

Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro para assistência a pacientes com suspeita de dengue

Assessment of primary health care services for patients with suspected dengue in the city of Rio de Janeiro

Danielle Amaral de Freitas

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal do Rio de Janeiro

Reinaldo Souza-Santos

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz

Mayumi Duarte Wakimoto

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), denominados “atenção primária à saúde (APS)” no Brasil devem ter condições físicas e organizacionais para oferecer atendimento adequado aos pacientes com suspeita de dengue e evitar óbitos. Objetivamos analisar a adequação da APS no município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma avaliação normativa com apreciação da estrutura e processo. Foi elaborado um *sistema de escores* para analisar a APS, de acordo com os indicadores utilizados: adequada (0,8 a 1); parcialmente adequada (0,6 a 0,79); e não adequada (\leq 0,59). Quanto à estrutura, as unidades estavam parcialmente adequadas, com condições físicas e estruturais adequadas, porém inadequadas quanto à existência de normas, procedimentos técnicos, além do quantitativo insuficiente de profissionais. Os processos foram parcialmente adequados, com dificuldades apontadas para: implementação de protocolos, uniformização dos fluxos assistenciais, inclusão da equipa multiprofissional e comunicação efetiva. Além disso, alguns procedimentos relacionados à observação clínica, essenciais para a diminuição da letalidade, foram inadequados. Embora nos últimos anos tenha ocorrido aumento da cobertura de unidades de APS, esse não se mostrou suficiente para a ampliação do acesso e atendimento oportuno à população. São necessárias políticas públicas para estruturação e apoio às redes de atenção à saúde com condições logísticas e operacionais para acolhimento qualificado e eficaz.

Palavras-chave:

Dengue, qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde, atenção primária à saúde.

Abstract

Primary Health Care (PHC) should have physical and organizational conditions to provide adequate care to patients with suspected dengue and prevent death. We aimed to analyze the adequacy of PHC in the city of Rio de Janeiro. It is a normative evaluation designed to assess the structure and process according to the protocols of the Ministry of Health in Brazil. A system of scores was elaborated to assess the APS, according to proposed indicators as follows: adequate (0.8 to 1); partially adequate (0.6 to 0.79); and not adequate (\leq 0.59). As for the structure, the units were partially adequate, with adequate physical and structural conditions, but inadequate regarding standards, technical procedures and number of professionals. The processes were partially adequate, with difficulties related to: implementation of protocols, standardization of assistance flows, inclusion of the multi-professional team and effective communication. In addition, some procedures related to clinical observation, essential for decreasing fatality rate were inadequate. The number of health units has proved to be insufficient, although there has been an increase in APS coverage recently. Management should establish flows to structure and support health care networks with logistical and operational conditions for qualified and effective care.

Key words:

Dengue, quality, access and health care assessment, primary health care.

Introdução

A dengue tem sido preocupação das autoridades sanitárias, pois produz grande impacto político, financeiro e social devido à magnitude epidemiológica e amplitude demográfica que apresenta. A expansão e manutenção da circulação viral são favorecidas pela combinação de diversos fatores como alterações climáticas, aumento da densidade demográfica, a precária organização social dos espaços geográficos nos centros urbanos, aumento do fluxo de viagens, mutações genéticas dos vírus, falta de controle eficaz do vetor, expansão da distribuição geográfica e capacidade de adaptação vetorial a novos reservatórios e hospedeiros [1,2].

No Brasil, a dengue apresenta histórico recorrente de epidemias, com a circulação dos quatro sorotipos virais (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4) no país. Além da dengue, foram introduzidas recentemente outras duas arboviroses: a chikungunya (CHIKV) e a zika (ZIKV), transmitidas pelo mesmo vetor, com ampla disseminação em todo o território [3,4].

A ocorrência simultânea das três arboviroses é um desafio para a saúde pública, visto que apresentam sintomatologia semelhante, principalmente na fase aguda, dificultando o diagnóstico e, conseqüentemente, o manejo clínico adequado.

O diagnóstico laboratorial é realizado por meio de pesquisa de vírus (isolamento viral por inoculação em células); e da pesquisa de genoma do vírus da dengue por Transcrição Reversa seguida de Reação em Cadeia da Polimerase (RT-PCR) [5]. Os testes sorológicos apresentam limitações pela possibilidade de reação cruzada entre os anticorpos IgM / IgG para os vírus dengue e zika. É importante a detecção da circulação viral (isolamento viral, PCR) no início das epidemias para o estabelecimento de ações estratégicas de prevenção e controle da dengue, porém a disponibilidade dos exames nas unidades de APS é limitada pelo custo e muitos casos são definidos por vínculo epidemiológico, com potencial impacto na análise da vigilância epidemiológica [6].

Neste cenário a dengue ainda é considerada uma das doenças endêmicas de maior incidência nas regiões intertropicais ao redor do planeta, constituindo um importante problema de saúde pública, com espectro clínico muito amplo, variando de formas assintomáticas até formas graves. Ademais, possui posição de destaque entre as demais arboviroses pelo potencial

de evolução rápida para as formas graves e letais [7]. Embora as unidades de saúde de todos os níveis de atenção devam estar preparadas para acolher a demanda por atendimento dos casos suspeitos de dengue, as unidades de atenção primária à saúde são de extrema relevância, já que constituem a entrada preferencial para o sistema de saúde brasileiro. As unidades de cuidados de saúde primários devem estar adequadas para atender a demanda assistencial dos pacientes com suspeita de dengue, o que inclui condições estruturais, quantitativo suficiente de profissionais, a utilização de protocolos clínicos, efetivo sistema de referência e contra referência, com base na classificação de risco, no sentido de garantir o atendimento oportuno e com qualidade ao paciente [7]. A implementação do atendimento com classificação de risco tem por objetivo reduzir o tempo de espera do paciente por atendimento, visando o diagnóstico, tratamento e internação quando indicada, além de contribuir para a organização do fluxo de pacientes na unidade de saúde; prioriza o atendimento dos casos de acordo com a gravidade, tornando possível o atendimento em tempo oportuno, ou seja, antes do agravamento do quadro clínico [7].

Sob este aspecto, a qualidade da assistência prestada e a organização da rede de serviços de saúde são condições essenciais para enfrentar as epidemias, sobretudo, devido à ocorrência de casos graves. Portanto, a estruturação das unidades de saúde e a capacitação dos profissionais que trabalham na assistência aos pacientes com dengue são aspectos fundamentais para o estabelecimento de condutas compatíveis com um prognóstico clínico positivo [6,7]. Entre 2001 e 2017 o município do Rio de Janeiro teve três grandes epidemias, com incidência acumulada de 10364,47/100.000 habitantes e 353 óbitos no período [8]. A alta incidência da doença leva a um aumento na procura da população por atendimento nas unidades de saúde, o que pode significar o deslocamento por longa distância em busca de atendimento. Em uma das regiões de saúde do município do Rio de Janeiro, a área de planejamento 3.3 (AP 3.3) 72% dos pacientes com suspeita de dengue foram atendidos na área de residência. Entretanto, destes, apenas 37% recebeu atendimento nas unidades de APS, ou seja, em sua maioria, foram inicialmente atendidos em unidades de atenção secundária ou terciária. Os pacientes que foram atendidos em unidades de saúde de outras regiões da cidade, se locomoveram para bairros mais distantes, principalmente em busca de

unidades hospitalares com 2647 diferentes fluxos, definidos como a trajetória percorrida pelos pacientes entre a residência e as unidades de saúde [9].

Este estudo teve por objetivo avaliar a adequação das unidades de atenção primária à saúde localizadas na área 3.3, que inclui bairros da zona norte do município do Rio de Janeiro, com alta incidência da doença e de grande vulnerabilidade social, para atenção aos pacientes com suspeita de dengue.

Materiais e métodos

Trata-se de uma avaliação normativa com apreciação de estrutura e processo.

O município do Rio de Janeiro possui uma população de 6.320.446 habitantes em um território de 1.224,56 km² de extensão, a segunda maior metrópole do país. Apresenta divisão administrativa organizada em dez áreas de planejamento (AP): 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2, e 5.3. A área 1.0 compreende a região do centro e portuária da cidade; a 2.1 abrange toda a zona sul, local de maior fluxo de turismo. A 2.2, 3.1, 3.2 e 3.3 fazem parte da zona norte e Leopoldina. As áreas 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 compõem a zona oeste da cidade, mais distante da região central da cidade.

Há uma grande heterogeneidade entre as áreas de planejamento quanto a estruturação urbana, IDH e acesso a serviços públicos.

O local do estudo (Área de Planejamento 3.3) possui 7.689,88 km² e 952.638 habitantes, distribuídos em 29 bairros, a terceira maior densidade populacional com 13.821 hab/km², com 50 % da população residente em favelas. A região possui 25 unidades de atenção primária à saúde, 2 unidades de atenção especializada, 2 hospitais gerais, 6 unidades de pronto-atendimento, 2 maternidades e 1 hospital especializado. Antes de 2009 a AP 3.3 tinha 29 equipes de Saúde da Família. Hoje, a ESF da área conta com 119 equipes, 1 equipe de consultório na rua, 48 equipes de saúde bucal e 8 núcleos de apoio à saúde da família [9]. Foram incluídas no estudo as 25 unidades de cuidados de saúde primários, 17 unidades tipo A (unidade onde todo o território é coberto por equipes de saúde da família) e 8 unidades tipo B (unidades mistas onde somente parte do território é coberto pela saúde da família e há oferta de atenção tradicional, com médicos, enfermeiros e demais profissionais vinculados a programas específicos tais

como diabetes, hipertensão e tuberculose).

Os dados foram obtidos através da aplicação dos questionários a todos os gestores e os profissionais de saúde que atendiam pacientes com suspeita de dengue das unidades da área para caracterizar as unidades quanto a estrutura e processos de trabalho. Adicionalmente foi aplicado roteiro de observação, elaborado para o estudo, nas unidades de saúde, com o objetivo de obter informações complementares sobre os recursos humanos e materiais disponíveis, bem como sobre o processo de trabalho.

Os instrumentos para a coleta de dados (entrevistas e roteiro de observação) foram elaborados com base nas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (DNPCED) [7], testados, validados, ajustados e encaminhados por e-mail para os gestores com o *link* do *Google Drive* (serviço de armazenamento e sincronização de arquivos). Para a realização das entrevistas com os profissionais de saúde e aplicação do roteiro de observação foram agendadas visitas às unidades de saúde.

Para a construção do modelo lógico, entendido como um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados [10], foram utilizados os componentes previstos nas DNPCED. O objetivo foi sistematizar a estrutura e o processo de trabalho das unidades de saúde, com base na literatura consultada, frente ao atendimento de pacientes com suspeita de dengue, excluindo os fatores individuais e intersetoriais (Quadro 1).

Para elaboração do modelo lógico operacional do estudo, utilizou-se uma representação visual de como o programa teoricamente funciona para resolver determinado problema em uma dada circunstância [11]; foram consideradas como atividades integrantes da APS, as ações recomendadas pelas DNPCED (Quadro 2).

Para definir o nível de adequação dos serviços de APS, foram utilizados os indicadores de processo normatizados pelas DNPCED (2009), classificados por meio da média aritmética para cada indicador, atribuindo a estes uma determinada pontuação segundo o método baseado no *sistema de escores*, desenvolvido por Felisberto [12]. Cada indicador foi estabelecido de acordo com as variáveis do roteiro de observação e entrevistas realizadas com os profissionais de saúde e os gestores. As respostas foram dicotômicas: “sim” e “não”. Para cada resposta afirmativa,

Quadro 1: Modelo lógico-teórico para atendimento dos pacientes com suspeita de dengue na atenção primária à saúde

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

* POP – Procedimento operacional padrão.

foi contabilizado 01 (um) ponto e para cada resposta negativa, este não foi contabilizado. Para obtenção do valor observado, foi realizada a média aritmética das respostas gerando a “proporção observada” (PO). Para garantir a validade de conteúdo e de construção do modelo lógico e da matriz de julgamento foi realizada técnica de consenso, método Delphi [13] com nove especialistas que integravam a equipa de gerenciamento das ações de cuidados clínicos para o acolhimento dos pacientes com doenças agudas, vigilância em saúde e suporte logístico das unidades da área.

Os especialistas classificaram os indicadores como “muito relevante (MR)”, “relevante (RR)” e “pouco relevante (PR)”; posteriormente foi atribuído peso para cada indicador: peso 3 para “MR”, 2 para “RR” e 1 para “PR”.

Os valores da proporção observada, foram multiplicados de acordo com o peso (P) (relevância) atribuído pelos especialistas, gerando o escore de adequação (P) x (PO). Posteriormente foi calculada a média aritmética dos: subcomponentes, componentes e unidades ($(\sum P) \times (\sum PO) / ((\sum P) + (\sum PO))$) O componente “estrutura” foi subdividido em quatro indicadores que expressam a adequação das instalações físicas, dos insumos e mobiliários, das normas e procedimentos técnicos e de recursos humanos. O componente “processo” avalia a existência de processos de trabalho que qualifiquem o atendimento aos pacientes e foi subdividido em “processos assistenciais”, “Vigilância em Saúde” e “Educação em Saúde”.

Com base nos modelos lógico teórico, lógico operacional e na matriz de relevância foi elaborada a matriz de julgamento (Quadro 3).

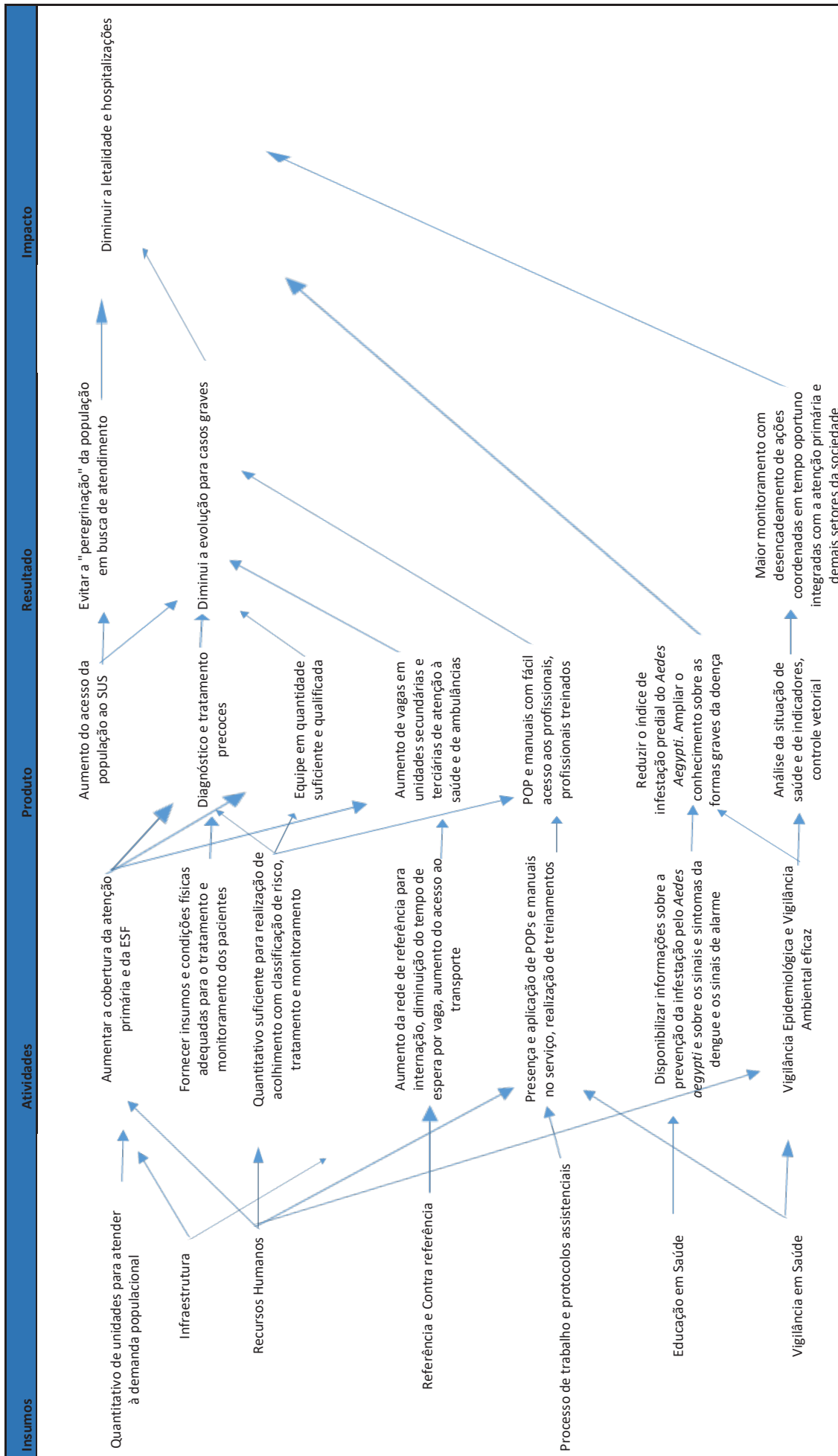
A adequação da APS na área de estudo para a assistência a pacientes com suspeita de dengue foi avaliada frente à matriz de julgamento. Os pontos de corte adotados para definir o grau de adequação das unidades de atenção primária da AP 33 foram: adequada (0,8 a 1); parcialmente adequada (0,6 a 0,79) e não adequada ($\leq 0,59$). O sistema de escores e os pontos de corte empregados foram adaptados de Felisberto et al. (2002) e Samico et al. (2005) [12,14]. Para a análise dos dados foram utilizados *Microsoft Excel* versão 16.0.6769.2017 e *SPSS* versão 20.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/CAAE: 32307314.6.0000.5240 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, CAAE: 32307314.6.3001.5279.

Resultados

Foram visitadas 7 unidades (28% das unidades da área), 4 unidades tipo A (23%) e 3 unidades tipo B (37%). Não foi possível realizar a coleta de dados em todas as unidades, conforme previsto inicialmente, devido à eclosão de um conflito armado no território no período do estudo. Foram realizadas entrevistas com 27 profissionais. A taxa de resposta foi de 80%, sendo de 76% das

Quadro 2: Modelo lógico-operacional das diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue



Quadro 3: Matriz de julgamento da adequação das unidades de atenção primária à saúde frente ao atendimento dos pacientes com suspeita de dengue

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	VALOR ESPERADO* RELEVÂNCIA	PROPORÇÃO OBSERVADA	ESCORE DE ADEQUAÇÃO	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO			
							DO SUBCOMPONENTE	DO COMPONENTE	DAS UNIDADES	
ESTRUTURA	Instalações e Recursos Físicos	Unidade localizada em local de difícil acesso	Possui balança, termômetro, bebedouro, estetoscópio, esfigmomanômetro, régua (prova do laço), copos descartáveis	2	0,714	1,429	0,714			
		Instalações físicas em condições adequadas para atendimento do paciente com dengue.		3	0,714	2,143				
	Equipamentos, Procedimentos e Imagens clínicas/laboratoriais	Existência de sala para realização da "avaliação com classificação de risco"	Possui protocolo, cartazes sobre sinais de alarme e classificação de risco	1	0,714	0,714	0,960			
		Existência de equipamentos básicos para atendimento.		2	0,719	1,438				
		Existência de insumos para diagnóstico laboratorial.	3	1,000	3,000					
		Existência de medicamentos básicos para atendimento.	3	0,967	2,902					
		Existência de insumos para realização de procedimentos.	3	0,975	2,926					
		Existência de mobiliários e utensílios básicos para atendimento.	3	0,975	2,926					
		Existência de protocolos, normas, diretrizes, recursos técnicos para atendimentos.	3	0,959	2,878					
		Utilização de Procedimento Operacional Padrão – POP.	3	1,000	3,000					
		Possui Fluxo de encaminhamento para o referenciamento de pacientes para os demais níveis de assistência à saúde	3	1,000	3,000					
		Quantidade adequada de profissionais	2	0,811	1,623					
	Recursos humanos	Realização de capacitações e treinamentos contínuos (mínimo anual)	2	0,550	1,100	0,489				
			2	0,429	0,857					
								0,679		0,736

*Valor esperado=1; Relevância e peso "MR"³=3, "RR"²=2 e "PR"¹=1

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PROPOSIÇÃO OBSERVADA	ESCORE DE ADEQUAÇÃO	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO SUBCOMPONENTE	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO COMPONENTE	NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DAS UNIDADES							
PROCESSO DE TRABALHO		<p>Atendimento prioritário por "classificação de risco"</p> <p>Apresenta sistema organizado para atendimento da demanda espontânea, agendada e retorno de pacientes atendidos na própria unidade</p> <p>Realiza agendamento de consulta de retorno do paciente para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção</p> <p>ESF faz acompanhamento diário dos pacientes com dengue</p> <p>Realiza hidratação oral para os pacientes classificados como A</p> <p>Realiza hidratação venosa quando necessário</p> <p>Possui condições de tratamento e observação por 12 horas dos pacientes classificados como B</p> <p>Fornecer resultado de hemograma completo no mesmo dia</p> <p>Preenche o cartão de acompanhante do paciente com dengue.</p> <p>Realiza atendimento 12 horas em situação de epidemia.</p> <p>Realiza solicitação de sorologia após o 5º dia do início dos sintomas dos pacientes</p> <p>Realiza hemograma completo com contagem de plaquetas</p> <p>Executa ações de enfrentamento de epidemias *</p> <p>Realiza USG, radiografia, dosagem de albumina</p>	<p>Possui plano de contingência</p> <p>Possui procedimento de triagem e manejo de grande número de casos</p> <p>Possui plano de transporte de pacientes em ambulâncias</p> <p>Possui procedimentos para notificação de casos</p> <p>Possui mecanismos de envio urgente de amostras ao laboratório de referência</p>	3	0,988	2,963	0,776	0,793	0,736							
				2	0,981	1,963										
				2	0,939	1,878										
				3	0,709	2,127										
				2	1,000	2,000										
				3	0,952	2,857										
				2	0,298	0,596										
				3	0,921	2,762										
				3	0,934	2,802										
				3	0,608	1,825										
				3	0,780	2,341										
				2	1,000	2,000										
				2	0,554	1,108										
				3	0,915	2,746										
				3	0,730	2,190										
				2	0,952	1,905										
				3	0,803	2,409										
				3	0,000	0,000										
PROCESSO DE TRABALHO	Vigilância em Saúde	<p>Realiza Busca Ativa de casos Notificados</p> <p>Realiza a notificação de todos os casos suspeitos de dengue</p> <p>Notifica os casos suspeitos de dengue sem sinais de alarme semanalmente ao Serviço de Vigilância em Saúde</p> <p>Notifica os casos suspeitos de dengue grave imediatamente ao Serviço de Vigilância em Saúde</p> <p>Realiza investigação Epidemiológica dos casos notificados</p>	<p>Possui plano de contingência</p> <p>Possui procedimento de triagem e manejo de grande número de casos</p> <p>Possui plano de transporte de pacientes em ambulâncias</p> <p>Possui procedimentos para notificação de casos</p> <p>Possui mecanismos de envio urgente de amostras ao laboratório de referência</p>	3	0,669	2,008	0,852	0,793	0,736							
				3	0,963	2,889										
				3	0,958	2,873										
				3	0,897	2,690										
				3	0,775	2,325										
				2	0,767	1,534										
				2	0,395	0,790										
				3	0,976	2,929										
				ESCORE FINAL												

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

unidades tipo A e 87% dos gestores das unidades tipo B. Não foi possível a visita e aplicação dos instrumentos em todas as unidades, devido às questões de violência na área do estudo. A partir dos dados obtidos de cada unidade foi realizada a média aritmética, originando o escore global que permitiu a classificação da adequação por componente, subcomponentes e indicadores para a AP 3.3. A adequação das unidades de atenção primária à Saúde da AP 3.3 foi classificada como parcialmente adequada (0,73), indicador composto pelos componentes estrutura (0,71) e processo (0,79), como podemos verificar na matriz de julgamento

Avaliação do componente estrutura

A avaliação da estrutura se deu através de quatro subcomponentes: instalações e recursos físicos; equipamentos, procedimento clínico/laboratorial, imagem, medicamentos e mobiliários; normas e procedimentos técnicos e recursos humanos.

O subcomponente instalações e recursos físicos foi avaliado como parcialmente adequado (0,71); foi subdividido em três indicadores: unidade em local de difícil acesso, instalações em condições adequadas para atendimento aos pacientes com dengue e existência de sala para realização da avaliação com classificação de risco.

O subcomponente equipamentos, procedimento clínico/laboratorial, imagem e medicamentos apresentou-se adequado (0,95) e foi subdividido em seis indicadores: presença de receituário, cartazes sobre sinais de alarme para dengue e classificação de risco; existência de equipamentos básicos para atendimento; existência de insumos para diagnóstico laboratorial; existência de medicamentos básicos para atendimento; existência de insumos para realização de procedimentos; existência de mobiliários e utensílios básicos para atendimento. A pontuação obtida por cada indicador foi adequada, variando entre 1 e 0,95.

O subcomponente normas e procedimentos técnicos apresentou-se inadequado (0,55) e foi subdividido em três indicadores: existência de protocolos, normas, diretrizes, recursos técnicos para atendimento; utilização de procedimento operacional padrão (POP); presença de fluxo de encaminhamento para o encaminhamento de pacientes para os demais níveis de assistência à saúde. Não foi observada a “utilização de procedimento operacional padrão (instrumento de sistematização dos procedimentos)” em nenhuma unidade conforme preconizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA) [15], portanto o indicador foi considerado inadequado.

O indicador “possui fluxo de encaminhamento para o encaminhamento de pacientes para os demais níveis de assistência à saúde” foi adequado (0,81). Segundo os percentuais de resposta, 98% dos gestores e todas as unidades segundo o roteiro de observação referiram que existem os fluxos. Porém, apenas 48% dos profissionais entrevistados relatam a existência destes fluxos. A maioria dos gestores (71,4%) informou não possuir dificuldades quanto ao encaminhamento dos pacientes, estas quando presentes, foram: demora, transporte e vaga.

O subcomponente recursos humanos apresentou-se inadequado (0,48) e foi subdividido em dois indicadores: quantidade adequada de profissionais e realização de capacitações e treinamentos contínuos (minimamente anuais). Nas unidades tipo A cada equipe multidisciplinar deve cobrir a área adstrita, que corresponde a até 4000 pessoas, enquanto nas unidades tipo B a área de cobertura inclui de 30 a 70 mil pessoas. Portanto, o número de profissionais de saúde nas unidades é inadequado, tanto nas unidades tipo A, quanto nas unidades tipo B [16].

O indicador “quantidade adequada de profissionais” foi inadequado (0,53). Este indicador foi construído com base no dimensionamento orientado por especialistas em acolhimento. Dentre as unidades tipo A, apenas 57% estão adequadas em relação ao quantitativo de profissionais para atender a demanda dos pacientes.

O indicador “realização de capacitações e treinamentos contínuos (pelo menos um por ano)” foi inadequado (0,42).

Avaliação do componente processo de trabalho

O componente processo de trabalho foi avaliado a partir de três subcomponentes: protocolos assistenciais; vigilância em saúde e educação em saúde.

O subcomponente “protocolos assistenciais” foi parcialmente adequado (0,77) e dividiu-se em quatorze indicadores: atendimento prioritário por classificação de risco; “sistema organizado para atendimento da demanda espontânea”, “retorno de pacientes atendidos na própria unidade”; “atendimento de retorno dos pacientes para reavaliação cujo atendimento inicial foi em outro nível de atenção”; “acompanhamento diário dos pacientes com dengue pela ESF”; “hidratação oral para

os pacientes classificados como A”; “hidratação venosa quando indicada”; “condições de tratamento e observação por 12 horas dos pacientes classificados como B”; “resultado de hemograma completo no mesmo dia”; “cartão de acompanhamento do paciente com dengue”; “atendimento por 12 horas em situação de epidemia”; “solicitação de sorologia após o 5º dia do início dos sintomas dos pacientes”; “hemograma completo com contagem de plaquetas”; “ações de enfrentamento de epidemias”; “realização de ultrassonografia, radiografia, dosagem de albumina”.

Os indicadores “atendimento prioritário por classificação de risco”, “sistema organizado para atendimento da demanda espontânea”, “retorno de pacientes atendidos na própria unidade”, “atendimento de retorno para reavaliação”, “hidratação oral para os pacientes classificados como A”, “hidratação venosa quando indicada”, “resultado de hemograma no mesmo dia”, “cartão de acompanhamento do paciente com dengue” e “hemograma com contagem de plaquetas” tiveram pontuação acima de 0,91, portanto, adequados para o atendimento aos pacientes com suspeita de dengue nas unidades de APS da AP 3.3.

O indicador relativo a “condições de tratamento e observação por 12 horas dos pacientes classificados como B” foi inadequado (0,29); não se observa disponibilidade de “ultrassonografia, radiografia, dosagem de albumina”, para atendimento dos pacientes classificados como B.

Os indicadores relativos ao “atendimento por 12 horas em situação de epidemia” e “solicitação de sorologia após o 5º dia do início dos sintomas dos pacientes” foram parcialmente adequados (0,60 e 0,78).

Para definir se as unidades estão preparadas para atender um aumento brusco de número de casos, caracterizando uma epidemia, foi o utilizado o indicador “executa ações de enfrentamento de epidemias”. Os critérios estabelecidos foram: possuir plano de contingência, procedimento de triagem e manejo de grande número de casos, plano de transporte de pacientes em ambulâncias, procedimentos para notificação de casos e possuir mecanismos de envio urgente de amostras ao laboratório de referência. Este indicador foi parcialmente adequado (0,79).

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

Vigilância em Saúde e realiza investigação epidemiológica dos casos notificados”.

Os indicadores “notificação de todos os casos suspeitos de dengue”, “notificação dos casos suspeitos de dengue sem sinais de alarme semanalmente ao Serviço de Vigilância em Saúde”, “notificação dos casos suspeitos de dengue grave imediatamente ao Serviço de Vigilância em Saúde” estão adequados (0,89 – 0,96). Já em relação aos indicadores relativos a “busca ativa de casos notificados” e “investigação epidemiológica dos casos notificados”, estes foram parcialmente adequados, 0,66 e 0,77 respectivamente.

O subcomponente “educação em saúde” foi parcialmente adequado (0,75) e dividiu-se em três indicadores: informativos, impressos sobre dengue para profissionais de saúde (parcialmente adequado – 0,77); informativos impressos sobre dengue para pacientes e familiares (adequado – 0,97); orientação aos pacientes e familiares quanto aos sinais de alarme (inadequado – 0,39).

Discussão

A área de estudo possui alta densidade demográfica, condições de infraestrutura inadequadas e grande vulnerabilidade social, com intensa violência urbana [17]. As unidades de atenção primária à saúde da AP 3.3 estão parcialmente adequadas quanto à estrutura com disponibilidade de insumos para o atendimento dos pacientes. Entretanto, alguns indicadores se mostraram inadequados tais como normas e procedimentos técnicos e recursos humanos, assim como o número de unidades de saúde. Em contrapartida, nos últimos anos, os dados da coordenação de área programática 3.3 mostram que a área teve um aumento (69%) no número de unidades de atenção primária à saúde, ampliando o acesso dos residentes aos programas oferecidos pelo sistema de saúde brasileiro, sobretudo a Estratégia de Saúde da Família possibilitando melhor monitoramento e análise da situação de saúde local. Gibson et al [18] relataram que a liberação precoce de pacientes com dengue apresentando quadro febril e potencialmente graves pode ter sido consequência do atendimento médico prestado nas unidades de atenção primária, sugerindo deficiências na aplicação do protocolo de classificação de risco e triagem de pacientes. Em outro estudo foi verificado que a maioria dos pacientes internados por dengue havia sido atendida anteriormente na atenção primária à saúde, porém não receberam informações sobre prevenção e controle da doença [19].

A OMS apoiou a adoção das medidas de expansão da atenção primária através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na construção da atenção primária dos serviços de saúde [20]. Em relação a tais medidas existem evidências, no plano internacional, que revelam a contribuição da ESF na melhoria da saúde individual e coletiva, e os ganhos indiretos, como a redução dos custos do sistema e das desigualdades entre os subgrupos populacionais [21,22]. Nossos resultados mostram que as unidades da atenção primária à saúde da área estão estruturadas para realizar o atendimento inicial com administração de medicamentos, hidratação oral e venosa se necessário, com posterior encaminhamento dos pacientes para unidades de saúde com outro nível de complexidade, isso poderia se aplicar também a pacientes com dengue classificados como B, entretanto o indicador foi inadequado pela carência de exames complementares. Um estudo na Malásia demonstrou que a maior parte dos pacientes procurou atendimento para suspeita de dengue no início da doença (mediana de 1 dia), o que reforça a importância do papel da atenção primária [19].

Nenhuma unidade possui procedimento operacional padrão, um instrumento de sistematização dos procedimentos a serem executados, que demonstra a capacidade do sistema, serviço ou procedimento de saúde para solucionar as demandas, necessidades e os problemas que lhes são apresentados em geral elaborado pela equipe, com base nas diretrizes e considerando o processo de trabalho próprio da unidade e a tecnologia para este nível de atenção, de acordo com os conhecimentos técnicos e científicos atuais, as normas e protocolos que organizam as ações e práticas, e os valores culturalmente aceitos [15,23].

A organização da rede de serviços de saúde, desde a APS, com fluxo definido para os diferentes níveis de complexidade, apoio laboratorial e presença de médicos, enfermeiros e demais profissionais capacitados, é medida reconhecida como necessária para evitar a elevada ocorrência de óbitos por dengue, seja na América Latina, seja no Sudeste Asiático ou outra região endêmica no mundo [23]. O trabalho dentro de uma unidade de saúde depende de informação, seja ela entre os pacientes e a equipe ou entre membros da equipe multidisciplinar. Sem a normatização dos fluxos internos, a assistência ao paciente pode ficar fragilizada, podendo ocasionar riscos à saúde dos usuários. Logo, a inobservância dos protocolos de manejo clínico da doença podem ser fatores determinantes para a progressão da gravidade e ocorrência de óbitos [23]. A referência e

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

Os dados sugerem que existem barreiras na comunicação entre gestores e profissionais de saúde, sendo extremamente importante, não só a existência dos fluxos, mas também o compartilhamento das informações entre gestores e profissionais para melhor atendimento dos pacientes e encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde de forma oportuna e eficaz. Este pode ser um limitador de qualidade no cuidado ao paciente com dengue, visto que as unidades precisam estar com seus fluxos e procedimentos internos organizados, bem como com a rede de serviços estruturada para evitar a ocorrência de um desfecho negativo [7]. A maioria dos profissionais relata que possui dificuldades para o transporte e demora para o encaminhamento dos pacientes para internação, sobretudo dos pacientes graves, bem como para obter apoio das unidades secundárias e polos de dengue.

O nível de adequação do quantitativo de profissionais de saúde na rede foi definido pela opinião de especialistas em acolhimento que trabalham na área [16]. No entanto, deve ser considerada a disparidade no acolhimento entre as duas modalidades de atenção. Fatores que contribuem para esta situação precisam ser investigados como percentual de completude das equipes da estratégia da saúde da família, alta rotatividade de profissionais, áreas de intensa violência urbana em unidades tipo A e falta de renovação no quadro dos profissionais nas unidades tipo B. Todavia, os principais problemas das unidades localizadas em áreas com favelas é a dificuldade de contratação de profissionais de saúde e a alta rotatividade destes por conta da violência urbana [24]. Este facto pode impactar diretamente a qualidade do serviço prestado, bem como dificultar o acesso dos pacientes ao tratamento.

Os resultados demonstram que as unidades estão inadequadas quanto à realização de treinamentos, com periodicidade mínima anual. A educação permanente é essencial para os profissionais de atendimento aos casos de dengue visando não só qualificar o rastreamento, diagnóstico e manejo clínico correto, como também melhorar a capacidade da vigilância epidemiológica para o desenvolvimento de medidas de controle efetivas e em tempo real para um controle sustentável. No

entanto, o conhecimento sobre a doença muitas vezes é superficial, falta diálogo entre os protagonistas dos setores investigados e os materiais informativos de que dispõem são escassos [25].

Não se pode falar de intervenção sem levar em conta os diferentes atores que ela envolve, pois a credibilidade da avaliação depende da formação dos responsáveis pelas decisões, das suas experiências, das suas concepções sobre os desafios, dos seus interesses e posições no sistema de saúde [26]. Em suma, temos a necessidade de formulação e aprofundamento de decisões tanto dos gestores e planejadores como dos profissionais envolvidos com base em conhecimentos científicos sólidos e que atendam às necessidades sanitárias de populações específicas [27]. A adequação dos serviços e a qualidade do atendimento estão intimamente relacionadas ao grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade dos resultados desejados, e que sejam consistentes com o conhecimento profissional [28]. A avaliação deste processo é importante pois a qualidade de um sistema de saúde está associada ao equilíbrio entre as necessidades de cuidados de saúde da população e a oferta de serviços: desníveis entre necessidade e oferta podem gerar uso desnecessário ou demanda reprimida [29].

Embora as unidades não possuam laboratório próprio, a área possui uma rede de suporte laboratorial com fluxos definidos. Porém, este fluxo parece não ser de conhecimento de todos os profissionais que trabalham na linha de frente de assistência aos pacientes com suspeita de dengue. Em adição são relatadas dificuldades de acesso aos exames como o resultado no mesmo dia como preconizado pelas diretrizes. A coleta de sorologia em períodos não epidêmicos é necessária em todos os casos suspeitos de dengue, para confirmação ou descarte do diagnóstico da dengue laboratorialmente como é preconizado pela OMS [7]. Contudo, ainda há profissionais que realizam a solicitação em data inoportuna ou simplesmente não a realizam. Este fator é importante na análise dos casos classificados, sobretudo em períodos interepidêmicos. Em um estudo de avaliação da vigilância epidemiológica apenas 60,4% dos profissionais consideraram necessário a coleta de sangue para o diagnóstico laboratorial de todos os casos suspeitos de dengue [30]. Nossos resultados foram pouco sensíveis para a detecção dos fatores envolvidos na solicitação de sorologia para os pacientes com suspeita de dengue para detectar possíveis problemas no suporte dos laboratórios de saúde pública para as unidades de saúde. Gibson et al.[18] concluem que os laboratórios de referência para dengue, febre amarela e febre macu-

losa no Brasil dispõem de condições para a execução de pesquisas científicas, mas enfrentam dificuldades relacionadas, principalmente, ao planejamento e gestão em ciência e tecnologia.

As unidades estão parcialmente adequadas quanto à capacidade de resposta às epidemias, principalmente pela falta de estabelecimento de fluxos internos de contingência e organização em caso de aumento no número de casos. Este facto tem grande relevância uma vez que a dengue mantém um perfil endêmico com ciclos epidêmicos e as unidades de saúde devem estar estruturadas para atender a demanda de pacientes com suspeita de dengue e outras arboviroses. Neste contexto, é recomendável aumentar o acesso ao tratamento, especialmente em epidemias, evitando assim os deslocamentos desnecessários da população em busca de atendimento. O efeito positivo da implementação de tendas de hidratação na redução dos desfechos fatais foi verificada por Marra et al.[31].

Nossos resultados indicam que as unidades de APS realizam medidas de vigilância em saúde adequadas para atender os pacientes com suspeita de dengue. No território os agentes de vigilância em saúde podem ser grandes aliados não somente para monitoramento relativo aos índices de infestação do *Aedes aegypti*, como também para as ações da atenção primária à saúde como a busca ativa. No entanto, ainda é um desafio a integração dos agentes de vigilância em saúde à equipa saúde da família. Santos et al.[30] relataram as principais dificuldades dos técnicos em vigilância realizarem a busca ativa de casos: falta de veículos de transporte; número reduzido de técnicos; e resistência oferecida pelos proprietários para o acesso dos técnicos às áreas de domicílio, prejudicando a investigação dos casos.

As unidades de atenção primária à saúde estão parcialmente adequadas quanto à educação em saúde. As unidades não possuem impressos tanto para profissionais quanto para usuários. É importante o uso deste tipo de ferramenta para comunicação com os profissionais e para a atualização de dados referentes à assistência e à análise da situação de saúde do território. Em relação à comunicação com o usuário o indicador foi inadequado demonstrando a visão verticalizada que os profissionais de saúde possuem em relação ao repasse de informações aos usuários do SUS, especialmente nas unidades tipo B. É fundamental que informações como o conhecimento sobre os sinais de alarme para a doença grave sejam repassadas aos responsáveis, especialmente como forma de proteção à criança, evitando o retardo no atendimento e o conseqüente agravamento clínico

[32]. Estudos realizados em países asiáticos, com implementação de medidas educativas em escolas, lograram uma redução significativa no índice de infestação do mosquito transmissor da dengue na região, propiciando o conhecimento e ação das crianças e chefes de família [33].

Observam-se alguns limites para o acesso aos serviços básicos de saúde: a baixa capacidade de interação entre as equipas da atenção básica (unidades tradicionais e ESF); a desintegração entre a ESF e os demais níveis de complexidade do sistema; e a limitada competência da atenção primária em suas relações com outros setores da sociedade e do governo. Estudos são necessários para avaliação da rede da atenção primária, bem como do impacto que a implementação da estratégia de saúde da família no território produziu ao longo da última década, quando houve uma mudança da sistematização da saúde no município. Porém, parte da população continua sem acesso integral aos serviços públicos de saúde.

O estudo teve algumas limitações para o desenvolvimento do trabalho de campo devido aos frequentes episódios de violência relacionados ao tráfico de drogas, o que comprometeu as visitas a todas as unidades.

Conclusões

A área 3.3 apresenta relevante vulnerabilidade social e grande densidade demográfica, com áreas favelizadas e violentas no seu território. Em contrapartida, nos últimos anos houve um aumento importante no número de unidades de saúde da área, possibilitando acesso dos moradores a serviços de saúde. Todavia, a abrangência da ESF ainda é baixa, o que resulta em acesso diferenciado aos tratamentos de saúde.

A gestão da saúde local, apoiada por todas as esferas governamentais, deve estabelecer fluxos, com apoio das redes de assistência à saúde, além de adequar o número de unidades de saúde e o número de profissionais à população da área de abrangência.

Considerando a capacidade instalada das unidades, seus protocolos assistenciais e processos de trabalho, o nível de adequação das unidades de atenção primária à saúde da AP 3.3 foi parcialmente adequado. Embora esforços estejam sendo realizados para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde na AP 3.3, ainda se verifica a distribuição desigual do SUS, impulsionando a população a buscar opções de acesso ao atendimento qualificado, igualitário, equânime e universal.

Bibliografia

1. Brasil P, Calvet GA, Siqueira AM, Wakimoto M, de Sequeira PC, Nobre A, et al. Zika Virus Outbreak in Rio de Janeiro, Brazil: Clinical Characterization, Epidemiological and Virological Aspects. *PLoS Negl Trop Dis*. abril de 2016;10(4):e0004636.
2. Wilder-Smith A, Gubler DJ, Weaver SC, Monath TP, Heymann DL, Scott TW. Epidemic arboviral diseases: priorities for research and public health. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(3):e101–6.
3. Musso D, Cao-Lormeau VM, Gubler DJ. Zika virus: following the path of dengue and chikungunya? *Lancet*. julho de 2015;386(9990):243–4.
4. Al CWC et. Outbreak of Exanthematous Illness Associated with Zika, Chikungunya, and Dengue Viruses, Salvador, Brazil - Volume 21, Number 12—December 2015 - *Emerging Infectious Disease journal* - CDC. [citado 24 de outubro de 2017]; Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/12/15-1167_article
5. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde : volume único [recurso eletrônico]. 2019;741.
6. Pan American Health Organization, WHO. Dengue: guidelines for patient care in the Region of the Americas. 2016.
7. Brasil S. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue [Internet]. 2009 [citado 23 de fevereiro de 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf
8. DATASUS. TabNet DENGUE - Notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Rio de Janeiro [Internet]. 2019 [citado 30 de junho de 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanwin/cnv/denguerj.def>
9. Freitas DA de, Souza-Santos R, Wakimoto MD, Freitas DA de, Souza-Santos R, Wakimoto MD. Acesso aos serviços de saúde por pacientes com suspeita de dengue na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc & Saúde Coletiva*. abril de 2019;24(4):1507–16.
10. Medina MG, Silva GAP da, Aquino R, Hartz Z. Uso dos modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação em programas e sistemas de saúde*. FIOCRUZ; 2005. p. 41–63.
11. Hartz Z, Champagne F, Contandriopoulos A-P, do Carmo Leal M. Avaliação do programa materno-infantil In: Hartz, ZMA (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997 [citado 10 de abril de 2015]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-06.pdf>
12. Felisberto E, Carvalho EF de, Maggi RS, Samico I. Implementation process evaluation of the Integrated Management Childhood Illness strategy in the Family Health Program, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. dezembro de 2002;18(6):1737–45.
13. Pill J. The Delphi method: Substance, context, a critique and an annotated bibliography. *SocioeconPlann Sci*. fevereiro de 1971;5(1):57–71.
14. Samico I, Hartz ZM de A, Felisberto E, Carvalho EF de. Child health care: implementation degree analysis and satisfaction of health professionals and users in two municipalities at Pernambuco state, Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. junho de 2005;5(2):229–40.
15. ANVISA. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº. 63 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011 [Internet]. RDC Nº 63 2011. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011?category_id=215
16. Brasil, organizador. Política nacional de atenção básica. 1a edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. 108 p.
17. IBGE. CENSO DEMOGRÁFICO 2010 - Características da população do Rio de Janeiro [Internet]. 2012. Disponível em: http://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/

18. Gibson G, Souza-Santos R, Brasil P, Pacheco AG, Cruz OG, Honório NA, et al. From primary care to hospitalization: clinical warning signs of severe dengue fever in children and adolescents during an outbreak in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(1):82–90.
19. Ang KT, Rohani I, Look CH. Role of primary care providers in dengue prevention and control in the community. *Med J Malays*. 2010;65(1):58–62.
20. WHO. Primary health care now more than ever: the world health report 2008. Geneva: WHO; 2008.
21. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc E Saúde Coletiva*. novembro de 2012;17(11):2865–75.
22. Starfield B, Shi L. Commentary: primary care and health outcomes: a health services research challenge. *Health Serv Res*. dezembro de 2007;42(6 Pt 1):2252–6; discussion 2294–2323.
23. Figueiró AC, Hartz ZM, Brito CA, Samico I, Siqueira Filha NT, Cazarin G, et al. [Death from dengue fever as a sentinel event for evaluation of quality of healthcare: a case study in two municipalities in Northeast Brazil, 2008]. *Cad Saude Publica*. 2011;27(12):2373–85.
24. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde Em Debate*. março de 2015;39:9–17.
25. Assis SS de, Pimenta DN, Schall VT. CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EDUCATIVAS SOBRE DENGUE: A PERSPECTIVA DE PROFESSORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE. *Ens Pesqui Em Educ Em Ciênc*. 30 de julho de 2012;15(1):131–53.
26. Contandriopoulos A-P. Evaluating the institutionalization of evaluation. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. setembro de 2006;11(3):705–11.
27. Menezes SMMV de. Avaliação da implementação da vigilância epidemiológica das meningites no município de Porto Velho [Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.]. ENSP / FIOCRUZ; 2011.
28. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*. 16 de setembro de 1998;280(11):1000–5.
29. Pinheiro RS, Travassos C, Gamberman D, Carvalho MS. Mercados hospitalares em área urbana: uma abordagem metodológica. *Cad Saude Publica*. 2001;17(5):1111–21.
30. Santos KC dos, Júnior S, Bosco J, Zara AL de SA, Barbosa JR, Oliveira ESF de, et al. An evaluation of the acceptability and stability of the Dengue Surveillance System in Goiás state, Brazil, 2011. *Epidemiol E Serviços Saúde*. junho de 2014;23(2):249–58.
31. Marra AR, de Matos GFJ, Janeri RD, Machado PS, Schwartsman C, dos Santos OFP. Managing patients with dengue fever during an epidemic: the importance of a hydration tent and of a multidisciplinary approach. *BMC Res Notes*. 8 de setembro de 2011;4:335.
32. Wakimoto MD. Fatores associados ao dengue grave em crianças: estudo caso-controle em três hospitais pediátricos no município do Rio de Janeiro [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011 [citado 26 de março de 2015]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah.iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=link&exprSearch=736650&indexSearch=ID>
33. Vanlerberghe V, Toledo ME, Rodriguez M, Gomez D, Baly A, Benitez JR, et al. Community involvement in dengue vector control: cluster randomised trial. *BMJ*. 2009;338:b1959–b1959.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram que não existem conflitos de interesses.