

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GUIA PRÁTICO DE ARBOVIROSES URBANAS

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

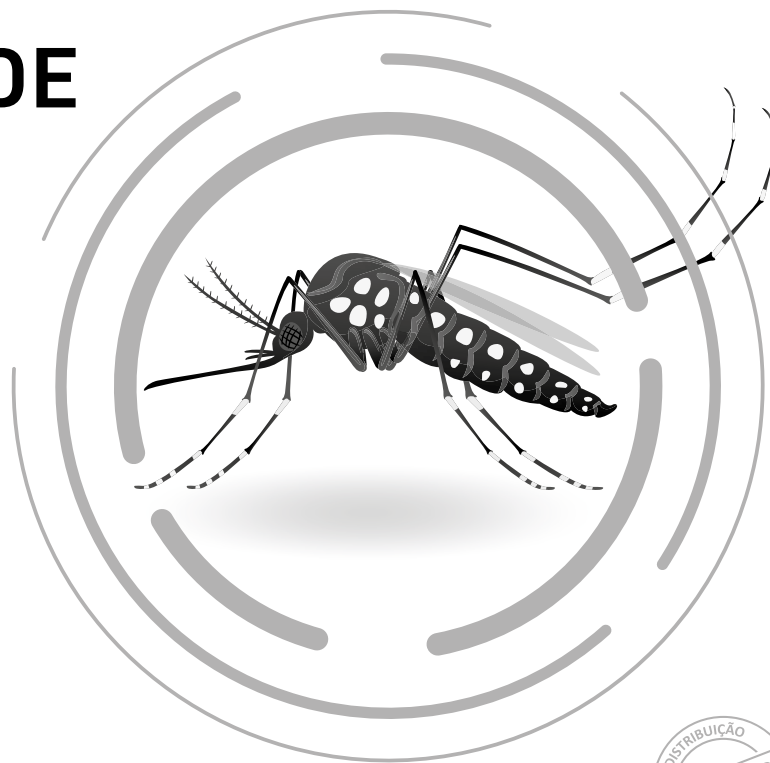
Brasília — DF
2024



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária

GUIA PRÁTICO DE ARBOVIROSES URBANAS

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Brasília — DF
2024



2024 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial — Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

1ª edição — 2024 — versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, 4.º andar
CEP: 70058-900 — Brasília/DF
Site: www.gov.br/saude
E-mail: desco@saude.gov.br

Ministra de Estado da Saúde:

Nisia Verônica Trindade Lima

Secretário de Atenção Primária à Saúde:

Felipe Proença de Oliveira

Edição geral:

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Coordenação-geral:

José Eudes Barroso Vieira

Elaboração:

Aline Gonçalves Pereira

Colaboração:

José Eudes Barroso Vieira
Lilian Silva Gonçalves
Maykeline dos Santos Leite
Rodrigo Nogueira Angerami
Thais Barbosa de Oliveira
Thais de Sá Batista

Revisão técnica:

Aline Gonçalves Pereira
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas
José Eudes Barroso Vieira

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Capa, projeto gráfico e diagramação:

Sandra Castro de Araujo

Fotografia:

Thais de Sá Batista

Normalização:

Daniel Pereira Rosa — Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária.

Guia prático de arboviroses urbanas : Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

84 p. : il.

Modo de Acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_arboviroses_urbanas_aps.pdf

ISBN 978-65-5993-620-5

1. Infecções por Arbovirus. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Guia de Prática Clínica. I. Título.

CDU 614.2

Catalogação na fonte — Coordenação-Geral de Documentação e Informação — Editora MS — OS 2024/0095

Título para indexação:

Practical Guide to Arboviroses Urban — Primary Health Care

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS — ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA APS.....	7
Organização do processo de trabalho sobre arboviroses	8
Abordagem comunitária e orientação familiar	9
CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO.....	11
ARBOVIROSES.....	12
CASO SUSPEITO/CONFIRMADO DE DENGUE.....	13
Episódios de cuidado para suspeita ou diagnóstico de dengue	14
Manifestações clínicas.....	15
Como fazer a Prova do Laço.....	15
Classificação de risco e manejo clínico de dengue na APS.....	17
Sinais de alarme	21
Choque	22
Recuperação	22
Hidratação oral.....	23
Hidratação venosa	23
Tratamento medicamentoso	25

Apoio diagnóstico	28
Exames adicionais.....	30
Diagnóstico diferencial	31
Registro clínico — Método SOAP	33
Fatores de risco para complicações.....	35
Gestação e dengue	36
Dengue em crianças.....	38
Dengue grave	39
Hemorragias graves.....	39
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	40
CASO SUSPEITO/CONFIRMADO DE CHIKUNGUNYA	41
Episódios de cuidado para suspeita ou diagnóstico de chikungunya	41
Fase aguda ou febril	42
Fase pós-aguda.....	47
Fase crônica	48
Diagnóstico diferencial	48
Tratamento medicamentoso	51
Apoio diagnóstico	53
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	54

CASO SUSPEITO/CONFIRMADO DE ZIKA	55
Episódios de cuidado para suspeita ou diagnóstico de zika	55
Diagnóstico diferencial	56
Possíveis complicações	57
Tratamento medicamentoso	59
Apoio diagnóstico	60
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	62
MONITORAMENTO DOS CASOS NO E-SUS APS	63
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	67
Apêndice A – Materiais de uso em salas de atendimento e hidratação	67
Apêndice B – Equipamentos	68
Apêndice C – Materiais para coleta	68
Apêndice D – Materiais de apoio	69
Apêndice E – Cálculo para organização das ações assistenciais	69
ANEXO — FLUXOGRAMA PARA MANEJO DOS CASOS DE DENGUE	81

APRESENTAÇÃO

O Guia Prático de Arboviroses Urbanas na Atenção Primária à Saúde (APS) tem como propósito oferecer direcionamentos específicos para o diagnóstico, o tratamento e a prevenção de condições clínicas das principais arboviroses urbanas manejadas neste nível de atenção, levando em consideração as particularidades dos territórios brasileiros.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), organizada por território e orientada para a comunidade, é o modelo prioritário para apoiar a população no enfrentamento das medidas de mitigação e contenção das principais condições de saúde pública. É na APS o local onde ocorre a maioria dos cuidados em saúde e onde podem ser estabelecidas relações de confiança entre profissionais e pacientes, e cuidado de longo prazo.

No entanto, para reduzir a morbimortalidade, além do potencial da ESF, é necessário ter uma APS organizada e estruturada com profissionais qualificados e aptos a atender às necessidades de saúde locais. Atividades de educação permanente com e para os profissionais são medidas imprescindíveis, assim como ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos e doenças.

É relevante considerar que grande parte da população, que vive e convive nos territórios brasileiros, tem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como referência de assistência à saúde. Além disso, considerando que abordagens adequadas e precoces podem prevenir o agravamento das condições de saúde, é fundamental determinar estratégias para qualificar e reforçar a resposta da APS frente às necessidades de saúde dos territórios.

Este guia visa aprimorar a capacidade de resolução dos profissionais de saúde em relação às arboviroses, proporcionando atendimento de qualidade e uma resposta oportuna e abrangente. Dada a sua relevância para fortalecer a eficácia das equipes nos territórios, é essencial que este guia seja divulgado amplamente e se torne conhecido por todas as pessoas envolvidas nos processos de produção de saúde nos serviços da APS.

ATENÇÃO! Os padrões apresentados aqui podem ser utilizados como fundo em postagens, apresentações, ou como imagem principal em documentos, como elementos que ajudem a enriquecer o protagonismo das atividades ofertadas pela APS.

BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS — ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA APS

Gestores e profissionais de saúde devem coordenar os processos e fluxos de trabalho para assegurar a continuidade do acesso às ações e serviços oferecidos nas unidades de saúde, especialmente nas linhas estratégicas, como hipertensão, diabetes, pré-natal, tuberculose, pessoas convivendo com HIV/Aids, entre outras. Quando viável, é aconselhável considerar a ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde, com uma equipe mínima alinhada às necessidades locais, à estrutura das unidades e aos materiais e insumos disponíveis. A implementação da classificação de risco para pessoas com suspeita de arboviroses é fundamental no processo de acolhimento, seguindo os protocolos e fluxogramas específicos do Ministério da Saúde para Dengue, Zika e Chikungunya, além das normativas adequadas às realidades locais.

Para garantir um trabalho resolutivo, é essencial que a colaboração e o trabalho em equipe sirvam como base para todo o processo. Isso implica estabelecer estratégias de comunicação ágeis e horizontais, como aplicativos de mensagens, discussões de casos em reuniões de equipe, prontuário eletrônico, e-mail, entre outros. Reconhecer os papéis e funções de cada profissional na equipe, compartilhar tarefas e organizar a agenda são passos elementares. Valorizar os conhecimentos individuais de cada membro da equipe pode contribuir para otimizar o plano de cuidado e equilibrar a carga de trabalho, evitando centralização excessiva em um único profissional.

O território de abrangência das unidades de saúde está em constantes movimentos e transformações. Portanto, explorar o território significa percorrer suas diversas áreas, incluindo ruas, ladeiras e vielas, para incorporar as percepções ambientais, condições de vida e moradia da população local como elementos essenciais no planejamento e na organização do acesso. Além disso, a realização de diagnósticos situacionais nas áreas de abrangência é uma ferramenta essencial para identificar casos, especialmente aqueles que apresentam maior concentração em determinada área e exigem estratégias específicas. Assim, é fundamental não negligenciar os indicadores de vigilância em saúde e reconhecer o potencial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que em conjunto aos Agentes de Combate às Endemias (ACE) são fundamentais para sinalizar prioridades e promover estratégias de busca ativa de casos suspeitos nos territórios com alta incidência de arboviroses.

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO SOBRE ARBOVIROSES

- Ampliar o acesso aos serviços ofertados pelas unidades de saúde da APS, com funcionamento em horário estendido.
- Organizar as agendas dos profissionais, de modo a contemplar atendimentos programados e de demanda espontânea.
- Assegurar a oferta de hidratação oral na sala de espera a todas as pessoas acolhidas com suspeita de dengue, mantendo uma atenção contínua e permanente.
- Sinalizar o ambiente interno das unidades de saúde, de forma a direcionar visualmente os fluxos de atendimento.
- Implementar o acolhimento com classificação de risco das pessoas com suspeita de arboviroses, conforme protocolos e fluxogramas de classificação de risco para as arboviroses (dengue, zika, chikungunya, febre amarela, oropuche e mayaro).
- Garantir o acesso venoso e iniciar a reposição volêmica para os casos classificados como grupos C e D, conforme avaliação e prescrição médica, antes de encaminhá-los para as unidades de referência.
- Quando possível, proporcionar suporte preferencial para a coleta de exames específicos e inespecíficos na própria unidade; na impossibilidade, encaminhar o paciente de maneira segura e responsável ao laboratório de referência.
- Garantir o retorno dos exames específicos e inespecíficos em tempo hábil para a condução do caso, respeitando os respectivos prazos, além de reclassificar/estadiar o paciente a cada retorno programado pela equipe de saúde.
- Quando viável, realizar hidratação venosa precoce nas UBS; na impossibilidade, estabelecer um fluxo de referência local por meio de encaminhamento rápido e seguro.
- Implementar estratégia e instrumento de contrarreferência para situações que requerem encaminhamento do paciente, conforme o estadiamento clínico.
- Assegurar a estabilização hemodinâmica de todos os pacientes antes de encaminhá-los às unidades de referência.
- Promover o acompanhamento contínuo dos pacientes até a alta no território.

- Estimular a participação da população em ações de combate às arboviroses.
- Afixar cartazes instrutivos com linguagem acessível, referente aos fluxogramas de atendimento às arboviroses, em locais visíveis e estratégicos na unidade de saúde.
- Mobilizar os equipamentos ou instituições parceiras do território, visando difundir informações como forma de alertar os sinais e sintomas das arboviroses e os cuidados preventivos na comunidade.
- Implementar e amplamente divulgar a todas as equipes os protocolos de manejo clínico e os fluxos assistenciais do Ministério da Saúde referentes às arboviroses.
- Implementar estratégias de educação permanente, fazendo uso dos recursos educacionais disponíveis na plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) para treinamento e educação contínua das equipes, com ênfase nas arboviroses.
- Qualificar todos os profissionais que atuam na APS sobre o manejo clínico das arboviroses
- Qualificar todos os profissionais que atuam na APS sobre a detecção oportuna do surgimento dos sinais de alarme e de choque.

ABORDAGEM COMUNITÁRIA E ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Gestores e profissionais de saúde devem colaborar estreitamente com lideranças locais, instituições parceiras e representações sociais na formulação de estratégias de promoção e prevenção das arboviroses. Não hesitem em realizar reuniões comunitárias, promovendo a participação da população nas decisões e incentivando sua contribuição para aprimorar o acesso e enfrentar as arboviroses em seu território.

O diálogo contínuo com a comunidade pode estabelecer vínculos e confiança, facilitando o compartilhamento de informações e a criação de redes solidárias no coletivo. É essencial levar em conta as potencialidades culturais e os hábitos da comunidade, para garantir que as ações e serviços de saúde estejam alinhados com as particularidades do território, assegurando coerência e eficácia no cuidado.

A mobilização social e a educação em saúde da comunidade são fortes mecanismos de prevenção contra a dengue e outras arboviroses. Além disso, para o controle do vetor, a APS conta também com os ACE. A intersetorialidade entre as equipes de saúde e os ACE é fundamental para o sucesso do trabalho. Para o acompanhamento de casos na APS, as equipes podem realizar busca ativa de casos suspeitos, acompanhar as pessoas com diagnóstico de dengue e o respectivo monitoramento dos sinais de alarme, realizar busca ativa para coleta de sorologia quando necessário, dentre outras funções.

A melhor forma de prevenção é evitar a proliferação do mosquito *Aedes aegypti* com medidas simples, porém eficazes.

- 1. Não deixar acumular água em vasos e similares.**
- 2. Utilizar telas em janelas e portas, bem como mosquiteiros ou outras barreiras físicas.**
- 3. Orientar uso de repelentes.**
- 4. Observar sinais e sintomas de alarme.**
- 5. Procurar serviço de saúde em caso de febre e/ou outros sintomas.**

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

As arboviroses configuram-se como um grande problema de saúde pública global, destacando-se dentre as principais categorias de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN). Isto se deve ao fato de que a ocorrência dessas doenças pode ser determinada socialmente, por variáveis como status de desenvolvimento econômico de um país, condições de moradia, saneamento básico, controle ambiental oportuno de vetores e coleta de lixo adequada, por exemplo. Soma-se a isso a influência do acesso à saúde e à educação.

As arboviroses são virais e transmitidas por artrópodes, como mosquitos e carrapatos, e podem ser classificadas como (i) de ciclo predominantemente urbano: dengue, chikungunya, zika; e (ii) de ciclo predominantemente silvestre: febre amarela, febre do Mayaro e febre de Oropouche. Estima-se que ocorrem cerca de 50 a 100 milhões de casos de arboviroses de ciclo urbano e silvestre anualmente em países endêmicos. Nas Américas, a dengue, do grupo de arboviroses urbanas, ocupa a posição de maior incidência desde 1980. Países como Brasil, Argentina, Bolívia e Peru são responsáveis pelos maiores recordes de casos registrados pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

No Brasil, o cenário das arboviroses urbanas apresenta um comportamento endêmico, atingindo picos epidêmicos a cada 3 a 5 anos. Sob uma perspectiva histórica, o país teve epidemias importantes entre os anos de 2004, 2015, 2016 e 2019. Nesse contexto, as previsões epidemiológicas de ocorrência de casos podem subsidiar a realização antecipada do manejo ambiental, assim como de ações de educação em saúde, correlatas a ações intersetoriais no combate a essas doenças. No ano de 2023, o cenário de arboviroses no país apresentou picos epidêmicos em alguns estados do país, como Minas Gerais, Espírito Santo e Santa Catarina, apontando para uma previsibilidade de aumento de casos no ano de 2024. Some-se a isso a reintrodução e a circulação de sorotipos que não circulavam há vários anos e condições climáticas favoráveis à intensa proliferação vetorial.

A conjuntura epidemiológica aponta para a necessidade do fortalecimento e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para atender ao cenário ascendente de casos. Nesse contexto, a APS, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, desempenha um papel fundamental diante do manejo clínico oportuno e adequado na prevenção da ocorrência do agravamento de quadros clínicos e na redução de encaminhamentos a outros níveis de atenção à saúde.

ARBOVIROSES

A dengue destaca-se como a arbovirose urbana mais prevalente nas Américas, com ênfase no Brasil, tornando-se uma enfermidade febril de relevância significativa para a saúde pública nos últimos anos. Seu agente causador, o vírus Dengue (DENV), é um arbovírus transmitido pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, apresentando quatro sorotipos distintos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4).

A chikungunya, por sua vez, é provocada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), transmitido pelos mosquitos do gênero *Aedes*: *A. aegypti* e *A. albopictus*. Quanto ao vírus Zika (ZIKV), trata-se de um arbovírus com genoma composto por RNA de sentido positivo, cujos modos de transmissão incluem não apenas o vetor, mas também transfusão de sangue, transplante de órgãos, transmissão sexual e transmissão vertical. No país, as manifestações neurológicas associadas a infecções por arbovírus tornaram-se uma realidade, destacando-se casos de encefalite, meningoencefalite, mielite e síndrome de Guillain-Barré (SGB).

O período de maior proliferação do vetor coincide com os meses mais chuvosos de cada região, geralmente abrangendo o período de novembro a maio. A estagnação de água propicia à reprodução do mosquito, resultando em uma disseminação mais intensa das doenças. A prevenção, portanto, requer a eliminação constante de recipientes que possam acumular água, uma vez que os ovos do mosquito podem permanecer viáveis no ambiente por até um ano.

Apesar de todos os grupos etários apresentarem igual suscetibilidade a essas doenças, pessoas idosas e aquelas com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial, enfrentam um maior risco de desenvolver casos graves e complicações que podem levar a piores desfechos. Assim, a atenção e medidas preventivas direcionadas a esses grupos específicos são fundamentais para enfrentar o desafio apresentado por essas arboviroses.

É importante ressaltar que as arboviroses compartilham sinais clínicos semelhantes, o que pode dificultar a identificação inicial e a implementação de manejo clínico oportuno e qualificado. Essa semelhança de sintomas pode, consequentemente, aumentar a propensão a desfechos negativos, incluindo casos graves e, eventualmente, resultar em óbito.

CASO SUSPEITO/CONFIRMADO DE DENGUE

As infecções por dengue podem se apresentar de maneira assintomática ou sintomática, variando desde sintomas leves até casos graves com risco de hemorragia e óbito. Em situações suspeitas de dengue, os profissionais de saúde devem garantir o acesso oportuno e assistência qualificada, adotando uma abordagem centrada no paciente, contínua e coordenada no cuidado, evitando o agravamento e, consequentemente, o óbito.

Figura 1 – Febre com surgimento abrupto e alta



Fonte: Thais de Sá Batista.

EPISÓDIOS DE CUIDADO PARA SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE DENGUE

ATIVIDADES	• Suspeitar ou realizar o diagnóstico. • Colher as informações sobre os sintomas e a data de início. • Explorar vulnerabilidades socioeconômicas. • Investigar fatores de risco. • Realizar exame físico. • Realizar Prova do Laço. • Solicitar exame laboratorial. • Classificar o risco. • Fortalecer a capacidade de autocuidado. • Realizar notificação do caso no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan).
ERROS COMUNS NO REGISTRO CLÍNICO	• Ausência do registro da realização do exame físico, anamnese, avaliação e plano de cuidado, no método SOAP. • Ausência de registro em prontuário clínico. • Ausência de registro de CID-10 e/ou CIAP ativos. • Ausência de registro de solicitação de exames e resultados. • Ausência do registro de realização da Prova do Laço. • Ausência de classificação de risco. • Ausência do registro de notificação do caso no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Apresenta-se por febre elevada (> 38°C), surgindo abruptamente e geralmente persistindo por um período de 2 a 7 dias seguido de duas ou mais das seguintes manifestações:

- Febre;
- Cefaleia/dor retro-orbital;
- Náuseas/vômitos;
- Mialgia/artralgia; e
- Exantema.

Geralmente, observa-se uma recuperação gradual na maioria das pessoas, acompanhada pela melhora do estado geral e o retorno do apetite.

COMO FAZER A PROVA DO LAÇO

A Prova do Laço deve ser realizada em todas as pessoas com suspeita de dengue que não manifestam sangramento espontâneo. Em caso de resultado negativo, deve ser repetida durante as avaliações subsequentes.

Técnica

- A pessoa deve estar em uma posição confortável e sentada.
- Medir a pressão arterial e calcular o valor médio por meio da fórmula:

$$\frac{\text{Pressão Arterial Sistólica} + \text{Pressão Arterial Diastólica}}{2}$$

- Após o cálculo, insuflar o manguito até atingir o valor médio, mantendo-o por 5 minutos em adultos e 3 minutos em crianças.
- Desenhar um quadrado de 2,5 x 2,5cm no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dessa área. Se a Prova do Laço se apresentar positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, ela pode ser interrompida. Deve-se atentar para a possibilidade de surgimento de petéquias em todo antebraço, dorso das mãos e dedos.
- A prova será considerada positiva se houver a presença de 20 ou mais petéquias em adultos, e 10 ou mais em crianças.
- A Prova do Laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante choque.

Figura 2 – Técnica da Prova do Laço



Fonte: Thais de Sá Batista.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO CLÍNICO DE DENGUE NA APS

Quadro 1 – Classificação de risco e manejo clínico de dengue no Grupo A na APS

GRUPO A	PROFISSIONAL
Caso suspeito de dengue	Enfermeira(o) OU Médica(o)
Ausência de sinais de alarme, hemorragia espontânea	
Prova do Laço negativa	
Ausência de condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades	
MANEJO CLÍNICO	
Solicitar exames de apoio diagnóstico, conforme o conforme fluxograma anexo.	
Orientar repouso, alimentação e hidratação oral por até 24 a 48 horas após o primeiro dia sem febre	
Prescrever antitérmicos e analgésicos, se necessário	
Entregar cartão de acompanhamento e prescrição	
Informar ao Agente Comunitário de Saúde	
Notificar o caso de dengue no Sinan	
RETORNO	
Reavaliação no primeiro dia sem febre ou no quinto dia de doença	
Imediato na presença de sinais de alarme	

Fonte: elaboração própria com base nos protocolos: Brasil, 2024 e Subpav/SMS-Rio, 2024.

Quadro 2 – Classificação de risco e manejo clínico de dengue no Grupo B na APS

GRUPO B	PROFISSIONAL
Caso suspeito de dengue	Enfermeira(o) OU Médica(o)
Ausência de sinais de alarme	
Condição clínica especial OU risco social OU comorbidades OU Prova do Laço positiva	
MANEJO CLÍNICO	
Solicitar hemograma e exame específico (RT-PCR até o quinto dia de sintoma, sorologia após o quinto dia)	
Manter em observação e reavaliar, podendo ser considerada a remoção de ambulância para internação	
Hidratação oral enquanto aguarda resultados, conforme o Grupo A — se intolerância à via oral, iniciar hidratação intravenosa (2 a 4ml/kg/h) e restaurar via oral quando possível	
Acompanhamento ambulatorial com realização de hemograma diário	
Seguir manejo do Grupo A	
Notificar o caso de dengue no Sinan	
RETORNO	
Imediato na presença de sinais de alarme	
Reavaliação diária até 48 horas sem febre	

Fonte: elaboração própria com base nos protocolos: Brasil, 2024 e Subpav/SMS-Rio, 2024.

Quadro 3 – Classificação de risco e manejo clínico de dengue no Grupo C na APS

GRUPO C	PROFISSIONAL
Caso suspeito de dengue	Enfermeira(o) OU Médica(o)
Sinais de alarme presentes (dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, hipotensão postural, hepatomegalia, sangramento de mucosa, letargia ou irritabilidade, aumento progressivo do hematócrito) e sinais de gravidade ausentes	
Apresenta comorbidades de difícil controle OU descompensadas OU com dificuldade de seguimento e retorno	
MANEJO CLÍNICO	
Solicitar ambulância para encaminhamento IMEDIATO à leito de internação (período mínimo de 48 horas)	
Iniciar reposição volêmica imediata: hidratação venosa com soro fisiológico, 10ml/kg na primeira hora. Fazer reavaliação clínica e manter hidratação venosa 10ml/kg por mais 1 hora.	
Informar ao Agente Comunitário de Saúde	
Notificar o caso de dengue no Sinan	

Fonte: elaboração própria com base nos protocolos: Brasil, 2024 e Subpav/SMS-Rio, 2024.

ATENÇÃO! Se não houver melhora clínica e laboratorial, conduzir como Grupo B.

Quadro 4 – Classificação de risco e manejo clínico de dengue no Grupo D na APS

GRUPO D	PROFISSIONAL
Caso suspeito de dengue	Médica(o)
Presença de sinais de choque hipovolêmico, desconforto respiratório, sangramento grave ou comprometimento grave de órgãos	
MANEJO CLÍNICO	
Solicitar UTI móvel para encaminhamento IMEDIATO à leito de UTI (período mínimo de 48 horas)	
Reposição volêmica imediata: hidratação venosa com soro fisiológico, 20ml/kg em até 20 minutos. Fazer reavaliação clínica a cada 15 minutos. Paciente precisa ser continuamente monitorado.	
Repetir até 3 vezes, se necessário	
Explorar história e exame físico, se necessário com apoio do acompanhante	
Informar ao Agente Comunitário de Saúde	
Notificar o caso de dengue no Sinan	

Fonte: elaboração própria com base nos protocolos: Brasil, 2024 e Subpav/SMS-Rio, 2024.

Observação: É essencial realizar uma avaliação clínica contínua de todas as pessoas hospitalizadas, registrando sinais vitais, produção de urina e equilíbrio hídrico, juntamente com a observação atenta aos sinais de alerta. A progressão do paciente em relação à manifestação da doença é determinante para as decisões clínicas, intervenções laboratoriais, necessidade de hospitalização e opções terapêuticas, considerando a possibilidade de transições rápidas entre diferentes estágios ao longo da evolução da doença.

SINAIS DE ALARME

A redução ou desaparecimento da febre geralmente ocorre entre o terceiro e o sétimo dia após o início da doença. Durante esse intervalo, é importante estar atento em relação ao surgimento de sinais de alarme, pois eles podem indicar uma possível evolução para formas graves da doença, demandando, assim, uma abordagem clínica diferenciada e uma maior observação da condição da pessoa.

Os sinais de alarme são denominados assim devido à indicação de extravasamento de plasma e/ou hemorragias, podendo resultar em um estado de choque hipovolêmico e, em casos extremos, levar ao óbito. A forma grave da doença manifesta-se por meio de dor abdominal intensa e persistente, náuseas, vômitos persistentes e sangramento nas mucosas. Os sinais de alarme são predominantemente caracterizados por:

- Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua ou sensibilidade;
- Vômitos persistentes;
- Acúmulo de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico);
- Hipotensão postural e/ou lipotimia;
- Hepatomegalia maior do que 2cm abaixo do rebordo costal;
- Letargia e/ou irritabilidade;
- Sangramento de mucosa (nariz, boca); e
- Aumento progressivo do hematócrito.

ATENÇÃO! É essencial realizar um monitoramento constante dos sinais de alarme, implementando intervenções oportunas, quando necessário.

CHOQUE

O estado de choque hipovolêmico pode resultar no óbito em um intervalo de 12 a 24 horas, ou, inversamente, possibilitar uma recuperação veloz, após terapia antichoque adequada. Nesse caso, a pessoa deve ser manejada e encaminhada para tratamento intensivo. Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde estejam vigilantes e monitorem as alterações hemodinâmicas, uma vez que nesses casos a progressão para óbito pode ser rápida. Os sinais e sintomas de choque incluem:

- Pulso rápido e fraco;
- Hipotensão arterial;
- Pressão arterial (PA) convergente (diferença entre PAS e PAD $\leq$ 20mmHg em crianças — em adultos, o mesmo valor indica choque mais grave);
- Extremidades frias;
- Enchimento capilar lento;
- Pele úmida e pegajosa;
- Oligúria; e
- Manifestações neurológicas, como agitação, convulsões e irritabilidade (em algumas pessoas).

RECUPERAÇÃO

É o período em que ocorre a reabsorção gradual do conteúdo extravasado e uma progressiva melhora clínica. Os profissionais de saúde devem permanecer vigilantes quanto a possíveis complicações relacionadas à hiper-hidratação. Durante esse período, observa-se uma melhora no débito urinário, podendo ocorrer aumento ou normalização do mesmo. A bradicardia é mantida, com alterações no eletrocardiograma. Além disso, pode-se manifestar um *rash* cutâneo (exantema), acompanhado ou não de prurido generalizado. Infecções bacterianas podem surgir nesse período ou no final do curso clínico, sendo que em algumas pessoas essas infecções podem adquirir um caráter grave, contribuindo para o desfecho de óbito.

HIDRATAÇÃO ORAL

- **Adultos:** Recomenda-se o volume de hidratação de 60ml/kg/dia, sendo $\frac{1}{3}$ com sais de reidratação oral. Para fins de cálculo utiliza-se a fórmula “Peso da pessoa x Volume de hidratação oral”. Exemplo: Paciente adulto com 70kg = $70 \times 60 = 4.200\text{ml/dia}$. Orientar ingerir nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento: 1,4 litro de líquidos e distribuir o restante nos outros períodos (2,8 litros); e manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24 a 48 horas após a efervescência da febre.
- **Criança < 13 anos de idade:** Recomenda-se $\frac{1}{3}$ do volume em forma de soro de reidratação oral (SRO). Para os $\frac{2}{3}$ restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, chás etc.).

Quadro 5 – Quantidade do volume de hidratação oral por peso em crianças

PESO	VOLUME DE HIDRATAÇÃO ORAL
Até 10kg	130ml/kg/dia
Acima de 10 a 20kg	100ml/kg/dia
Acima de 20kg	80ml/kg/dia

Fonte: Brasil, 2024.

HIDRATAÇÃO VENOSA

A hidratação venosa deve ser indicada conforme a classificação ou intolerância à via oral. A(O) enfermeira(o) poderá prescrever a hidratação venosa com Soro Fisiológico 0,9% para pessoas adultas classificadas no grupo B, que apresentem intolerância a hidratação oral e pessoas adultas classificadas no grupo C, desde que não tenham comorbidades associadas.

Quadro 6 – Hidratação venosa em pessoas com suspeita/diagnóstico de dengue, conforme estadiamento clínico

PESO	VOLUME DE SF 0,9% NA 1ª E 2ª HORA	GOTEJAMENTO	VOLUME DE SF 0,9% NAS 6 HORAS SEGUINTES	GOTEJAMENTO
46-50kg	500ml por hora	167gts/min	1250ml em 6 horas	69gts/min
51-55kg	550ml por hora	183gts/min	1375ml em 6 horas	76gts/min
56-60kg	600ml por hora	200gts/min	1500ml em 6 horas	83gts/min
61-65kg	650ml por hora	217gts/min	1625ml em 6 horas	90gts/min
66-70kg	700ml por hora	233gts/min	1750ml em 6 horas	97gts/min
71-75kg	750ml por hora	250gts/min	1875ml em 6 horas	104gts/min
76-80kg	800ml por hora	267gts/min	2000ml em 6 horas	111gts/min
81-85kg	850ml por hora	283gts/min	2125ml em 6 horas	118gts/min
86-90kg	900ml por hora	300gts/min	2250ml em 6 horas	125gts/min
91-95kg	950ml por hora	317gts/min	2375ml em 6 horas	132gts/min
96-100kg	1000ml por hora	333gts/min	2500ml em 6 horas	139gts/min

Fonte: Brasil, 2024.

Nota: Referência para hidratação venosa: a) 1ª e 2ª hora SF 0,9% 10ml/kg; b) 3ª a 8ª hora SF 0,9% 25ml/kg dividido pelas 6 horas.

HIDRATAÇÃO EM IDOSOS

Os profissionais devem estar atentos à sobrecarga de fluidos em pessoas idosas, especialmente quando há presença de comorbidades, a fim de prevenir o risco de lesão renal e redução da função miocárdica. A hidratação deve ser minuciosamente acompanhada, na busca de sinais de edema pulmonar (crepitação à ausculta).

HIDRATAÇÃO EM PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Durante a hidratação venosa de pessoas com insuficiência cardíaca deve-se monitorar:

- **Pressão arterial:** Deve ser avaliada a cada quatro horas, conforme a gravidade do paciente (considera-se hipotensão arterial PAS < 100mmHg);
- **Perfusão periférica:** A redução é caracterizada por pulso rápido e fino, extremidades frias, sudorese fria, redução do enchimento capilar > 2 segundos e, em casos mais graves, alteração do nível de consciência;
- **Presença de congestão pulmonar:** Presença de dispneia, ortopneia e uso de musculatura respiratória acessória, juntamente com estertores pulmonares crepitantes ao exame físico. Na radiografia de tórax, são visualizados infiltrado pulmonar (intersticial ou alveolar) e linhas de Kerley;
- **Débito urinário:** Pode ser mensurado a cada quatro a seis horas, e o valor total indexado por hora e pelo peso ideal. Pacientes considerados críticos pela dengue (hematócrito em queda, choque) ou pelo grave comprometimento da doença de base (insuficiência respiratória, edema agudo de pulmão) devem ter cateter vesical de demora e aferição horária da diurese.

HIDRATAÇÃO EM GESTANTES

A gestante que manifestar qualquer sinal de alarme ou de choque e que necessitar de reposição volêmica deve receber um volume equivalente ao prescrito para a população em geral, de acordo com o estadiamento clínico. Entretanto, é importante que os profissionais estejam vigilantes na prevenção da hiper-hidratação.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A terapêutica medicamentosa é frequentemente utilizada para reduzir a febre, aliviar dores no corpo e dor de cabeça, sintomas comuns da dengue. Deve-se evitar o uso de anti-inflamatórios quando uma pessoa está com suspeita ou diagnóstico de dengue. Em situações de pessoas com o uso de AAS (aspirina) é necessária a avaliação plaquetária para a tomada de decisão de permanência ou suspensão. Isso ocorre porque esses medicamentos podem aumentar o risco de sangramentos, e a dengue, em casos mais graves, pode levar a uma diminuição nas plaquetas, o que já representa um risco de hemorragia.

Quadro 7 – Prescrição medicamentosa do analgésico Dipirona para pessoas com suspeita/diagnóstico de dengue, conforme quadro clínico

ANALGÉSICO	POSOLOGIA		PRESCRITOR
Dipirona Sódica 500mg	Adultos	Via oral, 1 comprimido de 6 em 6 horas	Enfermeira(o) E Médica(o)
		Via oral, 20 gotas de 6 em 6 horas	
Dipirona Sódica 500mg/ml	Crianças	Via oral, 10mg/kg/dose de 6 em 6 horas (respeitar a dose máxima por peso e idade).	

Fonte: Brasil, 2024.

- **Gotas:** 500mg/ml (1ml = 20 gotas)
- **Solução:** oral 50mg/ml
- **Solução injetável:** 500mg/ml
- **Comprimidos:** 500mg por unidade

Quadro 8 – Prescrição medicamentosa do analgésico Paracetamol para pessoas com suspeita/diagnóstico de dengue, conforme quadro clínico

ANALGÉSICO	POSOLOGIA		PRESCRITOR
Paracetamol 500mg	Adultos	Via oral, 1 comprimido de 4 em 4 horas	Enfermeira(o) E Médica(o)
		Via oral, 2 comprimidos de 6 em 6 horas	
		Via oral, 40 gotas de 4 em 4 horas	
		Via oral, 60 gotas de 6 em 6 horas	
Paracetamol 200mg/ml	Crianças	Via oral, 10mg/kg/dose de 6 em 6 horas	

Fonte: Brasil, 2024.

Nota: Em situações excepcionais, para pacientes com dor intensa, pode-se utilizar, nos adultos, a associação de paracetamol (500mg) e fosfato de codeína (7,5mg) de 6 em 6 horas — não utilizar doses maiores que a recomendada no quadro acima.

Quadro 9 – Prescrição medicamentosa do antiemético cloridrato de metoclopramida para pessoas com suspeita/diagnóstico de dengue, conforme quadro clínico

ANTIEMÉTICO	POSOLOGIA		PRESCRITOR
Cloridrato de metoclopramida 10mg	Adultos	Via oral, 1 comprimido de 8 em 8 horas	Enfermeira(o) E Médica(o)
Cloridrato de metoclopramida 4mg/ml	Crianças	Via oral, 0,5mg/kg/dose até 3 doses diárias (não ultrapassar 15mg/dia)	

Fonte: Brasil, 2024.

ATENÇÃO! O uso do cloridrato de metoclopramida em crianças < 1 ano de idade é contraindicado, devido ao risco de reações extrapiramidais (Bassoli *et al.*, 2020), mas o uso do cloridrato de metoclopramida também pode causar fortes reações extrapiramidais tanto em crianças como em adultos.

- **Gotas:** 4mg/ml
- **Solução oral:** 5mg/5ml
- **Supositório:** 5mg e 10mg por unidade
- **Comprimido:** 10mg por unidade
- **Injetável:** 10mg/2ml

Quadro 10 – Prescrição medicamentosa de Antipruriginosos para pessoas com suspeita/diagnóstico de dengue, conforme quadro clínico

ANTIPRURIGINOSOS	POSOLOGIA		PRESCRITOR
Maleato de dexclorfeniramina 2mg	Adultos	Via oral, 1 comprimido de 6 em 6 horas	Enfermeira(o) E Médica(o)
Loratadina 10mg	Adultos	Via oral, 1 comprimido uma vez ao dia	
	Crianças acima de 12 anos ou com peso corporal acima de 30kg	Via oral, 1 comprimido uma vez ao dia	
Loratadina 1mg/ml	Crianças	• Peso corporal abaixo de 30kg: 5ml (5mg) de loratadina solução uma vez por dia — não administrar mais de 5ml em 24 horas. • Peso corporal acima de 30kg: 10ml (10mg) de loratadina solução uma vez por dia — não administrar mais de 10ml em 24 horas.	
Dicloridrato de hidroxizina 2mg/ml	Crianças	Via oral, 0,7mg/kg, de 8 em 8 horas	

Fonte: adaptado de Brasil, 2024.

O prurido na dengue pode ser extremamente incômodo, mas é autolimitado, durando em torno de 36 a 72 horas. A resposta à terapêutica antipruriginosa usual nem sempre é satisfatória, e o uso de medicamentos pode mascarar os sinais neurológicos, portanto recomenda-se banhos frios, pasta d’água etc.

APOIO DIAGNÓSTICO

As unidades de saúde, sempre que possível, devem facilitar a coleta de hemograma com contagem de plaquetas de maneira oportuna, seguindo os prazos específicos de cada grupo, conforme a classificação de risco inicial, e avaliando a possível ocorrência de hemoconcentração. Além disso, deve-se incluir a coleta de PCR e monitorar os resultados enviados ao laboratório de saúde pública de referência.

Quadro 11 – Tipos de exames para pessoas com suspeita/diagnóstico de dengue, conforme quadro clínico, classificação de risco inicial e monitoramento

EXAMES COMPLEMENTARES	PERÍODO	SOLICITANTE
Hemograma completo ou hemoglobina	1º dia de sintomas e conforme a classificação de risco	Enfermeira(o) E Médica(o)
Deteção de antígeno NS1	Entre o 1º e 5º dia de início dos sintomas	
Sorologia IgM para dengue	A partir do 6º dia de início dos sintomas	
Sorologia IgG para dengue	A partir do 6º dia de início dos sintomas	
RT-PCR para dengue	Entre o 1º e 5º dia de início dos sintomas	

Fonte: adaptado de Brasil, 2024.

Observação: Se a unidade de saúde não possuir laboratório próprio, o gestor deverá criar fluxo para laboratório de referência e implementar um formulário de solicitação a ser utilizado por esse laboratório. Em situações em que houver uma referência laboratorial designada para a coleta, é imprescindível estabelecer um fluxo seguro para o transporte dos materiais coletados. As coletas devem ser realizadas e/ou solicitadas durante todo o horário de funcionamento da unidade de saúde.

Quadro 12 – Valores de referência do eritrograma

IDADE	SANGUE DO CORDÃO	1º DIA	3º DIA	15 DIAS
Eritrócitos (M/ μ L)	5,1 $\pm$ 1,0	5,6 $\pm$ 1,0	5,5 $\pm$ 1,0	5,2 $\pm$ 0,8
Hemoglobina (g/dL)	16,8 $\pm$ 3,5	18,8 $\pm$ 3,5	17,5 $\pm$ 3,5	17,0 $\pm$ 3,0
Hematócrito (%)	54 $\pm$ 10	58 $\pm$ 10	56 $\pm$ 10	52 $\pm$ 8
VCM (fL)	106 $\pm$ 5	103 $\pm$ 6	102 $\pm$ 6	98 $\pm$ 6

(continua)

(conclusão)

IDADE	≅ 3 MESES	≅ 6 MESES	≅ 1 A 2 ANOS	≅ 5 ANOS
Eritrócitos (M/ μ L)	4,5 $\pm$ 0,5	4,5 $\pm$ 0,5	4,5 $\pm$ 0,5	4,5 $\pm$ 0,5
Hemoglobina (g/dL)	11,5 $\pm$ 1,5	11,3 $\pm$ 1,5	4,5 $\pm$ 0,5	12,3 $\pm$ 1,2
Hematócrito (%)	37 $\pm$ 4	35 $\pm$ 4	36 $\pm$ 4	37 $\pm$ 4
VCM (fL)	82 $\pm$ 6	76 $\pm$ 6	78 $\pm$ 6	80 $\pm$ 6
IDADE	≅ 10 ANOS	MULHERES ADULTAS*	HOMENS ADULTOS*	> 70 ANOS*
Eritrócitos (M/ μ L)	4,6 $\pm$ 0,5	87 $\pm$ 7	5,3 $\pm$ 0,8	89 $\pm$ 9
Hemoglobina (g/dL)	13,2 $\pm$ 1,5	13,6 $\pm$ 2,0	15,3 $\pm$ 2,5	13,5 $\pm$ 2,5
Hematócrito (%)	40 $\pm$ 4	42 $\pm$ 6	46 $\pm$ 7	41 $\pm$ 6
VCM (fL)	87 $\pm$ 7	89 $\pm$ 9	89 $\pm$ 9	89 $\pm$ 9

Fonte: Brasil, 2024 e Failace, 2003, com adaptações.

Nota: VCM entre 1 e 15 anos pode ser estimado pela fórmula $76 + (0,8 \times \text{idade})$. *Adultos brancos; 5% abaixo em negros.

EXAMES ADICIONAIS

Exames complementares podem ser solicitados, quando necessários, conforme avaliação do caso, incluindo dosagem de albumina sérica e transaminases, glicose, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial ativada (TPPA), ecocardiograma, radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e ultrassonografia de abdômen.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Devido à ampla variedade de manifestações clínicas da dengue e sua situação epidemiológica, esta doença apresenta sintomas semelhantes a diversas outras. O principal foco no diagnóstico diferencial baseia-se nas seguintes arboviroses:

Quadro 13 – Diagnóstico diferencial entre dengue, zika, chikungunya, covid-19, oropouche e febre amarela

SINAIS E SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA	ORPOUCHE	FEBRE AMARELA	COVID-19
Febre (duração)	2 a 7 dias	Sem febre ou febre baixa ($\leq 38^{\circ}\text{C}$) 1 a 2 dias subfebril	Febre alta ($> 38,5^{\circ}\text{C}$) 2 a 3 dias	Febre alta (39°C a 40°C) 5 a 7 dias	Febre alta (39°C a 40°C)	($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$)
Cefaleia	+++	++	++	+++	+++	Pode estar ausente
Mialgias (frequência)	+++	++	++	+++	+++	Pode estar ausente
Artralgia (frequência)	+	++	+++	+++	Raro	Ausente
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa	Leve	Leve	Ausente
Edema da articulação (frequência)	Raro	Frequente	Frequente	Raro	Ausente	Ausente
Edema da articulação (intensidade)	Leve	Leve	Moderado a intenso	Leve	Ausente	Ausente

(continua)

(conclusão)

SINAIS E SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA	OROPOUCHE	FEBRE AMARELA	COVID-19
Exantema	Surge do 3º ao 6º dia	Surge no 1º ou 2º dia	Surge do 2º ao 5º dia	Surge do 3º ao 6º dia	Raro	Incomum
Tosse	Ausente*	Ausente	Ausente**	Ausente	Ausente	Moderado a intenso
Perda do olfato e paladar	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Frequente
Coriza	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Frequente
Náusea/Vômito	+++	+	++	+++	+++	Ausente
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%	Ausente	Ausente	Ausente
Dor retro orbital	Frequente	Incomum	Incomum	++	Ausente	++
Linfonodomegalia	+	+++	++	+	Incomum	Incomum
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+	Incomum	++	Ausente
Acometimento neurológico	+	+++	++	+	+	+

Fonte: elaboração própria, baseado em Brito e Cordeiro, 2016 *apud* Brasil, p. 702, 2022.

*Pode estar presente em casos graves, com presença de congestão pulmonar. **Pode estar presente em casos que evoluam com pneumonite.

Observação: Devido à similaridade do espectro clínico das arboviroses citadas no Quadro 13 e do risco de evolução para quadros graves da dengue, nos casos em que não for possível confirmar tal diagnóstico, considerar manejo conforme classificação de risco e conduta para dengue.

REGISTRO CLÍNICO — MÉTODO SOAP

O registro clínico é um instrumento que serve como suporte para comunicar o estado de saúde de uma pessoa, possibilitando a apresentação organizada de aspectos relevantes do cuidado em saúde. Para esse fim, utiliza-se o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), cujas características reconhecidas como pontos fortes incluem o registro de forma longitudinal e a estruturação sistemática e racional. A sigla SOAP corresponde a quatro blocos de informações detalhadas a seguir.

- **(S) Subjetivo:** Registra os dados dos sentimentos e percepções da pessoa em relação à sua saúde, ou seja, para além das queixas.
- **(O) Objetivo:** Traduz o ponto de vista do profissional de saúde, com registro do exame físico, os sinais e sintomas identificados e resultados de testes de diagnóstico.
- **(A) Avaliação:** Identifica o problema com base nas duas etapas anteriores.
- **(P) Plano:** Registro das medidas terapêuticas, solicitações de exames complementares ao diagnóstico, encaminhamento, orientações realizadas e agendamento da próxima consulta para reavaliação.

REGISTRO CLÍNICO
SUBJETIVO
● Registrar informações como a data de início dos sintomas e queixas, sua duração e intensidade. ● Explorar rede de apoio familiar e comunitária e vulnerabilidades socioeconômicas. ● Documentar casos semelhantes na família, vizinhança e local de trabalho, e obter informações sobre deslocamentos nos últimos 14 dias, como viagens. ● Registrar histórico de doenças prévias ou comorbidades. ● Coletar dados sobre o histórico vacinal da pessoa.

REGISTRO CLÍNICO**OBJETIVO**

- Realizar a anamnese e o exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta).
- Verificar temperatura corporal e peso.
- Aferir a pressão arterial.
- Avaliar o ritmo e preenchimento do pulso, frequência cardíaca e respiratória.
- Avaliar o estado hemodinâmico: pulso e pressão arterial, determinar a pressão arterial média e a de pulso ou diferencial, e enchimento capilar.
- Verificar a presença de derrames pleurais, taquipneia, respiração de Kussmaul.
- Verificar o estado de hidratação.
- Pesquisar a presença de dor abdominal, ascite, hepatomegalia.
- Investigar a presença de exantema, petéquias ou sinal de Herman (“mar vermelho com ilhas brancas”).
- Identificar o estado de consciência com a escala de Glasgow.
- Realizar a Prova do laço.
- Buscar manifestações hemorrágicas espontâneas ou provocadas (Prova do Laço frequentemente é negativa em pessoas obesas e no choque).
- Identificar possíveis alterações que possam ser consideradas como sinais de alerta.
- Manter uma atenção especial ao diagnóstico diferencial.
- Classificar risco do caso.
- Realizar a notificação do caso suspeito/confirmado no Sinan.

REGISTRO CLÍNICO
AVALIAÇÃO
• CIAP (A77) — Dengue e outras doenças virais NE • CID (A90) — Dengue (dengue clássico) • CID (A91) — Febre hemorrágica devida ao vírus do dengue
PLANO DE CUIDADO
• Fortalecer a capacidade de autocuidado. • Orientar sobre a importância de hidratação e fracionar os líquidos durante o dia. • Prescrever analgésicos, se necessário, e hidratação. • Explicar sobre os sinais de alerta e de agravamento da doença. • Programar retorno para reavaliação do caso. • Programar visita domiciliar do ACS, para monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de dengue.

FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

São fatores de risco para complicações as condições de hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças hematológicas crônicas, doença renal crônica, doença ácido-péptica, hepatopatias e doenças autoimunes além da faixa etária e gestação em curso. Em relação ao tratamento, o principal consiste na hidratação da pessoa, seja por via oral ou endovenosa, a depender do estágio clínico, orientação de sinais de alarme e gravidade, sintomáticos, repouso e reavaliação para acompanhamento do quadro.

GESTÇÃO E DENGUE

Os aspectos clínicos da dengue em gestantes assemelham-se aos observados em adultos, contudo, a gravidade da condição durante a gestação é notavelmente maior. O risco de mortalidade na gravidez é três vezes superior em comparação com a população em geral, sendo particularmente acentuado quando a infecção por dengue ocorre no terceiro trimestre. Assim, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos ao aumento dos riscos de sangramentos (abortamento, parto e pós-parto), desenvolvimento de dengue grave e aumento do risco de pré-eclâmpsia. O atendimento precoce e adequado é determinante no risco de agravamento e desfecho de óbito na gestante, especialmente quando enquadrado às condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades. A transmissão vertical da dengue tem um risco reduzido. Contudo, quando os sintomas da dengue começam de 10 dias antes a até 10 horas após o parto, existe um risco potencial de transmissão, devido ao curto período para a produção e transmissão de anticorpos maternos ao feto. Nestas circunstâncias, é necessário avaliar o recém-nascido ainda na maternidade.

MANEJO DA DENGUE EM GESTANTES

Todas as gestantes devem ser avaliadas e classificadas, de acordo com o fluxo dos grupos A, B, C e D. Ressalta-se que, normalmente, as gestantes serão classificadas, no mínimo, como grupo B acompanhado de avaliação e coleta de hemograma diários.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- Síndromes febris — enterovirose, influenza, covid-19, outras infecções por vírus respiratórios, hepatites virais, malária, febre tifoide, outras arboviroses.
- Síndromes exantemáticas febris — rubéola, sarampo, escarlatina, eritema infeccioso, exantema súbito, enterovirose, mononucleose infecciosa, parvovirose, citomegalovirose, farmacodermias, doença de Kawasaki, púrpura de Henoch-Schonlein, outras arboviroses.
- Síndromes hemorrágicas febris — hantavirose, febre amarela, leptospirose, riquetsioses e púrpuras.
- Síndromes dolorosas abdominais — apendicite, obstrução intestinal, abscesso hepático, pneumonia, infecção urinária, colecistite aguda, outras causas de abdome agudo.

- Síndromes de choque — meningococcemia, sepse, febre purpúrica brasileira, síndrome do choque tóxico e choque cardiogênico.
- Síndromes meníngeas — meningites virais, bacteriana e encefalite.
- Diagnósticos diferenciais específicos.
- Pré-eclâmpsia, incluindo síndrome HELLP.

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

Em situações envolvendo gestantes que utilizam AAS, é fundamental avaliar a relação entre o risco trombótico e o risco de sangramento.

Quadro 14 – Avaliação plaquetária para pessoas com suspeita/diagnóstico de dengue e conduta recomendada

CONTAGEM DE PLAQUETAS	CONDUTA
Superior a 50.000/mm ³	Manter o uso de AAS e contagem de plaquetas diariamente.
Entre 30.000 e 50.000/mm ³	Encaminhar gestante para internação, com manutenção do AAS e monitoramento de plaquetas diariamente.
Abaixo de 30.000/mm ³	Encaminhar gestante para internação, com suspensão do AAS e contagem de plaquetas diariamente.

Fonte: Brasil, 2024.

Nota: Gestantes com sangramentos moderados ou graves, deve-se suspender o uso de AAS.

BOAS PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS GESTANTES

- A amamentação deve ser mantida e estimulada.
- Orientar sobre os sinais e sintomas de dengue, assim como o reconhecimento de gravidade.

- Orientar sobre os fluxos de atendimento e maternidade de referência.
- Registrar o diagnóstico e exames no cartão de pré-natal, cartão de dengue e prontuário eletrônico.
- Organizar, diariamente, o acompanhamento da gestante no domicílio pelo agente comunitário de saúde de referência.
- Manter a continuidade do cuidado preferencialmente pela equipe de referência, seja na unidade ou no atendimento domiciliar.
- Coordenar o cuidado, caso a gestante seja transferida para internação, especialmente no pós-alta.

DENGUE EM CRIANÇAS

Os sintomas clínicos da dengue em crianças se caracterizam por uma síndrome febril, acompanhada de sinais e sintomas inespecíficos, como apatia ou sonolência, falta de apetite, vômitos e diarreia. Em crianças com menos de 2 anos, a expressão da dor se revela por meio de choros intensos, adinamia e irritabilidade. Adicionalmente, observa-se um exantema maculopapular que afeta a face, tronco e membros, podendo surgir junto com o início da febre ou mais tarde, após dois dias do início dos sintomas.

Os profissionais de saúde devem fornecer orientações para a hidratação no domicílio, iniciando precocemente e de forma generosa, utilizando soro de reidratação oral (equivalente a $\frac{1}{3}$ das necessidades basais) administrado regularmente, independentemente da vontade da criança. Além disso, complementar a hidratação oral com líquidos caseiros, como água, sucos de frutas naturais, chás e água de coco, enquanto evitam o consumo de refrigerantes, beterraba e açaí. Para crianças com menos de 2 anos, a recomendação é oferecer 50 a 100ml ($\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ copo) de cada vez, enquanto para crianças com mais de 2 anos, a quantidade sugerida é de 100 a 200ml ($\frac{1}{2}$ a 1 copo) a cada administração.

VACINA DA DENGUE

Recomenda-se a vacinação contra a dengue para crianças e adolescentes com idades entre 10 e 14 anos, devido à maior incidência de hospitalizações nessa faixa etária causada pela dengue. Não é recomendada a administração de outras vacinas concomitantemente à da dengue. O esquema vacinal é composto por duas doses com intervalo de três meses entre elas.

DENGUE GRAVE

Os casos de dengue grave manifestam-se por sangramento grave, é uma consequência do extravasamento de plasma, podendo levar a disfunção em diversos órgãos (coração, pulmões, fígado, outro) e resultar em condições de choque ou acúmulo de líquidos, causando desconforto respiratório associado a derrame pleural, aumento do volume abdominal decorrente de ascite, sangramento grave ou sinais de disfunção orgânica em órgãos (coração, pulmão, rins, fígado, sistema nervoso central). O extravasamento pode ser identificado pelo aumento do hematócrito, sendo um marcador significativo de gravidade. Essa manifestação normalmente ocorre entre o quarto e o quinto dia, procedida por sinais de alarme — no intervalo de três a sete dias de convalescença.

HEMORRAGIAS GRAVES

A hemorragia geralmente ocorre em pessoas com histórico prévio de úlcera péptica ou gastrite. Outra circunstância frequente envolve pessoas que utilizaram ácido acetilsalicílico (AAS), anti-inflamatórios não esteroides (Aine) e anticoagulantes. Nessas situações, não há necessariamente associação com trombocitopenia e hemoconcentração. Vale ressaltar que hemorragias massivas, sem choque prolongado, se enquadram nos critérios de dengue grave.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A dengue é uma doença de notificação compulsória e desempenha um papel importante no monitoramento epidemiológico, na detecção de surtos e epidemias, na alocação apropriada de recursos e na implementação de estratégias preventivas para mitigar a propagação da doença. É responsabilidade de todos os profissionais de saúde preencherem as informações na ficha de notificação compulsória ao suspeitar ou confirmar o caso, independentemente de serem provenientes de estabelecimentos públicos ou privados.

ATENÇÃO! TODO CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE DENGUE É DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

CASO SUSPEITO/CONFIRMADO DE CHIKUNGUNYA

As infecções por Chikungunya apresentam sintomas semelhantes ao quadro clínico da dengue, caracterizado por febre aguda de início, dores articulares e musculares, cefaleia, náusea, fadiga e exantema. Uma das manifestações clínicas que diferenciam entre a dengue e a chikungunya são as fortes dores articulares. Outra diferença consiste na queda de temperatura não está associada à piora dos sintomas, como ocorre nos casos de dengue. O período de incubação antecede o início da fase aguda ou febril, que dura até o décimo dia. A doença por Chikungunya pode evoluir em três fases: aguda, pós-aguda e crônica.

EPISÓDIOS DE CUIDADO PARA SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE CHIKUNGUNYA

ATIVIDADES

- Suspeitar ou realizar o diagnóstico.
- Colher as informações sobre os sintomas e a data de início.
- Explorar vulnerabilidades socioeconômicas.
- Investigar fatores de risco e uso de medicamentos.
- Realizar exame físico.
- Realizar Prova do Laço.
- Solicitar exame laboratorial.
- Classificar o risco.
- Fortalecer a capacidade de autocuidado.
- Realizar notificação do caso no Sinan.

ERROS COMUNS NO REGISTRO CLÍNICO

- Ausência do registro da realização do exame físico, anamnese, avaliação e plano de cuidado, no método SOAP.
- Ausência de registro em prontuário clínico.
- Ausência de registro de CID-10 e/ou CIAP ativos.
- Ausência de registro de solicitação de exames e resultados.
- Ausência do registro de realização da Prova do Laço.
- Ausência de classificação de risco.
- Ausência do registro de notificação do caso no Sinan.

FASE AGUDA OU FEBRIL

Na fase aguda, as manifestações clínicas se caracterizam por uma elevação súbita da temperatura ($> 38,5^{\circ}\text{C}$) — contínua, intermitente ou bifásica com curta duração, acompanhada por intensa poliartralgia.

Figura 3 – Intensa dor articular



→ A poliartralgia está presente em 90% dos casos de chikungunya na fase aguda, podendo ser acompanhada por edema.

Fonte: Thais de Sá Batista.

Quadro 15 – Apresentação dos sinais e sintomas de chikungunya

SINAIS E SINTOMAS	CARACTERIZAÇÃO	ADICIONAIS
Típicos (duração de aproximadamente 7 dias)	Febre de início súbito + intensa poliartralgia + dores nas costas + cefaleia + fadiga	Não se aplica.
Osteomoleculares	Artralgia ou poliartralgia (> 90% das pessoas infectadas)	• Poliarticular • Simétrica (podendo haver assimetria) • Acomete grande e pequenas articulações • Pode haver edema (frequentemente associado à tenossinovite) • Dor ligamentar • Mialgia (de leve a moderada intensidade)

(continua)

(conclusão)

SINAIS E SINTOMAS	CARACTERIZAÇÃO	ADICIONAIS
Cutâneo (surge entre o 2º e o 5º dia)	• Exantema macular ou maculopapular (incluindo palmas das mãos, plantas dos pés, face) • Prurido localizado ou generalizado na região palmo-plantar • Dermatite esfoliativa • Lesões vesiculobolhosas (principalmente nas crianças) • Hiperpigmentação • Fotossensibilidade • Lesões simulando eritema nodoso • Úlceras orais	As manifestações gastrointestinais são mais comuns nas crianças, podendo haver linfonodomegalias cervicais associadas
Outros	• Dor retro-ocular • Conjuntivite • Calafrios • Faringite • Náuseas/vômitos • Diarreia • Dor abdominal	Não se aplica.

Fonte: Brasil, 2022.

Figura 4 – Exantema localizado nas palmas das mãos



Fonte: Thais de Sá Batista.

ATENÇÃO! Todos os profissionais de saúde devem estar vigilantes a situações de pessoas que apresentem comorbidades pré-existentes, pois esses casos frequentemente têm propensão a descompensar.

TRANSMISSÃO VERTICAL NA FASE AGUDA

Há uma estimativa de risco de transmissão vertical de aproximadamente 49% durante o período intraparto. Nos primeiros dias de vida, o recém-nascido é assintomático, mas gradualmente desenvolve sinais entre o terceiro e o sétimo dias, manifestando febre, síndrome algica, recusa da mamada, exantema, descamação, hiperpigmentação cutânea e edema nas extremidades. Todos os recém-nascidos devem ser mantidos internados para observação por até sete dias, acompanhados da mãe. Cabe destacar que o vírus não é transmitido através do aleitamento.

FASE PÓS-AGUDA

Nesta etapa nota-se o desaparecimento da febre, podendo ocorrer uma melhora nas dores articulares. Contudo, há possibilidade de persistência ou intensificação desses sintomas, incluindo poliartrite distal, tenossinovite hipertrófica pós-aguda nas mãos e nos tornozelos. Quando ocorre o comprometimento articular, é possível observar edema de intensidade variável. Os sinais e sintomas que podem estar presentes nesta fase são:

- Astenia;
- Prurido generalizado;
- Exantema maculopapular;
- Lesões purpúricas, vesiculares e bolhosas; e
- Algumas pessoas podem desenvolver doença vascular periférica, fadiga e sintomas depressivos.

FASE CRÔNICA

A fase crônica se manifesta quando os sintomas persistem por mais de três meses desde o início da doença, sendo mais prevalente em pessoas com mais de 45 anos, especialmente naquelas que já apresentavam problemas articulares prévios e nos casos em que a fase aguda foi mais intensa. As principais características são: persistência ou recorrência do comprometimento articular acometido na fase aguda (dor, edema, limitação do movimento, deformidade, ausência de eritema). Podem ocorrer outras manifestações clínicas como:

- Fadiga;
- Cefaleia;
- Prurido;
- Alopecia;
- Exantema;
- Bursite/tenossinovite;
- Disestesia, parestesia, dor neuropática;
- Fenômeno de Reynaud;
- Alterações cerebelares, distúrbio do sono, alterações da memória, déficit de atenção;
- Alterações do humor, depressão; ou
- Turvação visual.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Artrite séptica
- Dengue

- Doenças autoimunes
- Febre reumática
- Leptospirose
- Malária
- Mayari
- Oropouche
- Sífilis
- Zika

REGISTRO CLÍNICO
SUBJETIVO
● Registrar informações como a data de início dos sintomas e queixas, duração e intensidade, e relacionar as manifestações articulares. ● Explorar rede de apoio familiar e comunitária e vulnerabilidades socioeconômicas. ● Questionar sobre procedência e história de viagens para área endêmica/epidêmica para chikungunya. ● Registrar histórico de doenças prévias ou comorbidades. ● Registrar uso de medicações (ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não hormonais). ● Coletar dados sobre o histórico vacinal da pessoa.

REGISTRO CLÍNICO**OBJETIVO**

- Realizar a anamnese e o exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta).
- Verificar temperatura corporal e peso.
- Aferir a pressão arterial.
- Avaliar o ritmo e preenchimento do pulso, frequência cardíaca e respiratória.
- Avaliar o estado hemodinâmico: pulso e pressão arterial, determinar a pressão arterial média e a de pulso ou diferencial, e enchimento capilar.
- Avaliar dor ocular, diminuição da acuidade visual, turvação visual, moscas volantes e olho vermelho.
- Investigar características que a diferenciem de outras causas (p.ex.: comprometimento discal ou lombalgia mecânica comum).
- Verificar o estado de hidratação.
- Pesquisar a presença de dor abdominal, náuseas e vômitos.
- Investigar a presença de exantema (localização e relação temporal com a febre), prurido, dermatite esfoliativa, hiperpigmentação, lesões por fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso, úlceras orais, bolhas e vesículas.
- Identificar a ocorrência de convulsões, paresia/parestesia, tontura, rebaixamento do nível de consciência e cefaleia.
- Examinar mãos: observar presença de edema, forma e dimensão, paralisia, atrofia e contratura muscular (demais articulações dos membros — seguir os aspectos apontados acima no exame físico articular).
- Realizar a Prova do Laço.
- Identificar possíveis alterações que possam ser consideradas como sinais de alerta.
- Manter uma atenção especial ao diagnóstico diferencial.
- Classificar risco do caso.
- Realizar a notificação do caso suspeito/confirmado no Sinan.

REGISTRO CLÍNICO
AVALIAÇÃO
• CID (A920) — Febre de Chikungunya
PLANO DE CUIDADO
• Fortalecer a capacidade de autocuidado. • Orientar sobre a importância da hidratação e fracionar os líquidos durante o dia. • Prescrever analgésicos, se necessário, e hidratação. • Explicar sobre os sinais de alerta e de agravamento da doença. • Programar retorno para reavaliação do caso. • Programar visita domiciliar do ACS para monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de chikungunya.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Quadro 16 – Tipos de medicamentos para pessoas com suspeita/diagnóstico de dengue, conforme quadro clínico

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	CUIDADOS ADICIONAIS	PRESCRITOR
Dipirona Sódica	Adultos: 20 gotas (500mg/ml — 1 ml = 20 gotas) OU 1 comprimido (500mg) de 6 em 6 horas Crianças: 1 gota/kg/dose de 6 em 6 horas	Não se aplica.	Enfermeira(o) E Médica(o)

(continua)

(continuação)

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	CUIDADOS ADICIONAIS	PRESCRITOR
Paracetamol	Adultos: 55 gotas (200mg/ml — 1 ml = 20 gotas) OU 1 comprimido (500mg a 750mg) de 6 em 6 horas Crianças: 1 gota/kg/dose de 6 em 6 horas	Prestar atenção ao aumento do risco de hepatite devido à combinação de viremia, interações medicamentosas e comorbidades (como doença hepática, renal ou alcoolismo) quando administradas doses elevadas de paracetamol.	Enfermeira(o) E Médica(o)
Dipirona + Tramadol	Adultos: 1g, via oral, 4 vezes ao dia OU 50mg a 100mg, via oral, 2 a 4 vezes ao dia	Avaliar função renal e hepática, especialmente em pessoas idosas.	Médica(o)
Amitríptilina	Adultos: 25 a 50mg/ dia, via oral	Monitorar a pressão arterial, edema periférico e função renal. Utilize a medicação com cautela em pessoas com doença cardiovascular, diabetes mellitus, mania, insuficiência renal ou hepática, disfunção tireoidiana ou epilepsia. A retirada da medicação deve ocorrer gradualmente.	Médica(o)
Gabapentina	Adultos: 300mg, 2 a 3 vezes ao dia, via oral	Em crianças entre 3 e 12 anos existe o risco de eventos adversos neuropsiquiátricos (labilidade emocional, hostilidade, desordens do pensamento e hipercinesia). A retirada da medicação deve ocorrer gradualmente.	Médica(o)
Paracetamol + Codeína	Adultos: 500mg + 30mg, via oral, 2 a 4 vezes ao dia	Avaliar hepatotoxicidade.	Médica(o)
Pregabalina	Adultos: 50 a 150mg, 2 a 4 vezes ao dia, via oral	Usar com cautela em pessoas com insuficiência cardíaca e renal. Monitorar plaquetopenia e sintomas de dependência.	Médica(o)

(continua)

(conclusão)

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	CUIDADOS ADICIONAIS	PRESCRITOR
Prednisona/ Prednisolona	Adultos: 5 a 20 mg/dia, preferencialmente dose única pela manhã	Avaliar a presença de fatores de risco para osteoporose, glaucoma (história familiar), diabetes mellitus. Monitorar a pressão arterial e a glicemia de jejum.	Médica(o)

Fonte: Marques *et al.*, 2017.

Observação: Os anti-inflamatórios não esteroides e os corticosteroides não devem ser prescritos durante a fase aguda da doença. O ácido acetilsalicílico também é contraindicado nesse estágio, devido ao risco de síndrome de Reye e hemorragias.

APOIO DIAGNÓSTICO

A solicitação de exames laboratoriais em casos suspeitos de Chikungunya deve estar atrelada à classificação de risco.

Quadro 17 – Tipos de exames para classificação de risco inicial e monitoramento dos casos suspeitos e diagnosticado de chikungunya

EXAMES COMPLEMENTARES	SOLICITANTE
Hemograma completo	Enfermeira(o) E Médica(o)
Transaminase/eletrolitos/creatinina (pessoas com sinais de gravidade e critérios de internação)	
RT-PCR	
IgM (fase aguda — a partir do 6º dia) OU (convalescença — 15 dias após o início dos sintomas)	
IgG (fase crônica)	

Fonte: Brasil, 2022.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A chikungunya é uma doença de notificação compulsória e desempenha um papel importante no monitoramento epidemiológico, na detecção de surtos e epidemias, na alocação apropriada de recursos e na implementação de estratégias preventivas para conter a propagação da doença. É responsabilidade de todos os profissionais de saúde preencherem as informações na ficha de notificação compulsória ao suspeitar ou confirmar o agravo, independentemente de serem provenientes de estabelecimentos públicos ou privados.

ATENÇÃO! TODO CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE CHIKUNGUNYA É DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

CASO SUSPEITO/CONFIRMADO DE ZIKA

A infecção causada pelo vírus Zika pode manifestar-se de maneira assintomática ou sintomática. O quadro clínico, em geral, se apresenta de forma leve e autolimitada, podendo, no entanto, resultar em complicações neurológicas e malformações. Os sinais e sintomas comuns na zika são:

- Febre;
- Hiperemia conjuntival/conjuntivite não purulenta;
- Artralgia/poliartralgia; e
- Edema periarticular.

EPISÓDIOS DE CUIDADO PARA SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE ZIKA

ATIVIDADES

- Suspeitar ou realizar o diagnóstico.
- Colher as informações sobre os sintomas e a data de início.
- Explorar vulnerabilidades socioeconômicas.
- Investigar fatores de risco e uso de medicamentos.
- Realizar exame físico.
- Realizar Prova do Laço.
- Solicitar exame laboratorial.
- Classificar o risco.
- Fortalecer a capacidade de autocuidado.
- Realizar notificação do caso no Sinan.

ERROS COMUNS NO REGISTRO CLÍNICO

- Ausência do registro da realização do exame físico, anamnese, avaliação e plano de cuidado, no método SOAP.
- Ausência de registro em prontuário clínico.
- Ausência de registro de CID-10 e/ou CIAP ativos.
- Ausência de registro de solicitação de exames e resultados.
- Ausência do registro de realização da Prova do Laço.
- Ausência de classificação de risco.
- Ausência do registro de notificação do caso no Sinan.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dengue
- Chikungunya
- Eritema infeccioso (parvovírus B19)
- Rubéola
- Sarampo
- Riquetsioses
- Malária
- Leptospirose
- Outros: enterovirose, sífilis secundária, reação de hipersensibilidade, síndrome da mononucleose, reações alérgicas e doenças autoimunes

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

- Síndrome de Guillain-Barré
- Encefalite
- Meningoencefalite
- Parestesia
- Paralisia facial
- Mielite
- Trombocitopenia púrpura
- Danos oftalmológicos e cardíacos

REGISTRO CLÍNICO
SUBJETIVO
● Registrar informações como a data de início dos sintomas e queixas, sua duração, intensidade (apesar da artralgia estar presente, não é intensa). ● Explorar rede de apoio familiar e comunitária e vulnerabilidades socioeconômicas. ● Questionar sobre procedência e história de viagens para área endêmica/epidêmica para zika. ● Registrar histórico de doenças prévias ou comorbidades. ● Registrar uso de medicações (ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não hormonais). ● Coletar dados sobre o histórico vacinal da pessoa.

REGISTRO CLÍNICO**OBJETIVO**

- Realizar a anamnese e o exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta).
- Verificar temperatura corporal e peso.
- Aferir a pressão arterial.
- Avaliar o ritmo e preenchimento do pulso, frequência cardíaca e respiratória.
- Avaliar o estado hemodinâmico: pulso e pressão arterial, determinar a pressão arterial média e a de pulso ou diferencial, e enchimento capilar.
- Verificar o estado de hidratação.
- Pesquisar a presença de dor abdominal, náuseas e vômitos, exantema, cefaleia e olhos vermelhos (sem secreção).
- Examinar dor articular.
- Realizar a Prova do Laço.
- Identificar possíveis alterações que possam ser consideradas como sinais de alerta.
- Manter uma atenção especial ao diagnóstico diferencial.
- Classificar risco do caso.
- Realizar a notificação do caso suspeito/confirmado no Sinan.

AValiação

- CID (A92.8) — Outras febres virais especificadas transmitidas por mosquitos

REGISTRO CLÍNICO
PLANO DE CUIDADO
• Fortalecer a capacidade de autocuidado. • Orientar sobre a importância de hidratação e fracionar os líquidos durante o dia. • Prescrever analgésicos, se necessário, e hidratação. • Explicar sobre os sinais de alerta e agravamento da doença. • Programar retorno para reavaliação do caso. • Programar visita domiciliar do ACS para monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de zika.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Quadro 18 – Tratamento medicamentoso

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	CUIDADOS ADICIONAIS	PRESCRITOR
Dipirona Sódica 500mg	Adultos: via oral, 20 gotas (500mg/ml — 1ml = 20 gotas) OU via oral, 1 comprimido de 6 em 6 horas Crianças: 1 gota/kg/dose de 6 em 6 horas	Não se aplica.	Enfermeira(o) E Médica(o)

(continua)

(conclusão)

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	CUIDADOS ADICIONAIS	PRESCRITOR
Paracetamol 500mg – 750mg	Adultos: via oral, 55 gotas (200mg/ml — 1ml = 20 gotas) OU via oral, 1 comprimido (500mg a 750mg) de 6 em 6 horas Crianças: 1 gota/kg/dose de 6 em 6 horas	Deve-se prestar atenção ao aumento do risco de hepatite devido à combinação de viremia, interações medicamentosas e comorbidades (como doença hepática, renal ou alcoolismo) quando administradas doses elevadas de paracetamol.	Enfermeira(o) E Médica(o)
Dexclorfeniramina 2mg	Adultos: Via oral, 1 comprimido de 8 em 8 horas	Não se aplica.	Enfermeira(o) E Médica(o)
Dicloridrato de hidroxizina 2mg/ml	Crianças: Via oral, 0,7mg/kg, de 8 em 8 horas	Não se aplica.	Enfermeira(o) E Médica(o)

Fonte: Brasil, 2022.

Observação: Deve-se evitar os anti-inflamatórios não esteroidais até que o diagnóstico de dengue seja descartado.

APOIO DIAGNÓSTICO

Há poucas informações disponíveis sobre as alterações típicas associadas à infecção pelo vírus Zika (ZIKV), mas incluem leucopenia, trombocitopenia e um aumento leve na desidrogenase láctica sérica. Além disso, há mudanças nos marcadores de atividade inflamatória, como proteína C reativa, fibrinogênio e ferritina. O manejo clínico das arboviroses na atenção primária é essencial, abrangendo doenças emergentes como dengue, zika, chikungunya e outras.

Quadro 19 – Tipos de exames para classificação de risco inicial e monitoramento dos casos suspeitos e diagnosticado de vírus Zika

EXAMES COMPLEMENTARES		SOLICITANTE
RT-PCR		Enfermeira(o) E Médica(o)
Sorologia IgM		

Fonte: Brasil, 2022.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A zika é uma doença de notificação compulsória e desempenha um papel importante no monitoramento epidemiológico, na detecção de surtos e epidemias, na alocação apropriada de recursos e na implementação de estratégias preventivas para conter a propagação da doença. É responsabilidade de todos os profissionais de saúde preencherem as informações na ficha de notificação compulsória ao suspeitar ou confirmar o agravo, independentemente de serem provenientes de estabelecimentos públicos ou privados.

ATENÇÃO! TODO CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE ZIKA É DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

MONITORAMENTO DOS CASOS NO E-SUS APS

É imprescindível que gestores e profissionais de saúde realizem a gestão das ações e serviços ofertados pela APS. Para isso, orienta-se o monitoramento dos relatórios disponibilizados pelo e-SUS APS. O acompanhamento dessas atividades pode ser feito por meio de:

1. **Relatórios consolidados:** Apresentam o estado atual do registro para um determinado conjunto de informações, como cadastro domiciliar e territorial, cadastro individual e situação do território.
2. **Relatórios de produção:** Registram dados relativos aos serviços prestados em um determinado período, como os atendimentos domiciliares e o atendimento individual. Eles oferecem a possibilidade de filtrar informações conforme diferentes variáveis (sexo, faixa etária, condições avaliadas, CID10 e CIAP2, Sigtap, entre outros).
3. **Relatório operacional de risco cardiovascular:** Demonstra informações sobre a situação de saúde das pessoas que, de alguma forma, se enquadram num estado que apresente risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A presença de pessoas neste relatório, depende de alguns fatores de risco coletados nos instrumentos de registro do e-SUS APS, seja no Prontuário Eletrônico do Cidadão, seja na Coleta de Dados Simplificada, e podem ser realizados os filtros: "INE/Equipe" e "Microárea". Caso deseje listar todas as microáreas do seu território, basta deixar este campo em branco.

RELATÓRIOS GERENCIAIS

1. **Relatório de absenteísmo:** Apresenta, de forma clara, o comportamento das pessoas em relação aos agendamentos realizados previamente, as faltas delas e outras informações relevantes, utilizando a contagem de eventos da agenda em que a pessoa não compareceu ou não aguardou o atendimento.
2. **Relatório de atendimento:** É possível obter dados quantitativos sobre o número de atendimentos individuais e odontológicos distribuídos em um determinado período de tempo, com a finalidade de auxiliar os gestores na tomada de decisões estratégicas da unidade de saúde.
3. **Relatório de vacinação:** Demonstra os dados quantitativos sobre o número de doses de determinadas vacinas aplicadas, distribuídos em um determinado período de tempo, com a finalidade de auxiliar o gestor na tomada de decisões estratégicas da unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

BARÇANTE, J. M. P.; CHEREM, J. The Mosquito Knows No Borders: regional challenges for global confrontation in the dengue battle. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 18, n. 1, 2024.

BRAR, R. *et al.* Maternal and Fetal Outcomes of Dengue Fever in Pregnancy: a large prospective and descriptive observational study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 304, p. 91–100, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_adulto.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue: manejo do paciente na APS**. [Brasília, DF: MS, 20-]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue_classificacao_risco_manejo_paciente.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe Semanal nº 07: Dengue, Chikungunya e Zika: SE 01 a 12/2024 – 31 de janeiro de 2024**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informe-semanal/informe-semanal-no-07-coe/view>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre Medidas de Proteção à Saúde dos Agentes de Combate às Endemias: Volume 1: Arboviroses Transmitidas pelo Aedes aegypti**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_protecao_agentes_endemias.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Monitoramento das Arboviroses Urbanas: semanas epidemiológicas 1 a 35 de 2023. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 54, p. 1-23, nov. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-13/view>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Agente Comunitário de Saúde no Controle da Dengue**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agente_comunitario_saude_controle_dengue.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia por arboviroses**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/chikungunya/diretrizes-para-a-organizacao-dos-servicos-de-atencao-a-saude-em-situacao-de-aumento-de-casos-ou-de-epidemia-por-arboviroses>. Acesso em: 7 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue**: manual de enfermagem. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue_manual_enfermagem.pdf/view. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. rev. atual. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Nota Técnica nº 001/2024 — Comitê de Operações de Emergência em Saúde COES/COFEN**. Competências e Atribuições do Enfermeiro para enfrentamento a epidemia de dengue em situação de emergência em saúde pública. [Brasília, DF]: Cofen, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/nota-tecnica-no-001-2024-comite-de-operacoes-de-emergencia-em-saude-coes-cofen/>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2024.

DUARTE, G. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: Infecção pelo Vírus Zika. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. esp. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-4974202100017.esp1>. Acesso em: 8 fev. 2024.

FAILACE, R. **Hemograma**: manual de interpretação. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MARQUES, C. D. L. *et al.* Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia para Diagnóstico e Tratamento da Febre Chikungunya. Parte 2 — Tratamento. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, p. 438–51, 2017. Suppl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.06.004>. Acesso em: 8 fev. 2024.

MOHAPATRA, R. K. *et al.* Global health concern on the rising dengue and chikungunya cases in the American regions: Countermeasures and preparedness. **Health Science Reports**, v. 7, n. 1, p. 1831, 2024.

RATHORE, S. S. *et al.* Maternal and foetal-neonatal outcomes of dengue virus infection during pregnancy. **Tropical Medicine & International Health**, v. 27, n. 7, p. 619–629, 2022. Disponível: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.13783>. Acesso em: 28 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Geographical expansion of cases of dengue and chikungunya beyond the historical areas of transmission in the region of the Americas**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON448>. Acesso em: 7 fev. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MATERIAIS DE USO EM SALAS DE ATENDIMENTO E HIDRATAÇÃO

1. Álcool em gel
2. Cilindro de O₂
3. Equipamento de Proteção Individual (EPI)
4. Esfigmomanômetro (infantil, adulto e obeso)
5. Estetoscópio
6. Glicosímetro (com lanceta e fita)
7. Jarra para diluição de solução de reidratação oral
8. Luvas de procedimentos
9. Medicações (analgésicos, antieméticos e de urgência)
10. Oxímetro
11. Soro de reidratação oral
12. Suporte de soro
13. Termômetro clínico (preferencialmente digital ou infravermelho)
14. Verificar todos os insumos necessários para punção venosa:
 - a. Algodão;
 - b. Dispositivos de punção periférica de diversos calibres (*sca/p* e cateter de punção periférica);
 - c. Equipo (macro e microgotas);

- d. Esparadrapo;
- e. Garrote de látex;
- f. Soro fisiológico 0,9%, soro glicosado 5% e soro Ringer Lactato.

APÊNDICE B – EQUIPAMENTOS

1. Aparelho de pressão
2. Braçadeira
3. Cadeira de coleta
4. Computador e impressora ou formulário impresso
5. Maca
6. Poltronas para hidratação

APÊNDICE C – MATERIAIS PARA COLETA

1. Agulhas hipodérmicas de diversos calibres
2. Álcool
3. Algodão
4. Luvas de procedimentos
5. *Scalp* de diferentes tamanhos
6. Seringas descartáveis de diversos ml
7. Tubo de coleta
8. Vacutainer (adaptador de agulha)

APÊNDICE D – MATERIAIS DE APOIO

1. Fluxos e protocolos assistenciais (se necessário, impressos)
2. Régua para delimitar a área na Prova do Laço
3. Roteiro para classificação de risco (se necessário, impresso)

APÊNDICE E – CÁLCULO PARA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS

ESTIMATIVA DE CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE

Os gestores devem analisar três possíveis cenários de risco com base nas informações e monitoramento da vigilância epidemiológica local. Ao calcular a quantidade necessária de insumos, equipamentos e materiais, levar em conta a distribuição dos casos ao longo de seis meses, com uma incidência mais acentuada concentrada em três deles.

Quadro 1 – Cenários de risco

RISCO	PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ACOMETIDA (%)
1	1
2	2
3	4

Fonte: Brasil, 2013.

A seguir, é apresentado um exemplo fictício do cálculo levando em consideração os níveis de risco em um município com população de 100 mil habitantes.

Tabela 1 – Cenário de Risco 1 com 1.000 casos de dengue em seis meses de transmissão

MÊS	TOTAL DE CASOS
1	130
2	140
3	200
4	200
5	200
6	130
TOTAL	1.000

Fonte: Brasil, 2013.

Tabela 2 – Cenário de Risco 2 com 2.000 casos de dengue em seis meses de transmissão

MÊS	TOTAL DE CASOS
1	260
2	280
3	400
4	400
5	400
6	260
TOTAL	2.000

Fonte: Brasil, 2013.

Tabela 3 – Cenário de Risco 3 com 4.000 casos de dengue em seis meses de transmissão

MÊS	TOTAL DE CASOS
1	520
2	560
3	800
4	800
5	800
6	520
TOTAL	4.000

Fonte: Brasil, 2013.

ESTIMATIVA DE PESSOAS COM NECESSIDADE DE HIDRATAÇÃO ENDOVENOSA (EV) — SALA DE OBSERVAÇÃO

Deve-se considerar 15% dos casos estimados de dengue. A seguir, é apresentado um exemplo fictício do cálculo levando em consideração o nível de risco, a quantidade de casos de dengue registrada e a necessidade de hidratação endovenosa em um município com população de 100 mil habitantes.

Tabela 4 – Cenário de Risco 3 com 4.000 casos registrados de dengue no período de seis meses de transmissão

MÊS	TOTAL DE CASOS	QUANTIDADE DE PESSOAS PARA HIDRATAÇÃO EV
1	520	78
2	560	84
3	800	120
4	800	120
5	800	120
6	520	78
TOTAL	4.000	600

Fonte: Brasil, 2013.

ESTIMATIVA DE PESSOAS COM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA (RETAGUARDA)

É necessário levar em conta o número de internações, correspondendo a 7% dos casos de dengue. Para cada leito mensal, há uma média de 7 internações, considerando uma taxa de ocupação de 4 dias. A seguir, é fornecido um exemplo fictício para estimar a quantidade de pessoas que precisarão de internação em enfermaria em um município com população de 100 mil habitantes, classificado como Risco 3 devido aos 4.000 casos de dengue registrados nos seis meses de transmissão.

Tabela 5 – Dimensionamento de internações — 280 internações durante o período de transmissão

MÊS	NÚMERO DE CASOS	Nº DE INTERNAÇÕES
1	520	36
2	560	40
3	800	56
4	800	56
5	800	56
6	520	36
TOTAL	4.000	280

Fonte: Brasil, 2013.

Tabela 6 – Dimensionamento de leitos — 1 leito / 7 internações

MÊS	NÚMERO DE CASOS	Nº DE INTERNAÇÕES	Nº DE LEITOS
1	520	36	5
2	560	40	6
3	800	56	8
4	800	56	8
5	800	56	8
6	520	36	5
TOTAL	4.000	280	40

Fonte: Brasil, 2013.

ESTIMATIVA DE PESSOAS COM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA

Deve-se levar em consideração o índice de internações: 0,7% dos casos de dengue. Cada leito de terapia intensiva no mês registra, em média, 6 internações, considerando uma taxa de ocupação de 5 dias. A seguir, é apresentado um exemplo fictício para estimar a quantidade de pessoas que precisarão de internação em terapia intensiva em um município com população de 100 mil habitantes, classificado como Risco 3 devido aos 4.000 casos de dengue registrados nos seis meses de transmissão.

Tabela 7 – Dimensionamento de internações — 28 internações durante o período de transmissão

MÊS	NÚMERO DE CASOS	Nº DE INTERNAÇÕES
1	520	3
2	560	4
3	800	6
4	800	6
5	800	6
6	520	3
TOTAL	4.000	28

Fonte: Brasil, 2013.

Tabela 8 – Dimensionamento de leitos — 1 leito / 6 internações

MÊS	NÚMERO DE CASOS	Nº DE INTERNAÇÕES	Nº DE LEITOS
1	520	3	1
2	560	4	1
3	800	6	1
4	800	6	1
5	800	6	1
6	520	3	1
TOTAL	4.000	28	6

Fonte: Brasil, 2013.

PREVISÃO DE INSUMOS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS PARA PESSOAS EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E EM INTERNAÇÃO

a. Hemograma — deve-se considerar o número de casos estimados de dengue no período: 6 meses de transmissão X 2 exames por pessoa.

A seguir, é apresentado um exemplo fictício para estimar a quantidade de pessoas que precisarão realizar hemograma em um município com população de 100 mil habitantes, classificado como Risco 3 devido aos 4.000 casos de dengue registrados e necessidade de realização de 8.000 exames, nos seis meses de transmissão.

Tabela 9 – Estimativa do quantitativo de hemogramas

MÊS	NÚMERO DE CASOS	Nº DE HEMOGRAMAS
1	520	1.040
2	560	1.120
3	800	1.600
4	800	1.600
5	800	1.600
6	520	1.040
TOTAL	4.000	8.000

Fonte: Brasil, 2013.

b. Sais de reidratação oral — deve-se considerar o número de casos de dengue estimados no período X 2 X 3 (2 sachês por dia para 3 dias de hidratação).

A seguir, é apresentado um exemplo fictício para estimar a quantidade de pessoas que precisarão de hidratação oral em um município com população de 100 mil habitantes, classificado como Risco 3 devido aos 4.000 casos de dengue registrados e necessidade de 24.000 sachês de reidratação oral, nos seis meses de transmissão.

Tabela 10 – Estimativa do quantitativo de sachês de reidratação oral

MÊS	NÚMERO DE CASOS	Nº DE SACHÊS
1	520	3.120
2	560	3.360
3	800	4.800
4	800	4.800
5	800	4.800
6	520	3.120
TOTAL	4.000	24.000

Fonte: Brasil, 2013.

c. Soro fisiológico — deve-se considerar 15% de casos de dengue estimados no período X 8 frascos de 500ml.

A seguir, é apresentado um exemplo fictício para estimar a quantidade de pessoas que precisarão de hidratação endovenosa em um município com população de 100 mil habitantes, classificado como Risco 3 devido aos 4.000 casos de dengue registrados, com necessidade de 4.800 frascos de 500ml para hidratação oral de 600 pessoas, nos seis meses de transmissão.

Tabela 11 – Estimativa do quantitativo de soro fisiológico

MÊS	NÚMERO DE CASOS	Nº DE PESSOAS	QUANTIDADE DE SORO FISIOLÓGICO
1	520	78	624
2	560	84	672
3	800	120	960
4	800	120	960
5	800	120	960
6	520	78	624
TOTAL	4.000	600	4.800

Fonte: Brasil, 2013.

d. Poltronas para hidratação venosa — deve-se considerar 15% do número de casos de dengue atendidos por dia útil/mês. A seguir, é apresentado um exemplo fictício para estimar a quantidade de pessoas que precisarão de poltronas para hidratação endovenosa em um município com população de 100 mil habitantes, classificado como Risco 3 devido aos 4.000 casos de dengue registrados, nos seis meses de transmissão.

Tabela 12 – Estimativa do quantitativo de poltronas para hidratação venosa

MÊS	NÚMERO DE CASOS	Nº DE PESSOAS	QUANTIDADE DE POLTRONAS	SUPORTE DE SORO
1	520	78	4	4
2	560	84	4	4
3	800	120	6	6
4	800	120	6	6
5	800	120	6	6
6	520	78	4	4
TOTAL	4.000	600	30	30

Fonte: Brasil, 2013.

Observação: O suporte de soro pode ser utilizado, igualmente, em uma proporção de 1 para cada 2 poltronas.

e. Medicamentos — para o uso de dipirona ou paracetamol deve-se considerar o número de casos previstos no período X 3g (dose diária) X 3 dias (fase febril).

A seguir, é apresentado um exemplo fictício para estimar a quantidade de pessoas que precisarão de dipirona ou paracetamol em um município com população de 100 mil habitantes, classificado como Risco 3 devido aos 4.000 casos de dengue registrados, com necessidade de 36.000g do medicamento, nos seis meses de transmissão.

Tabela 13 – Estimativa do quantitativo de dipirona ou paracetamol

MÊS	NÚMERO DE CASOS	GRAMAS MEDICAMENTO
1	520	4.680
2	560	5.040
3	800	7.200
4	800	7.200
5	800	7.200
6	520	4.680
TOTAL	4.000	36.000

Fonte: Brasil, 2013.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue**. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/downloads/diretrizes-aumento-dengue.pdf>. Acesso em: 7 maio 2024.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
Clique [aqui](#) e responda a pesquisa.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br