

# PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE - 4ª edição



**NOVA LIMA** Cidade  
prefeitura para todos



**NOVA LIMA** Cidade  
prefeitura para todos

## **NOVA LIMA 2025**

### **Prefeito Municipal**

João Marcelo Dieguez Pereira

### **Vice-prefeito Municipal**

Cissa Caroline

### **Secretário Municipal de Saúde**

Alice Neto Ferreira de Almeida

### **Subsecretária de Estratégias em Saúde**

Sheila Nara Ferreira

### **Subsecretária de Atenção Integral e Cuidados Primários**

Dayanna Mary de Castro

### **Subsecretário de Atenção Emergencial e Vigilância em Saúde**

Gustavo Dayrell Ribeiro da Glória

### **Subsecretária de Gestão Administrativa e Operacional da Saúde**

Isabel Cristina Alves

### **Subsecretária de Gestão Orçamentária e Controle Interno da Saúde**

Natália Diegues Marchezini

**Comissão Organizadora - 4ª edição**

Alberto Sissao Sato

Angélica Luciana Barbosa Soares Machado

Eneida Fernanda Lopes Magalhães

Erick Lopes Magalhães

Flávia Cristina Jacome Machado

Gelcira do Socorro Esteves Nascimento

Guenael Freire de Souza

Karla Morais Seabra Vieira Lima

Lorena Cristina de Oliveira Fernandes

Renier de Moraes Torres Junior

Sheila Nara Ferreira

Vânia Alves Braga Figueiredo

Gustavo Dayrell Ribeiro da Glória

**Revisores – 4ª edição**

Alberto Sissao Sato

Guenael Freire de Souza

Renier de Moraes Torres Junior

## APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Nova Lima, ao longo do seu processo de organização, produção e oferta de serviços e ações de saúde, busca consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, esforços estão sendo empreendidos para qualificar as ações cotidianas de suas equipes, o que certamente repercutirá de modo decisivo e positivo em todos os níveis de organização do sistema municipal de saúde.

Uma das medidas adotadas para tal fim é a revisão e constituição dos Protocolos técnicos. Um protocolo constitui-se em um instrumento que estabelece normas para as intervenções técnicas, ou seja, uniformiza e atualiza conceitos e condutas referentes ao processo assistencial na rede de serviços, bem como define os fluxos assistenciais dentro do município. O protocolo reflete, então, a política assistencial assumida pela SEMSA, bem como suas opções éticas para organização do trabalho em saúde, e escolhas tecnológicas úteis, apropriadas e disponíveis para o processo de enfrentamento de problemas de saúde segundo sua magnitude. Entretanto, um protocolo, por mais abrangente que seja, pode não abordar todas as questões técnicas e/ou clínicas relacionadas a determinadas situações. Assim, para questões mais específicas da prática profissional, o presente Protocolo sugere a consulta às cartilhas e materiais bibliográficos da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

O **protocolo para atendimento aos pacientes com suspeita de dengue** tem por objetivo atualizar as diretrizes para diagnóstico, classificação e manejo clínico dos casos de dengue na rede municipal de saúde, bem como estabelecer o fluxo de atendimentos nos equipamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) e rede de urgência. Além do protocolo, a SEMSA também elaborou o **Plano Municipal de Contingência das Arboviroses**, que foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e submetido à aprovação da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. De acordo com indicadores epidemiológicos, no Plano de Contingência o município é classificado em cenários (satisfatório, alerta, urgência e emergência). Em cada cenário há um plano de ação para a condução da situação no município. Na medida que o contexto epidemiológico se altera, o plano de ação referente ao cenário atual é ativado, com o objetivo de organizar toda a rede para a melhor resposta no combate, controle e manejo da dengue e demais arboviroses.



## SUMÁRIO

|                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUÇÃO.....                                                                                                             | 7   |
| 1. COMO IDENTIFICAR E CLASSIFICAR UM CASO SUSPEITO DE DENGUE? .....                                                         | 9   |
| 1.1 Caso suspeito de dengue.....                                                                                            | 9   |
| 1.2 Caso confirmado de dengue .....                                                                                         | 12  |
| 1.3 Caso descartado .....                                                                                                   | 12  |
| 1.4 Diagnóstico diferencial.....                                                                                            | 13  |
| 2. NOTIFICAÇÃO .....                                                                                                        | 17  |
| 3. QUE ETAPAS DEVEM SER SEGUIDAS NO ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE<br>COM SUSPEITA DE DENGUE? .....                        | 18  |
| 3.1 Anamnese .....                                                                                                          | 18  |
| 3.2 Exame físico geral .....                                                                                                | 18  |
| 3.3 Condutas .....                                                                                                          | 19  |
| 4. QUAIS SÃO AS SITUAÇÕES ESPECIAIS QUE PODEM AUMENTAR O RISCO DE<br>EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL DE UM PACIENTE COM DENGUE? ..... | 20  |
| 5. QUAIS SÃO OS SINAIS/SINTOMAS DE ALARME? .....                                                                            | 21  |
| 6. QUAIS SÃO OS SINAIS/SINTOMAS DE DENGUE GRAVE? .....                                                                      | 22  |
| 7. EM QUEM REALIZAR, QUAL A INTERPRETAÇÃO E COMO REALIZAR A PROVA DO<br>LAÇO? .....                                         | 24  |
| 8. COMO OS CASOS SUSPEITOS DE DENGUE DEVEM SER CLASSIFICADOS?.....                                                          | 25  |
| 9. QUANDO SOLICITAR O HEMOGRAMA E QUAL A SUA FINALIDADE? .....                                                              | 27  |
| 10. QUAIS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER REALIZADOS PARA DIAGNÓSTICO<br>ETIOLÓGICO DA DENGUE E QUANDO SOLICITÁ-LOS? .....   | 28  |
| 11. QUAL PROFISSIONAL DEVE SOLICITAR OS EXAMES? .....                                                                       | 29  |
| 12. COMO CONDUZIR OS CASOS DO GRUPO A?.....                                                                                 | 31  |
| 13. COMO CONDUZIR OS CASOS DO GRUPO B? .....                                                                                | 33  |
| 14. COMO CONDUZIR PACIENTES DO GRUPO C? .....                                                                               | 36  |
| 15. COMO CONDUZIR PACIENTES DO GRUPO D? .....                                                                               | 38  |
| 16. OBSERVAÇÕES SOBRE CONDUÇÕES DOS GRUPOS C e D NA URGÊNCIA.....                                                           | 36  |
| 17. QUAIS AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA APS FRENTE A UM PACIENTE<br>COM SUSPEITA DE DENGUE? .....                     | 439 |
| 18. COMO CONDUZIR OS PACIENTES EM USO DE ANTICOAGULANTES OU<br>ANTIPLAQUETÁRIOS?.....                                       | 41  |



|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| REFERÊNCIAS .....                                                               | 44 |
| ANEXO 1 - Particularidades no manejo clínico da gestante.....                   | 46 |
| ANEXO 2 - Fluxograma de manejo da dengue.....                                   | 48 |
| ANEXO 3 - Fluxograma da dengue na rede Nova Lima.....                           | 48 |
| ANEXO 4 - Valores de referência em crianças.....                                | 49 |
| ANEXO 5 - Manejo do paciente em uso de Anticoagulantes e Antiplaquetários ..... | 53 |
| ANEXO 6 - Resumo de hidratação em grupo C.....                                  | 56 |
| ANEXO 7 - Resumo de hidratação em grupo D .....                                 | 57 |
| ANEXO 8 - Ficha de encaminhamento .....                                         | 58 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|                |                                                                                                                                                                                                           |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ACS</b>     | Agentes Comunitários de Saúde                                                                                                                                                                             |
| <b>ALT</b>     | Alanina Aminotransferase                                                                                                                                                                                  |
| <b>AP</b>      | Atividade de Protrombina                                                                                                                                                                                  |
| <b>APS</b>     | Atenção Primária à Saúde                                                                                                                                                                                  |
| <b>AST</b>     | Aspartato Aminotransferase                                                                                                                                                                                |
| <b>DENV</b>    | Vírus da dengue                                                                                                                                                                                           |
| <b>DPOC</b>    | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                                                                                                                                                                        |
| <b>IMC</b>     | Índice de Massa Corporal ( peso/altura x altura)                                                                                                                                                          |
| <b>IRC</b>     | Insuficiência Renal Crônica                                                                                                                                                                               |
| <b>OMS</b>     | Organização Mundial da Saúde                                                                                                                                                                              |
| <b>NYHA</b>    | New York Heart Association                                                                                                                                                                                |
| <b>PA</b>      | Pressão Arterial                                                                                                                                                                                          |
| <b>PTT</b>     | Tempo de Tromboplastina Ativada                                                                                                                                                                           |
| <b>RNI</b>     | Relação Normalizada Internacional (é a relação do valor do tempo de protrombina (TP) do paciente e a média dos valores do TP de plasmas frescos normais, elevado ao ISI (International Sensitivity Index) |
| <b>SEMSA</b>   | Secretaria Municipal de Saúde                                                                                                                                                                             |
| <b>SF 0,9%</b> | Soro Fisiológico (Cloreto de Sódio - NaCl na proporção de 0,9%)                                                                                                                                           |
| <b>SNC</b>     | Sistema Nervoso Central                                                                                                                                                                                   |
| <b>TGO</b>     | Transaminase oxalacética                                                                                                                                                                                  |
| <b>TGP</b>     | Transaminase pirúvica                                                                                                                                                                                     |

## INTRODUÇÃO

A transmissão de dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, sendo a arbovirose urbana mais prevalente nas Américas, incluindo o Brasil. Até o momento, a transmissão do vírus da dengue (DENV) ao ser humano ocorre pela picada de fêmeas infectadas da espécie *Aedes aegypti*. Existem quatro tipos de DENV intimamente relacionados, mas sorologicamente distintos, do gênero *Flavivirus*, chamados DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4. Há proteção cruzada transitória entre os quatro DENVs, que enfraquece e desaparece ao longo dos meses após a infecção. Portanto, os indivíduos que vivem em uma área endêmica de dengue com todos os tipos co-circulantes correm o risco de infecção por todo e qualquer tipo de DENV.

Segundo o Ministério da Saúde, o número de casos suspeitos de dengue no Brasil ultrapassou os 6 milhões na epidemia de 2024. O aumento de casos se deve a uma combinação de fatores, em especial calor e chuva intensos, e ao ressurgimento recente dos sorotipos 3 e 4 do vírus no Brasil.

O número de casos de dengue costuma aumentar no início do ano, com pico entre os meses de março e abril. O período de incubação da infecção por DENV varia de 3 a 14 dias e os sintomas geralmente se desenvolvem entre 3 e 7 dias após a picada de um mosquito infectado. Após um repasto de sangue infectado, o mosquito está apto a transmitir o vírus, depois de 8 a 12 dias de incubação extrínseca. A transmissão mecânica também é possível, quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, se alimenta num hospedeiro suscetível próximo. Assim é crucial que locais de grande permanência de pessoas (escolas, creches, empresas...) executem o controle sistemático do vetor e que pacientes na fase virêmica utilizem repelentes e quando muito sintomáticos fiquem mais restritos a seus domicílios.

De um modo geral, os óbitos por dengue ocorrem em pacientes com dengue grave em que o choque está presente. Este, por sua vez, é resultante do extravasamento plasmático, complicado por sangramento e/ou choque. Outras manifestações clínicas que indicam gravidade são hemorragias graves e o comprometimento de órgãos alvo.

O crescimento da febre Oropouche no Brasil e o perfil epidemiológico da influenza como de outros vírus respiratórios, de aumento no final de abril e no início de maio, promove necessidade de diagnóstico diferencial e planejamento técnico em períodos de sobreposição, para a devida adequação da demanda à oferta de serviços.

Nesse contexto, o protocolo para atendimento aos pacientes com suspeita de dengue emerge como uma ferramenta guia aos profissionais da assistência, desde o nível primário até as unidades de maior complexidade, para a notificação oportuna, conduta clínica e organização dos serviços de saúde frente a casos suspeitos de dengue e outras febres hemorrágicas.

## 1. COMO IDENTIFICAR E CLASSIFICAR UM CASO SUSPEITO DE DENGUE?

### 1.1 Caso suspeito de dengue

A apresentação típica da dengue inclui a presença de **febre há menos de 7 dias**, acompanhada de **pelo menos dois dos seguintes sintomas**:

- Cefaleia ou dor retro orbitária;
- Mialgia;
- Artralgia;
- Prostração;
- Exantema;
- Náuseas ou vômitos;
- Petéquias ou prova do laço positiva;
- Leucopenia.

A infecção pelo vírus da dengue pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, três fases clínicas podem ocorrer: **fases febril, crítica e de recuperação**.

Na **fase febril**, a febre é geralmente a primeira manifestação, com início repentino, duração de dois a sete dias e geralmente alta (39°C a 40°C). Apesar da febre estar presente na grande maioria dos pacientes sintomáticos, alguns pacientes podem apresentar início súbito dos outros sintomas da dengue, sem a presença de febre.

Anorexia, náuseas e vômitos podem estar presentes, assim como diarreia com fezes pastosas com três a quatro evacuações por dia, diferindo das gastroenterites no volume, frequência e textura.

Ressalta-se que a avaliação clínica, estadiamento e manejo de pacientes com formas afebris da doença não difere daquele preconizado para aqueles com a apresentação típica da doença.

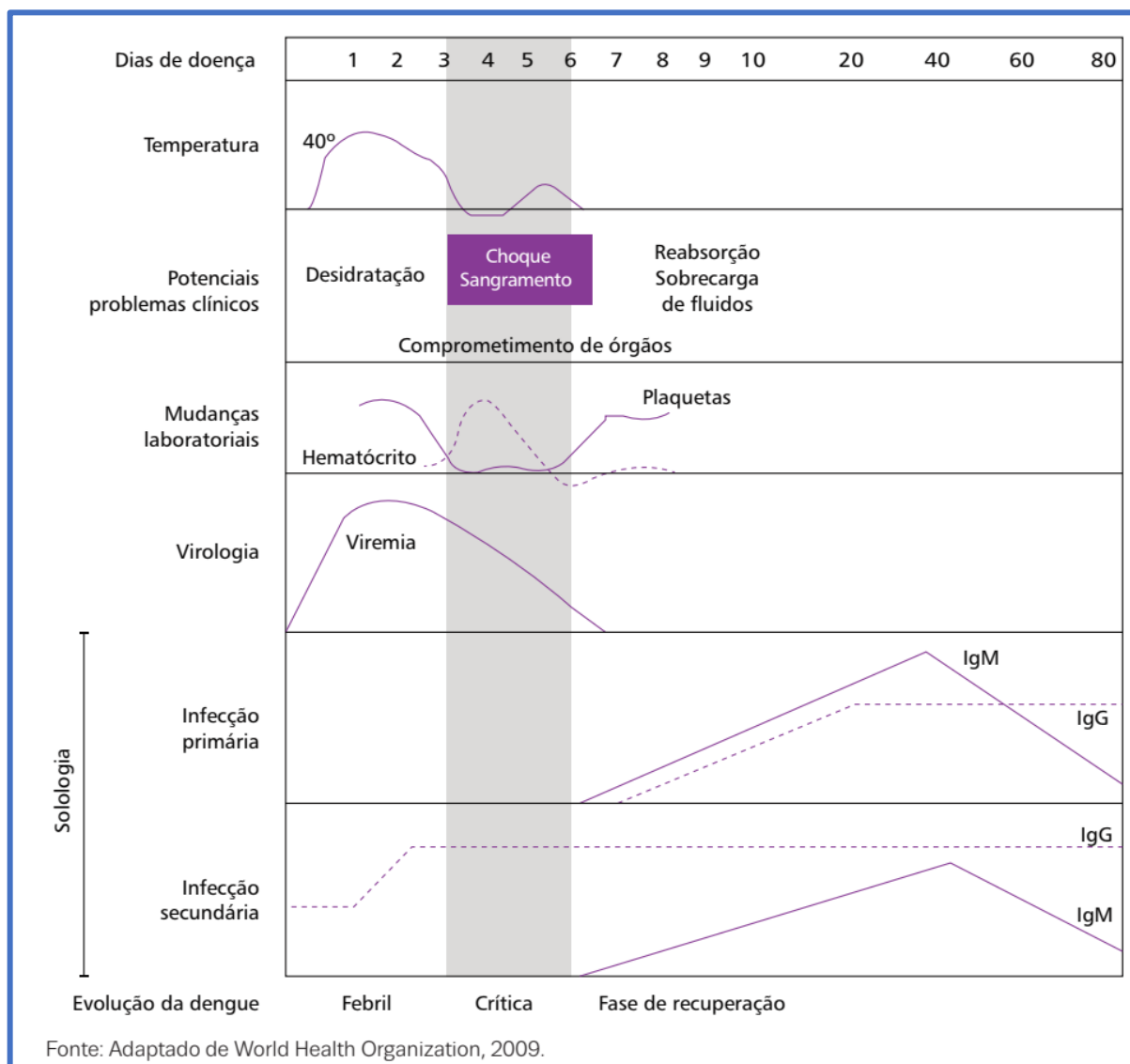
O exantema, presente em aproximadamente 50% dos casos, é geralmente maculopapular, aparecendo simultaneamente em diversas regiões do corpo e podendo ser pruriginoso. Pode atingir o corpo todo, inclusive as mãos e pode ter aspecto confluyente.

A **fase crítica** tem início com a defervescência da febre, entre o 3º e o 7º dia do início da doença, acompanhada do surgimento dos sinais de alarme, que na maioria das vezes é resultante do aumento da permeabilidade vascular com extravasamento de plasma, sugerindo deterioramento clínico do paciente e risco de evolução para formas graves. Nessas formas, podem ocorrer choque ou acúmulo de líquidos fora do leito vascular, com desconforto respiratório, sangramento grave ou sinais de disfunção orgânica. O extravasamento plasmático também pode ser percebido pelo aumento do hematócrito (quanto maior sua elevação maior será a gravidade), pela redução dos níveis de albumina e por exames de imagem. O choque na dengue é de rápida instalação e tem curta duração, podendo levar o paciente ao óbito em um intervalo de 24 a 48 horas ou a sua recuperação rápida, após terapia apropriada. Em alguns casos pode ocorrer hemorragia massiva ou grave comprometimento orgânico, como hepatites, encefalites ou miocardites sem choque prolongado.

Na **fase de recuperação** os pacientes que passaram pela fase crítica haverá reabsorção gradual do conteúdo extravasado com progressiva melhora clínica. Essa fase pode ser caracterizada por fadiga que pode durar de dias a semanas. É importante estar atento às possíveis complicações relacionadas à hiper-hidratação ou infecções bacterianas secundárias.

Em crianças, a maioria das infecções é assintomática ou minimamente sintomática, podendo apresentar-se como uma síndrome febril clássica viral, ou com sinais e sintomas inespecíficos: adinamia, sonolência, recusa da alimentação e de líquidos, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas. Nesses casos os critérios epidemiológicos ajudam o diagnóstico clínico. Nos menores de 2 anos de idade, os sinais e os sintomas de dor podem manifestar-se por choro persistente, adinamia e irritabilidade, podendo ser confundidos com outros quadros infecciosos febris, próprios da faixa etária. O início da doença pode passar despercebido e o quadro grave ser identificado como a primeira manifestação clínica. O agravamento, em geral, é mais súbito do que ocorre no adulto, em que os sinais de alarme são mais facilmente detectados.

A evolução clínica e laboratorial da dengue pode ser observada no quadro abaixo.



## 1.2 Caso confirmado de dengue

### Critério laboratorial

É aquele que atende à definição de caso suspeito de dengue e que foi confirmado por um ou mais dos seguintes testes laboratoriais e seus respectivos resultados:

- ✓ Isolamento viral positivo;
- ✓ RT-PCR detectável (até o quinto dia de início de sintomas da doença);
- ✓ Detecção de anticorpos IgM ELISA (a partir do sexto dia de início de sintomas da doença).

### Critério clínico-epidemiológico

Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica, ou para casos com resultados laboratoriais inconclusivos, ou apenas na existência do NS1 (teste rápido) reagente, deve-se considerar a confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente, após avaliação da distribuição espacial dos casos confirmados.

## 1.3 Caso descartado

Todo caso suspeito de dengue que possui um ou mais dos seguintes critérios:

- ✓ Diagnóstico laboratorial não reagente/negativo, desde que as amostras tenham sido coletadas no período oportuno, além de armazenadas e transportadas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- ✓ Diagnóstico laboratorial negativo para dengue e positivo para outra doença;
- ✓ Caso sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com outras doenças.

Obs.: Os testes rápidos não são considerados para critério de confirmação e tampouco de descarte.

Nota: Em caso de óbito por suspeita/confirmação de alguma arbovirose, deverá ser consultado material de apoio para notificação, investigação e encerramento dos óbitos, disponíveis na Nota Técnica nº 1 SES/SUBVS-SVE-DVAT-CEVARB/2023 e Memorando Circular nº 13/2023/SES/SUBVS-SVE-DVAT-CEVARB.

## 1.4 Diagnóstico diferencial

Devido às suas características clínicas, a dengue apresenta sintomas semelhantes a diversas outras síndromes febris, exantemáticas, hemorrágicas, dolorosas abdominais, de choque e meníngeas. Para realização do diagnóstico diferencial, é fundamental pesquisar a história epidemiológica, avaliar eventual contato recente com doenças exantemáticas comuns na infância e pesquisar situação vacinal.

Na história epidemiológica, perguntar sobre viagens nas últimas quatro semanas e contato com carrapatos, ratos ou água de enchente. Ficar atento ao diagnóstico diferencial com **malária** (se viagem para região da Amazônia Legal, África e Ásia) e **febre amarela** (se paciente não vacinado com história de deslocamento para áreas com circulação da doença). Mesmo em pacientes que não apresentaram deslocamento recente para outras regiões, pensar em **febre maculosa** (principalmente se história de contato com carrapatos) ou **leptospirose** (se contato com ratos ou água de enchente).

O diagnóstico diferencial de quadros febris exantemáticos deve sempre incluir rubéola, sarampo e escarlatina. Destaca-se que exantema no sarampo e rubéola geralmente apresenta progressão céfalo-caudal, diferentemente da dengue que pode iniciar em qualquer parte do corpo. A roséola, também chamada de exantema súbito ou sexta doença, é provocada pelo herpes vírus humano tipo 6 (HHV-6) que, em geral, infecta crianças nos primeiros meses de vida e até os 3 anos e adultos imunodeprimidos. Se assemelha a dengue com período de incubação de 5 a 15 dias. Tem como sintoma inicial a febre alta (38°C a 40°C), durante três ou quatro dias. Com a defervescência, surge uma erupção cutânea (maculopápulas rosadas), que se concentra mais no tronco e menos na face e nos membros, e desaparece em dois ou três dias. Podem ocorrer, ainda, linfadenopatia na parte de trás da cabeça e no pescoço.

O quadro inicial de infecções bacterianas potencialmente graves, como a meningococemia, pode também se assemelhar ao quadro de dengue e o exame clínico atento é importante para diferenciação das infecções e indicação precoce de antibiótico na suspeita de sepse.

**Quadro 1 – Diagnósticos diferenciais da dengue.**

| Doenças                               |                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Síndromes febris</b>               | enterovirose, influenza, covid-19 e outras viroses respiratórias, hepatites virais, malária, febre tifoide, Chikungunya e outras arboviroses (oropouche, Zika).                                                                             |
| <b>Síndromes exantemáticas febris</b> | rubéola, sarampo, escarlatina, eritema infeccioso, exantema súbito, enterovirose, mononucleose infecciosa, parvovirose, citomegalovirose, farmacodermias, doença de Kawasaki, purpura de Henoch-Schonlein (PHS), Zika e outras arboviroses. |
| <b>Síndromes hemorrágicas febris</b>  | hantavirose, febre amarela, leptospirose, riquetsioses (febre maculosa) e purpuras.                                                                                                                                                         |
| <b>Síndromes dolorosas abdominais</b> | apendicite, obstrução intestinal, abscesso hepático, abdome agudo, pneumonia, infecção urinária, colecistite aguda, entre outras.                                                                                                           |
| <b>Síndromes de choque</b>            | meningococemia, septicemia, febre purpúrica brasileira, síndrome do choque tóxico e choque cardiogênico (miocardites).                                                                                                                      |
| <b>Síndromes meníngeas</b>            | meningites virais, meningite bacteriana e encefalite.                                                                                                                                                                                       |

A confirmação de outros casos de arboviroses no atual cenário epidemiológico do Brasil fazem com que algumas particularidades a respeito do diagnóstico diferencial entre dengue, **Chikungunya** e **Zika** mereçam destaque (Quadro 2), assim como a febre Oropouche.



**Quadro 2 - Diferenciação clínica de dengue e outras arboviroses.**

|                                   | Dengue        | Zika               | Chikungunya      |
|-----------------------------------|---------------|--------------------|------------------|
| <b>Intensidade da febre</b>       | Alta (>38 °C) | Sem Febre ou Baixa | Alta (>38 °C)    |
| <b>Duração da febre</b>           | 2-7 dias      | 1-2 dias           | 2-7 dias         |
| <b>Exantema</b>                   | + (D3-D6)     | ++ (D1-D2)         | +++ (D2-D5)      |
| <b>Mialgia</b>                    | +++           | ++                 | ++               |
| <b>Artralgia frequência</b>       | +             | ++                 | +++              |
| <b>Intensidade</b>                | Leve          | Leve/moderada      | Moderada/Intensa |
| <b>Edema articular frequência</b> | Raro          | Frequente          | Frequente        |
| <b>Intensidade</b>                | Leve          | Leve               | Moderada/Intensa |
| <b>Sangramentos</b>               | ++            | -                  | +                |
| <b>Cefaleia</b>                   | +++           | ++                 | ++               |
| <b>Linfadenomegalia</b>           | +             | +++                | ++               |
| <b>Plaquetopenia</b>              | +++           | +                  | ++               |
| <b>Leucopenia</b>                 | +++           | ++                 | ++               |
| <b>Linfopenia</b>                 | Incomum       | Incomum            | Incomum          |
| <b>Neutropenia</b>                | +++           | ++                 | ++               |
| <b>Acometimento neurológico</b>   | +             | +++                | ++               |
| <b>Conjuntivites</b>              | Rara          | 50 a 90% dos casos | 30%              |

Nota: +++ = 70-100% dos pacientes; ++ = 40-69%; + = 10-39%; +/- = <10%; - = 0%.

A **febre Oropouche** é uma doença viral transmitida pelo mosquito *Culex*, com incubação rápida, ocorrendo entre 3 a 7 dias após a exposição e apresentação clínica abrupta, com febre alta (geralmente superior a 39°C), acompanhada de dor de cabeça intensa, que tende a ser frontal. Embora a dor muscular e nas articulações também esteja presente, ela geralmente é menos intensa do que na dengue. O exantema é menos comum e mais discreto que na Dengue.

Outros sintomas comuns incluem náuseas, vômitos e mal-estar geral, habitualmente de menor intensidade do que na dengue e a dor retro-orbitária bem menos frequente.

A doença tende a seguir um curso clínico autolimitado, com recuperação dentro de 7 a 10 dias. Porém podem ocorrer raramente complicações neurológicas, como encefalite ou meningite. Assim como sangramentos e choque.

Os achados laboratoriais podem ajudar a diferenciar a febre Oropouche de outras doenças com sintomas semelhantes, como a dengue.

- Hemograma: geralmente com leucopenia, assim como na dengue, mas a plaquetopenia é menos pronunciada. A hemoconcentração também é menos frequente na febre Oropouche, sendo um sinal típico da dengue, especialmente nas formas mais graves.

- A elevação das transaminases (TGO e TGP) pode ocorrer, mas em níveis mais discretos.

- Sorologia: O diagnóstico da febre Oropouche é confirmado por meio da detecção de IgM positivo (indicando infecção recente) e a confirmação pelo RT-PCR, que identifica o vírus Oropouche, sendo esse exame o utilizado pela SEMSA.

Em 60% dos casos de febre Oropouche apresentam sintomas bifásicos, ou seja, os sinais da doença podem retornar após uma semana do desaparecimento inicial.

O tratamento da febre Oropouche é essencialmente sintomático, com foco na redução da febre e alívio das dores. A hidratação adequada também é crucial para evitar complicações. O prognóstico para a maioria dos casos é excelente, com recuperação completa dentro de uma a duas semanas, embora complicações neurológicas possam ocorrer em casos raros.

Em caso de suspeita de dengue, zikavírus, chikungunya e febre oropouche em gestantes consultar os seguintes materiais de apoio:

- 1- Nota Informativa Nº 11/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS que recomenda sobre a vigilância e assistência relacionados à gestante com suspeita ou confirmação de dengue, Zika ou Chikungunya e possíveis desfechos no recém-nascido.
- 2- Nota Técnica Conjunta Nº 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS que orienta sobre a notificação e investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênitas ou óbitos fetais.

**A apresentação clínica inicial de várias doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial é muito semelhantes e pode ser fatal sem tratamento específico. Diante de uma história epidemiológica compatível com diagnóstico alternativo, notificar a Vigilância Epidemiológica para discutir a conduta específica em cada situação (contato: 3180-6103)**

## 2. NOTIFICAÇÃO

Por ser uma doença de notificação compulsória, conforme Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, todo caso suspeito e/ou confirmado deve ser comunicado ao serviço de Vigilância Epidemiológica o mais rápido possível.

A notificação pode ser realizada por qualquer profissional de saúde através da Ficha de Investigação da dengue e da Febre de Chikungunya disponível no Notifica Nova Lima a partir do Link:

<https://sites.google.com/view/vigilanciaepidemiologica/n/notificar/dengue-chikungunya>

Ou pelo QR Code abaixo:



É fundamental o preenchimento correto de todos os campos da notificação. Em situações epidêmicas, a coleta e o fluxo dos dados devem permitir o acompanhamento do cenário epidemiológico, com vistas ao desencadeamento e acionamento de medidas de controle.

### 3. QUE ETAPAS DEVEM SER SEGUIDAS NO ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE?

#### 3.1 Anamnese

- ✓ Pesquisar a presença de febre, referida ou medida, incluindo o dia anterior à consulta;
- ✓ Data de início da febre e de outros sintomas;
- ✓ Presença de situações que podem aumentar o risco de evolução desfavorável (item 4) e sinais de alarme (item 5);
- ✓ Alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia, gastrite);
- ✓ Alterações do estado da consciência: irritabilidade, sonolência, letargia, lipotimias, tontura, convulsão e vertigem;
- ✓ Diurese: frequência nas últimas 24 horas, volume e hora da última micção;
- ✓ Se existem familiares com dengue ou dengue na comunidade, ou história de viagem recente para áreas endêmicas (14 dias antes do início dos sintomas);
- ✓ Condições preexistentes, tais como lactentes (<24 meses), adultos maiores de 65 anos, gestante, obesidade, asma, diabetes mellitus, hipertensão, etc.
- ✓ **A identificação de cardiopatias é fundamental para efetivação da hidratação venosa.** Assim, além de questionamento sobre tal doença deve ser também inquerido se existia cansaço aos esforços anterior à dengue e uso de medicamentos, como furosemida, espironolactona, betabloqueadores e IECAs, para aumento da sensibilidade da informação.

#### 3.2 Exame físico geral

Aferir:

- ✓ Temperatura axilar;
- ✓ Frequência cardíaca;
- ✓ Pressão arterial (medir a pressão arterial em duas posições - deitado/sentado e em pé) PAS, PAD e PAM  $[(PAS + 2 \times PAD) / 3]$ ;

- ✓ Ritmo e amplitude de pulso;
- ✓ Frequência respiratória;
- ✓ Peso;
- ✓ Prova do laço, indicada em pacientes que não tenham sinais de alarme ou de gravidade e que não façam parte das situações que aumentam risco de evolução desfavorável (item 7).

Avaliar:

- ✓ O estado de consciência com a escala de Glasgow;
- ✓ O estado de hidratação;
- ✓ O estado hemodinâmico: pulso e pressão arterial, determinar a pressão arterial média e a pressão de pulso ou pressão diferencial, enchimento capilar;
- ✓ A presença de derrames pleurais, taquipneia, respiração de Kussmaul;
- ✓ A presença de dor abdominal, ascite, hepatomegalia;
- ✓ Presença de exantema, petéquias ou sinal de Herman "mar vermelho com ilhas brancas";
- ✓ Manifestações hemorrágicas espontâneas ou provocadas (prova do laço, que frequentemente são negativas em pessoas obesas e durante o choque).

Para valores de referência em crianças, vide Anexo 3.

### 3.3 Condutas

- ✓ Se indicado, coletar sangue para realização de hemograma completo (vide item 9);
- ✓ Coletar sangue para exames confirmatórios de arbovirose e se disponível realizar NS1, guardando sorologia para momento apropriado (vide item 10);
- ✓ Definir grupo de estadiamento (e sempre evoluir em prontuário o grupo);
- ✓ Não há terapia antiviral direta disponível contra os DENVs. O tratamento é de suporte e o manejo é feito conforme estadiamento;
- ✓ Preencher o cartão da dengue;
- ✓ Notificar todo caso suspeito.

#### **4. QUAIS SÃO AS SITUAÇÕES ESPECIAIS QUE PODEM AUMENTAR O RISCO DE EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL DE UM PACIENTE COM DENGUE?**

- ✓ Gestação;
- ✓ Idade < 2 anos;
- ✓ Idade > 65 anos, com destaque para idosos > 80 anos;
- ✓ Doença cloridropéptica;
- ✓ Doenças hematológicas (especialmente hemoglobinopatias, com destaque para anemia falciforme);
- ✓ Asma/DPOC;
- ✓ Insuficiência Renal Crônica;
- ✓ Hepatopatia;
- ✓ Doenças autoimunes e ou uso de imunossupressores;
- ✓ Doenças cardiovasculares (incluindo hipertensão arterial);
- ✓ Diabetes;
- ✓ Uso de anticoagulante/antiagregante plaquetário;
- ✓ Obesidade (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>);
- ✓ Pacientes em risco social (as situações de risco social devem ser avaliadas individualmente e incluem aquelas que possam comprometer a adesão do paciente às recomendações de hidratação e/ou de acompanhamento clínico propostas para o caso em questão).

## 5. QUAIS SÃO OS SINAIS/SINTOMAS DE ALARME?

- ✓ Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua;
- ✓ Vômitos persistentes;
- ✓ Hipotensão postural (queda maior que 20 mmHg na PA sistólica ou 10 mmHg na PA diastólica em um intervalo de até 3 minutos após o paciente se colocar de pé);
- ✓ Lipotímia;
- ✓ Hepatomegalia (>2cm do rebordo costal) dolorosa;
- ✓ Sangramento de mucosas (epistaxe, gengivorragia, hematêmese, melena, metrorragia);
- ✓ Sonolência e/ou irritabilidade;
- ✓ Derrames cavitários (pleural, pericárdico, peritoneal, outros);

### Observações:

O aumento progressivo do hematócrito (desvio inicial considerado de **10% do basal** em primeira avaliação), **já registrado** em cartão da dengue ou prontuário de primeira avaliação, pode se configurar como equivalente a sinal de alarme.

Principalmente em pacientes com DPOC, que podem ter hematócrito cronicamente aumentado, devido hipoxemia sustentada, já sem compensação por aumento de frequência respiratória ou cardíaca.

**A comparação com exames anteriores é fundamental para utilização desse critério.**

## 6. QUAIS SÃO OS SINAIS/SINTOMAS DE DENGUE GRAVE?

- ✓ Hipotensão arterial, com PAS < 90 mmHg **ou** PAM < 70 mmHg **ou** em crianças abaixo da referência (quadro 3). Principalmente quando associada a pulso rápido e fino (adultos > 100 e crianças acima da referência - quadro 4);
- ✓ Pressão arterial convergente (PA diferencial < 20mmHg);
- ✓ Extremidades frias, cianose;
- ✓ Enchimento capilar lento (> 2 segundos);
- ✓ Redução da diurese (oliguria < 1,5 ml/kg/h);
- ✓ Letargia/agitação;
- ✓ Dispneia;
- ✓ Sangramento grave (hematêmese, melena, metrorragia, sangramento de SNC);
- ✓ Comprometimento grave de órgãos.

| Quadro 3 – PA normal | PAS<br>(mmHg) | PAS<br>(mmHg) |
|----------------------|---------------|---------------|
| Recém-nascido        | 60-70         | 20-60         |
| Lactente             | 87-105        | 53-66         |
| Pré-escolar          | 95-105        | 53-66         |
| Escolar              | 97-112        | 57-71         |

| Quadro 4 – FC normal | FC acordado | Média | FC dormindo |
|----------------------|-------------|-------|-------------|
| 0 a 2 meses          | 85-205      | 140   | 80-160      |
| 3 a 23 meses         | 100-190     | 130   | 75-160      |
| 2 a 10 anos          | 60-140      | 80    | 60-90       |
| >10 anos             | 60-100      | 75    | 50-90       |

| Quadro 5                         | Disfunções graves de órgãos                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Miocardite</b>                | alterações do ritmo cardíaco (taquicardias e bradicardias), inversão da onda T e do segmento ST, com disfunções ventriculares (diminuição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo), podendo ter elevação das enzimas cardíacas. |
| <b>Hepatopatia</b>               | comprometimento severo das funções hepáticas expressas pelo acréscimo das aminotransferases em dez vezes o valor máximo normal, associado a elevação do valor do tempo de protrombina.                                             |
| <b>Neuropatias</b>               | convulsões, meningite linfomonocítica, encefalite, síndrome de Reye, polirradiculoneurite, polineuropatias (síndrome de Guillain-Barre) e encefalite.                                                                              |
| <b>Insuficiência renal aguda</b> | pouco frequente e geralmente cursa com pior prognóstico.                                                                                                                                                                           |

Tabela 1 – Avaliação hemodinâmica: sequencias de alterações

| Parâmetros                             | Choque ausente                  | Choque inicial                | Choque tardio                                      |
|----------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Grau de consciência</b>             | Claro e lúcido                  | Claro e lúcido                | Agitação/Confusão/Letárgico                        |
| <b>Enchimento capilar</b>              | ≤ 2 segundos                    | 3-5 segundos                  | > 5 segundos                                       |
| <b>Extremidades</b>                    | Temperatura e coloração normais | Frias                         | Muito frias e úmidas, pálidas ou cianóticas        |
| <b>Intensidade de pulso periférico</b> | Normal                          | Fraco e filiforme             | Tênue ou ausente                                   |
| <b>Ritmo cardíaco</b>                  | Normal                          | Taquicardia                   | Taquicardia evoluindo para bradicardia tardiamente |
| <b>Pressão arterial</b>                | Normal                          | PAS normal com aumento de PAD | Hipotensão                                         |
| <b>Frequência respiratória</b>         | Normal                          | Taquipneia                    | Respiração de Kussmaul                             |

## **7. EM QUEM REALIZAR, QUAL A INTERPRETAÇÃO E COMO REALIZAR A PROVA DO LAÇO?**

A prova do laço deve ser realizada em pacientes com suspeita clínica de dengue do **grupo A**. A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.

A prova do laço positiva pode reforçar a hipótese de dengue e aponta para uma necessidade de maior atenção ao paciente. Entretanto, revisão sistemática publicada em 2022 pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) identificou 217 estudos em que o valor de predição da prova do laço foi baixo para formas graves e critério de hospitalização. Para essas circunstâncias, sua realização pode trazer discordância na condução dos casos.

**Se positiva, apenas promoverá a mudança do grupo para B.**

### **Como realizar?**

- ✓ Medir a pressão arterial;
- ✓ Insuflar novamente o manguito até o a média entre a pressão arterial máxima e mínima  $[(PAS+PAD) / 2]$ ;
- ✓ Manter o manguito insuflado por 5 minutos em adultos e 3 minutos em crianças;
- ✓ Soltar o ar do manguito, retirá-lo do braço do paciente e procurar por petéquias no antebraço;
- ✓ Escolher o local de maior concentração de petéquias e marcar um quadrado com 2,5 cm de lado;
- ✓ Contar o número de petéquias dentro do quadrado;
- ✓ Considerar positiva quando houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

## **8. COMO OS CASOS SUSPEITOS DE DENGUE DEVEM SER CLASSIFICADOS NA ATENÇÃO BÁSICA?**

A classificação de risco do paciente com dengue visa reduzir o tempo de espera **na atenção básica**. Para essa classificação, foram utilizados os critérios da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e o estadiamento da doença. Os dados de anamnese e exame físico serão usados para fazer esse estadiamento e para orientar as medidas terapêuticas cabíveis. *Nos serviços de urgência a classificação seguirá o protocolo de Manchester.*

### **Grupo A - Atendimento de acordo com o horário de chegada.**

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Ausência de sinais de alarme ou de gravidade;
- c) Sem comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais;
- d) Sem risco social.

### **Grupo B - Prioridade não-urgente.**

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Ausência de sinais de alarme ou de gravidade;
- c) Com sangramento espontâneo de pele (petéquias) ou induzido (prova do laço positiva) ou condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades (vide item 4).

### **Grupo C - Urgência, atendimento o mais rápido possível.**

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Presença de algum sinal de alarme (vide item 5);
- c) Ausência de sinal de gravidade (vide item 6).

### **Grupo D - Emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato.**

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Presença de sinal de gravidade (vide item 6).

O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, do contínuo acompanhamento, do reestadiamento dos casos (dinâmico e contínuo) e da pronta reposição volêmica. Com isso, torna-se necessária a revisão da história clínica, acompanhada de exame físico completo a cada reavaliação do paciente.

O estadiamento do paciente em relação ao quadro clínico apresentado determina as decisões clínicas, laboratoriais, de hospitalização e terapêuticas, pois o paciente, durante a evolução da doença, pode passar de um grupo a outro em curto período.

O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, do contínuo acompanhamento, do reestadiamento dinâmico dos casos e da pronta reposição volêmica. Com isso, torna-se necessária a revisão da história clínica, acompanhada de exame físico completo a cada reavaliação do paciente.

| Quadro 4. Indicações de internação                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Presença de sinais de alarme ou de choque, sangramento grave ou comprometimento grave de órgão (Grupos C e D).                                                                                 |
| Recusa a ingestão de alimentos e líquidos.                                                                                                                                                     |
| Comprometimento respiratório agudo: dor torácica, dificuldade respiratória, diminuição do murmúrio vesicular ou outros sinais de gravidade.                                                    |
| Impossibilidade de seguimento ou retorno a unidade de saúde por condições clínicas ou sociais.                                                                                                 |
| Comorbidades agudamente descompensadas ou de difícil controle, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, uso de dicumarínicos, crise asmática e anemia falciforme. |

| Quadro 5. Critérios de alta hospitalar       |
|----------------------------------------------|
| Estabilização hemodinâmica durante 48 horas. |
| Ausência de febre por 24 horas.              |
| Melhora visível do quadro clínico.           |
| Hematócrito normal e estável por 24 horas.   |
| Plaquetas em elevação.                       |

## 9. QUANDO SOLICITAR O HEMOGRAMA E QUAL A SUA FINALIDADE?

O exame de **hemograma e plaquetas** deve ser realizado em todos os pacientes com **classificação clínica B, C ou D** (vide item 8).

A periodicidade de repetição do exame ao longo do período de acompanhamento clínico do paciente irá depender da classificação clínica e está detalhada na abordagem específica de cada situação.

O hemograma tem como finalidade principal avaliar o hematócrito, para identificação de hemoconcentração, que indica provável alteração de permeabilidade capilar (extravasamento plasmático), associado à gravidade, além de definir a necessidade de hidratação e resposta a terapia de reposição instituída. Queda de hematócrito pode sugerir hemorragias.

Pacientes com contagem baixa de plaquetas e/ou declínio importante comparado com o dia anterior tem risco aumentado de choque/hemorragias por dengue. Esta associação persiste nos dias 3, 4 e 5 de doença. Assim a repetição de exame de hemograma só se faz necessário em franca redução entre o terceiro e quinto dias de início de sintomas, ou para aqueles com plaquetopenia  $\leq 30.000/\text{mm}^3$  ainda em seguimento de dengue, ou  $\leq 50.000/\text{mm}^3$  com sinais de alarme, gravidade, hemoconcentração ou em uso de drogas que influenciem na coagulação.

**Quadro 6 - Valores de referência do eritrograma**

| Sexo/Idade         | Hematócrito (%) | Eritrócitos (M/ $\mu\text{L}$ ) | Hemoglobina (g/dL) | VCM (fL)   |
|--------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------|------------|
| <b>Mulheres</b>    | 42 $\pm$ 6      | 4,7 $\pm$ 0,7                   | 13,6 $\pm$ 2,0     | 89 $\pm$ 9 |
| <b>Homens</b>      | 46 $\pm$ 7      | 5,3 $\pm$ 0,8                   | 15,3 $\pm$ 2,5     | 89 $\pm$ 9 |
| <b>&gt;70 anos</b> | 41 $\pm$ 6      | 4,6 $\pm$ 0,7                   | 13,5 $\pm$ 2,5     | 89 $\pm$ 9 |
| <b>Crianças</b>    |                 |                                 |                    |            |
| < 1 mês            | 52 $\pm$ 8      | 5,2 $\pm$ 0,8                   | 17,0 $\pm$ 3,0     | 98 $\pm$ 6 |
| 3 meses            | 37 $\pm$ 4      | 4,5 $\pm$ 0,5                   | 11,5 $\pm$ 1,5     | 82 $\pm$ 6 |
| 6 meses            | 35 $\pm$ 4      | 11,5 $\pm$ 1,5                  | 11,3 $\pm$ 1,5     | 76 $\pm$ 6 |
| 1 a 2 anos         | 36 $\pm$ 4      | 4,5 $\pm$ 0,5                   | 11,8 $\pm$ 1,2     | 78 $\pm$ 6 |
| 5 anos             | 37 $\pm$ 4      | 4,5 $\pm$ 0,5                   | 12,3 $\pm$ 1,2     | 80 $\pm$ 6 |
| 10 anos            | 40 $\pm$ 4      | 4,6 $\pm$ 0,5                   | 13,2 $\pm$ 1,5     | 87 $\pm$ 7 |

## 10. QUAIS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER REALIZADOS PARA DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DA DENGUE E QUANDO SOLICITÁ-LOS?

Pacientes com suspeita clínica de dengue devem realizar exames para confirmação diagnóstica, de acordo com orientações abaixo:

- ✓ **RT-PCR para Arboviroses:** deve ser solicitado para os casos suspeitos de arboviroses, incluindo os casos suspeitos de dengue classificados como **Grupos B, C ou D**, para **coleta no dia da suspeição e notificação**. Oportunizar a coleta juntamente ao hemograma, conforme orientações da CI nº 02/2024 de 09/01/24, **do primeiro ao quinto dia de sintomas**. As amostras serão encaminhadas para FUNED para exame de RT-PCR para arboviroses com resultado em 20 dias.

\* Obs.: 1) Caso a coleta seja realizada na UBS:

Para o hemograma – coletar 1 tubo tampa ROXA

Para o RT-PCR para arboviroses; coletar 1 tubo tampa AMARELA

2) enviar ao Laboratório Municipal cópia da ficha de notificação.

3) A coleta de hemograma e RT- PCR para arboviroses poderá ser realizada no Prédio do Laboratorio Municipal de 06:30h às 15:00h. Após esse horário, o paciente deverá comparecer ao laboratório no dia seguinte para realizar a coleta. Resultado liberado em 2 horas.

4) O hemograma de acompanhamento deverá ser realizado no Prédio do Laboratorio Municipal – de 06:30h às 15:00h com resultado liberado em 2horas.

- ✓ **Sorologia para Dengue (ELISA - kit comercial IgM e MAC-Elisa):** deve ser solicitada para os todos casos suspeitos de dengue do **Grupo A** para a **coleta partir do 6º dia** do início dos sintomas ou para **demaís grupos após o sexto dia de sintomas e que não tenham feito o RT-PCR para arboviroses**.

\* Obs.: 1) Caso a coleta seja realizada na UBS: coletar 1 tubo tampa AMARELA.

2) Enviar ao Laboratório Municipal o tubo de soro com cópia da ficha de notificação e pedido médico.

3) Se a coleta for realizada no prédio do Laboratório Municipal, o paciente deverá comparecer para coleta, de segunda a sexta-feira, de 06:30h às 15:00h, com a ficha de notificação impressa e o pedido médico.

- ✓ **Teste rápido para detecção de antígeno viral (NS1):** deverá ser realizado nos grupos C e D já admitidos nas unidades de urgência municipais, podendo ser oportunizado aos demais grupos, a critério da SEMSA, por instrução de CI. Está indicado apenas para pacientes atendidos **até o 5º dia** do início dos sintomas (preferencialmente do 1º ao 3º dia de sintomas). O objetivo principal deste teste é o diagnóstico precoce para manejo oportuno de casos graves ou com potencial de complicação. Contudo, o teste pode não identificar dengue em até 34% dos casos, principalmente se o paciente já teve a doença e o sorotipo não é o tipo 1. Portanto, NS1 não suprime a necessidade de solicitação de sorologia. Além disso, o diagnóstico da dengue é predominante clínico, não sendo impeditivo o início das condutas por ausência de testagem.

## 11. QUAL PROFISSIONAL DEVE SOLICITAR OS EXAMES?

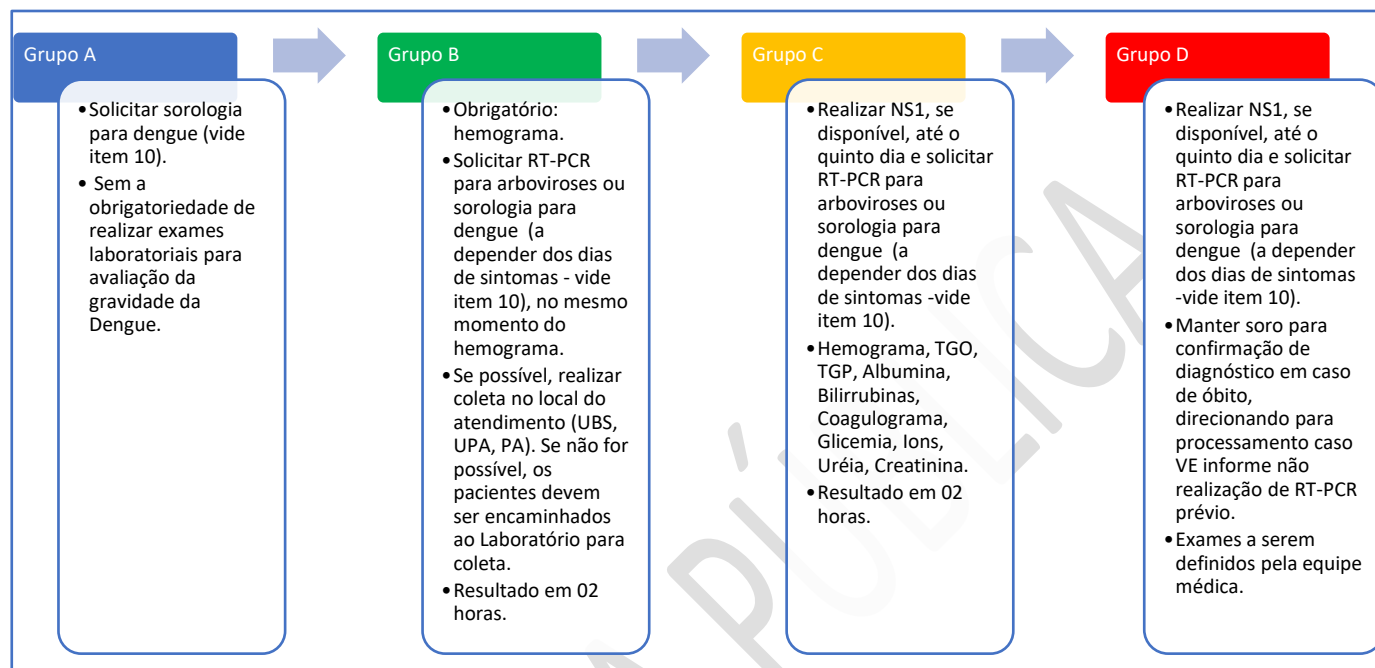
Tanto o profissional médico quanto o enfermeiro podem solicitar exames de diagnóstico etiológico (sorologias) e de avaliação da gravidade da doença e seguimento (hemograma completo), de acordo com as orientações deste protocolo.

Em todos os casos suspeitos é recomendado armazenar parte do soro, de exames já coletados, para realização de RT-PCR até o quinto dia de sintomas e sorologia após tal prazo, com finalidade de conclusão diagnóstica.

A interpretação dos resultados de exames laboratoriais para fins de tomada de decisão clínica deve ser realizada por profissional médico.

O quadro 3 apresenta uma síntese dos principais exames solicitados diante uma suspeita de dengue.

**Quadro 7 – Síntese dos principais exames realizados diante uma suspeita de dengue**



## 12.COMO CONDUZIR OS CASOS DO GRUPO A?

Os pacientes do grupo A devem ser atendidos e manejados, preferencialmente, nos serviços de Atenção Básica. Não necessitam realizar obrigatoriamente exames laboratoriais para avaliação da gravidade da dengue.

### Conduta:

- ✓ Prescrever paracetamol 500 mg 1 a 2 comprimidos de 6/6h (ou paracetamol 200 mg/mL - solução oral - frasco 15 mL, **não exceder 4g/dia**) e/ou dipirona 500 mg comprimido de 6/6h (ou Dipirona 500 mg/mL - solução oral – frasco 20 mL);
- ✓ Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides. Em situações excepcionais, para pacientes com dor intensa, pode-se utilizar, nos adultos, a associação de Paracetamol (500 mg) e Fosfato de Codeína (7,5mg) até de 6/6 horas;
- ✓ Orientar repouso e hidratação oral (especificar em receita médica ou no cartão da dengue o volume a ser ingerido):
  - Adultos ( $\geq 13$  anos) 60 mL/kg/dia, sendo 1/3 com solução salina e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, etc.), utilizando-se os meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente.
  - Crianças:
    - Considerar o volume de líquidos a ser ingerido, conforme recomendação a seguir (baseado na regra de Holliday-Segar, *acrescido de reposição de possíveis perdas de 3%*):
    - **até 10 kg: 130 mL/kg/dia;**
    - **acima de 10 kg a 20 kg: 100 mL/kg/dia;**
    - **acima de 20 kg: 80 mL/kg/dia.**
    - Oferecer 1/3 na forma de soro de reidratação oral (SRO) e o restante através da oferta de água, sucos e chás.
- ✓ Para cálculo do volume de hidratação, utilizar o peso corporal ideal;

- ✓ A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, mas administrada de acordo com a aceitação do paciente. O aleitamento materno deve ser mantido e estimulado;
- ✓ A hidratação oral dos pacientes com suspeita de dengue deve ser iniciada ainda na Sala de Espera, enquanto aguardam consulta médica. Nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento considerar a oferta de 1/3 do volume recomendado;
- ✓ Notificar, preencher “cartão da dengue” e liberar paciente para o domicílio com orientações;
- ✓ Orientar procura imediata de serviço de urgência em caso de manifestações hemorrágicas ou sinais/sintomas de alarme;
- ✓ Paciente com surgimento de sinais de alarme: seguir conduta do grupo C;
- ✓ Monitorar o paciente (contato diário da equipe de saúde);
- ✓ Agendar retorno para reavaliação clínica no dia de melhora da febre; caso não haja defervescência, retornar no quinto dia de doença;
- ✓ Dar alta 24-48h após a defervescência se ausência de sinais de alarme;
- ✓ Orientar sobre limpeza domiciliar de criadouros do *Aedes aegypti* e usos de repelentes em toda a família, principalmente no paciente.

#### Quadro 8. Fórmula de peso aproximado para crianças

Lactentes (3 a 12 meses):  $P = \text{idade} \times 0,5 + 4,5$

Crianças (1 a 8 anos):  $P = \text{idade} \times 2,0 + 8,5$

### 13.COMO CONDUZIR OS CASOS DO GRUPO B?

Os pacientes do grupo B devem ser atendidos e manejados, preferencialmente, nos serviços de Atenção Básica. O hemograma deve ser solicitado para todos os pacientes com essa classificação e o resultado deve ser avaliado, preferencialmente, no mesmo dia. Em gestantes, considerar as particularidades descritas no anexo 1.

Caso a UBS tenha condições de coletar e transportar o material até o Laboratório, a coleta deverá ser feita na própria unidade. Caso a coleta não seja possível na unidade de atendimento, os pacientes do grupo B deverão ser encaminhados ao Laboratório Municipal para a coleta do hemograma. A liberação do paciente com suspeita de dengue para a coleta no Laboratório deverá ser realizada após a avaliação clínica do mesmo. O resultado do exame deverá ser avaliado pelo médico da UBS.

#### Conduta:

- ✓ Prescrever paracetamol 500 mg 1 a 2 comprimidos de 6/6h (ou paracetamol 200 mg/mL - solução oral - frasco 15 mL, **não exceder 4g/dia**) e/ou dipirona 500 mg comprimido de 6/6h (ou Dipirona 500 mg/mL - solução oral – frasco 20 mL);
- ✓ Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides. Em situações excepcionais, para pacientes com dor intensa, pode-se utilizar, nos adultos, a associação de Paracetamol (500 mg) e Fosfato de Codeína (7,5mg) até de 6/6 horas.
- ✓ Observar até resultado do hemograma e iniciar hidratação oral:
  - Adultos ( $\geq 13$  anos) (60 mL/kg/dia, sendo 1/3 com solução salina e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, etc.), utilizando-se os meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente.



- Crianças:
  - Considerar o volume de líquidos a ser ingerido, conforme recomendação a seguir (baseado na regra de Holliday-Segar, *acrescido de reposição de possíveis perdas de 3%*):
    - **até 10 kg: 130 mL/kg/dia;**
    - **acima de 10 kg a 20 kg: 100 mL/kg/dia;**
    - **acima de 20 kg: 80 mL/kg/dia.**
  - Oferecer 1/3 na forma de soro de reidratação oral (SRO) e o restante através da oferta de água, sucos e chás.
- ✓ Para cálculo do volume de hidratação, utilizar o peso corporal ideal;
- ✓ A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, mas administrada de acordo com a aceitação do paciente. O aleitamento materno deve ser mantido e estimulado;
- ✓ Avaliar hematócrito:
  - Hematócrito normal: retorno diário para reavaliação clínica e laboratorial até 48h da defervescência da febre;
  - Se aumento de hematócrito acima de 10% do valor basal (na ausência de valor basal, utilizar valores de referência do quadro 6), iniciar hidratação oral e encaminhar para o Serviço de Urgência ou maternidade de referência para reavaliação clínica e do hematócrito seriado. Se exame estável apenas com hidratação oral, seguirá em regime ambulatorial até alta ou surgimento de sinais de alarme ou gravidade.
  - Plaquetas inferiores a 50.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>, devem ser direcionados para o Serviço de Urgência ou maternidade de referência por risco aumentado de sangramento, para exame seriado, principalmente se estiver entre o terceiro e quinto dia de doença ou se estiver em uso de droga com influência na coagulação.
- ✓ Notificar, preencher “cartão da dengue” e liberar paciente para o domicílio com orientações;
- ✓ Evoluir em prontuário a classificação;

- ✓ Orientar procura imediata de serviço de urgência em caso de manifestações hemorrágicas ou sinais/sintomas de alarme;
- ✓ Paciente com surgimento de sinais de alarme: seguir conduta do grupo C;
- ✓ Dar alta 48h após a defervescência, ou após sétimo dia, se ausência de sinais de alarme;
- ✓ Orientar sobre limpeza domiciliar de criadouros do *Aedes aegypti* e usos de repelentes em toda a família, principalmente no paciente.

## 14. COMO CONDUZIR PACIENTES DO GRUPO C?

Todos os pacientes do grupo C necessitam de encaminhamento para o serviço de urgência (Unidade de Pronto Atendimento – UPA, maiores de 12 anos; Pronto Atendimento Jardim Canadá, todas as idades; Hospital Nossa Senhora de Lourdes, menores de 13 anos; Maternidade do Hospital Nossa Senhora de Lourdes, gestantes) e de reavaliação clínica a cada 2 horas, com monitoramento rígido de balanço hídrico (com foco na manutenção de diurese de 1 mL/ kg/hora).

Repetir hemograma na segunda hora de hidratação e a cada 2 horas, se não houver resposta ou 6 a 8 horas após resposta inicial de redução do hematócrito. Realizar exames de perfil hepático (AST, ALT, bilirrubinas, albumina), coagulação (AP/RNI, PTT), glicemia, eletrólitos e função renal (ureia, creatinina), RX de tórax em decúbito lateral na suspeita de derrames cavitários.

Devido a presença de sinal de alarme, nesses pacientes **a reposição volêmica deverá ser imediata**, em qualquer ponto de atenção, independentemente do nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.

### Conduta:

- ✓ Prescrever paracetamol 500 mg 1 a 2 comprimidos de 6/6h (ou paracetamol 200 mg/mL - solução oral - frasco 15 mL, **não exceder 4g/dia**) e/ou dipirona 500 mg comprimido de 6/6h (ou Dipirona 500 mg/mL - solução oral – frasco 20 mL); Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides. Em situações excepcionais, para pacientes com dor intensa, pode-se utilizar, nos adultos, a associação de Paracetamol (500 mg) e Fosfato de Codeína (7,5mg) até de 6/6 horas;

- ✓ Iniciar hidratação parenteral (fase de expansão volêmica) com **SF0,9% 10 mL/kg ideal/hora** pelas primeiras duas horas (com possibilidade de 3 repetições caso não haja boa resposta do hematócrito). **Caso não haja resposta após terceiro ciclo, considerar grupo D:**
- ✓ Promover forma de aferição de diurese (coletores ou SVD);
- ✓ Em idosos, cardiopatas ou com outras comorbidades, que requeiram restrição hídrica, iniciar com volumes menores e monitorar atentamente a tolerância, com ausculta pulmonar periódica e monitorização contínua;
- ✓ Descrever o sinal de alarme;
- ✓ Manter em observação em leito de internação por pelo menos 48 horas.
  - Se houver melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:
    - Primeira fase: 25 ml/kg em 6 horas. Se houver melhora iniciar segunda fase.
    - Segunda fase: 25 ml/kg em 8 horas, com soro.
- ✓ Caso preencha critérios de alta (estabilização hemodinâmica por 48h, melhora visível do quadro clínico, ausência de febre por 24 horas, hematócrito normal e estável por 24h e plaquetas em ascensão), encaminhar para acompanhamento na Unidade Básica de Saúde conforme orientações acompanhamento grupo B;
- ✓ Notificar, preencher “cartão da dengue” daqueles que não tiveram o documento preenchido por advento de primeira avaliação;
- ✓ Orientar procura imediata de serviço de urgência em caso de novos sinais/sintomas de alarme ou manifestações hemorrágicas;
- ✓ Em gestantes, seguir recomendações do anexo 1;
- ✓ Orientar sobre limpeza domiciliar de criadouros do *Aedes aegypti* e usos de repelentes em toda a família, principalmente no paciente.

## 15. COMO CONDUZIR PACIENTES DO GRUPO D?

Todos os pacientes do grupo D necessitam de encaminhamento para o serviço de urgência (Unidade de Pronto Atendimento – UPA, maiores de 12 anos; Pronto Atendimento Jardim Canadá, todas as idades), que devem direcionar para o Hospital Nossa Senhora de Lourdes, os casos de não reclassificação para grupo C, na existência de vagas ou prioritariamente em casos de gestantes.

Devido a presença de sinal de choque, nesses pacientes a reposição volêmica deve ser imediata, em qualquer ponto de atenção, independentemente do nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.

### Conduta:

- ✓ Prescrever Paracetamol e/ou Dipirona;
- ✓ Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides;
- ✓ Instalar dois acessos vasculares periféricos de grosso calibre;
- ✓ Oferecer O<sub>2</sub> em todas as situações de choque (cateter, máscara, CPAP nasal, ventilação não invasiva, ventilação mecânica), definindo a escolha em função da tolerância e da gravidade;
- ✓ Promover forma de aferição de diurese (coletores ou SVD);
- ✓ Iniciar hidratação parenteral com SF0,9% 20 mL/kg em 20 minutos (para cálculo do volume de hidratação, utilizar o peso corporal ideal). Podendo ser realizados 3 ciclos, com monitorização contínua, reavaliação clínica a cada ciclo e hemograma em 2/2h, sendo ainda recomendados exames de RX de tórax em PA, Perfil e Hjelms-Laurell), provas de função e arquitetura hepáticas, íons e função renal iniciais e ACM;



- ✓ Após 2 coletas de amostras de hemocultura (se disponível) e na inexistência de alergia conhecida, iniciar ceftriaxona e reavaliar com 48 horas, devido à dificuldade de diagnóstico diferencial com sepse bacteriana, em especial meningococemia. A posologia preconizada para adultos é 2g EV de 24/24h na sepse e de 12/12 horas na suspeição de meningococemia. Para crianças com mais de 3 meses de idade, 100mg/kg em dose de ataque e 50mg/kg EV de 12/12 horas (até o limite de 2g de 12/12 horas). Em recém-nascidos e lactantes de até 3 meses de idade, deve-se utilizar o esquema antimicrobiana adequado, conforme avaliação médica;
- ✓ Caso haja reversão dos sinais de choque, iniciar reposição com volume conforme recomendado para manejo de pacientes do grupo C, mantendo em observação em leito de estabilização/urgência ao menos por 48h;
- ✓ Caso preencha critérios de alta (estabilização hemodinâmica por 48h, melhora visível do quadro clínico, hematócrito normal e estável por 24h e plaquetas em ascensão), encaminhar para acompanhamento na Unidade Básica de Saúde conforme orientações acompanhamento grupo B;
- ✓ Com o hematócrito em queda após resolução do choque, na ausência de sangramentos, caso surjam outros sinais de gravidade deve-se observar sinais de desconforto respiratório, sinais de insuficiência cardíaca congestiva e investigar hiper-hidratação. Pode-se haver necessidade de diminuição importante da infusão de líquido, uso de diuréticos e/ou drogas inotrópicas, a depender da intensidade dos sintomas;
- ✓ A infusão de líquidos poderá ser interrompida quando:
  - houver termino do extravasamento plasmático;
  - normalização da pressão arterial, do pulso e da perfusão periférica;
  - diminuição do hematócrito na ausência de sangramento;
  - diurese normalizada;
  - resolução dos sintomas abdominais.
- ✓ Caso não haja reversão dos sinais de choque, manter paciente em sala de urgência/estabilização com monitorização contínua e cadastrar no SUS fácil em

leito de terapia intensiva (já com contato direto com o Hospital Nossa Senhora de Lourdes 3589-1335, para averiguação de vaga de rápido acesso);

✓ Observar ainda se:

- O hematócrito estiver em ascensão, após a reposição volêmica adequada, porém com manutenção de sinais de choque, está indicado utilizar expansores plasmáticos (albumina 5% - 0,5 a 1g/kg ou coloides sintéticos – ml/kg/h);
- O hematócrito estiver em queda e houver persistência do choque deve-se investigar hemorragias e avaliar a coagulação, indicando em caso de
- confirmação de foco hemorrágico o uso de concentrado de hemácias (10-15ml/kg/dia);
- Se indícios de coagulopatias avaliar necessidade de uso de plasma fresco (10 ml/kg), vitamina K endovenosa e crioprecipitado (1U/ 5 a 10kg). Considerar a transfusão de plaquetas na vigência de sangramento persistente não controlado, depois de corrigido o choque, associado a trombocitopenia e RNI maior que 1,5 vezes o valor normal.

#### Quadro 09. Sinais de Choque

- Taquicardia.
- Extremidades distais frias.
- Pulso fraco filiforme.
- Enchimento capilar lento (>2 segundos).
- Pressão arterial convergente (<20 mmHg).
- Taquipneia.
- Oligúria (<1,5 mL/kg/h).
- Hipotensão arterial (fase tardia do choque).
- Cianose (fase tardia do choque).

## 16. OBSERVAÇÕES SOBRE CONDUÇÕES DOS GRUPOS C e D NA URGÊNCIA.

Pacientes dos grupos C e D podem apresentar edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários, pela perda capilar, que não significa, a princípio, hiper-hidratação, e que pode aumentar após hidratação satisfatória. O acompanhamento da reposição volêmica é feito pelo hematócrito, diurese e sinais vitais.

Os distúrbios mais frequentes a serem corrigidos são:

- **Hiponatremia:** corrigir após tratar a desidratação ou choque, quando sódio (Na) menor que 120 mEq/l ou na presença de sintomas neurológicos. Usar a fórmula de correção de hiponatremia grave:  $(130 - \text{Na atual}) \times \text{peso} \times 0,6 = \text{mEq de NaCl a 3\% a repor em ml}$  (1 ml de NaCl a 3% possui 0,51 mEq de Na). Solução prática: 100 ml de NaCl a 3% se faz com 85 ml de água destilada + 15 ml de NaCl a 20%. A velocidade de correção varia de 0,5 a 2 mEq/kg/dia ou 1 a 2 ml/kg/h. Após correção, dosar sódio sérico.
- **Hipocalemia:** corrigir via endovenosa em casos graves e com potássio sérico menor que 2,5 mEq/l. Usar a fórmula de correção: 0,2 a 0,4 mEq/ kg/h na concentração máxima de 4 mEq/100 ml de solução.
- **Acidose metabólica:** deve-se corrigir primeiramente o estado de desidratação ou choque. Só administrar bicarbonato ( $\text{NaHCO}_3$ ) em valores  $<10$  e ou  $\text{ph} <7,20$ . Usar a formula:  $\text{Bic Desejado} (15 \text{ a } 22) - \text{Bic Encontrado} \times 0,4 \times \text{P}$ . Em pacientes adultos com choque, que não respondem a duas etapas de expansão e atendidos em unidades que não dispõem de gasometria, a acidose metabólica poderá ser minimizada com a infusão de 40 mL de  $\text{NaHCO}_3$  8,4%, durante a terceira tentativa de expansão.

Os pacientes em classe funcional NYHA I devem ser hidratados conforme descrito no protocolo de dengue. Aqueles em classe funcional IV serão internados em unidades de terapia intensiva e manuseados como pacientes críticos.

Cardiopatas em classe funcional II, com necessidade de ressuscitação volêmica, será administrado soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, na dose de 15 ml/kg de peso ideal em 30 minutos, repetindo-se esta etapa até três vezes, sob rigorosa observação clínica.

Cardiopatas em classe funcional III, com necessidade de ressuscitação volêmica, será administrado soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, na dose de 10 ml/kg de peso ideal em 30 minutos, repetindo-se esta etapa até três vezes, sob rigorosa observação clínica.

Pacientes oligúricos sem congestão pulmonar e pacientes com hipoperfusão periférica representam a principal indicação de expansão volêmica.

Na condição de hipotensão e congestão pulmonar e na presença de hipoperfusão periférica – especialmente com pressão sistólica inferior a 100 mmHg, assim como em pacientes oligúricos hipotensos e congestos, utilizam-se aminas vasoativas, com objetivo de PAS >100 mmHg e da diurese:

- Noradrenalina 0,01 a 0,5 mcg/kg/min - com desejo de efeito potente vasoconstrictor e leve inotrópico positivo, mais indicada em choque refratário à expansão volêmica (amina de escolha para hipotensão e baixa perfusão periférica nos casos de indicação – **quadro 11**).
- Dobutamina 2,5 a 20 mcg/kg/min - com desejo de efeitos inotrópico e cronotrópico positivo e vasodilatador, mais indicada em eventos de suspeição de falência de bomba cardíaca (habitualmente em pacientes já reconhecidos como cardiopatas com IC), com choque cardiogênico associado.
- Podendo ser associadas a Noradrenalina e a Dobutamina na suspeita das duas entidades de choque.

A **hidratação de manutenção** consiste na restauração progressiva da volemia, sendo iniciada após a melhora do débito urinário e da pressão arterial até alcançar critérios de alta. A dose situa-se entre **15mL/kg** e **25 mL/kg** de soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, a cada 12 horas, atentando-se para sinais de congestão pulmonar.

| Quadro 10. Estágios de insuficiência cardíaca da New York Heart Association (NYHA)                                                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. CLASSE I – assintomático: sem limitações para atividade física. Atividades usuais não causam fadiga inapropriada, palpitação ou dispneia.                                                           |  |
| 2. CLASSE II – leve: limitação discreta das atividades. Confortável em repouso, mas atividades físicas usuais resultam em fadiga, palpitações ou dispneia.                                             |  |
| 3. CLASSE III – moderada: limitação marcante da atividade física. Confortável em repouso, mas atividades mais leves que as usuais geram fadiga, palpitações e dispneia.                                |  |
| 4. CLASSE IV – grave: incapaz de fazer quaisquer atividades físicas sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca no repouso. Quando é iniciada qualquer atividade física, agrava o desconforto. |  |

**Quadro 11.** Resumo do protocolo de hidratação e ressuscitação volêmica

|                                   | Hipotenso                | Normotenso             |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------|
| <b>Oligúria</b>                   | Amina vasoativa / volume | Ressuscitação volêmica |
| <b>Débito urinário normal</b>     | Ressuscitação volêmica   | Manutenção             |
| <b>Hipoperfusão periférica</b>    | Amina vasoativa / volume | Ressuscitação volêmica |
| <b>Perfusão periférica normal</b> | Ressuscitação volêmica   | Manutenção             |
| <b>Congestão pulmonar</b>         | Amina vasoativa          | Diurético              |

## **17.QUAIS AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA APS FRENTE A UM PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE?**

A suspeita clínica, a notificação de dengue, a orientação do paciente em relação a sinais de alarme e sobre a importância da hidratação oral adequada podem ser feitas por profissional médico, enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem, de acordo com as orientações deste protocolo.

A classificação clínica inicial dos casos suspeitos (conforme item 8), a solicitação dos exames apresentados nos itens 9 e 10 podem ser feitas por profissional enfermeiro ou médico.

Orientações sobre contraindicação ao uso de ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não hormonais (ex.: ibuprofeno) e a prescrição de sais de reidratação oral podem ser feitas por profissional enfermeiro ou médico.

O profissional enfermeiro poderá prescrever antitérmicos (disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos) de acordo com as recomendações do Protocolo de Enfermagem do município, para uso na UBS ou nas Unidades de Pronto Atendimento, enquanto o paciente aguarda avaliação médica.

A interpretação do exame de hemograma completo, quando este for necessário, a classificação clínica final dos casos suspeitos, o estabelecimento do plano terapêutico, a prescrição de medicamentos para uso domiciliar e a eventual necessidade de suspensão de medicamentos anticoagulantes devem ser feitas por profissional médico.

A busca ativa de casos para acompanhamento clínico/monitoramento deve ser feita pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), sob coordenação do enfermeiro, médico da equipe ou do gerente da unidade, em visita domiciliar ou por contato telefônico.

## **18. COMO CONDUZIR OS PACIENTES EM USO DE ANTICOAGULANTES OU ANTIPLAQUETÁRIOS?**

A administração de antiagregantes plaquetários em pacientes com dengue, sobretudo ácido acetilsalicílico (AAS) e a dupla antiagregação plaquetária (DAPT), permanece controversa. Porém há situações em que o risco de complicações trombóticas é maior que o risco de sangramento, mesmo em pacientes com a doença e trombocitopenia, sendo preciso, portanto, determinar aqueles em que a manutenção dessas drogas se faz necessária.

### **Pacientes tratados com dupla antiagregação plaquetária – DAPT: AAS e clopidogrel**

Pacientes submetidos a angioplastia coronariana recente com implante de *stents* farmacológicos em período de seis meses ou de *stents* convencionais de até um mês e em uso de DAPT devem – se possível – manter a utilização durante a infecção.

No caso de plaquetometria acima de  $50 \times 10^9/L$ , não haverá necessidade de admissão, e a contagem de plaquetas será avaliada diariamente, conforme protocolo da dengue para o Grupo B.

Para plaquetas entre  $30 \times 10^9/L$  e  $50 \times 10^9/L$ , os pacientes deverão ser admitidos em leitos de observação, com controle diário da contagem de plaquetas.

Quando a contagem plaquetária for abaixo de  $30 \times 10^9/L$ , pacientes terão suspensa a dupla antiagregação plaquetária e serão admitidos em leito de observação até elevação acima de  $50 \times 10^9/L$ , momento em que terão seus antiagregantes prescritos como anteriormente.

Em casos de sangramentos, estará indicada transfusão de plaquetas, além das medidas específicas para interrupção da hemorragia.

### **Pacientes em uso de ácido acetilsalicílico – AAS**

Os pacientes submetidos a angioplastia coronária com implante de *stents* farmacológicos há mais de seis meses ou de *stents* convencionais há mais de um mês, assim como aqueles em profilaxia secundária de doença arterial coronária ou cerebrovascular,

deverão utilizar apenas AAS, desde que o número de plaquetas aferido seja superior a  $30 \times 10^9/L$ .

Quando o valor da plaquetometria for entre  $30 \times 10^9/L$  e  $50 \times 10^9/L$ , os pacientes deverão ser monitorados em leitos de observação.

Caso o número de plaquetas seja inferior a  $30 \times 10^9/L$ , deverá ser suspenso o uso de antiagregante plaquetário e os pacientes admitidos para observação, até que o número de plaquetas seja superior a  $50 \times 10^9/L$ .

### **Uso de varfarina sódica**

A complicação principal no uso de anticoagulante oral, especialmente a varfarina sódica, é o sangramento em diversos graus.

São considerados como principais determinantes para complicações hemorrágicas a intensidade do efeito anticoagulante – medido com aferição intermitente do tempo de atividade de protrombina (TAP) –, características inerentes ao paciente e uso concomitante de medicações ou condições que interfiram com a hemostasia.

Pacientes com dengue e plaquetopenia quando em uso anticoagulante oral tem o risco aumentado de sangramento porque há alterações em etapas da coagulação sanguínea.

No entanto, em situações em que o risco trombótico é maior, o uso da varfarina sódica é imprescindível como a dos portadores de próteses cardíacas metálicas, nos casos de fibrilação atrial com alto risco de fenômenos tromboembólicos, na embolia pulmonar e nas síndromes trombolíticas.

Pacientes com plaquetometria acima de  $50 \times 10^9/L$  devem realizar dosagem ambulatorial do TAP e do número de plaquetas.

No caso de contagem de plaquetas situada entre  $30 \times 10^9/L$  e  $50 \times 10^9/L$ , indica-se a internação para substituição do anticoagulante oral para heparina venosa não fracionada, assim que o TAP atinja níveis subterapêuticos. Em geral, pode-se iniciar a heparina quando o TAP se situar com INR abaixo de 2,0.

Se a contagem de plaquetas for inferior a  $30 \times 10^9/L$ , há necessidade de suspensão da varfarina e admissão para acompanhamento da coagulação, com medidas diárias de TAP e contagem de plaquetas.

Não se deve reverter a anticoagulação, exceto quando há sangramento.

### Uso de inibidores de trombina ou de antifator Xa

Essas duas classes de medicamentos, diferentemente da varfarina, não permitem avaliar por meio de um teste a eficácia da anticoagulação, portanto acabam refletindo na conduta adotada em relação aos pacientes com dengue. Por isso, a possibilidade de suspensão desses medicamentos por alguns dias nesses pacientes deve ser analisada com cautela.

Pacientes com alto risco de eventos tromboembólicos, a exemplo dos portadores de próteses valvulares metálicas e da síndrome do anticorpo antifosfolípídeo (SAF), não devem utilizar tais medicamentos.

Na situação em que a suspensão não for a opção, pacientes com dengue e plaquetometria  $\geq 50 \times 10^9/L$  devem continuar com a terapia prescrita.

Nos casos em que a plaquetometria seja  $< 50 \times 10^9/L$ , a internação é indicada para substituição do anticoagulante para heparina não fracionada venosa após 24 horas da última dose ou quando decorrido o período de 2 vezes a meia-vida dos medicamentos, conforme descrito a seguir:

**Quadro 12.** Anticoagulantes

| Medicamento  | Meia Vida (horas) | Intervalo proposto (horas) |
|--------------|-------------------|----------------------------|
| Dabigatrana  | 12 a 17           | 24                         |
| Rivaroxabana | 5 a 9             | 24                         |
| Apixabana    | 8 a 15            | 24                         |
| Edoxabano    | 10 a 14           | 24                         |

### Suspensão dos antiagregantes e anticoagulantes

Em caso de sangramento moderado ou grave, as medicações antiagregantes e anticoagulantes devem ser suspensas, como parte de suas abordagens.

No caso da dupla antiagregação plaquetária, indica-se transfusão de plaquetas na dose de 1 unidade para cada 10 kg de peso.

Nos pacientes em uso de varfarina e com sangramento grave, deve-se administrar plasma fresco congelado na dose de 15 mL/kg (até que o INR esteja inferior a 1,5) e vitamina K na dose de 10 mg via oral ou endovenosa.

Nos inibidores de trombina ou de antifator Xa e com sangramento grave, não há uma opção de terapia específica disponível e incorporada no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, devem ser utilizadas medidas adequadas para cada causa específica.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Nota Informativa nº 25/2020 – Recomendações para o fortalecimento da notificação oportuna, conduta clínica e organização dos serviços de saúde frente a casos suspeitos de dengue e/ou Covid-19 em um possível cenário de epidemias simultâneas. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Protocolo para manejo da dengue, Suspeita clínica, diagnóstico e tratamento. Belo Horizonte, 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: 5ª ed. Rev. atual 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_5ed\\_rev\\_atual.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf). Acesso em 06 de Março de 2023.

Dengue virus infection: Clinical manifestations and diagnosis. Stephen J Thomas. Literature review current through: Feb 2023. | This topic last updated: Oct 05, 2022. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 12/03/2023.

Dengue virus infection: Prevention and treatment. Stephen J Thomas. Literature review current through: Feb 2023. | This topic last updated: Feb 24, 2022. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 12/03/2023.

## **ANEXO 1 - Particularidades no manejo clínico da gestante**

O comportamento fisiopatológico da dengue na gravidez e o mesmo para gestantes e não gestantes. Com relação ao binômio materno-fetal, na transmissão vertical há o risco de abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro, quando a infecção for adquirida no último trimestre. Há também incidência maior de baixo peso ao nascer em bebês de mulheres que tiveram dengue durante a gravidez.

Quanto mais próximo ao parto a mãe for infectada, maior será a chance de o recém-nato apresentar quadro de infecção por dengue. Gestantes com infecção sintomática tem risco aumentado para ocorrência de morte fetal e nascimento de prematuro.

Com relação a mãe, podem ocorrer hemorragias tanto no abortamento quanto no parto ou no pós-parto.

O sangramento pode ocorrer tanto no parto normal quanto no parto cesáreo, sendo que neste último as complicações são mais graves e a indicação da cesariana deve ser bastante criteriosa.

A letalidade por dengue entre as gestantes é superior à da população de mulheres em idade fértil não gestantes, com maior risco no terceiro trimestre gestacional.

A gestação traz ao organismo materno algumas modificações fisiológicas que o adaptam ao ciclo gestacional, como:

- Aumento do volume sanguíneo total em aproximadamente 40%, assim como aumento da frequência cardíaca (FC) e do débito cardíaco (DC).
- Queda do hematócrito por hemodiluição, apesar do aumento do volume eritrocitário.
- Declínio da resistência vascular periférica e da pressão sanguínea.
- Hipoproteinemia por albuminemia.
- Leucocitose sem interferência na resposta a infecções.
- Aumento dos fatores de coagulação.

Quando ocorre o extravasamento plasmático, as manifestações como taquicardia, hipotensão postural e hemoconcentração serão percebidas numa fase mais tardia, uma vez que podem ser confundidas com as alterações fisiológicas da gravidez.

A gestante que apresentar qualquer sinal de alarme ou de choque e que tiver indicação de reposição volêmica deverá receber volume igual aquele prescrito aos demais pacientes,

de acordo com o estadiamento clínico. Durante a reposição volêmica, deve-se ter cuidado para evitar a hiper-hidratação.

A realização de exames complementares deve seguir a mesma orientação para os demais pacientes, atentando para a coleta inicial de soro para diagnóstico final de arboviroses, principalmente para diagnóstico diferencial com Zika vírus.

Radiografias podem ser realizadas a critério clínico e não são contraindicadas na gestação. A ultrassonografia abdominal pode auxiliar na avaliação de líquido livre na cavidade.

Importante lembrar que o aumento do volume uterino, a partir da 20ª semana de gestação, leva a compressão da veia cava. Toda gestante, quando deitada, deve ficar em decúbito lateral preferencialmente esquerdo.

O diagnóstico diferencial de dengue na gestação, principalmente nos casos de dengue grave, deve incluir pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP e sepse, que não só podem mimetizar seu quadro clínico, como também estarem presentes de forma concomitante.

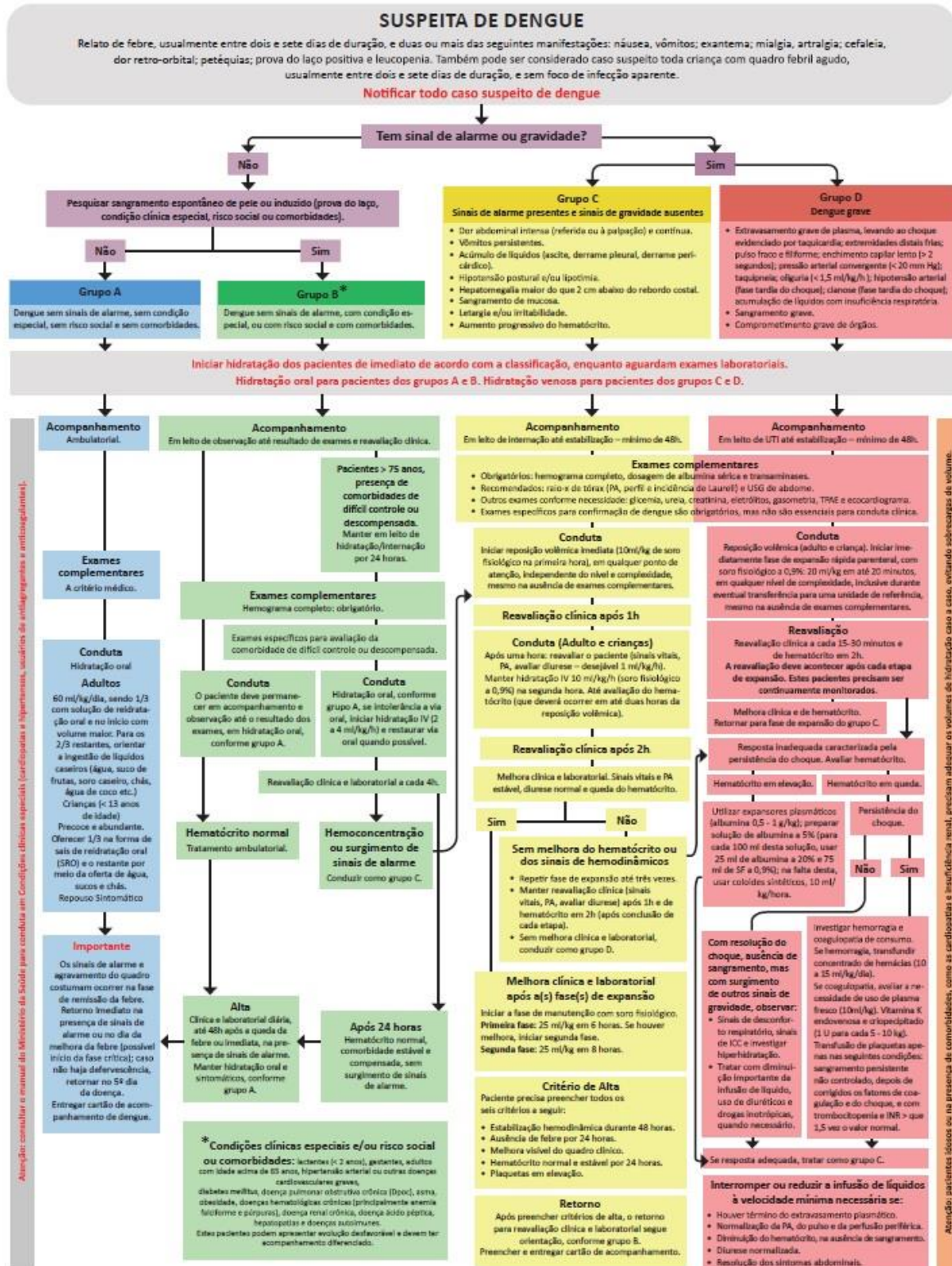
Na eventualidade de parada cardiorrespiratória com mais de 20 semanas de idade gestacional, a reanimação cardiopulmonar (RCP) deve ser realizada com o deslocamento do útero para a esquerda, para descompressão da veia cava inferior.

Considerar a realização de cesárea depois de 4 a 5 minutos de RCP, se não houver reversão da parada, com a finalidade principal de aliviar os efeitos da compressão do útero sobre a veia cava.

De acordo com a viabilidade do feto, poderá haver também a possibilidade de sua sobrevivência. O melhor tratamento para o feto e o adequado tratamento materno.



## ANEXO 2 – Fluxograma dengue





**NOVA LIMA** Cidade  
prefeitura para todos

CONSULTA PÚBLICA



**NOVA LIMA** Cidade  
prefeitura para todos

## SUSPEITA DE DENGUE (FLUXO NA REDE NOVA LIMA)

Relato de febre, usualmente entre dois e sete dias de duração, e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos; exantema; mialgia, artralgia; cefaleia, dor retro-orbital; petéquias; provado laço positiva e leucopenia. Também pode ser considerada em criança com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias de duração, sem foco de infecção aparente.

Tem sinal de alarme ou gravidade?

Não

Sim

Pesquisar sangramento espontâneo de pele ou induzido (prova do laço) e condição clínica especial, risco social ou comorbidades.

Não

Sim

### Grupo A

Dengue sem sinais de alarme, sem condições especiais, sem risco social e sem comorbidades.

#### Acolhimento UBS/UDTD:

Preencher cartão da dengue;  
Registrar solicitação de notificação;  
Orientar início de hidratação oral: 60 ml/kg/dia, sendo 1/3 com solução de reidratação oral e no início com volume maior.  
Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco etc.)  
Classificar como **AZUL** e orientar importância de manter hidratação e direcionar para consulta médica / enfermagem em até 48h.  
Se estiver na defervescência ou no quinto dia de início de sintomas encaixar na agenda do dia (PSF).

#### Acolhimento UPA/PA:

Classificar como **VERDE** mesmo que afebril e orientar importância de manter hidratação e consultar com médico ao menos no final da febre ou no quinto dia. E se sinais de Alarme e Gravidade para retorno.

### Grupo B\*

Dengue sem sinais de alarme, com condições especiais ou risco social ou com comorbidades.

#### Acolhimento UBS/UDTD:

Preencher cartão da dengue;  
Registrar solicitação de notificação;  
Enfermeiro/médico solicitar hemograma completo e direcionar para espera com hidratação oral e prescrição de antitérmico (dipirona ou paracetamol) de TAX  $\geq$  38 graus:  
Ofertar 1000ml de solução de reidratação oral enquanto aguarda avaliação.  
Classificar como Verde e orientar aguardar o resultado do exame para avaliação médica.  
Caso não seja viável coletar, processar (até 15:00h) e receber o exame no mesmo dia:

1. Em caso de paciente de primeiro a terceiro dia da febre, solicitar retornar no dia seguinte para realização de exame laboratorial e avaliação médica.
2. Em caso de paciente após terceiro dia de febre ou sem relato de febre prévia, porém com demais sintomas de suspeição, direcionar para exame e reavaliação clínica na UDTD ou unidades de urgência, já com pedido e hemograma e Formulário de encaminhamento.
3. Se próximo dia for final de semana direcionar para exame e reavaliação clínica na UDTD ou unidades de urgência, já com pedido e hemograma e Formulário de encaminhamento.

#### Acolhimento UPA/PA:

Classificar como **VERDE** independente da temperatura.

### Grupo C

Sinais de alarme presentes e sem sinais de gravidade

- Dor abdominal intensa (referida ou a palpação) e CONTÍNUA.
- Vômitos PERSISTENTES.
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico).
- Hipotensão postural e/ou lipotímia.
- Hepatomegalia maior que 2cm do rebordo costal.

#### Acolhimento UBS/UDTD:

Preencher cartão da dengue;  
Registrar solicitação de notificação;  
Direcionar para atendimento médico com classificação **PRIORITÁRIA**.  
Iniciar ciclo de expansão volêmica de 2h 20ml/kg/2h EV de SF0,9%. Direcionar com acesso venoso para unidade de urgência com Formulário de encaminhamento.

#### Acolhimento UPA/PA:

Preencher cartão da dengue (médico/enfermeiro POP interno);  
Registrar solicitação de notificação (POP interno);  
Direcionar para atendimento médico com classificação **AMARELA ou LARANJA (de acordo com Manshester)**.  
Pacientes transferidos das ESFs ou UDTD devem ser direcionados para o leito e informado equipe médica.  
Recomenda-se emissão de AIH e registro em SUS fácil, para permanência mínima de 48h.

### Grupo D

DENGUE GRAVE

- Extravasamento grave de plasma, levando ao choque, evidenciado por taquicardia, extremidades frias, pulso fraco ou filiforme, enchimento capilar lento ( $> 2$  segundos), PA convergente ( $< 20$ mmhg), taquipneia, oligúria ( $< 1,5$ ml/kg/h) ou na fase tardia com hipotensão, cianose e insuficiência respiratória.
- Sangramento grave (muito evidente ou em SNC)

#### Acolhimento UBS/UDTD:

Preencher cartão da dengue;  
Registrar solicitação de notificação;  
Direcionar para atendimento médico com classificação **URGENTE**.  
Iniciar ciclo de expansão volêmica de 20ml/kg/20 minutos EV (até 3 ciclos) de SF0,9%. Direcionar com acesso venoso para unidade de urgência com Formulário de encaminhamento.

#### Acolhimento UPA/PA:

Preencher cartão da dengue (POP interno);  
Registrar solicitação de notificação (POP interno);  
Direcionar para atendimento médico com classificação **LARANJA ou VERMELHA (de acordo com Manshester)**.  
Pacientes transferidos das ESFs ou UDTD devem ser direcionados para o leito de urgência e informado equipe médica.  
Recomenda-se emissão de AIH e registro em SUS fácil, para permanência mínima de 48h.

\* Condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades: lactentes ( $< 2$  anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc), asma, obesidade, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpuras), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças autoimunes. Estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento diferenciado.



## ANEXO 4 – Valores de referência em crianças

| Quadro 1 – Frequência cardíaca por faixa etária |             |       |             |
|-------------------------------------------------|-------------|-------|-------------|
| Idade                                           | FC acordado | Média | FC dormindo |
| 0-2 m                                           | 85-205      | 140   | 80-160      |
| 3-23 m                                          | 100-190     | 130   | 75-160      |
| 2-10 a                                          | 60-140      | 80    | 60-90       |
| >10 a                                           | 60-100      | 75    | 50-90       |

Fonte: AAP-AHA. Suporte Avançado de Vida em Pediatria, 2003.

| Quadro 2 – Tamanho da bolsa de látex do manguito, segundo a faixa etária |                        |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Faixa de idade                                                           | Bolsa do manguito (cm) |
| 0-1 m                                                                    | 3 cm                   |
| 2-23 m                                                                   | 5 cm                   |
| 2-4 a                                                                    | 7 cm                   |
| 5-10 a                                                                   | 12 cm                  |
| > 10 a                                                                   | 18 cm                  |

Fonte: Behrman, R.E.; Kliegman, H.B.J. (eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 16ª ed., W.B. Saunders Co., 2000.

| Quadro 3 – Pressão arterial sistólica, de acordo com a idade |                          |                    |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Idade                                                        | Pressão sistólica (mmHg) | Pressão diastólica |
| Recém-nascido                                                | 60-70                    | 20-60              |
| Lactente                                                     | 87-105                   | 53-66              |
| Pré-escolar                                                  | 95-105                   | 53-66              |
| Escolar                                                      | 97-112                   | 57-71              |

Fonte: Adaptado de Jyh, J.H.; Nóbrega, R.F.; Souza, R.L. (coord). Atualizações em Terapia Intensiva Pediátrica. Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2007.



Quando não for possível aferir o peso em crianças, utilizar a fórmula aproximada:

- > Lactentes de 3 a 12 meses:  $P = \text{idade em meses} \times 0,5 + 4,5$
- > Crianças de 1 a 8 anos:  $P = \text{idade em anos} \times 2 + 8,5$

Fonte: Pediatric Advanced Life Support. 1997; Murahovschi, J. 2003.

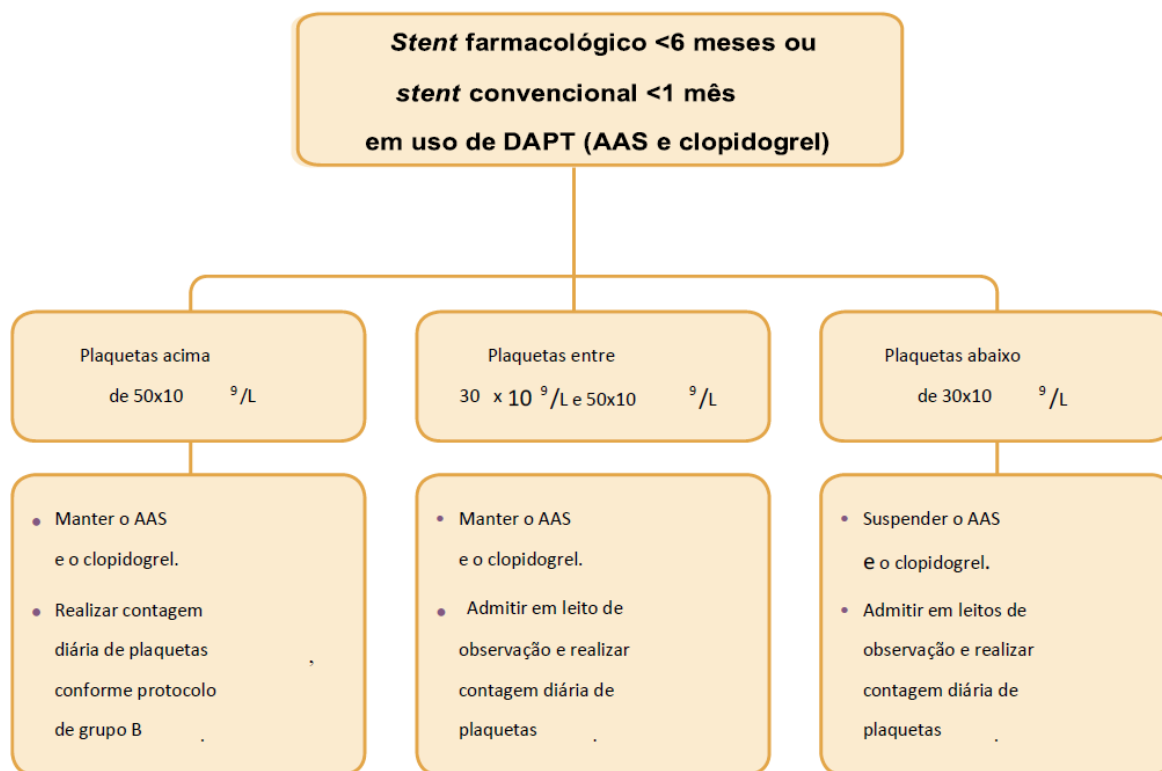
**Valores normais da frequência respiratória:**

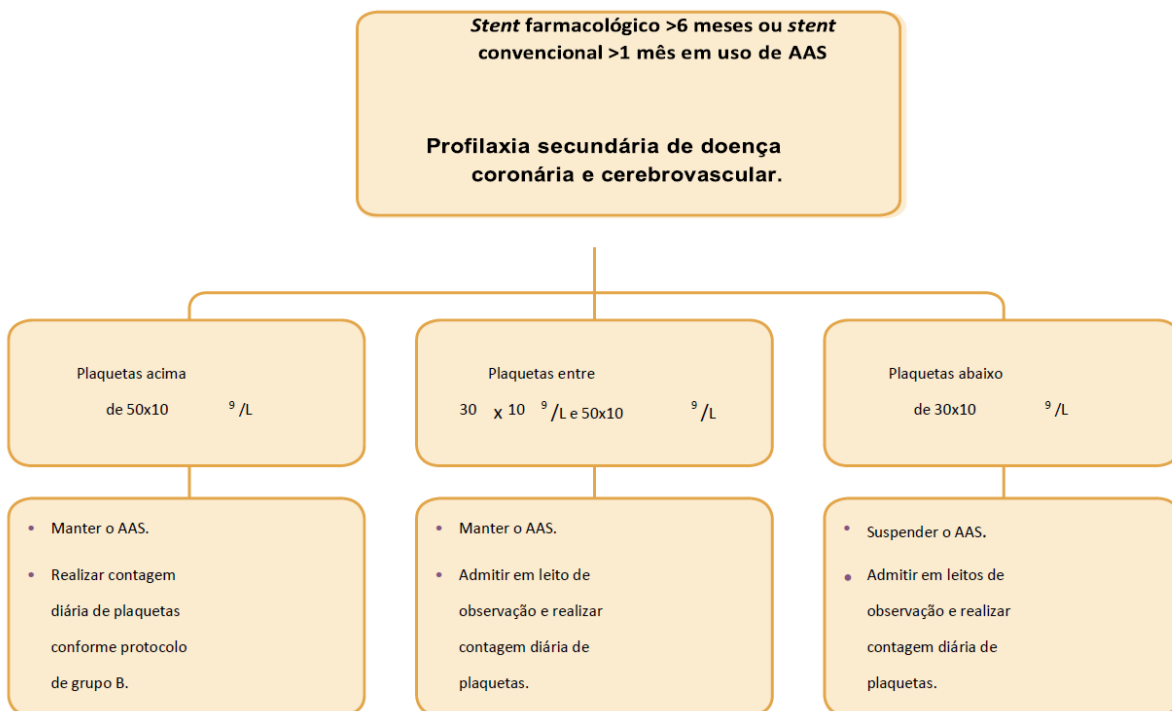
- <2 meses = até 60 rpm
- 2 meses – 1 ano = até 50 rpm
- 1-5 anos = até 40 rpm
- 5-8 anos = até 30 rpm
- Adultos = 12 a 20 rpm

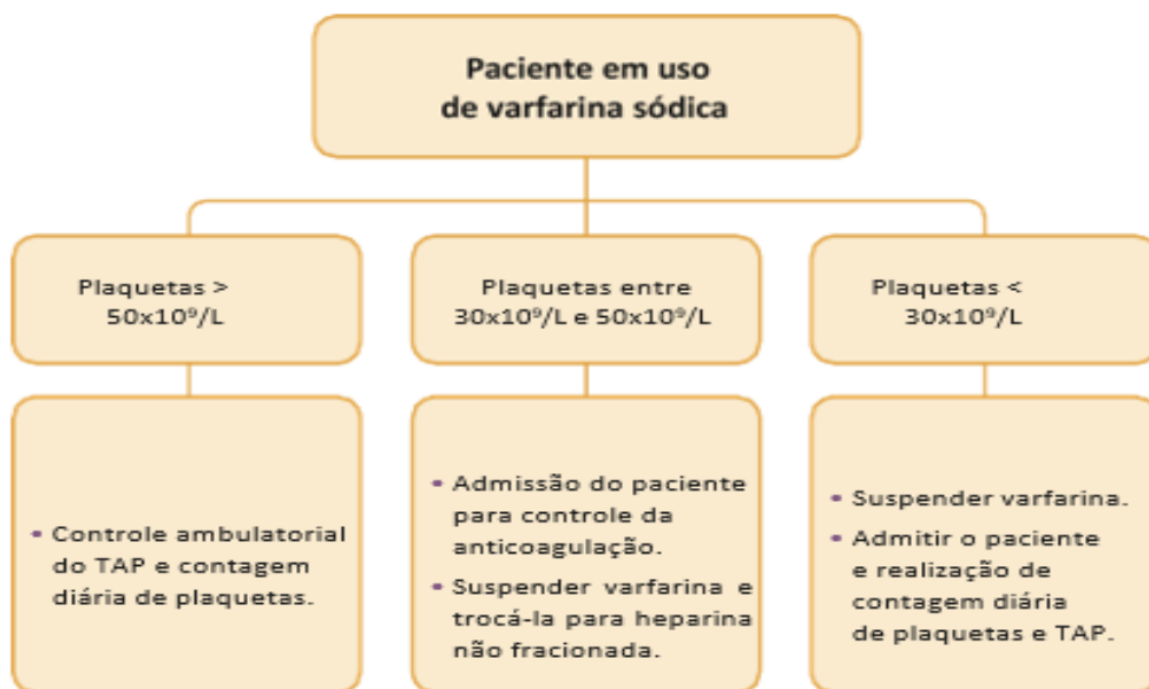
Fonte: Ministério da Saúde. Manual de atenção integrada às doenças prevalentes da infância. 2003.

CONSULTA

## ANEXO 5 – Manejo do paciente em uso de Anticoagulantes e Antiplaquetários







## Hidratação dengue Grupo C (RESUMO)

- 1- Dois acessos venosos e coletor urinário para mensuração (oportunizar à punção do segundo acesso a coleta de todos os exames iniciais antes de iniciar soroterapia no mesmo, com intuito de minimizar hemólise);
- 2- Dados e avaliação clínica a cada ciclo de hidratação;
- 3- SF 0,9% 10 mL/kg ideal/hora pelas primeiras duas horas (com possibilidade de 3 repetições caso não haja boa resposta do hematócrito e estabilização clínica);
- 4- Caso não haja resposta após terceiro ciclo considerar grupo D.
- 5- Se caso de boa resposta do hematócrito, de SF 0,9% para 25 mL/kg em 6h e, em seguida, 25 mL/kg em 8h.
- 6- Foco em estabilização da PA e Débito urinário >2ml/h
- 7- A hidratação de manutenção consiste na restauração progressiva da volemia, sendo iniciada após a melhora do débito urinário e da pressão arterial até alcançar critérios de alta. A dose situa-se entre 15mL/kg e 25 mL/kg de soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, a cada 12 horas, atentando-se para sinais de congestão pulmonar.
- 8- Internação por pelo menos 48h.

Os pacientes em classe funcional NYHA I devem ser hidratados conforme descrito no protocolo de dengue. Aqueles em **classe funcional IV serão internados em unidades de terapia intensiva** e manuseados como pacientes críticos.

**Cardiopatas em classe funcional II**, com necessidade de ressuscitação volêmica, será administrado soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, na dose de **15 ml/kg de peso ideal em 30 minutos**, repetindo-se esta etapa até três vezes, sob rigorosa observação clínica.

**Cardiopatas em classe funcional III**, com necessidade de ressuscitação volêmica, será administrado soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, na dose de **10 ml/kg de peso ideal em 30 minutos**, repetindo-se esta etapa até três vezes, sob rigorosa observação clínica.

### Critérios de alta Hospitalar ou do Pronto Atendimento

**Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.**

**Ausência de febre por 24 horas.**

**Melhora visível do quadro clínico.**

**Hematócrito normal e estável por 24 horas.**

**Plaquetas em elevação (se mantem no novo manual do MS porém tem baixa relevância após 5 dia de doença).**

## Hidratação dengue Grupo D (RESUMO)

1. Dois acessos venosos calibrosos e coletor urinário para mensuração (oportunizar à punção do segundo acesso a coleta de todos os exames iniciais antes de iniciar soroterapia no mesmo, com intuito de minimizar hemólise);
2. Dados e avaliação clínica a cada ciclo de hidratação;
3. Oferecer O<sub>2</sub> em todas as situações de choque (cateter, máscara, Cpap nasal, ventilação não invasiva, ventilação mecânica), definindo a escolha em função da tolerância e da gravidade;
4. Iniciar hidratação parenteral com SF0,9% 20 mL/kg em 20 minutos (Para cálculo do volume de hidratação, utilizar o peso corporal ideal). Podendo ser realizados 3 ciclos – 60mL/kg na primeira hora se manutenção do choque.
5. Iniciar ceftriaxona pela dificuldade de diagnóstico diferencial com sepse bacteriana, em especial meningococemia;
6. Caso haja reversão dos sinais de choque, iniciar reposição com volume conforme recomendado para manejo de pacientes do grupo C.
7. Foco em estabilização da PA e Débito urinário >2ml/h
8. A hidratação de manutenção consiste na restauração progressiva da volemia, sendo iniciada após a melhora do débito urinário e da pressão arterial até alcançar critérios de alta. A dose situa-se entre 15mL/kg e 25 mL/kg de soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, a cada 12 horas, atentando-se para sinais de congestão pulmonar.
9. Internação por pelo menos 48h após reclassificação para grupo C.

**Cardiopatas em classe funcional II**, com necessidade de ressuscitação volêmica, será administrado soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, na dose de **15 mL/kg de peso ideal em 30 minutos**, repetindo-se esta etapa até três vezes, sob rigorosa observação clínica.

**Cardiopatas em classe funcional III**, com necessidade de ressuscitação volêmica, será administrado soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, na dose de **10 mL/kg de peso ideal em 30 minutos**, repetindo-se esta etapa até três vezes, sob rigorosa observação clínica.

**Cardiopatas em classe funcional IV, deverão ser manejados em unidades de terapia intensiva.**

**Hiponatremia:** corrigir após tratar a desidratação ou choque, quando sódio (Na) menor que 120 mEq/l ou na presença de sintomas neurológicos.

**Hipocalemia:** corrigir via endovenosa em casos graves e com potássio sérico menor que 2,5 mEq/l.

**Acidose metabólica:** poderá ser minimizada com a infusão de **40 mL de NaHCO<sub>3</sub> 8,4%, durante a terceira tentativa de expansão**, quando não houver sucesso nas 2 primeiras tentativas.



## Formulário de encaminhamento

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_, Idade: \_\_\_\_\_

UBS de referência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h

1. Data de início dos sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de defervescência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a. Houve realização de NS1? ☐ S (resultado \_\_\_\_\_) ou ☐ N

b. Classificação inicial:

- ☐ i. Grupo A: Caso suspeito sem situação especial, sinal de alarme ou de gravidade.
- ☐ ii. Grupo B: Caso suspeito com situação especial, sem sinal de alarme ou de gravidade.
- ☐ iii. Grupo C: Caso suspeito com sinal de alarme, sem sinal de gravidade.
- ☐ iv. Grupo D: Caso suspeito com sinal de gravidade.

c. Houve reclassificação? ☐ S (Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_), Grupo \_\_\_\_ ou ☐ N

2. Avaliação Clínica Inicial:

a. PA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg (deitado), PA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg (sentado), PA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg (de pé), FC: \_\_\_\_ bpm, FR: \_\_\_\_ ipm, SatO2aa: \_\_%, Conjuntivite: ☐ S ☐ N

- ☐ i. Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua;
- ☐ ii. Vômitos persistentes;
- ☐ iii. Hipotensão postural (queda maior que 20 mmHg na PA sistólica ou 10 mmHg na PA diastólica em um intervalo de até 3 minutos após o paciente se colocar de pé);
- ☐ iv. Lipotímia;
- ☐ v. Hepatomegalia (>2cm do rebordo costal) dolorosa;
- ☐ vi. Sangramento de mucosas (epistaxe, gengivorragia, hematêmese, melena, metrorragia);
- ☐ vii. Sonolência e/ou irritabilidade;
- ☐ viii. Quadro social impeditivo à hidratação oral e seguimento ou recusa a ingestão de alimentos e líquidos;
- ☐ ix. Comorbidades descompensadas ou de difícil controle;
- ☐ x. Choque, hemorragia franca, sinais de insuficiência respiratória ou acidose.

b. Dor articular: Sem Dor / Dor suave / Dor moderada / Dor forte / Muito Forte / Máxima

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

c. Hemograma:

i. Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Htc \_\_%, Pqts \_\_\_\_\_/mm<sup>3</sup>

ii. Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Htc \_\_%, Pqts \_\_\_\_\_/mm<sup>3</sup>

d. Doença/condições especiais prévias: \_\_\_\_\_

(Se IC, registrar a classificação funcional de NYHA)

e. Medicações de uso contínuo: \_\_\_\_\_

3. Medicação e hidratação já realizadas (registrar horários e doses):

Médico (carimbo e Assinatura):