Treinamento dos médicos e enfermeiros nas unidades de saúde “in loco”.
- Distribuição de material simplificado de capacitação (Kit treinamento).
- Material expositivo padronizado (elaborado por comitê científico).
- Sensibilização de 10 minutos, no período de expediente do profissional.
- Evidência de treinamento: teste com 03 questões elaboradas para serem respondidas consultando o algoritmo de conduta.
- Emissão de certificado de treinamento emitido pela Secretária de Saúde.
- Elaboração de relatório de cobertura de treinamento por unidade à Secretária de Saúde. Meta: 100% dos médicos e enfermeiros da assistência.
- Avaliação dos Prontuários Médicos (avaliar o atendimento dos pacientes internados e atendidos pela Emergência). Definir amostragem, tempo de coleta, utilizando formulário de avaliação padronizado e questionário de investigação de óbitos do MS.
- Plano de ação para as não conformidades (resposta rápida).

**ANEXO A ESSA PUBLICAÇÃO  
ENCONTRA-SE MATERIAL DIDÁTICO  
PARA A CAPACITAÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS. FAVOR CONSULTAR  
“DENGUE EM 15 MINUTOS”.**





À SAÚDE  
DE AUMENTAR  
OU DE EPID  
DENGUE

DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)



Ministério da  
Saúde



IZES PARA  
NIZAÇÃO  
OS DE