

UNIDADE DE ATENDIMENTO DE CAMPANHA COMO ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE DENGUE EM UM MUNICÍPIO PAULISTA

CAMPAIGN SERVICE UNIT AS A STRATEGY TO FIGHT THE DENGUE EPIDEMIC IN A CITY IN SÃO PAULO

Mateus Rodrigues **Cunha**¹, Juliana Rainho **Elias**², Marcelo Gonçalves **Jesus**³, Nivaldo **Carneiro Junior**⁴

RESUMO

Introdução: O ano de 2024 começou com alerta de uma grande epidemia de dengue para o Brasil, com mais de 1 milhão de casos notificados nos primeiros dois meses. Gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) se mobilizaram para a implantação de estratégias em várias frentes de atuação para atenção integral, seja individual e/ou coletiva. **Objetivo:** Descrever a experiência do município de Itanhaém/SP de enfrentamento à epidemia de dengue com a implantação da Unidade de Atendimento de Campanha (UAC) como estratégia de reorganização do sistema de saúde local. **Metodologia:** Estudo qualitativo do tipo relato de experiência onde os autores descrevem o processo de implantação da UAC e seus resultados no enfrentamento da epidemia. **Resultados:** A UAC funcionou por 47 dias e foram realizados 12.753 atendimentos com uma média de 271 atendimentos por dia. Neste período Itanhaém notificou 5.965 casos, sendo 95 casos com alarme e 3 casos graves e nenhum óbito confirmado. **Conclusão:** O uso da UAC disponibilizou um serviço especializado, equipado e de rápido atendimento para a população, diminuindo a pressão sobre as Unidades de Saúde da Família e Unidades de Pronto Atendimento, além de ser uma opção de baixo custo.

PALAVRAS-CHAVE: Arboviroses; Dengue; Epidemia; Gestão dos serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The year 2024 began with a warning of a major dengue epidemic in Brazil, with more than 1 million cases reported in the first two months. Managers of the SUS (Brazilian National Health System) mobilized for the implementation of strategies on several fronts of action for comprehensive care, both individual and/or collective. **Objectives:** To describe the experience of the municipality of Itanhaém/SP in confronting the dengue epidemic with the implementation of the Campaign Care Unit (UAC) as a strategy to reorganize the local health system. **Methodology:** Qualitative study of the experience report type in which the authors describe the process of implementing the UAC and its results in confronting the epidemic. **Results:** The UAC operated for 47 days and 12.753 appointments were carried out, with an average of 271 appointments per day. During this period, Itanhaém reported 5.965 cases, of which 95 were alarm cases and 3 were serious cases, with no confirmed deaths. **Conclusion:** The use of the UAC provided a specialized, equipped and fast-acting service for the population, reducing the pressure on Primary Health Care Units and Emergency Care Units, in addition to being a low-cost option.

KEYWORDS: Arbovirus; Dengue; Epidemics; Health services administration.

INTRODUÇÃO

O ano de 2024 começou com alerta de uma grande epidemia de dengue para o Brasil, isto é, nos primeiros dois meses tivemos mais de 1 milhão de casos notificados. Realidade epidemiológica preocupante, pois em todo ano de 2023 foram cerca de um milhão e seiscentos mil casos¹.

Nesse contexto, os municípios são significativamente impactados, tensionando seus sistemas locais de saúde por respostas que muitas vezes expõem limites de suas capacidades técnico-gerencias, principalmente em municípios de pequeno porte.

Todavia, essa realidade sanitária tem impulsionado diferentes iniciativas de atuação da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), superando, desse modo, seus limites. Apontam-se nessa direção as formas de organizar os serviços de atenção básica e especializada, tais como estender o horário de atendimento e readequação das agendas programáticas nas Unidades Básicas de Saúde^{2,3}. Também ocorre a implantação de unidades de atendimento exclusivo para arboviroses como a Unidade

de Atendimento de Campanha (UAC). Esta unidade é descrita pelo Ministério da Saúde como uma instalação provisória com objetivos de se tornar unidade de referência para outras unidades de saúde no atendimento de arboviroses e desafogar as unidades de básicas de saúde e unidades de urgência durante o período epidêmico⁴.

Esse artigo objetiva descrever a experiência municipal de Itanhaém frente à epidemia de dengue, com a implantação da UAC como estratégia de reorganização do SUS local, no período de 15 de abril a 31 de maio de 2024.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo relato de experiência com a descrição do processo de implantação da UAC e seus resultados no enfrentamento da epidemia.

O município de Itanhaém, está localizado no litoral do Estado de São Paulo na Região Metropolitana da Baixada Santista. Tem IDH 0,745 e 112.476 habitantes⁵ com uma população flutuante estimada em três a quatro vezes o número da população residente nos finais de semanas, feriados e temporadas de férias, devido seu forte atrativo turístico de praias.

O sistema de saúde municipal conta com a seguinte estrutura:

- 11 Unidades de Saúde da Família (USF) com 26 Equipes de Saúde da Família;
- 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 1 modalidade adulto porte III e 1 infantil;
- 01 Hospital Regional referenciado pelo sistema estadual de regulação, sendo porta aberta para gestantes;
- 01 Laboratório Municipal de Análises Clínicas;
- 01 Centro de Infectologia;
- 01 Ambulatório de Especialidades;
- 01 Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar;
- 01 Base do SAMU;
- 01 Departamento de Vigilância em Saúde.

Segundo o Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)⁶ em 2023, a cidade tinha 16.004 pessoas em uso de saúde suplementar, o que pode indicar que cerca de 85% de sua população é SUS exclusiva.

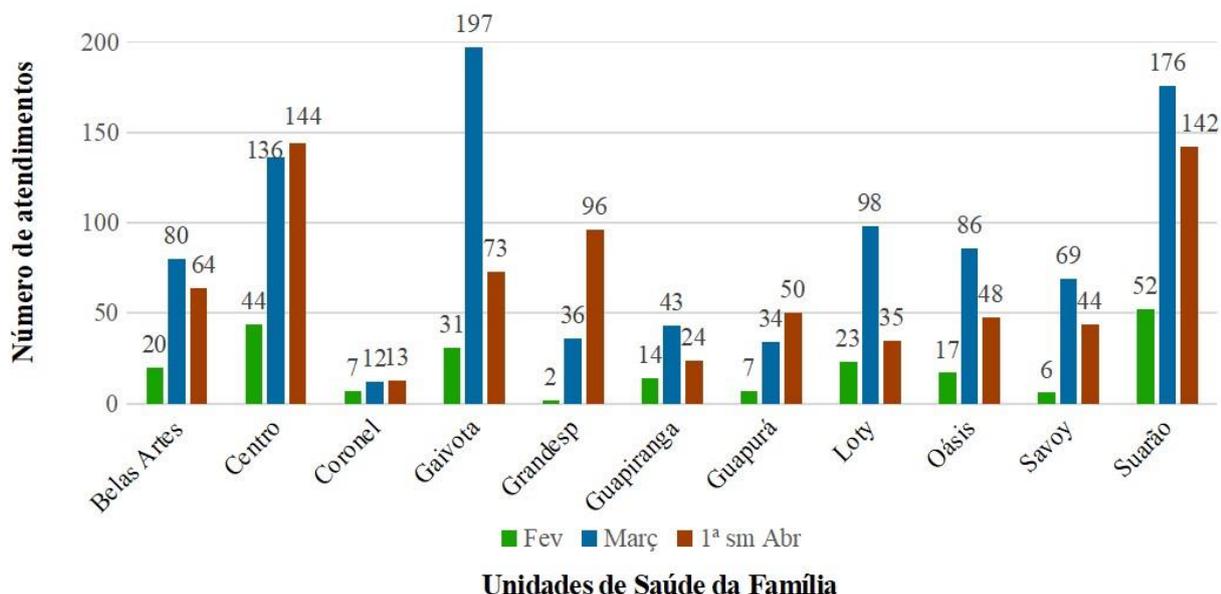
Nos anos de 2022 e 2023 o município teve, respectivamente, 927 e 440 casos notificados de dengue e em 2024 apresentou 9.186 casos até a data de escrita desse trabalho⁷.

RESULTADOS

Em fevereiro a Atenção Básica iniciou o monitoramento diário dos atendimentos de arboviroses por USF. Em março ainda estava aumentando o número de atendimentos e houve a reorganização dos serviços com redução das agendas programáticas e aumento de oferta diária para atendimento de arboviroses.

Durante estes meses de fevereiro e março houve reuniões de Sala de Situação de Arboviroses com o mapeamento das áreas da cidade com maior número de casos notificados e organização de mutirões dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate de Endemias para combate dos vetores e conscientização da população.

Figura 1. Nº de atendimentos de arboviroses por USF por mês.



Fonte: Elaboração dos autores.

No início de abril verificou-se que a demanda por atendimento a arboviroses ainda estava crescente e que as USF estavam sobrecarregadas conforme a Figura 1.

Foi realizada uma reunião da Secretaria da Saúde com o prefeito e constatou-se a necessidade de organizar um serviço de referência para arbovirose que contemplasse os seguintes objetivos:

- Aumentar a oferta de atendimento aos casos de arboviroses, funcionando dias úteis, finais de semana e feriados, de forma a desafogar as Unidades de Pronto Atendimento e as USF;
- Redirecionar o fluxo municipal de atendimento às arboviroses: as USF atenderiam casos leves de crianças com classificação de risco⁸ A e B. A UPA infantil atenderia os casos graves de crianças com classificação de risco C e D. O serviço de referência seria a porta principal de atendimento de arboviroses para adultos, referenciando para a UPA adulto os casos com classificação de risco C e D;
- Centralizar a coleta de hemograma e sorologia para um endereço possibilitando a retirada das amostras em tempo hábil para análise no laboratório;
- Ter estrutura física adequada para acolher usuários nos procedimentos de hidratação endovenosa.

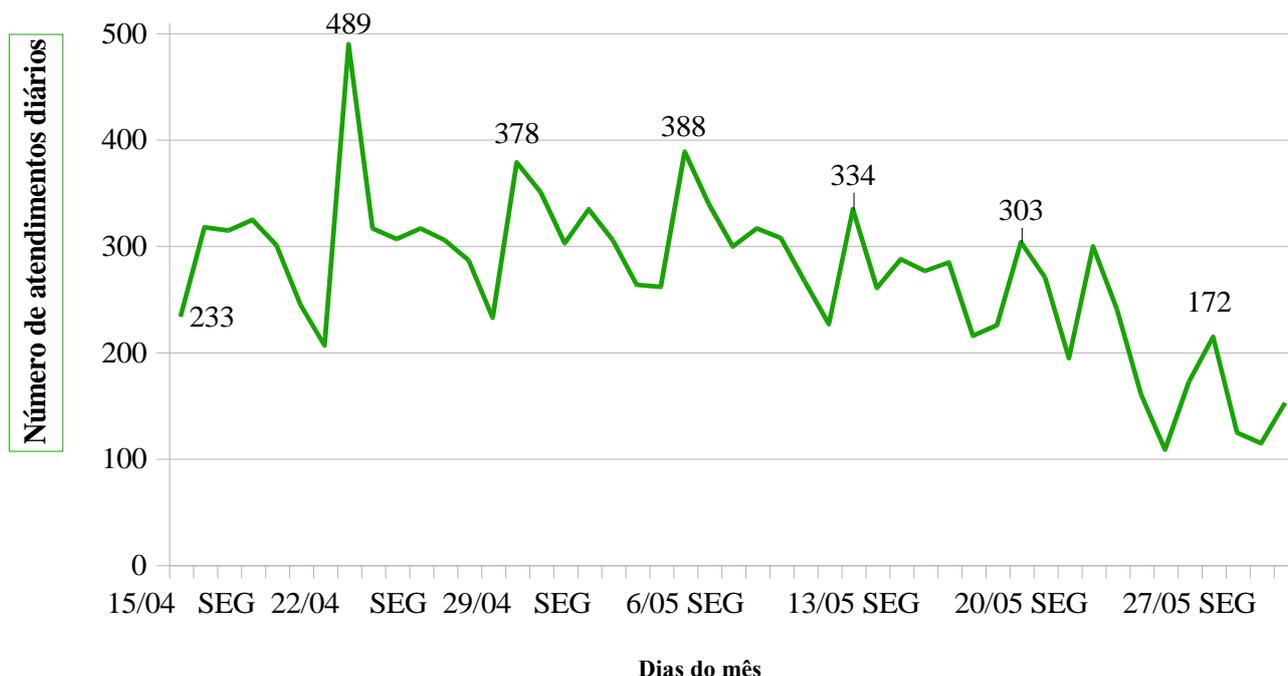
Foi proposta a organização de uma UAC que funcionaria numa região estratégica: próxima à UPA e com fácil acesso de transporte para a população. A UAC foi montada em uma semana utilizando a estrutura cedida de um salão de um clube, e contou com equipamentos emprestados das unidades de saúde, bem como de equipamentos e insumos do almoxarifado da secretaria de saúde. A UAC iniciou as atividades no dia 15 de abril e operou até 31 de maio de 2024.

A força de trabalho foi composta por profissionais da rede municipal, majoritariamente equipes da rede básica, que trabalharam em escalas. Isso permitiu o funcionamento simultâneo das USF e da UAC com uma ampliação mínima de profissionais contratados, sendo quatro técnicas de enfermagem, uma recepcionista e um almoxarife.

A UAC recebeu atendimentos de casos novos e retornos, sendo realizada coleta de amostras para diagnóstico e acompanhamento de nível de plaquetas. Os casos de retorno recebiam os resultados de exames. As fichas de atendimento foram organizadas para notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Importante dizer que, simultaneamente aos atendimentos, as equipes de Agentes de Combate às Endemias e de Agentes Comunitários de Saúde continuavam atuando nos territórios, realizando mutirões nos bairros com mais notificações. Como ação de combate a vetores também houve a aplicação de inseticida com o carro do fumacê (Nebulizador Veicular de Ultra Baixo Volume).

Os atendimentos diários foram registrados para acompanhar a evolução da epidemia (Figura 2). Os dias da semana com maior número de atendimento foram as segundas-feiras. A UAC funcionou por 47 dias e foram realizados 12.753 atendimentos com uma média de 271 atendimentos por dia.

Figura 2. Número de atendimentos diários da Unidade de Atendimento de Campanha. Destaques para as segundas-feiras.

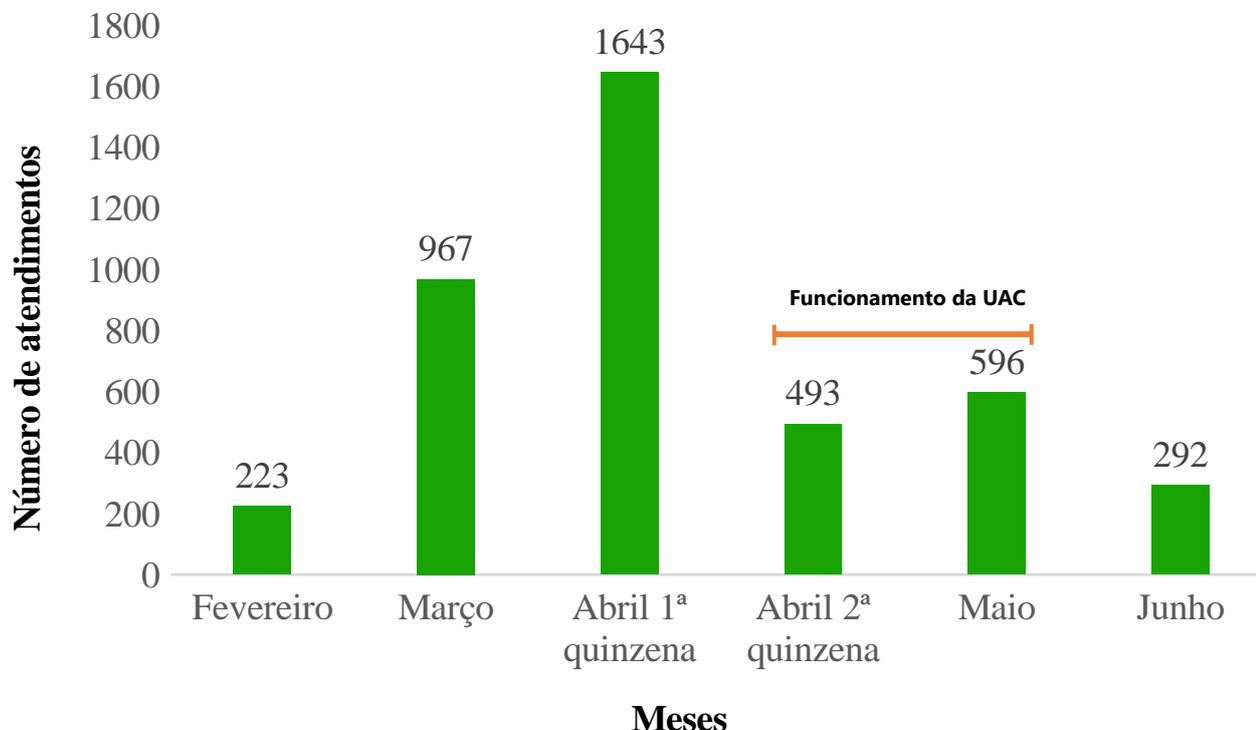


Fonte: elaborado pelos autores.

Com base na diminuição dos atendimentos foi definido o funcionamento da UAC até o dia 31 de maio, sendo que os atendimentos continuariam nas USF e nas UPA.

Verificamos que a quantidade de atendimentos a arboviroses em junho, primeiro mês sem a UAC, ficou num patamar semelhante ao período do início da epidemia (Figura 3) e, conforme averiguado com as USF, foi compatível com a capacidade de acolhimento das USF.

Figura 3. Número de atendimentos de arboviroses das USF com e sem o funcionamento da Unidade de Atendimento de Campanha.



Fonte: Elaborado pelos autores.

No período de funcionamento da UAC, Itanhaém notificou 5.965 casos, sendo 95 casos com alarme e 3 casos graves e nenhum óbito confirmado⁶ até a data de escrita deste trabalho.

DISCUSSÃO

Durante o planejamento para a estruturação da UAC foi consultado o material do Ministério da Saúde com as diretrizes para organização de serviços de atenção à saúde em situação de epidemia por arboviroses⁴. Este material traz várias instruções para organização de diferentes tipos de serviços de saúde para situação de epidemia de arboviroses e tem uma sessão específica para Unidade de Atendimento de Campanha. Nessa sessão itens com recomendações são: Estrutura e serviços de apoio, Recursos Humanos e Apoio Diagnóstico. No entanto, as recomendações de proporção de profissionais por pacientes e, quantitativo de insumos, ficaram vagas e sem critérios numéricos orientados: “O dimensionamento de equipes e materiais dependerá do porte da unidade e do número de casos diários que manterá em suas dependências”. Desses critérios dependia a quantidade de senhas de atendimento a serem disponibilizadas e o cálculo de insumos, quantidade de equipamentos como cadeiras de hidratação e macas hospitalares e o número de profissionais para compor a equipe. Segundo nossa experiência para atender uma demanda de 300 pessoas por dia, em 8 horas, foram necessárias 4 equipes compostas cada uma por 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 1 médico. Dessa forma cada equipe atendeu em média 75 pessoas por dia e aproximadamente 9 pessoas por hora.

Na organização da força de trabalho para a UAC foram escalados majoritariamente profissionais da atenção primária, pelo fato de comporem o maior quantitativo de trabalhadores da saúde e estarem habituados com atendimento de arboviroses. Alguns incômodos foram comunicados como a alta demanda e ter de atender população que não era de sua área de referência, num atendimento tipo plantão. De forma semelhante um incômodo inicial dos profissionais foi observado por Gomes et al² durante a epidemia de dengue de 2012 em Fortaleza numa unidade da atenção primária que ficou como referência para outras unidades no atendimento a arboviroses. Os autores relataram a resistência dos profissionais com a alteração de sua agenda e com presença de alta demanda e apontaram a necessidade da atualização dos profissionais com o plano de ação que deve ser construído conjuntamente com a gestão através de diálogos e formação de vínculos do tipo parceria.

Outro desafio da força de trabalho foi o absenteísmo de profissionais de enfermagem por motivo de saúde, com importância para adoecimento por dengue. Isso trouxe impacto para a UAC e para as USF que estavam funcionando com revezamento de equipes. De forma semelhante o absenteísmo de profissionais de enfermagem foi fortemente percebido nos serviços de saúde

durante a epidemia de COVID, ocasionado principalmente pela infecção do vírus⁹. Destacamos a necessidade de incremento de profissionais de saúde, sobretudo de técnicos de enfermagem, na composição das equipes da atenção primária. Mesmo antes da epidemia, o município tinha que deslocar profissionais de outras USF para cobrir férias, licenças-prêmio e afastamento em unidades que ficavam com número insuficiente para o funcionamento. A contratação de novos profissionais é uma necessidade devido ao crescimento e envelhecimento da população nos últimos anos, gerando um aumento de demanda e do gasto público em saúde, bem como um desafio para um município que já destina mais de 33% de seu tesouro para gasto em saúde. Em um estudo sobre o financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios, abrangendo o período de 2004 a 2019, Cruz et. al¹⁰ verificaram um crescimento real dos gastos municipais em saúde e um aumento da participação de receitas não próprias. Estes dados evidenciam a necessidade de maior participação das receitas federais e estaduais no financiamento da saúde dos municípios, o que contribuirá para contratação de mais profissionais para as unidades de saúde.

Na organização financeira do município para responder a situação de epidemia, optar pelo uso da UAC foi uma escolha de baixo custo, por utilizar profissionais da rede municipal que, nos dias úteis de trabalho, não geraram gastos adicionais para a prefeitura. Porém, o atendimento aos finais de semana e feriados gerou horas-extras o que trouxe um aumento expressivo na folha de pagamento. O período de funcionamento de 47 dias esteve dentro do orçamento municipal, que contou com recursos de custeio para emergências de saúde pública, provindos da portaria do Ministério da Saúde nº 3.160¹¹, publicada em 9 de fevereiro de 2024. Em um estudo¹² de custo de um hospital de campanha que funcionou durante a pandemia de COVID na China, os autores consideraram o custo total alto. Importante dizer que mais de 90% do custo foi para construção. Houve também custo elevado em gastos diretos em saúde, o que pode ser explicado pelo tempo médio de internação de 19 dias por paciente e pela proporção alta de 2,6 profissionais por paciente. Em nosso caso o custo de implantação foi baixo, por se utilizar uma estrutura pronta, um prédio cedido de um clube, e pelas características da assistência a arboviroses que requer equipamentos de baixa densidade tecnológica, tempos de consulta breves e uma proporção de profissionais de saúde por pacientes, consideravelmente menor que a da COVID.

CONCLUSÃO

O uso da UAC como estratégia de reorganização da assistência num cenário de epidemia de arboviroses disponibilizou um serviço especializado, equipado e de rápido atendimento para a população, diminuindo a pressão sobre as USF e UPA, além de ser uma opção de baixo custo. Entendemos, no entanto, que, devido à alta demanda para os profissionais e os custos adicionais gerados, sua duração deve ser planejada para um período breve, em nossa experiência, não superior a 47 dias. Seria importante que os planos de contingência a arboviroses trouxessem as instruções técnicas de proporção de profissionais por paciente e critérios para cálculo de insumos, o que auxiliaria na organização de UAC. Entendemos ser uma experiência que traz reflexões úteis para outros municípios utilizarem nos seus planejamentos para enfrentar futuras epidemias.

AFILIAÇÃO

1. Mestre em Saúde Coletiva. Assessor de Ações de Saúde da Atenção Básica do município de Itanhaém. Secretaria de Saúde de Itanhaém. Rua Capitão Mendes, 52. Itanhaém, São Paulo – Brasil. E-mail: mateusrodriguescunha@gmail.com
2. Especialista em Saúde da Família. Diretora da Atenção Básica do município de Itanhaém. Secretaria de Saúde de Itanhaém. Rua Capitão Mendes, 52. Itanhaém, São Paulo – Brasil.
3. Administrador Hospitalar. Secretário Municipal de Saúde do município de Itanhaém. Secretaria de Saúde de Itanhaém. Rua Capitão Mendes, 52. Itanhaém, São Paulo – Brasil.
4. Prof. Dr. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rua Dr. Cesário Motta Jr., 61. São Paulo, São Paulo – Brasil.

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento para execução deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Da Cunha RV, Siqueira AM. A dengue está de volta [Internet]. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz; 2024 [citado em 4 Jul 2021]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=A-dengue-esta-de-volta-Rivaldo-Venancio-e-Andre-Siqueira>.
2. Gomes KWL, Mesquita LPS, Caprara A, Benevides BS, Gonçalves RP. Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 [citado em 6 Ago 2024];39(105):561-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200561&lng=pt&tlng=pt.
3. Andrioli DC, Lutinski JA, Busato MA. Ações de enfrentamento à epidemia da dengue em um município catarinense. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales* [Internet]. 2023 [citado em 2024 Ago 6];16(8):13270-86. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/1825/1204>.
4. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos de epidemia por arboviroses [Internet]. 1. ed. v. 1. Brasília: MS; 2022. [citado em 6 Jul 2024]. p. 32-36. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/servicos_atencao_saude_epidemia_arboviroses.pdf.
5. IBGE Cidades. Itanhaém, São Paulo [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [citado em 14 Jul 2024]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/itanhaem/panorama>
6. Agência Nacional de Saúde (BR), Governo de São Paulo, SEADE. Cobertura pela saúde suplementar [Internet]. 2023 [citado em 27 Jul 2024]. Disponível em: <https://saude.gov.br/pt-br/assuntos/comunicacao/comunicado-2023-07-27>



- 2024]. Disponível em:
https://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/ind47a_matriz.def#
7. Secretaria de Saúde do Estado (SP). Painel de monitoramento Divisão de Dengue, Chikungunya e Zika Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2024 [citado em 6 Jul 2024]. Disponível em: <https://dengue.saude.sp.gov.br/dengue/>
 8. Secretaria de Saúde Estado (SP). Manejo clínico das arboviroses [Internet]. 1. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2023 [citado em 4 Jul 2024]. 44 p. Disponível em: https://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/manejo-clinico-arboviroses/manejo_clinico_06_02_23_1_2.pdf
 9. Ribeiro AP, Santos EM, Brunello MEF, Wysocki AD. COVID-19: repercussões e orientações acerca dos profissionais de enfermagem. Glob Acad Nurs J [Internet]. 2020 [citado em 6 Jul 2024];1(3):1-7. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/102/112>
 10. Cruz WGN, Barros RD, Souza LEPP. Financing of health and the fiscal dependency of Brazilian municipalities between 2004 and 2019 [Internet]. Cien Saude Colet. 2022 [citado em 6 Jul 2024];27(6):2459-69. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Gf38wvnpdXkFv3kDLxZgR/?format=pdf&lang=en>.
 11. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS N.3.160, de 9 de fevereiro de 2024[Internet]. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde 2024 Feb 9 [citado em 6 Jul 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3160_09_02_2024.html.

DATA DE PUBLICAÇÃO: 15 de abril de 2025