



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ÁLVARO ÍTALO DE SOUSA DIAS

**MAPEAMENTO DE PROCESSOS DO FLUXO DE
ACOLHIMENTO E REFERENCIAMENTO DOS CASOS DE
DENGUE NA UPA DE SÃO SEBASTIÃO, DF**

Brasília - DF

2021

ÁLVARO ÍTALO DE SOUSA DIAS

**MAPEAMENTO DE PROCESSOS DO FLUXO DE
ACOLHIMENTO E REFERENCIAMENTO DOS CASOS DE
DENGUE NA UPA DE SÃO SEBASTIÃO, DF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva

Professor Orientador: Dra. Maria Paula do Amaral
Zaitune

Brasília – DF

2021

ÁLVARO ÍTALO DE SOUSA DIAS

**MAPEAMENTO DE PROCESSOS DO FLUXO DE
ACOLHIMENTO E REFERENCIAMENTO DOS CASOS DE
DENGUE NA UPA DE SÃO SEBASTIÃO, DF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria Paula do Amaral Zaitune
Orientador(a)

Dra. Claudia Mara Pedrosa
Membro

Me. José Braz Damas Padilha
Membro

Aprovado em:

Brasília, 26 de fevereiro de 2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais, que me possibilitaram ter acesso à educação de qualidade e por terem contribuído à formação de quem sou. À minha amada orientadora, que me acolheu e me auxiliou na conclusão desta etapa. E por último, mas não menos importante, ao meu namorado, que me apoiou e ajudou em todos os momentos difíceis que percorri na graduação até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado a capacidade de ter concluído esta última etapa da graduação. Agradeço aos professores do Departamento de Saúde Coletiva por terem me proporcionado a oportunidade de ter todo o conhecimento que obtive até chegar aqui. Agradeço à Coordenação e a Secretaria do Departamento de Saúde Coletiva, por terem me auxiliado em toda a minha jornada acadêmica. Agradeço à minha orientadora, pela paciência, auxílio e dedicação na conclusão desta jornada.

RESUMO

A dengue é uma doença febril causada por arbovírus, tendo como agente etiológico o vírus da dengue (DENV), este com quatro sorotipos distintos, e como vetor o mosquito *Aedes aegypti*. Existe apenas em países de clima tropical, se tornou um grande problema de Saúde Pública nas Américas. A dengue anualmente infecta cerca de 390 milhões de pessoas no mundo e causa 20 mil mortes. O seguinte trabalho teve como objetivo levantar as diretrizes nacionais em relação à dengue e analisar se o prescrito está em consonância com o praticado no referenciamento de pacientes com dengue na UPA e UBS 1 de São Sebastião. Dada a enorme proporção de casos em território nacional e epidemias anuais de dengue, torna-se importante mapear os processos e atividades da Vigilância Epidemiológica para o controle das mesmas. O Mapeamento de Processos consiste na síntese e esquematização das atividades detalhadas de cada processo da Vigilância Epidemiológica. Em cada mapeamento são especificados os atores envolvidos em cada atividade, o fluxo que deve ser seguido em certa ordem e o que deve ser feito caso o objetivo não seja atingido no processo detalhado. Com base no Guia de Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue publicado pelo Ministério da Saúde em 2009, foi feito um levantamento de fluxos definidos pela vigilância epidemiológica, e partir desse levantamento foram elaborados mapeamentos de processos sobre o manejo clínico de casos de dengue na Atenção Primária, e elaborados mapeamentos específicos para referenciamento dos casos de dengue entre a UBS e a UPA de São Sebastião.

Palavras chave: Dengue, mapeamento, processos, fluxo, referenciamento.

ABSTRACT

Dengue is a febrile disease caused by arbovirus, having the dengue virus (DENV) as its etiologic agent, which has four distinct serotypes, and the vector *Aedes aegypti* mosquito. It exists only in tropical countries, it has become a major public health problem in the Americas. Dengue annually infects about 390 million people worldwide and causes 20,000 deaths. The following work aimed to raise the national guidelines in relation to dengue and to analyze whether the prescription is in line with what is practiced in referencing dengue patients at the UPA and UBS 1 in São Sebastião. Given the huge proportion of cases in the country and annual dengue epidemics, it is important to map the processes and activities of the Epidemiological Surveillance to control them. The Process Mapping consists of the synthesis and layout of the detailed activities of each Epidemiological Surveillance process. In each mapping, the actors involved in each activity are specified, the flow that must be followed in a certain order and what must be done if the objective is not achieved in the detailed process. Based on the National Guidelines Guide for Prevention and Control of Dengue Epidemics published by the Ministry of Health in 2009, a survey of flows defined by epidemiological surveillance was carried out, and from this survey process mappings on the clinical management of cases of dengue in Primary Care, and specific mappings were prepared for referencing dengue cases between UBS and UPA of São Sebastião.

Keywords: Dengue, mapping, processes, flow, referencing.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	4
AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUÇÃO	9
a. Dengue	9
b. Dados Epidemiológicos da Dengue no DF e na Região Leste/São Sebastião	12
c. Atenção Primária à Saúde (APS e Vigilância) e Dengue	13
2. OBJETIVOS	14
3. METODOLOGIA	14
a. Busca das Diretrizes	14
b. Vivência	14
c. Modelagem de Processos de Negócio (<i>Business Process Modeling</i>)	16
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
6. REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

a. Dengue

A dengue é uma doença febril causada por arbovírus, tendo como agente etiológico o vírus da dengue (DENV), este com quatro sorotipos distintos, e como vetor o mosquito *Aedes aegypti*. Existe apenas em países de clima tropical, se tornou um grande problema de Saúde Pública nas Américas. A dengue anualmente infecta cerca de 390 milhões de pessoas no mundo e causa 20 mil mortes. No Brasil, a primeira epidemia clínica e documentada ocorreu em 1984 no estado de Roraima. Dois anos mais tarde, haviam casos no Rio de Janeiro e estados do nordeste, em circulação de dois sorotipos (DENV 1 e DENV 4). Desde então, a ocorrência de epidemias são frequentes tornando-se uma doença endêmica e sazonal, com aumento de casos em épocas de clima quente e chuvoso. Na última década, a dengue apresentou algumas mudanças em relação aos aspectos epidemiológicos, como o aumento de casos em crianças e hospitalizações generalizadas, circulações dos quatro sorotipos simultaneamente, epidemias de grande magnitude todos os anos e em todos os estados do país e o aumento do número de óbitos. A curva epidemiológica da doença tem sido ascendente, atingindo os maiores picos de casos nos anos de 2015 e 2019. (BRASIL, 2019)

O vírus da dengue pertence ao gênero *Flavivirus* e à família *Flaviridae*. É um RNA de filamento único envelopado e possui quatro sorotipos, sendo estes: DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4. Acredita-se que só é possível contrair cada sorotipo apenas uma vez, possibilitando 4 infecções durante a vida inteira. Estima-se que 3 bilhões de pessoas estão suscetíveis à infecção pelo vírus da dengue.

Após a picada pelo mosquito infectado, o período de incubação do vírus é de 4 a 7 dias (com variação de 3 a 14 dias) podendo o infectado apresentar sintomas ou não, a depender de diversos fatores, como a cepa do vírus, idade, sistema imunológico entre outros.

Os sintomas, que duram de 5 a 6 dias (variação de 2 a 12 dias), são febre alta, dor de cabeça, dores musculares, mal estar e manchas vermelhas pelo corpo. Após o surgimento dos sintomas e o fim da viremia, o paciente pode se curar ou evoluir para o quadro de dengue hemorrágica (DH). Este quadro clínico foi relatado no Sudeste Asiático na década de 1950, manifestando inicialmente em crianças e, desde então, tem sido uma grande preocupação em Saúde Pública por ser uma importante causa de mortalidade pediátrica. (SINGHI ET AL, 2007). Há indicativo que a infecção é mais forte quando o paciente é infectado novamente por outro sorotipo, o que ocorre em 2 a 4% dos pacientes. (DIAS ET AL, 2010).

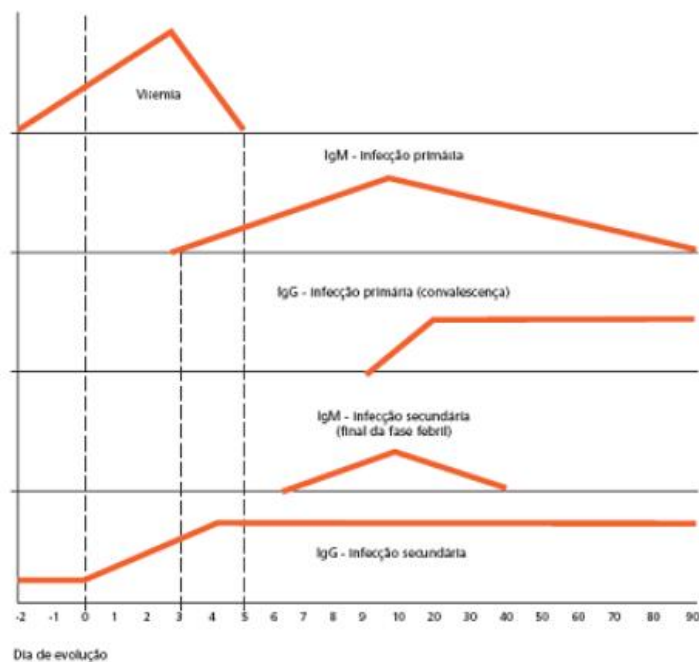


Figura 1. Comportamento da viremia e da resposta imune (primária e secundária) na infecção pelo vírus da dengue.
 Fonte: Ministério da Saúde. Dengue, roteiro para capacitação de profissionais médicos no diagnóstico e tratamento – Manual do monitor. Brasília, 2007¹⁸.

Por orientação da Vigilância Epidemiológica, por ser uma doença de notificação compulsória, todo caso suspeito de dengue deve ser notificado. A definição de caso suspeito de dengue é caracterizado por febre com duração máxima de 7 dias acompanhado de dois ou mais sintomas: cefaléia, dor retro-orbitária, artralgia, mialgia, prostração, erupção cutânea. Também é importante destacar se o paciente reside ou tenha estado nos últimos 15 dias em área de circulação do vírus.

A confirmação de diagnóstico pode ser feita de duas formas: por meio de testes sorológicos, que são os mais utilizados, e por meio de testes de detecção viral, que são utilizados para fins epidemiológicos ou estudos clínicos. Em períodos de epidemia, os casos de dengue comum já podem ser confirmados apenas por critério clínico-epidemiológico, com exceção em gestantes, em que a sorologia deve ser colhida. Os exames sorológicos só podem ser feitos a partir de 6 dias do início dos sintomas em que é possível identificar os anticorpos do vírus da dengue, no entanto, não é possível identificar o sorotipo do vírus. As técnicas usadas nos exames sorológicos são: inibição da hemaglutinação (IH), fixação do complemento (FC), teste de neutralização (TN) e ensaio imunoenzimático (ELISA). (DIAS ET AL, 2010).

Por exigir apenas uma amostra de soro, o MAC-ELISA é o exame mais utilizado. Ele detecta os anticorpos de classe IgM específicos contra a dengue. Deve ser feito a partir do sexto dia de sintoma e permanece positivo de 30 a 90 dias. Para detecção viral, são utilizados os exames de isolamento do vírus, imunohistoquímica e reação em cadeia da polimerase (PCR). A técnica de imunohistoquímica é usada normalmente para diagnóstico pós-morte, pois consiste na detecção de antígenos virais no baço, pulmão, fígado e linfonodos. O isolamento do vírus no sangue tem a importância de diagnosticar o tipo de sorotipo que está presente na infecção. Deve ser feito até o sétimo dia, porém fica mais difícil a detecção após o quarto dia de infecção, com o aparecimento dos anticorpos. E por último, a RT-PCR (*reverse transcriptase - polymerase chain reaction*) é o método utilizado para detectar a infecção nos primeiros dias, pois é o único exame que possui essa habilidade. Detecta o RNA viral e tem a sensibilidade comparada ao isolamento viral, porém o manuseio clínico é mais simples e não é afetado pela presença de anticorpos. (DIAS ET AL, 2010).

O tratamento da dengue é sintomático, isto é, consiste no tratamento dos sintomas apresentados pelo indivíduo, pois não existe tratamento para o vírus da dengue.

O Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde orienta a divisão em grupos a partir da intensidade dos sintomas para, então, definir o manejo clínico dentro dos níveis de atenção em saúde e as formas de tratamento dos sintomas. Desta forma, os grupos são apresentados em:

- Grupo A: Pacientes sem manifestações hemorrágicas espontâneas e prova do laço negativa, ausência de sinais de alarme, sem comorbidades. Deve ser manejado na atenção primária e encaminhado para tratamento domiciliar.
- Grupo B: Pacientes com sangramento de pele espontâneo ou induzido (prova do laço positiva), ausência de sinais de alarme, com comorbidades (hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica), outros grupos como; lactentes, gestantes e adultos com >65 anos. Deve ser manejado em unidades de saúde com leitos de observação para espera do resultado de exames e reavaliação clínica.
- Grupo C: Pacientes com sinal de alarme e sem sinais de gravidade. Prioridade independente da classificação de risco para hidratação intravenosa. Acompanhamento em leito de internação por no mínimo 48 horas. Em caso de piora do quadro clínico, ser manejado como Grupo D.
- Grupo D: Pacientes com sinais de choque e desconforto respiratório. Comprometimento dos órgãos com manifestações hemorrágicas graves. Deve ser acompanhado em leito

de UTI (manejo na atenção terciária) em no mínimo 48 horas, e depois ser mantido em internação até a melhora do quadro clínico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

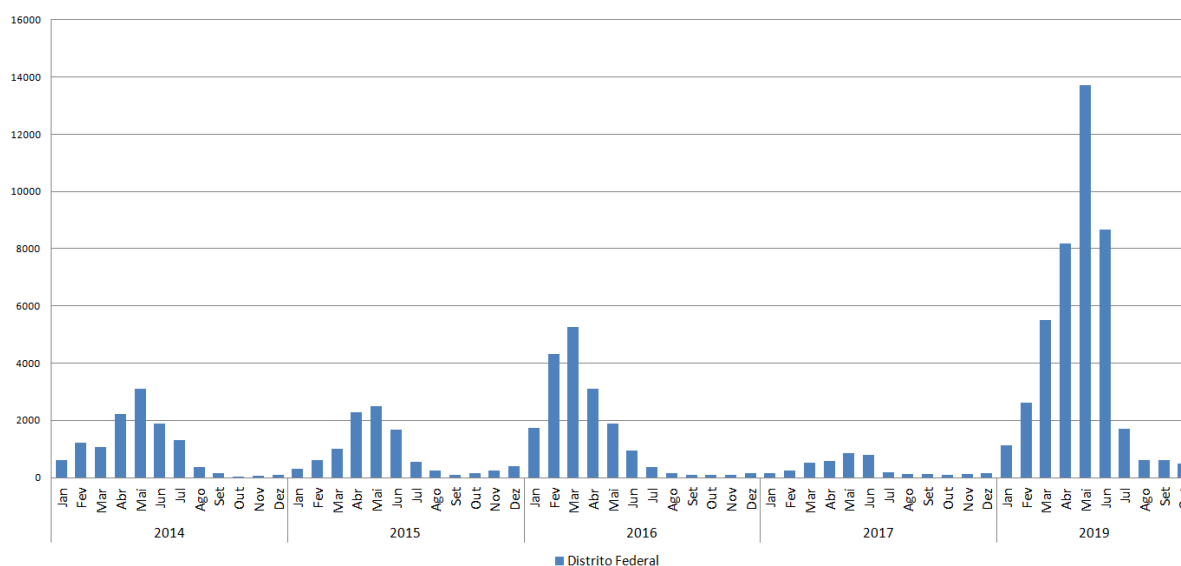
b. Dados Epidemiológicos da Dengue no DF e na Região Leste/São Sebastião

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de São Sebastião está localizada na avenida principal da cidade. Nesta UPA, em 2019, foram notificados 1.869 casos de dengue, enquanto na Unidade Básica de Saúde 1 de São Sebastião foram notificados apenas 54 casos. (BRASIL, 2019)

Segundo a gerência da UPA a equipe conta com 36 médicos, sendo 5 médicos com escala de trabalho pela manhã e 4 à noite. A unidade recebe muitos casos de demanda espontânea de dengue, o que justifica o grande número de notificações no ano de 2019.

Como expressado na tabela abaixo, o número de casos de dengue vem aumentando desde o ano de 2014. A epidemia mostra pico nos meses entre março e junho, como padrão em todos os anos expressos no gráfico. Em 2016 expressou maior número em relação aos anos anteriores, atingindo o maior pico no ano de 2019, chegando aproximadamente a 160.000 casos no Distrito Federal no mês de maio.

Tabela 1. Número de casos de dengue no Distrito Federal nos anos de 2014 a 2019 (Exceto, 2018)



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Comportamento epidemiológico das arboviroses, Distrito Federal, até a semana epidemiológica nº 44, 2019 - Ministério da Saúde/SVS

c. Atenção Primária à Saúde (APS e Vigilância) e Dengue

A Atenção Primária à Saúde é sinônimo de Atenção Básica e é definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011) como: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a *promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde* com o objetivo de desenvolver uma *atenção integral* que impacte na situação de saúde e *autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes* de saúde das coletividades.”

O modelo tradicional foi importante nas décadas de 70 e 80 porque focava especialmente na mortalidade materno-infantil e nas doenças infecciosas agudas, que eram comuns na ocasião. Atualmente, embora estas causas ainda existam e sejam importantes, coexistem com problemas crônicos e complexos que demandam cuidados por mais de uma especialidade. Isto ocorre porque com o aumento da longevidade, as pessoas vivem mais e têm mais chance de apresentarem mais de uma doença, especialmente as crônicas, que demandam uma equipe com a atenção integradora e que cuide do indivíduo de forma integral (PNAB, 2011).

Já a forma como a ESF atua é diferente, pois não existe ginecologista, pediatra e entre outros especialistas na porta de entrada, mas na retaguarda. Na porta de entrada há médicos da família, equipe de enfermagem, equipe saúde bucal, equipe técnicos de enfermagem, agentes comunitários e entre outros profissionais, como na equipe multiprofissional do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) como: psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistente social e entre outros. A Estratégia Saúde da Família atende desde o pré-natal, saúde da mulher, saúde do idoso, hipertensos, diabéticos e outros. Este modelo resolve de 85% a 90% de todos os problemas de saúde. Os outros 15% a 20% não resolvidos serão atendidos pelos grupos focais que necessitam de exame mais específicos e procedimentos cirúrgicos que se localizam na atenção secundária e terciária. A maior importância da estratégia da família é a responsabilidade sanitária que tem como objetivo reconhecer os problemas de saúde mais comuns na sua área de abrangência e acompanhar os pacientes e a saúde ao longo do tempo. E mesmo que o paciente necessite de uma consulta com um especialista, o médico da família segue o acompanhando. (PNAB, 2011).

As Unidades Básicas de Saúde, onde está a Estratégia de Saúde da Família, são a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. A importância desta porta de entrada para o combate à dengue, deve-se à estratégia de vigilância para prevenção da dengue junto às famílias as quais são acompanhadas pelas unidades de seus devidos territórios. Além da prevenção e promoção à saúde nestas unidades de saúde, que buscam diminuir o impacto dos casos de dengue nas epidemias, também é de grande importância o atendimento por demanda espontânea, com o tempo de espera menor do que em unidades de atenção secundária e terciária, a capacidade de manejo clínico e acompanhamento de pacientes com casos leves, investigação territorial e encaminhamento direto para outras redes de atenção, em casos graves.

2. OBJETIVOS

Levantar as diretrizes nacionais em relação a dengue e analisar se o prescrito está em consonância com o praticado no encaminhamento de pacientes com dengue na UPA e UBS 1 de São Sebastião.

3. METODOLOGIA

a. Busca das Diretrizes

Para atingir o objetivo proposto, foram buscados nas plataformas do Ministério da Saúde as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, o Protocolo de Investigação de Óbitos por Arbovírus Urbanos no Brasil – Dengue, Chikungunya e Zika e o Guia de vigilância epidemiológica, todos documentos elaborados pelo Ministério de Saúde. O uso destes documentos, possibilitou a compreensão dos fluxos de controle da dengue no Brasil, e como estes fluxos devem ser seguidos dentro dos serviços de saúde para que o prescrito pudesse ser comparado com o real praticado na Unidade de Saúde estudada neste trabalho.

A partir da busca e leitura das diretrizes, foram elaborados os mapeamentos de processos dos fluxos descritos nos documentos oficiais, para que pudessem ser detalhadas cada atividade descrita e possibilitasse comparar com as atividades reais das Unidades de Saúde da região.

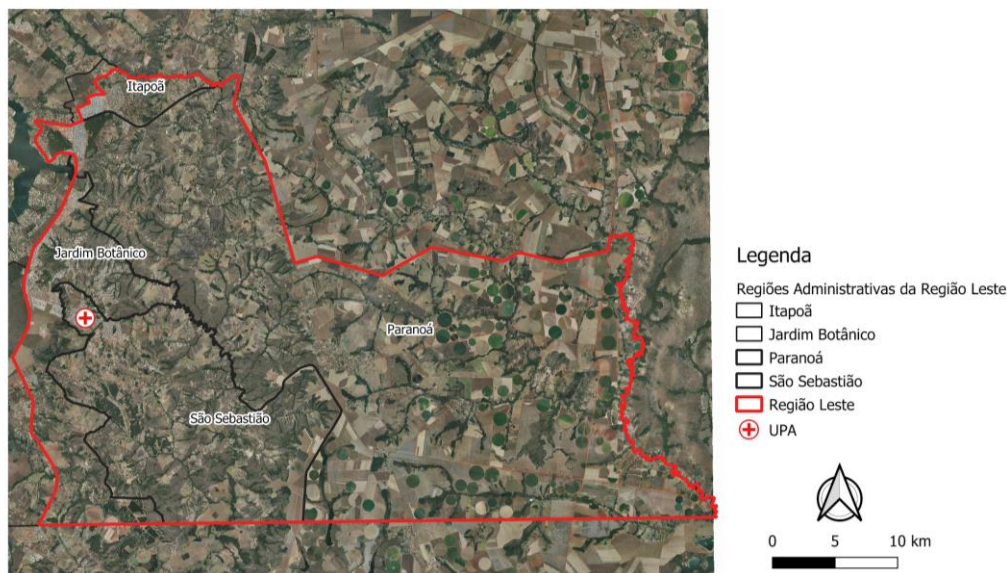
b. Vivência

O Distrito Federal fica localizado na região Centro Oeste do Brasil, possui uma população estimada de 3.055.149 em 2020, e no censo de 2010 constava 2.570.160 pessoas. Possui área territorial de 5.760,783 km² é dividido em 33 regiões administrativas. Estas regiões, são divididas entre Regionais de Saúde, sendo elas: Região de Saúde Central (Asa Sul, Asa Norte, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste, Sudoeste/Octogonal, Vila Telebrasília e Vila Planalto), Região de Saúde Centro-Sul (Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) e Cidade Estrutural), Região de Saúde Norte (Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal), Região de Saúde Sul (Gama e Santa Maria), Região de Saúde Oeste (Ceilândia e Brazlândia), Região de Saúde Sudoeste (Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueiras, Recanto das Emas e Samambaia) e a Região de Saúde Leste (Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, São Sebastião e Jardins Mangueiral) (IBGE, 2020; GDF, 2017)

As Regiões de Saúde do Distrito Federal foram definidas a partir da conversão do modelo de atenção básica tradicional para a Estratégia de Saúde da Família, no ano de 2017. O modelo implantado tem como foco, ressaltar a importância da Atenção Primária como porta de entrada do SUS, estratificando casos que podem ser resolvidos dentro da estratégia e aliviando o atendimento dos demais níveis de atenção, e como prerrogativa a territorialização das unidades de saúde para organização do fluxo de atendimento.

Este estudo, por tratar-se de um produto de estágio, foi realizado no território da Região de Saúde Leste, composta pelas Regiões Administrativas do Itapoã, Paranoá, São Sebastião, Jardim Botânico e Jardins Mangueiral, e que estão dispostas na figura 1. A Universidade de Brasília apresenta um "convênio" com o Governo do Distrito Federal em relação à concessão de áreas para as instituições de ensino atuarem nos territórios, o que justifica a execução deste trabalho neste território. No estágio, foi possível observar a prática das Unidades de Saúde em como aplicam as diretrizes do Ministério da Saúde em relação à vigilância e manejo dos casos de dengue na região. Foram realizadas reuniões entre as gestões das Unidades para que os fluxos fossem devidamente definidos, a fim de aprimorar e corrigir erros no atendimento e referenciamento dos pacientes com dengue da região.

Figura 1: Mapa da Região de Saúde Leste do Distrito Federal, DF



Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)

Uma das Regiões Administrativas e que foi o foco deste estudo, é São Sebastião, localizada na região sul da área de proteção ambiental, a 23km do Plano Piloto. Segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal, a população estimada em 2018 era de 115.226 habitantes. Segundo a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, as unidades de saúde existentes em São Sebastião são: Unidade Básica de Saúde nº 01, Posto de Saúde Rural, Casa de Parto, Clínica da Família e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Dada a enorme proporção de casos em território nacional e epidemias anuais de dengue, torna-se importante mapear os processos e atividades da Vigilância Epidemiológica para o controle das mesmas. O Mapeamento de Processos consiste na síntese e esquematização das atividades detalhadas de cada processo da Vigilância Epidemiológica. Em cada mapeamento são especificados os atores envolvidos em cada atividade, o fluxo que deve ser seguido em certa ordem e o que deve ser feito caso o objetivo não seja atingido no processo detalhado.

c. Modelagem de Processos de Negócio (*Business Process Modeling*)

Na busca por organização dos fluxos de trabalho dentro das instituições, o mapeamento de processos permite a ilustração dos processos, facilitando a identificação de falhas internas e auxiliando na tomada de decisões da gestão. Os processos podem ser definidos por atividades desenvolvidas por todas as partes da organização, devendo estar em consonância entre si para que a organização opere da melhor forma como um todo. O mapeamento destes processos,

permite que sejam aperfeiçoados os fluxos, para que funcionem em consonância com um todo. (KRAJEWSKI; RITZMAN; MALHOTRA, 2009)

Se tratando dos mapeamentos de processos elaborados no presente trabalho, foram levantadas as diretrizes nacionais de combate a dengue do Ministério da Saúde, e a partir destas diretrizes, foi elaborado um mapeamento dos processos de forma geral, para que pudessem ser elaborados mapeamentos específicos para a região foco do Estágio. A partir da elaboração do mapeamento baseado nas diretrizes de combate a dengue, foram realizadas reuniões com a gestão da UPA de São Sebastião e a gestão da Vigilância Epidemiológica da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES - DF), onde foram discutidos e definidos os fluxos de encaminhamento e contrarreferenciamento entre a Unidade de Pronto Atendimento com a Unidade Básica de Saúde, com base na realidade vivida na localidade e buscando atender as diretrizes oficiais do Ministério da Saúde. Os mapeamentos foram de elaboração própria, no software gratuito do Google - DRAW.IO e foram feitos com o intuito de serem utilizados como material de suporte para as equipes da Unidade de Saúde.

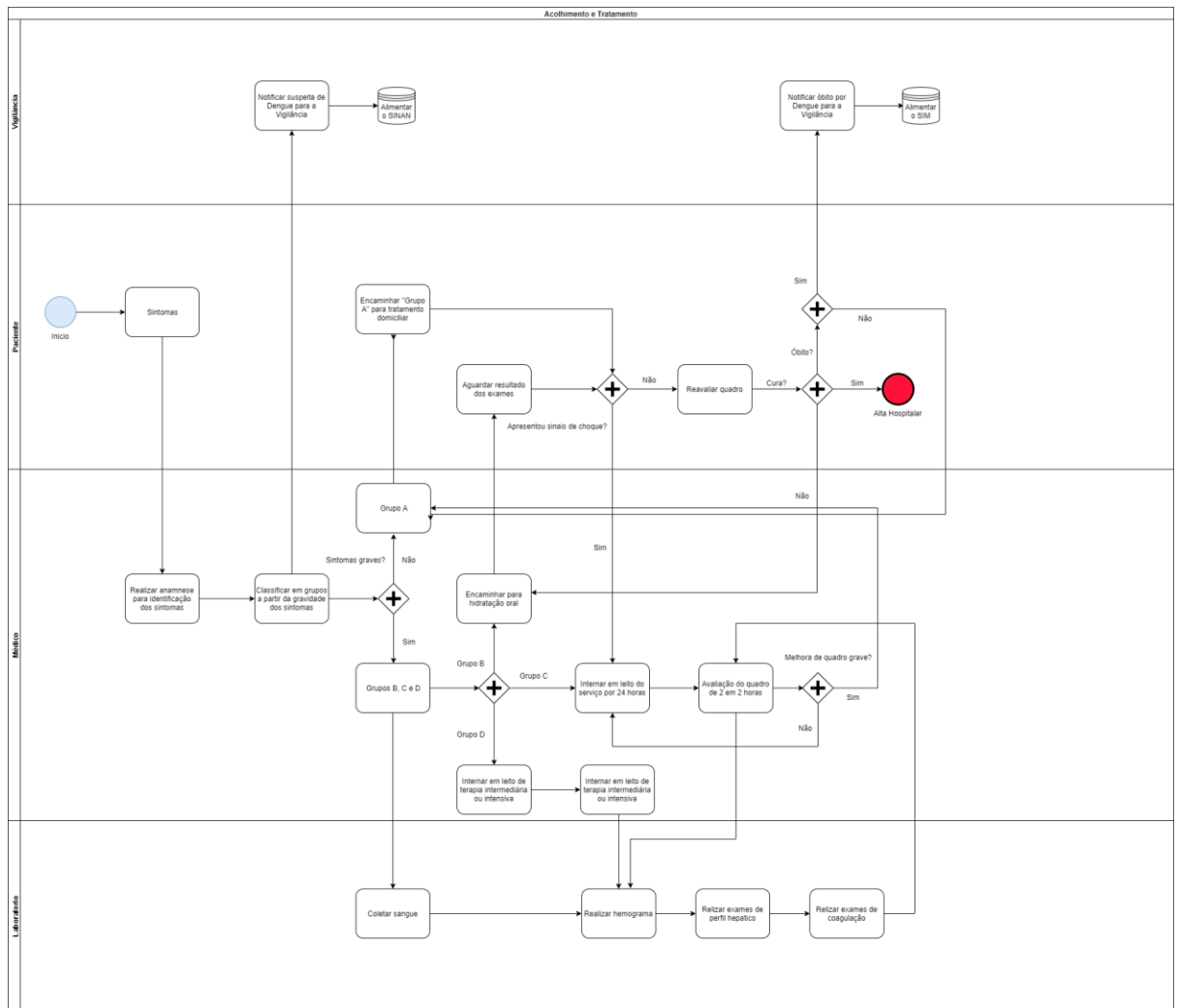
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no Guia de Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue publicado pelo Ministério da Saúde em 2009, foi feito um levantamento de fluxos definidos pela vigilância epidemiológica, e partir desse levantamento foram elaborados mapeamentos de processos sobre o manejo clínico de casos de dengue na Atenção Primária. A elaboração deste mapeamento inicial, possibilitou a comparação entre o real e o prescrito na região onde o estágio foi realizado.

A imagem mostrada abaixo (Figura 2), trata-se do Mapeamento de Processos do acolhimento de pacientes com dengue na Atenção Primária e fluxo de identificação do caso de dengue, por demanda espontânea, ou seja, pacientes que buscam a Unidade Básica de Saúde por conta própria. O paciente chega ao serviço, passa pelo acolhimento onde é feita a triagem do caso suspeito de dengue. Após a suspeita, ele é encaminhado para a consulta com a Equipe de Saúde da Família e classificado em qual grupo sintomático o mesmo se encaixa. Se for no Grupo A, o manejo é realizado dentro da Unidade de Saúde, para tratamento de monitoramento domiciliar. Se for no Grupo B é manejado dentro da Unidade com leitos de observação, caso haja piora do quadro clínico. Os Grupos C e D são referenciados para Unidades de Atenção Secundária ou Terciária (Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais). Nos encaminhamentos

existe a importância do encaminhamento da Atenção Primária para as demais atenções, e o contrarreferenciamento após melhora significativa nas atenções posteriores para a Atenção Primária. Este fluxo deve ser feito com agilidade e boa comunicação entre as Unidades de Saúde com as UPAs e Hospitais, para a melhora do funcionamento do serviço e a boa recuperação do paciente.

Figura 2. Mapeamento de Processos do Acolhimento de pacientes com dengue na Atenção Primária à Saúde, com base nas diretrizes nacionais do Ministério da Saúde, 2019



Fonte: Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue / MS
 Elaborado pelo Autor

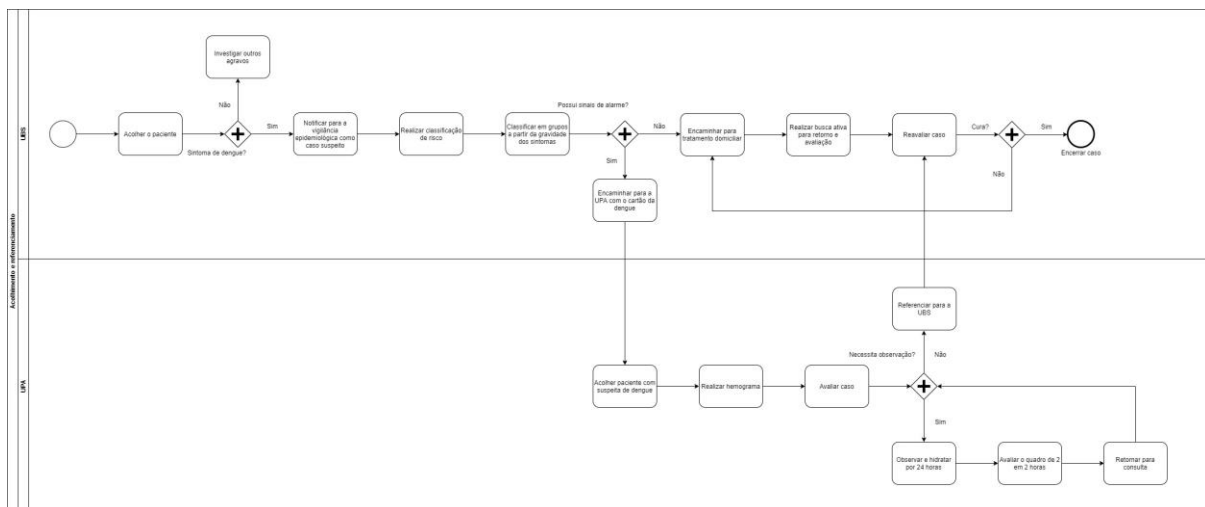
Em casos onde o paciente busca primeiro a UPA ou Hospital, sendo incluído no Grupo A ou B de sintomas, o mesmo deve ser referenciado a Unidade Básica de Saúde próxima a sua residência após o atendimento, para que o acompanhamento do caso seja feito onde o suporte é mais especializado aos casos leves. Esse referenciamento é importante para que cada nível de atenção à saúde possa dar suporte aos casos de sua competência, assim evitando a sobrecarga dos serviços.

Após o levantamento das diretrizes oficiais do Ministério da Saúde, foram elaborados mapeamentos de processos de como os fluxos devem ser seguidos na UPA de São Sebastião e o referenciamento com a Unidade Básica de Saúde nº 1 de São Sebastião. Houve uma reunião com a gestão da UPA e a Vigilância Epidemiológica da Atenção Primária da Região Leste, lotada na Secretaria de Saúde de estado, para que os fluxos fossem discutidos e a troca de

informações e referenciamentos entre a Atenção Primária e Secundária fosse estabelecida de forma satisfatória.

Como problema enfrentado na região, foi a troca de gestão das Unidades de Pronto Atendimento do Distrito Federal. A gestão da UPA fica a cargo do IGES-DF (Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal), e a Unidade Básica de Saúde tem como gestão a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Devido a troca de gestão das UPAs, logo os sistemas e fluxos foram alterados, dificultando a comunicação entre as instituições e o referenciamento de pacientes com dengue. O primeiro mapeamento elaborado (Figura 3), ilustra a entrada do paciente pela UBS e detalha seu caminho até o referenciamento à UPA.

Figura 3. Fluxo de atendimento e referenciamento de pacientes com dengue entre a Unidade Básica de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento, São Sebastião - DF



Fonte: Elaborado pelo Autor

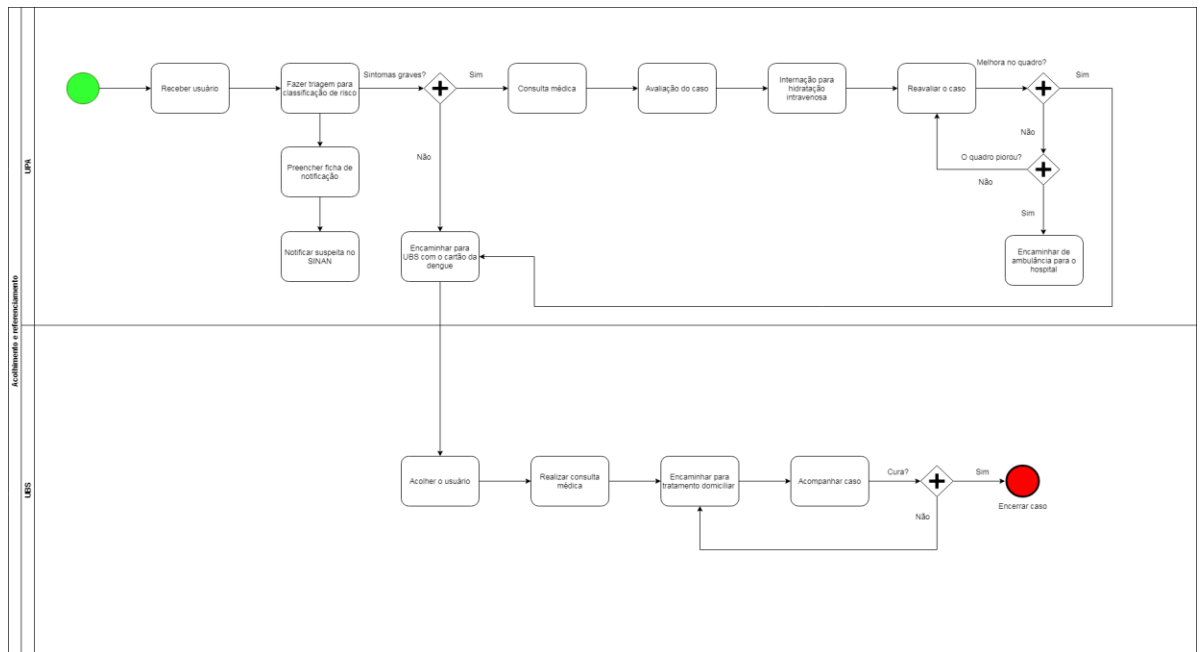
O fluxo se inicia com o paciente chegando na Unidade Básica de Saúde. O técnico da equipe de ESF o acolhe e realiza a escuta qualificada sobre as queixas e sintomas. Se estiver com sintomas de dengue, já deve ser notificado à vigilância epidemiológica, se não tiver, ele é levado a investigar outras causas. Depois de notificado, o paciente é classificado em grupos a partir da gravidade dos sintomas, sendo em: Grupo A, Grupo B - que são grupos de sintomas sem gravidade e são manejados dentro da Unidade Básica de Saúde - Grupo C e Grupo D - que são grupos com sintomas mais graves e necessitam ser manejados em unidades de atenção secundária (UPA) ou de atenção terciária. Quando o paciente é classificado nos grupos A ou B, o fluxo de tratamento é com a equipe da UBS, encaminhando o paciente para tratamento

domiciliar e deve ser acompanhado pela equipe até chegar a cura. Ou em casos um pouco mais graves, ele deve receber hidratação intravenosa dentro da UBS.

Quando o paciente é classificado em grupo C, ele é referenciado para a UPA com o cartão da dengue devidamente preenchido, para que a equipe da UPA saiba que este já foi notificado como caso suspeito à Vigilância Epidemiológica. Chegando na UPA o paciente passa pela classificação de risco e é classificado nas cores dentro do Protocolo de Manchester, podendo ser: Azul, Verde, Amarelo ou Vermelho. Pacientes com sinal de alarme de dengue são classificados sempre em amarelo ou vermelho, pois necessitam de urgência no atendimento. Assim que atendidos pelo médico, são encaminhados para realizar exames laboratoriais. O tempo, em média, do resultado do exame ser entregue ao paciente é de 2 horas. Logo, questiona-se: como manejar o paciente com sinais de alarme e risco de desidratação e agravamento do quadro nestas duas horas de espera em que precisa ser confirmado laboratorialmente se é caso confirmado de dengue ou não?

Após o resultado do exame sair, o paciente passa por 24 horas de observação na Unidade recebendo hidratação intravenosa e sendo avaliado de 2 em 2 horas. Se houver melhora no quadro, ele é contra referenciado à UBS de origem para ser manejado com o tratamento da atenção básica. Se não houver melhora no quadro, ele é encaminhado para uma Unidade de atenção terciária para ser manejado com o fluxo seguido pela unidade referenciada.

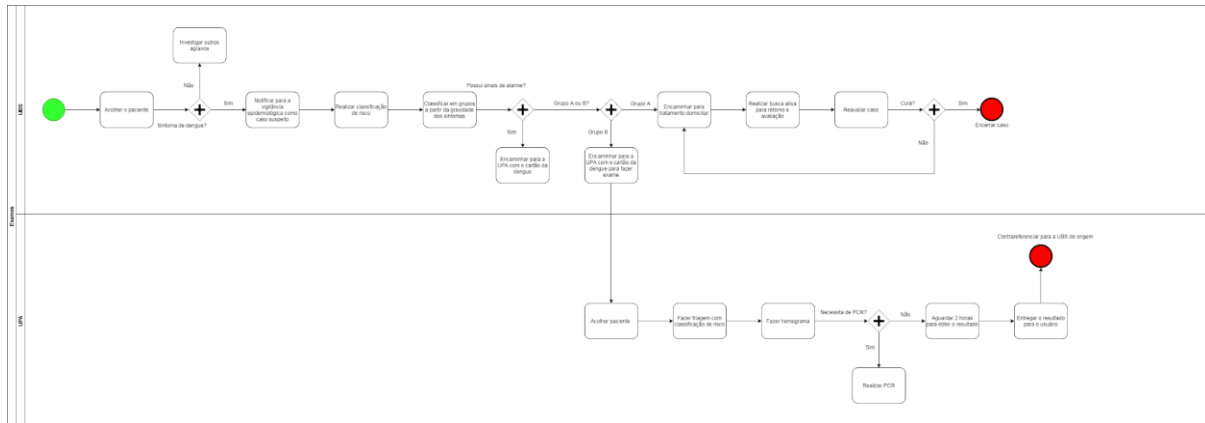
Figura 4. Fluxo de atendimento e referenciamento de pacientes com dengue entre a Unidade de Pronto Atendimento e a Unidade Básica de Saúde, São Sebastião - DF



Fonte: Elaborado pelo Autor

Na Figura 4, é ilustrado o fluxo de entrada no paciente pela Unidade de Pronto Atendimento, o caminho percorrido dentro da unidade e o caso de referenciamento para a Unidade Básica de Saúde. Este fluxo refere-se a pacientes classificados nos grupos A ou B, que são manejados na Atenção Primária, e pacientes do grupo C que podem ser manejados na atenção secundária (UPA). O fluxo da UPA se inicia com o usuário de demanda espontânea chegando no serviço. Ele passa pela triagem com classificação de risco e é preenchida a ficha de notificação. Esta ficha é passada para uma funcionária da Vigilância Epidemiológica da Unidade, onde são conferidas todas as fichas e colocadas no SINAN Online. Após a classificação de risco ser feita, os pacientes sem sintomas graves devem ser referenciados para a sua UBS mãe. Porém, existem casos em que o paciente opta por ser atendido pela UPA, mas recebe um atendimento mais demorado, o que não é recomendado para um paciente com dengue. Se o paciente está com sintomas graves, ele é encaminhado para a consulta médica, realiza os exames e vai para hidratação intravenosa e observação. Caso haja melhora, o paciente é referenciado à UBS para tratamento e acompanhamento, mas caso agrave os sintomas, deve ser encaminhado para unidade de atenção terciária.

Figura 5. Fluxo de atendimento e referenciamento de pacientes com dengue entre a Unidade Básica de Saúde para fazer exame na UPA, São Sebastião - DF



Fonte: Elaborado pelo Autor

Também foi elaborado o fluxo do paciente que procura a UBS e é encaminhado para a UPA apenas para fazer exames (Figura 5). O paciente chega na unidade e passa pelo acolhimento e classificação de risco. É notificado, e encaminhado para a UPA para fazer exames laboratoriais. Chegando na UPA, ele passa pela triagem e apresenta o encaminhamento. É levado para a consulta médica e indicado para fazer exame. Em duas horas, ele deve retornar a Unidade, pegar a senha indicada para “exame” no *totten* e ir direto pegar o resultado. Assim que estiver com o exame em mãos, retornar à UBS imediatamente para avaliação do quadro clínico e receber o tratamento indicado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à troca de Gestão das Unidades de Pronto Atendimento no Distrito Federal, o referenciamento dos pacientes com dengue foi levemente prejudicado. Tendo como gestão a Secretaria de Saúde do DF, as Unidades Básicas de Saúde trabalham em consonância com as diretrizes da Secretaria, sistemas padronizados e fluxos definidos pelos mesmos. As Unidades de Pronto Atendimento, após terem sido assumidas pelo IGES-DF, tiveram fluxos de gestão alterados, incluindo os sistemas de gestão das unidades. A partir deste contexto, foi importante que houvesse as reuniões e as gestões conversassem para aprimoramento destes fluxos.

A elaboração dos mapeamentos de processo com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, possibilitou que as atividades reais da região pudessem ser revistas e aprimoradas. Antes

desta elaboração, foi constatado que as Unidades Básicas de Saúde correspondem melhor ao prescrito nas diretrizes, enquanto a Unidade de Pronto Atendimento buscava manejar em seu próprio ritmo. A falta de comunicação com a atenção primária deixava algumas questões a serem resolvidas de forma mais simples, como por exemplo, a inutilização do cartão da dengue para controle e referenciamento dos pacientes de uma atenção à outra, dificultando o tratamento adequado. Pacientes de casos leves que buscavam a Unidade de Pronto Atendimento, sofriam de maior demora no atendimento, e até poderiam sofrer piora no quadro, enquanto poderiam ser imediatamente referenciados a uma Unidade de Saúde para tratamento e acompanhamento, tendo um atendimento mais rápido ao caso de competência destas Unidades.

Com base nos problemas enfrentados e discutidos ao longo deste trabalho, considera-se de grande importância recomendar o treinamento dos profissionais da UPA sobre os fluxos de atendimento aos usuários de dengue elaborados com base nas diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde, buscando ao máximo se aproximar do prescrito; também foi definido como recomendação o estreitamento da relação entre a Unidade Básica de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento, pelo motivo de que possuem gestões diferentes e necessitam estar em sintonia para que referenciamentos sejam bem sucedidos e nenhum paciente seja perdido no meio do caminho; inserir a participação da gestão da UPA nos colegiados da equipe de Vigilância Epidemiológica da Região Leste, para facilitar a comunicação e a tomada de decisões em conjunto, buscando a otimização dos fluxos entre as unidades. Além das recomendações pensadas em conjunto com a gestão das unidades, também deve ser levantado em pauta para as unidades pensarem como manejar o paciente com sinais de alarme e risco de desidratação e agravo do quadro dentro das duas horas de espera em que precisa ser confirmado laboratorialmente se é caso confirmado de dengue ou não, pois expressa falha no acolhimento do paciente dentro da Unidade de Pronto Atendimento.

Dentro do Sistema Único de Saúde, é definido com um de seus quatro princípios a integralidade, que visa integrar os níveis de atenção em saúde e descentralizar os serviços, buscando a melhor forma de atender aos usuários. Com base nessa vivência, é de grande importância que as Unidades de Saúde busquem atender a estas diretrizes, pois o bom funcionamento depende de fluxos e atividades que devem ser revisados, aprimorados e sempre discutidos para que não sejam centralizados, e que todos os níveis de atenção tenham bom funcionamento em suas competências e que o usuário seja devidamente guiado dentro de seu caminho na passagem pelos serviços de saúde.

6. REFERÊNCIAS

AGUILAR-SAVE'N, R.S.R. “**Business process modelling: review and framework**”. International Journal of Production Economics, v. 90, n. 2, p. 129-49, 2004.

BAINES, et al. “**Towards an operations strategy for product-centric servitization**”. International Journal of Operations & Production Management, v. 29 n. 5, p. 494-519, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue: sintomas, causas, tratamento e prevenção**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/dengue>>. Acesso em: 12 de set. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf>. Acesso em: 12 de set. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Investigação de Óbitos por Arbovírus Urbanos no Brasil – Dengue, Chikungunya e Zika**. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/30/Protocolo-de-investigacao---o-de---bitos-de-dengue-chikv--Zika.13.06.2016.pdf>>. Acesso em: 12 de set. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 26 abr 2019.

Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3^a. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

DIAS, et al. 2010. “**Dengue: transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento**”. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)* 43 (2): 143. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v43i2p143-152>.

GDF. “**Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**”. Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/7.-protocolo_acesso_em_construcao_pela_GENS_versao_preliminar_16.08.pdf>. Acesso em: 26 abr 2019.

GDF. “**Superintendências**”. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/superintendencias/>>. Acesso em: 28 out 2020.

Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de

IBGE. “**Cidades - Brasília**”. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>>. Acesso em: 28 out 2020.

KRAJEWSKI, L.; RITZMAN, L; MALHOTRA, M. “**Administração de produção e operações**”. São Paulo: Prentice Hall, 2009.

SANTOS, et al. 2015. “**Mapeamento de Processos: Um Estudo no Ramo de Serviços**”. *Iberoamerican Journal of Industrial Engineering* 7 (14): 108–28. <https://doi.org/10.13084/2175-8018/ijie.v7n14ep108-128>.

SINGHI, et al. 2007. **Dengue and dengue hemorrhagic fever: management issues in an intensive care unit**. *Jornal de Pediatria* 83 (7): 22–35. <https://doi.org/10.2223/JPED.1622>.