

PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM SUSPEITA DE DENGUE - 5ª edição



**NOVA
LIMA**
prefeitura

O
futuro
mora
aqui

Prefeitura Municipal de Nova Lima
Secretaria Municipal de Saúde

**PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO ÀS PESSOAS
COM SUSPEITA DE DENGUE**

5ª edição

Nova Lima
2026

**NOVA LIMA
2026**

Prefeito Municipal

João Marcelo Dieguez Pereira

Vice-prefeita Municipal

Cissa Caroline Ferreira Souza

Secretária Municipal de Saúde

Alice Neto Ferreira de Almeida

Subsecretária Executiva

Sheila Nara Ferreira

Subsecretária de Atenção Integral e Cuidados Primários

Dayanna Mary de Castro

Subsecretária de Atenção Especializada e Emergencial

Carolina de Castro Figueiredo Resende

Subsecretária de Atenção à Saúde

Karla Moraes Seabra Vieira Lima

Subsecretária de Gestão Administrativa e Operacional da Saúde

Isabel Cristina Alves

Subsecretária de Gestão Orçamentária e Controle Interno da Saúde

Natália Diegues Marchezini

Elaboração

Diego Luiz Gomes Duarte

Normalização e formatação

Carolina Andrade Junqueira Lopes

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Nova Lima, ao longo de seu processo de organização, produção e oferta de serviços e ações de saúde, busca consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, esforços vêm sendo empreendidos para qualificar as ações desenvolvidas cotidianamente pelas equipes, o que certamente repercutirá de forma decisiva e positiva em todos os níveis de organização do sistema municipal de saúde.

Uma das medidas adotadas para esse propósito consiste na revisão e elaboração de protocolos técnicos. O protocolo constitui-se em um instrumento que estabelece normas para as intervenções técnicas, uniformizando e atualizando conceitos e condutas referentes ao processo assistencial na rede de serviços, além de definir os fluxos assistenciais no município. O protocolo reflete, portanto, a política assistencial assumida pela SEMSA, bem como suas opções éticas para a organização do trabalho em saúde e as escolhas tecnológicas úteis, apropriadas e disponíveis para o enfrentamento dos problemas de saúde, de acordo com sua magnitude. Entretanto, por mais abrangente que seja, um protocolo pode não contemplar todas as questões técnicas e/ou clínicas relacionadas a determinadas situações. Assim, para questões específicas da prática profissional, recomenda-se a consulta às cartilhas, manuais e demais materiais bibliográficos disponibilizados pela Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (MS).

O **Protocolo para Atendimento às Pessoas com Suspeita de Dengue** tem por objetivo atualizar as diretrizes para o diagnóstico, a classificação e o manejo clínico dos casos de dengue na rede municipal de saúde, bem como estabelecer os fluxos de atendimento nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e na rede de urgência.

Além deste protocolo, a SEMSA também elaborou o Plano Municipal de Contingência das Arboviroses, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e submetido à apreciação da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. De acordo com os indicadores epidemiológicos, o Plano de Contingência classifica o município em diferentes cenários: satisfatório, alerta,

urgência e emergência. Para cada cenário, está estabelecido um conjunto de ações destinadas à condução da situação epidemiológica municipal.

À medida que o contexto epidemiológico se altera, o plano de ação correspondente ao cenário vigente é ativado, com o objetivo de organizar a rede municipal de saúde e promover uma resposta oportuna e integrada para a prevenção, controle e manejo da dengue e das demais arboviroses.

CONSULTA PÚBLICA

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais diagnósticos diferenciais da dengue segundo a síndrome clínica	23
Quadro 2 - Comprometimento grave de órgãos e suas manifestações clínicas	34
Quadro 3 - Critérios para internação.....	39
Quadro 4 - Avaliação hemodinâmica: sequências de alterações.....	40
Quadro 5 - Valores de referência do hemograma	41
Quadro 6 - Parâmetros para monitoramento da hidratação venosa em pessoas adultas cardiopatas com dengue	70
Quadro 7 - Conduta para hidratação e ressuscitação volêmica conforme estado hemodinâmico.....	71
Quadro 8 - Estágios da Insuficiência Cardíaca segundo a classificação da New York Heart Association (NYHA).....	72
Quadro 9 - Conduta para hidratação venosa de pessoas com dengue, conforme a classe funcional da insuficiência cardíaca segundo a NYHA	73
Quadro 10 - Aminas vasoativas conforme dose e efeito	74
Quadro 11 - Síntese das condutas para pessoas com dengue em uso de DAPT, segundo a contagem de plaquetas	76
Quadro 12 - Meia-vida e intervalo proposto para substituição dos anticoagulantes orais diretos por heparina não fracionada	80
Quadro 13 - Alterações fisiológicas da gestação	82
Quadro 14 - Principais classes de medicamentos anti-hipertensivos utilizados no tratamento da hipertensão arterial	85
Quadro 15 - Orientações para o registro clínico pelo método SOAP no atendimento à pessoa com suspeita ou confirmação de dengue.....	91

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução clínica e laboratorial da dengue.	19
Figura 2 - Fluxograma de manejo clínico das arboviroses e principais diagnósticos diferenciais	24
Figura 3 - Definição de Hipotensão.	34
Figura 4 - Síntese dos principais exames laboratoriais indicados diante da suspeita de dengue	47
Figura 5 - Síntese do manejo clínico das pessoas classificadas no Grupo A.....	51
Figura 6 - Síntese do manejo clínico das pessoas classificadas no Grupo B.....	55
Figura 7 - Síntese do manejo clínico das pessoas classificadas no Grupo C.....	60
Figura 8 - Síntese do manejo clínico das pessoas classificadas no Grupo D.....	65
Figura 9 - Síntese das condutas para pessoas com dengue em uso de AAS, segundo a contagem de plaquetas	77
Figura 10 - Síntese das condutas para pessoas com dengue em uso de varfarina sódica, segundo a contagem de plaquetas	79
Figura 11 - Bloco "AVALIAÇÃO" do Prontuário eletrônico e-SUS APS	94
Figura 12 - Notificação de ativação do SDC Dengue no canto superior da tela	94
Figura 13 - Suporte à Decisão Clínica Dengue para leitura completa	95
Figura 14 - Notificações geradas pelo suporte à Decisão Clínica	95
Figura 15 - Bloco Plano do SOAP no Prontuário eletrônico e-SUS APS.....	96
Figura 16 - Modal de seleção de condutas (Prescrição de medicamentos e solicitação de exames) para automatização	98
Figura 17 - Visualizar, editar e imprimir as Orientações automatizadas	99

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Sigla	Significado
-------	-------------

AAS	Ácido acetilsalicílico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AINEs	Anti-inflamatórios não esteroides
APS	Atenção Primária à Saúde
CIAP-2	Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª edição
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
DAPT	Dupla antiagregação plaquetária
DENV	Vírus da dengue
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
HNSL	Hospital Nossa Senhora de Lourdes
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
IECA	Inibidores da enzima conversora de angiotensina
MS	Ministério da Saúde
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAM	Pressão arterial média
PAS	Pressão arterial sistólica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PVC	Pressão venosa central
RCP	Ressuscitação cardiopulmonar

REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RNI	Razão Normalizada Internacional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Semana epidemiológica
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SF	Soro fisiológico
SNC	Sistema nervoso central
SvcO ₂	Saturação venosa central de oxigênio
SVD	Sonda vesical de demora
SUS	Sistema Único de Saúde
TAP	Tempo de atividade da protrombina
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

CONSULTA PÚBLICA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 DEFINIÇÃO DE CASO.....	17
2.1 Caso suspeito de dengue.....	17
2.2.1 Critério Laboratorial	20
2.2.2 Critério clínico-epidemiológico	21
2.3 Caso descartado	21
2.4 Diagnóstico diferencial	22
3 NOTIFICAÇÃO	27
4 ATENDIMENTO INICIAL À PESSOA COM SUSPEITA DE DENGUE	28
4.1 Anamnese	28
4.2 Exame Físico Geral.....	29
5 CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS E/OU RISCO SOCIAL OU COMORBIDADES ASSOCIADAS À EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL	30
6 QUAIS SÃO OS SINAIS E SINTOMAS DE ALARME?	32
7 QUAIS SÃO OS SINAIS OU SINTOMAS DE DENGUE GRAVE?	33
8 PROVA DO LAÇO: EM QUEM REALIZAR, COMO REALIZAR E COMO INTERPRETAR?	35
9 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA PRIORIDADE NO ATENDIMENTO.....	37
10 QUANDO SOLICITAR O HEMOGRAMA E QUAL A SUA FINALIDADE?.....	41
11 EXAMES LABORATORIAIS PARA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DA DENGUE: QUANDO SOLICITAR?	43
12 QUAL PROFISSIONAL DEVE SOLICITAR OS EXAMES?	46
13 MANEJO CLÍNICO DOS CASOS DO GRUPO A.....	48
14 MANEJO CLÍNICO DOS CASOS DO GRUPO B.....	52
15 MANEJO CLÍNICO DOS CASOS DO GRUPO C.....	56
16 MANEJO CLÍNICO DOS CASOS DO GRUPO D.....	61

17 CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES PARA OS GRUPOS C e D	66
18 CORREÇÃO ESPECÍFICA DE OUTROS DISTÚRBIOS ELETROLÍTICOS E METABÓLICOS.....	68
19 HIDRATAÇÃO VENOSA EM PESSOAS ADULTAS CARDIOPATAS COM DENGUE....	70
20 USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS E ANTITROMBÓTICOS EM PESSOAS COM DENGUE	75
20.1 Pessoas em uso de DAPT: AAS e clopidogrel	75
20.2 Pessoas em uso de AAS	76
20.3 Uso de varfarina sódica.....	77
20.4 Uso de inibidores de trombina ou de antifator Xa.....	79
20.5 Suspensão de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes.....	80
21 MANEJO CLÍNICO DA PESSOA GESTANTE COM DENGUE.....	82
22 TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DURANTE A INFECÇÃO POR DENGUE	85
23 IMUNIZAÇÃO CONTRA DENGUE.....	87
24 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA APS NO MANEJO DA DENGUE.....	88
25 REGISTRO CLÍNICO - MÉTODO SOAP	90
26 SUPORTE À DECISÃO CLÍNICA (SDC) NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC)	92
26.1 Suporte à Decisão Clínica (SDC) – Dengue.....	92
26.2 Ações Recomendadas para a Ativação e Uso do Suporte à Decisão Clínica (SDC) - Dengue.....	93
REFERÊNCIAS	100
ANEXO A.....	102
ANEXO B.....	103
ANEXO C.....	105
ANEXO D.....	105
ANEXO E.....	106

ANEXO F	108
ANEXO G.....	110
ANEXO H.....	112
ANEXO I.....	114
ANEXO J.....	115
ANEXO K.....	116
APÊNDICE A	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE B.....	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE C	Erro! Indicador não definido.

CONSULTA PÚBLICA

1 INTRODUÇÃO

A dengue constitui importante problema de saúde pública, em razão de sua elevada ocorrência, do potencial de evolução para formas graves e do impacto produzido sobre os serviços de saúde, especialmente durante períodos de maior transmissão. O aumento da ocorrência de casos pode contribuir para a sobrecarga dos sistemas de saúde pública, tornando o acompanhamento da dinâmica de transmissão e a organização das ações de vigilância, prevenção e assistência fundamentais para subsidiar a tomada de decisões e o controle da doença (XAVIER et al., 2025).

A dengue é uma arbovirose causada pelo vírus da dengue (DENV), um vírus de RNA pertencente ao gênero *Flavivirus* e à família *Flaviviridae*. São conhecidos quatro sorotipos virais — DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 —, cada um apresentando diferentes genótipos e linhagens. A evolução do vírus ao longo do tempo está relacionada à dinâmica de circulação dos diferentes sorotipos e linhagens e à distribuição da doença. A principal forma de transmissão ocorre pela picada de fêmeas infectadas do mosquito *Aedes aegypti*, no ciclo humano-vetor-humano. O *Aedes aegypti* constitui o principal vetor da dengue e apresenta ampla distribuição no território nacional, especialmente em ambientes urbanos, favorecendo a manutenção da transmissão da doença (BRASIL, 2024a).

A dengue apresenta diferentes manifestações clínicas, que podem variar desde quadros leves até formas graves, com possibilidade de ocorrência de sangramentos, extravasamento plasmático, choque, comprometimento de órgãos e óbito. Dessa forma, o reconhecimento oportuno dos sinais de alarme e de gravidade, associado à adequada classificação clínica e ao acompanhamento contínuo, é fundamental para a definição da conduta assistencial e para a redução do risco de complicações (BRASIL, 2024b).

No Brasil, o cenário epidemiológico apresentou importante agravamento nos últimos anos, com destaque para o ano de 2024, marcado por elevada transmissão de dengue e expressivo impacto sobre a população e os serviços de saúde. Esse cenário reforçou a necessidade de fortalecimento da vigilância epidemiológica e de organização da rede assistencial para o reconhecimento

oportuno dos casos, a adequada classificação de risco e adoção das medidas terapêuticas necessárias (XAVIER et al., 2025).

Em 2026, até a Semana Epidemiológica (SE) 24, foram notificados 392.816 casos prováveis de dengue no país, correspondendo a um coeficiente de incidência de 184,1 casos por 100 mil habitantes. Esse quantitativo representou uma redução de 73% em relação ao mesmo período de 2025. Apesar da redução, foram confirmados 225 óbitos, enquanto outros 210 permaneciam em investigação. No mesmo período, foi registrada a circulação dos quatro sorotipos do vírus da dengue no território nacional, com predomínio do DENV-2 e expansão do DENV-3 nos meses anteriores à publicação da nota (BRASIL, 2026a).

A situação epidemiológica deve ser acompanhada continuamente, considerando a possibilidade de alterações no padrão de transmissão. O MS alertou, em 2026, para a possibilidade de aumento da ocorrência de arboviroses durante a sazonalidade 2026/2027, em razão da previsão de ocorrência de El Niño moderado a forte no segundo semestre de 2026. Segundo a [Nota Informativa nº 10/2026-CGAR/DEDT/SVSA/MS](#), eventos anteriores de El Niño, como os observados em 2015/2016 e 2023/2024, coincidiram com grandes epidemias de arboviroses no Brasil (BRASIL, 2026a).

Ainda segundo o MS, modelagens preditivas do InfoDengue para a temporada 2026/2027 estimaram aproximadamente 1,7 milhão de casos suspeitos de dengue no país em 2027, com intervalo estimado entre 1.037.068 e 5.604.927 casos. O próprio documento ressalta, entretanto, que essas estimativas são baseadas em cenários epidemiológicos e climáticos e estão sujeitas a limitações e atualizações à medida que novas informações forem disponibilizadas (BRASIL, 2026a).

Diante desse contexto, o fortalecimento da capacidade de resposta dos municípios torna-se fundamental, envolvendo a integração entre vigilância epidemiológica, APS, serviços de urgência e demais pontos da rede de atenção. O MS recomenda, entre outras medidas, o monitoramento contínuo da situação epidemiológica, a notificação e investigação oportuna dos casos, a preparação da rede assistencial e a capacitação dos profissionais para o reconhecimento precoce e o manejo adequado das pessoas com dengue (BRASIL, 2026a).

Nesse contexto, a SEMSA de Nova Lima apresenta este Protocolo para Atendimento às Pessoas com Suspeita de Dengue, com o objetivo de atualizar e padronizar as orientações para classificação de risco, diagnóstico, manejo clínico, acompanhamento e encaminhamento dos casos na rede municipal de saúde. O protocolo busca ainda estabelecer fluxos assistenciais entre a APS e os serviços de urgência, contribuindo para o reconhecimento oportuno dos sinais de alarme e de gravidade, a adequada utilização dos recursos disponíveis e a organização da assistência de acordo com o cenário epidemiológico.

A elaboração e atualização deste protocolo constituem, portanto, uma estratégia de qualificação da assistência e de preparação da rede municipal diante da possibilidade de mudanças no cenário epidemiológico das arboviroses, fortalecendo a capacidade de resposta do município e buscando reduzir complicações, hospitalizações e óbitos relacionados à dengue.

CONSULTA PÚBLICA

2 DEFINIÇÃO DE CASO

2.1 Caso suspeito de dengue

A apresentação típica da dengue inclui a presença de **febre alta**, podendo variar **de 38°C a 40°C**, **com duração inferior a 7 dias**, acompanhada de **pelo menos dois dos seguintes sinais ou sintomas** (BRASIL, 2024a):

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

Também deve ser considerada suspeita de dengue a ocorrência de quadro febril agudo em crianças, usualmente com duração de 2 a 7 dias, provenientes de ou residentes em áreas com transmissão de dengue, na ausência de sinais e sintomas que indiquem outra doença (BRASIL, 2024a).

A infecção pelo vírus da dengue pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, apresenta três fases clínicas: **fase febril, fase crítica e fase de recuperação** (BRASIL, 2024a) (BRASIL, 2024b).

Na **fase febril**, a febre é geralmente a primeira manifestação, com início súbito, duração de dois a sete dias e, frequentemente, elevada, entre 38° C e 40° C. Durante essa fase, podem ocorrer anorexia, náuseas e vômitos e diarreia (BRASIL, 2024a) (BRASIL, 2024b).

A diarreia pode manifestar-se por aumento da frequência e/ou alteração da consistência das evacuações, geralmente com fezes pastosas, podendo diferir das manifestações

gastrointestinais observadas nas gastroenterites quanto ao volume, à frequência e à consistência das evacuações (BRASIL, 2024b).

O exantema, presente em aproximadamente 50% dos casos, é predominantemente maculopapular e pode acometer a face, o tronco e os membros, de forma aditiva, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés. Pode apresentar diferentes padrões, com ou sem prurido, sendo frequentemente observado no período de desaparecimento da febre. Após a fase febril, grande parte das pessoas evolui com recuperação progressiva, caracterizada por melhora do estado geral e retorno do apetite (BRASIL, 2024a) (BRASIL, 2024b).

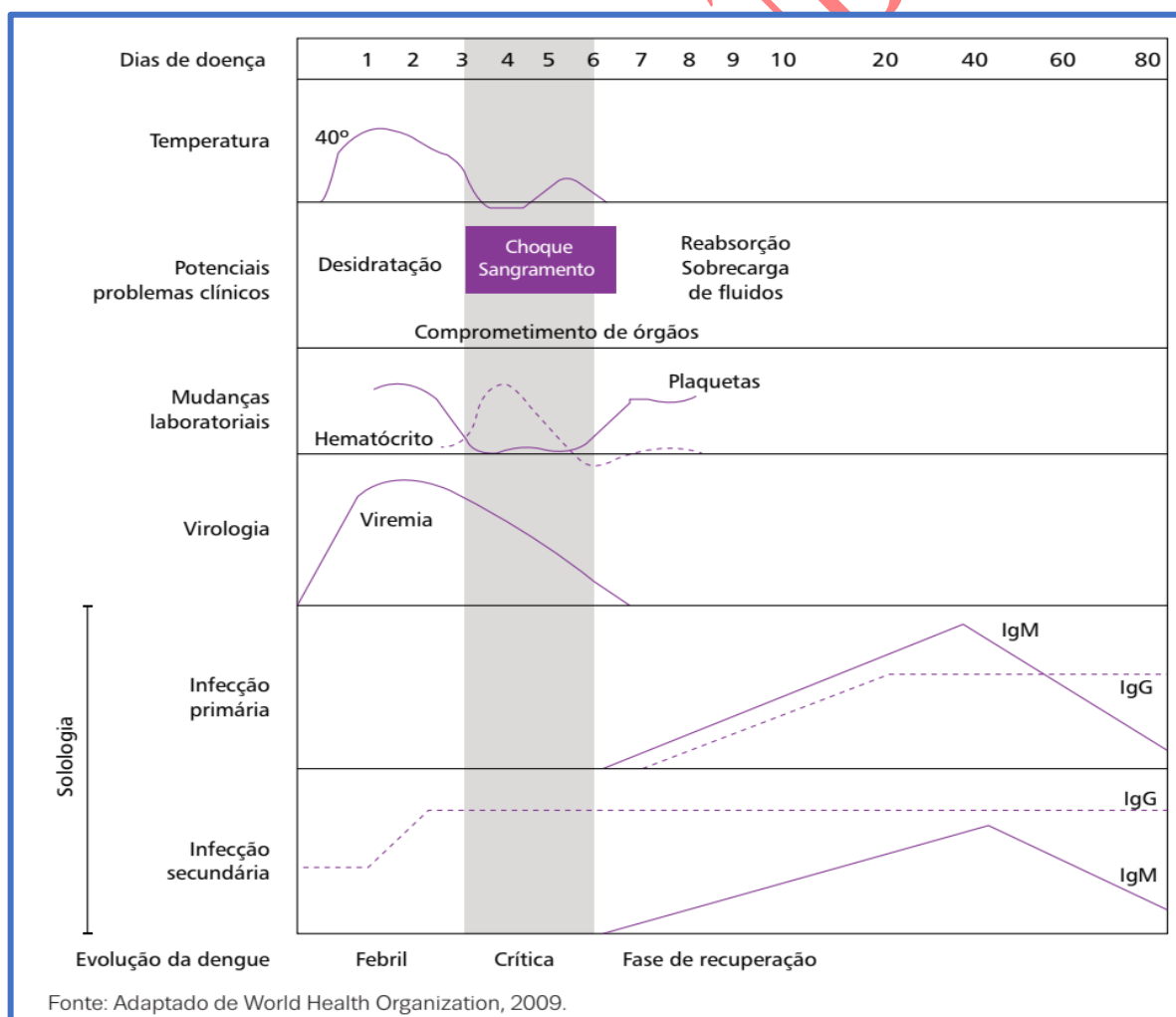
A **fase crítica** tem início durante a defervescência, ou seja, no período de redução da febre, geralmente entre o 3º e o 7º dia após o início da doença. Os **sinais de alarme** (vide **Tópico 6**), quando presentes, costumam surgir nesse período e estão, em sua maioria, relacionados ao aumento da permeabilidade vascular e ao consequente extravasamento plasmático. O extravasamento plasmático pode indicar o início da deterioração clínica e aumentar o risco de evolução para formas graves da doença. Nessa situação, pode ocorrer choque, acúmulo de líquidos no espaço extravascular associado a desconforto respiratório, sangramento grave ou comprometimento da função de órgãos. O extravasamento plasmático também pode ser identificado pelo aumento do hematócrito, cuja magnitude pode estar relacionada à gravidade, pela redução dos níveis séricos de albumina e por exames de imagem (BRASIL, 2024a).

O **choque associado a dengue** geralmente ocorre entre o 4º e o 5º dia da doença, podendo ocorrer entre o 3º e o 7º dia, e ser precedido por sinais de alarme. O período de extravasamento plasmático e choque costuma durar entre 24 e 48 horas, sendo fundamental o acompanhamento contínuo da equipe assistencial devido à possibilidade de rápidas alterações hemodinâmicas. O choque apresenta instalação rápida e curta duração, podendo evoluir para óbito em 12 a 24 horas após seu estabelecimento. Em alguns casos, pode ocorrer hemorragia maciça mesmo na ausência de choque prolongado, sendo essa uma manifestação de dengue grave. O comprometimento grave de órgãos, como fígado, coração e sistema nervoso central (SNC), também pode ocorrer independentemente da presença de extravasamento plasmático ou choque (BRASIL, 2024a).

Na **fase de recuperação**, observada nas pessoas que passaram pela fase crítica, ocorre a reabsorção gradual do líquido extravasado, acompanhada de melhora progressiva do quadro clínico. Nesse período, deve-se manter atenção ao risco de sobrecarga hídrica, decorrente da reabsorção dos líquidos previamente extravasados. O débito urinário tende a se normalizar ou aumentar, podendo ocorrer bradicardia e alterações eletrocardiográficas. Algumas pessoas podem apresentar exantema cutâneo, acompanhado ou não de prurido generalizado. Infecções bacterianas também podem surgir nessa fase ou no final da evolução da doença e, em alguns casos, apresentar maior gravidade (BRASIL, 2024b).

A evolução clínica e laboratorial da dengue está descrita na **Figura 1**.

Figura 1 - Evolução clínica e laboratorial da dengue.



Fonte: Brasil, 2024b.

Em **crianças**, a infecção pelo vírus da dengue **pode ser assintomática ou apresentar manifestações leves e inespecíficas**, semelhantes às observadas em outras síndromes febris virais. Entre as manifestações possíveis estão adinamia, sonolência, recusa alimentar e de líquidos, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas. Nesses casos, os dados epidemiológicos são importantes para auxiliar na avaliação e no diagnóstico clínico (BRASIL, 2024a) (BRASIL, 2024b).

Em **menores de 2 anos**, as **manifestações de dor** podem se expressar por meio de **choro persistente, adinamia e irritabilidade**, podendo ser confundidas com outras doenças infecciosas febris comuns nessa faixa etária. O início da dengue pode não ser claramente identificado e, em algumas situações, o diagnóstico ocorre somente quando surgem manifestações de maior gravidade. Nessa população, a evolução para formas graves pode ocorrer mais rapidamente, enquanto os sinais de alarme podem ser mais difíceis de reconhecer em comparação com adultos (BRASIL, 2024a) (BRASIL, 2024b).

2.2 Caso confirmado de dengue

Os casos suspeitos de dengue podem ser **confirmados por critério laboratorial ou por critério clínico-epidemiológico**. Para a investigação e o encerramento dos casos nos sistemas oficiais de informação, devem ser consideradas as manifestações clínicas, o histórico da pessoa, os registros disponíveis no prontuário e as informações epidemiológicas relacionadas ao caso (BRASIL, 2024b).

2.2.1 Critério Laboratorial

Considera-se confirmado por **critério laboratorial** o caso que atende à definição de caso suspeito de dengue e apresenta resultado positivo em um dos exames laboratoriais reconhecidos para confirmação diagnóstica, conforme o período de evolução da doença (BRASIL, 2024a):

- Isolamento viral positivo;
- RT-PCR detectável (até o 5º do início dos sintomas);
- Detecção de anticorpos IgM por ELISA (a partir do 6º dia do início dos sintomas).

2.2.2 Critério clínico-epidemiológico

Na ausência de confirmação laboratorial específica, diante de resultados laboratoriais inconclusivos ou quando houver apenas resultado **reagente no teste rápido para detecção do antígeno NS1**, o caso poderá ser confirmado por **critério clínico-epidemiológico**, considerando-se o vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente e a avaliação da distribuição **espacial e temporal** dos casos confirmados na área de ocorrência (BRASIL, 2024a).

2.3 Caso descartado

Considera-se caso descartado todo caso suspeito de dengue que apresente um ou mais dos seguintes critérios (BRASIL, 2024a):

- **Diagnóstico laboratorial não reagente ou negativo**, desde que as amostras tenham sido coletadas no período oportuno, além de armazenadas e transportadas, conforme preconizado pelo MS;
- **Diagnóstico laboratorial negativo para dengue e positivo para outra doença;**
- **Caso sem exame laboratorial**, cuja investigação clínica e

epidemiológica seja compatível com outra doença.

Observação: os testes rápidos não devem ser utilizados como critério isolado para confirmação ou descarte de casos.

Nota: Nos casos de **óbito suspeito ou confirmado por arbovirose**, devem ser consultados os materiais de apoio destinados à notificação, investigação e encerramento dos óbitos, conforme a [Nota Técnica nº 6/SES/SUBVS-SVE-DVDTI-CEVARB/2024](#).

2.4 Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial da dengue deve considerar diferentes síndromes clínicas, de acordo com as manifestações apresentadas pela pessoa. Além disso, devem ser considerados a história epidemiológica, o contato recente com pessoas acometidas por doenças exantemáticas frequentes na infância e a situação vacinal. As principais condições a serem consideradas estão apresentadas no **Quadro 1** (BRASIL, 2024b).

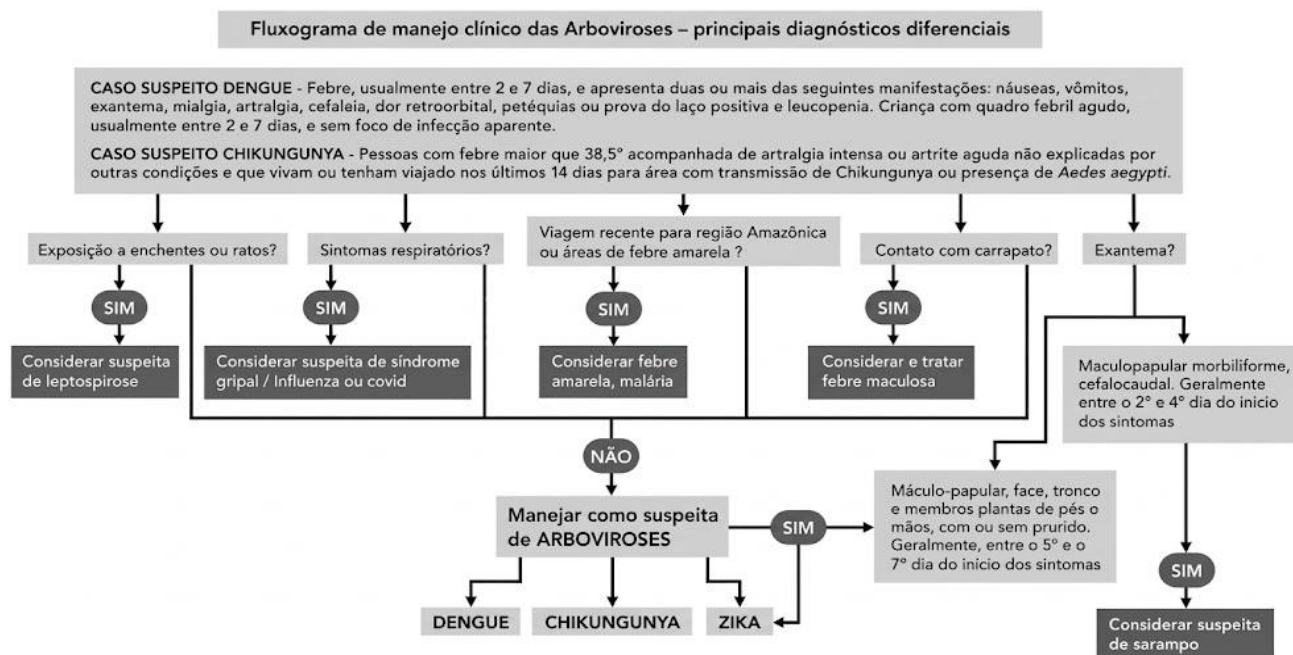
Quadro 1 - Principais diagnósticos diferenciais da dengue segundo a síndrome clínica

Síndrome clínica	Principais diagnósticos diferenciais
Síndromes febris	Enterovirose; influenza; covid-19 e outras viroses respiratórias; hepatites virais; malária; febre tifoide; chikungunya; Zika; febre Oropouche e outras arboviroses.
Síndromes exantemáticas	Rubéola; sarampo; escarlatina; eritema infeccioso; exantema súbito; enterovirose; mononucleose infecciosa; parvovirose; citomegalovirose; farmacodermias; doença de Kawasaki; púrpura de Henoch-Schönlein; Zika e outras arboviroses.
Síndromes hemorrágicas febris	Hantavirose; febre amarela; leptospirose; riquetsioses, incluindo febre maculosa; púrpuras.
Síndromes dolorosas abdominais	Apendicite; obstrução intestinal; abscesso hepático; abdome agudo; pneumonia; infecção do trato urinário; colecistite aguda, entre outras causas de dor abdominal.
Síndromes de choque	Meningococcemia; septicemia; febre purpúrica brasileira; síndrome do choque tóxico; choque cardiogênico, incluindo aqueles decorrentes de miocardites.
Síndromes meníngeas	Meningites virais; meningite bacteriana; encefalite.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

Durante a fase aguda da doença, a diferenciação clínica entre a dengue e outras arboviroses pode ser difícil. Nessa situação, recomenda-se que a condução clínica siga as orientações para o manejo da dengue, considerando o potencial de evolução para complicações e formas graves da doença (BELO HORIZONTE, 2024). O fluxograma apresentado na **Figura 2** sintetiza o manejo clínico das arboviroses e os principais diagnósticos diferenciais a serem considerados na avaliação clínica inicial.

Figura 2 - Fluxograma de manejo clínico das arboviroses e principais diagnósticos diferenciais



Fonte: adaptado de Belo Horizonte, 2024.

A confirmação da circulação de diferentes arboviroses no cenário epidemiológico brasileiro reforça a importância do diagnóstico diferencial entre dengue, chikungunya, Zika, febre Oropouche e febre amarela, além da COVID-19. Algumas características clínicas podem auxiliar na diferenciação dessas doenças, conforme apresentado no **Quadro 2** (BRASIL, 2026b).

Quadro 2 - Diagnóstico diferencial entre dengue, Zika, chikungunya, oropouche, febre amarela e COVID-19

Sinais e sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya	Oropouche	Febre amarela	Covid-19
Febre (duração)	2 a 7 dias	Sem febre ou febre baixa ($\leq 38^{\circ}\text{C}$) 1 a 2 dias subfebril	Febre alta ($> 38,5^{\circ}\text{C}$) 2 a 3 dias	Febre alta (39°C a 40°C) 5 a 7 dias	Febre alta (39°C a 40°C)	$\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
Cefaleia	+++	++	++	+++	+++	Pode estar ausente
Mialgias (frequência)	+++	++	++	+++	+++	Pode estar ausente
Artralgia (frequência)	+	++	+++	+++	Raro	Ausente
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa	Leve	Leve	Ausente
Edema da articulação (frequência)	Raro	Frequente	Frequente	Raro	Ausente	Ausente
Edema da articulação (intensidade)	Leve	Leve	Moderado a intenso	Leve	Ausente	Ausente
Exantema	Surge do 3º ao 6º dia	Surge no 1º ou 2º dia	Surge do 2º ao 5º dia	Surge do 3º ao 6º dia	Raro	Incomum
Tosse	Ausente*	Ausente	Ausente**	Ausente	Ausente	Moderado a intenso
Perda do olfato e paladar	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Frequente
Coriza	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Frequente
Náusea/vômito	+++	+	++	+++	+++	Ausente
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%	Ausente	Ausente	Ausente
Dor retro orbital	Frequente	Incomum	Incomum	++	Ausente	++
Linfonomegalia	+	+++	++	+	Incomum	Incomum
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+	Incomum	++	Ausente
Acometimento neurológico	+	+++	++	+	+	+

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

**Pode estar presente em casos que evoluem com pneumonite.

Fonte: Brasil, 2026b.

Em casos de **suspeita de dengue, Zika, chikungunya ou febre Oropouche em gestantes**, a assistência e a vigilância devem seguir as orientações específicas do MS. Para subsidiar a assistência, a vigilância epidemiológica, a notificação e a investigação dos casos, devem ser consultados os seguintes documentos:

- [Nota Informativa nº 11/2024-CGAR/DEDT/SVSA/MS](#), que apresenta recomendações de vigilância e assistência relacionadas às gestantes com suspeita ou confirmação de dengue, Zika ou Chikungunya e possíveis desfechos no recém-nascido.



- [Nota Técnica Conjunta nº 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS](#), que apresenta orientações para a notificação e a investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênitas e 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)

3 NOTIFICAÇÃO

A dengue é uma **doença de notificação compulsória**, devendo os casos suspeitos ser registrados no sistema de informação oficial, conforme as normas vigentes do MS. Atualmente, os casos de dengue são de notificação semanal, enquanto os óbitos suspeitos ou confirmados por dengue devem ser comunicados imediatamente, no prazo de até 24 horas, às autoridades de saúde competentes (BRASIL, 2026c).

A notificação deve ser realizada pelos profissionais de saúde, conforme os fluxos estabelecidos pela Vigilância Epidemiológica municipal. Em Nova Lima, a notificação de dengue pode ser realizada por meio da Ficha de Investigação de Dengue e Febre de Chikungunya, disponível no [Notifica Nova Lima](#) ou pelo QR Code abaixo:



É fundamental que todos os campos da ficha de notificação sejam preenchidos corretamente, garantindo a qualidade, a completude e a consistência das informações. Especialmente em situações epidêmicas, a coleta e o fluxo oportuno e adequado dos dados são essenciais para o monitoramento do cenário epidemiológico e a adoção das medidas necessárias de prevenção e controle.

Observação: após a realização da notificação, deverá ser registrado no prontuário e no cartão de acompanhamento da dengue o termo “**NOTIFICADO**”. Essa medida contribui para evitar a duplicidade de registros e o retrabalho.

4 ATENDIMENTO INICIAL À PESSOA COM SUSPEITA DE DENGUE

4.1 Anamnese

Durante a anamnese, devem ser investigados (BRASIL, 2024b):

- **Febre:** verificar se houve febre referida ou aferida, inclusive no dia anterior à consulta, registrando a data de início da febre e dos demais sintomas.
- **Sinais de alarme:** investigar a presença de sinais de alarme (vide **Tópico 6**).
- **Sintomas gastrointestinais:** investigar náuseas, vômitos, diarreia, dor ou desconforto gástrico e outras alterações gastrointestinais.
- **Estado de consciência e manifestações neurológicas:** verificar a presença de irritabilidade, sonolência, letargia, lipotímia, tontura, convulsões ou vertigem.
- **Diurese:** investigar a frequência das micções nas últimas 24 horas, o volume urinário e o horário da última micção.
- **História epidemiológica e vacinal:** investigar a ocorrência de casos de dengue entre familiares ou na comunidade, bem como viagens recentes para áreas com transmissão da doença nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas. Verificar também o contato com ratos ou água de enchente, o deslocamento para áreas com circulação de malária e o histórico de vacinação contra sarampo, rubéola e febre amarela.
- **Condições e fatores de risco:** verificar a presença de condições que possam aumentar o risco de evolução desfavorável, incluindo lactentes menores de 24 meses, pessoas com mais de 65 anos, gestantes, obesidade, asma, diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outras condições relevantes (vide **Tópico 5**) (BRASIL, 2024b).
- **Cardiopatias e insuficiência cardíaca:** investigar história prévia de doença cardíaca e a presença de sintomas anteriores ao quadro atual, especialmente **cansaço ou falta de ar aos esforços**. Verificar também o uso habitual de medicamentos cardiovasculares, particularmente **diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e antagonistas da aldosterona**, como a espironolactona. A

identificação dessas condições é importante para o planejamento e o monitoramento da hidratação venosa, devido ao risco de sobrecarga volêmica.

4.2 Exame Físico Geral

Durante o exame físico, devem ser avaliados e registrados (BRASIL, 2024b):

- **Sinais vitais:** aferir temperatura axilar, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial (PA) nas posições deitada/sentada e em pé.
- **Peso:** aferir e registrar o peso corporal.
- **Estado de consciência:** avaliar por meio da [Escala de Coma de Glasgow](#).
- **Estado de hidratação:** verificar a presença de sinais clínicos de desidratação.
- **Estado hemodinâmico:** avaliar pulso, pressão arterial, PAM e tempo de enchimento capilar.
- **Avaliação respiratória:** investigar a presença de efusão pleural, taquipneia e respiração de Kussmaul.
- **Exame abdominal:** pesquisar dor abdominal, ascite e hepatomegalia.
- **Pele e mucosas:** verificar a presença de exantema, petéquias e sinal de Herman (mar vermelho com ilhas brancas).
- **Manifestações hemorrágicas:** investigar sangramentos espontâneos e realizar, quando indicada, a prova do laço. Ressalta-se que o teste pode apresentar resultado negativo em pessoas com obesidade e durante o choque (BRASIL, 2024b).
- **Prova do laço (vide Tópico 8):** deve ser realizada em todas as pessoas com suspeita de dengue classificadas no **Grupo A** (BRASIL, 2026b).

5 CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS E/OU RISCO SOCIAL OU COMORBIDADES ASSOCIADAS À EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL

São consideradas situações que podem aumentar o risco de evolução desfavorável (BRASIL, 2024b):

- Crianças menores de 2 anos;
- Gestantes;
- Pessoas com mais de 65 anos;
- Hipertensão arterial;
- Doenças cardiovasculares graves;
- Diabetes mellitus;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
- Asma;
- Obesidade;
- Doenças hematológicas crônicas;
- Doença renal crônica;
- Doença ácido-péptica;
- Hepatopatias;
- Doenças autoimunes;

Considera-se pessoa em situação de risco social aquele que apresenta pelo menos uma das seguintes condições (BRASIL, 2026a):

- Residir sozinho e apresentar limitações para a hidratação oral ou para o autocuidado;
- Morar distante dos serviços de saúde, ter dificuldade para solicitar ajuda ou residir em local com disponibilidade limitada de transporte;
- Apresentar transtorno mental;
- Viver em situação de pobreza extrema;
- Estar em situação de rua;
- Encontrar-se em situação de negligência ou abandono (BRASIL, 2026a).

Essas pessoas podem apresentar maior risco de evolução desfavorável e devem receber acompanhamento clínico diferenciado, conforme avaliação individual e classificação clínica (BRASIL, 2024b).

CONSULTA PÚBLICA

6 QUAIS SÃO OS SINAIS E SINTOMAS DE ALARME?

Os principais sinais e sintomas de alarme são (BRASIL, 2024a):

- **Dor abdominal intensa e contínua**, referida pela pessoa ou identificada à palpação;
- **Vômitos persistentes**;
- **Acúmulo de líquidos**, incluindo ascite, derrame pleural e derrame pericárdico;
- **Hipotensão postural**: queda da PAS ≥ 20 mmHg ou da PAD ≥ 10 mmHg, observada em até 3 minutos após a mudança da posição deitada ou sentada para a posição ortostática.
- **Lipotímia**;
- **Letargia e/ou irritabilidade**;
- **Hepatomegalia**, caracterizada por fígado palpável a mais de 2 cm abaixo do rebordo costal;
- **Sangramento de mucosas**;
- **Aumento progressivo do hematócrito**, caracterizado por aumento superior a 10% em relação ao valor basal da pessoa ou superior a 10% em relação ao valor médio de referência para sexo e idade (**vide Tópico 10**).

7 QUAIS SÃO OS SINAIS OU SINTOMAS DE DENGUE GRAVE?

A dengue grave é caracterizada pela presença de uma ou mais das seguintes manifestações (BRASIL, 2024a):

- **Extravasamento grave de plasma**, podendo levar ao **choque**, caracterizado por:
 - o taquicardia (vide parâmetros no **Anexo A**);
 - o extremidades distais frias;
 - o pulso fraco e filiforme;
 - o enchimento capilar lento (> 2 segundos);
 - o pressão arterial convergente (diferença da PAS e PAD menor que 20 mmHg);
 - o taquipneia (vide parâmetros no **Anexo B**);
 - o oligúria (< 1,5 mL/kg/h);
 - o hipotensão arterial (**Figura 3**), geralmente em fase tardia do choque;
 - o cianose, geralmente em fase tardia do choque;
 - o acúmulo de líquidos associado à insuficiência respiratória.
- **Sangramento grave**: hematêmese, melena, metrorragia volumosa e sangramento do SNC;
- **Comprometimento grave de órgãos** (Quadro 2).

Figura 3 - Definição de Hipotensão.



HIPOTENSÃO:

Pressão arterial sistólica menor que **90 mmHg** ou pressão arterial média menor que **70 mmHg** em adultos, ou diminuição da pressão arterial sistólica maior que **40 mmHg** ou menor que **2 desvios-padrão** abaixo do intervalo normal para a idade. Pressão de pulso ≤ 20 mmHg. Em adultos, é muito significativa a diminuição da PAM associada à taquicardia.

Em crianças de até 10 anos de idade, o quinto percentil para pressão arterial sistólica (PAS) pode ser determinado pela fórmula:

PAS = 70 + (idade x 2) mmHg.

Observação: Vide valores de referência de PA por faixa etária em crianças no **Anexo C**.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

Quadro 2 - Comprometimento grave de órgãos e suas manifestações clínicas

Complicação	Descrição
Miocardite	Alterações do ritmo cardíaco (taquicardias e bradicardias), inversão da onda T e do segmento ST, com disfunções ventriculares (diminuição da fração da ejeção do ventrículo esquerdo), podendo ter elevação das enzimas cardíacas.
Hepatopatia	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.
Neuropatias	Convulsões, meningite linfomonocítica, encefalite, síndrome de Reye, polirradiculoneurite, polineuropatias (síndrome de Guillain-Barré) e encefalite.
Insuficiência renal aguda	Pouco frequente e geralmente cursa com pior prognóstico.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024^a.

8 PROVA DO LAÇO: EM QUEM REALIZAR, COMO REALIZAR E COMO INTERPRETAR?

A **prova do laço** deve ser realizada em pessoas com suspeita clínica de dengue classificadas no **Grupo A**. Quando o resultado for negativo, o teste poderá ser repetido durante o acompanhamento clínico. Quando **positivo, a pessoa deve ser classificada como Grupo B**, demandando acompanhamento diferenciado (BRASIL, 2024b).

Embora o resultado positivo possa reforçar a hipótese de dengue e indicar a necessidade de maior atenção clínica, a prova do laço apresenta baixa capacidade preditiva para formas graves e necessidade de hospitalização (BRASIL, 2024b).

Como realizar?

1. Aferir a PA e calcular o valor médio, utilizando a fórmula:

$$(PAS + PAD) / 2$$

2. Insuflar o manguito até o valor médio.
3. Manter o manguito insuflado por 5 minutos em adultos e 3 minutos em crianças.
4. Desinsuflar o manguito e identificar a região do antebraço com maior concentração de petéquias.
5. Delimitar um quadrado de $2,5 \times 2,5$ cm nessa região.
6. Contar o número de petéquias presentes dentro do quadrado delimitado.

Observação: para a realização do procedimento em crianças, consultar as especificações referentes ao tamanho da bolsa de látex do manguito no **Anexo D**.

Interpretação: Considera-se resultado positivo quando houver:

- **Adultos:** ≥ 20 petéquias;
- **Crianças:** ≥ 10 petéquias.

Deve-se observar também o aparecimento de petéquias em outras regiões, especialmente antebraço, dorso das mãos e dedos (BRASIL, 2024b).

CONSULTA PÚBLICA

9 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA PRIORIDADE NO ATENDIMENTO

A classificação de risco da pessoa com suspeita ou diagnóstico de dengue tem como objetivo priorizar o atendimento e reduzir o tempo de espera, tanto na APS quanto nos serviços de urgência. A classificação deve considerar os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Humanização (PNH) e o estadiamento clínico da dengue (BRASIL, 2024b).

Na APS, informações obtidas na anamnese e no exame físico devem subsidiar o estadiamento clínico, a identificação de sinais de alarme e de gravidade e a definição das medidas terapêuticas e do nível de atenção adequado (BRASIL, 2024b).

Nos serviços de urgência, a classificação de risco deverá ser realizada conforme o Protocolo de Manchester ou outro sistema de classificação de risco adotado pelo serviço, considerando também a avaliação clínica e o estadiamento específico da dengue (BRASIL, 2024b).

Grupo A - Atendimento conforme horário de chegada.

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Ausência de sinais de alarme ou de gravidade;
- c) Ausência de comorbidades ou condições especiais (vide **Tópico 5**);
- d) Ausência de risco social (BRASIL, 2026b).

Grupo B - Prioridade não urgente.

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Ausência de sinais de alarme ou de gravidade;
- c) Presença de sangramento espontâneo de pele (petéquias) ou induzido (prova do laço positiva) e/ou presença de condições especiais e/ou risco social (BRASIL, 2024a) (BRASIL, 2026b).

Grupo C - Urgência, atendimento o mais rápido possível.

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Presença de algum sinal de alarme (vide **Tópico 6**);
- c) Ausência de sinais de gravidade (vide **Tópico 7**).

Grupo D - Emergência, pessoa com necessidade de atendimento imediato.

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Presença de sinais de gravidade, incluindo sinais de choque (vide **Tópico 7**).

O estadiamento clínico da pessoa com dengue orienta as decisões relacionadas à investigação laboratorial, à necessidade de hospitalização e ao tratamento. Como a doença apresenta evolução dinâmica, a pessoa pode mudar de grupo de classificação em curto período, sendo necessária a reavaliação contínua. O manejo adequado depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, do acompanhamento clínico contínuo, do reestadiamento durante a evolução do caso e da instituição oportuna da reposição volêmica quando indicada. A cada reavaliação, recomenda-se revisar a história clínica e realizar exame físico completo, com registro adequado das informações (BRASIL, 2024b).

Como recurso complementar ao atendimento, recomenda-se utilizar a ferramenta [Manejo Clínico da Dengue – Ministério da Saúde](#). A ferramenta auxilia os profissionais de saúde na classificação de risco e no direcionamento do manejo clínico, considerando as características, os sinais e os sintomas apresentados pela pessoa. Seu uso deve ser associado à avaliação clínica, à reavaliação contínua e às demais orientações estabelecidas neste protocolo. A ferramenta também poderá ser acessada por meio do QR Code disponibilizado abaixo.



A **indicação de internação** deve ser avaliada conforme a condição clínica, a evolução da doença e as condições individuais e sociais da pessoa (BRASIL, 2024b). Os critérios para internação são apresentados no **Quadro 3**.

Quadro 3- Critérios para internação

a)	Presença de sinais de alarme ou de choque, sangramento grave ou comprometimento grave de órgão (Grupos C e D).
b)	Recusa à ingestão de alimentos e líquidos.
c)	Comprometimento respiratório: dor torácica, dificuldade respiratória, diminuição do murmúrio vesicular ou outros sinais de gravidade.
d)	Impossibilidade de seguimento ou retorno à unidade de saúde por condições clínicas ou sociais.
e)	Comorbidades descompensadas ou de difícil controle, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, uso de dicumarínicos, crise asmática e anemia falciforme.
f)	Outras situações, a critério clínico.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

A decisão pela internação deve considerar a avaliação clínica individualizada, a evolução do quadro e a possibilidade de acompanhamento adequado da pessoa, incluindo sua capacidade de retornar ao serviço de saúde quando necessário (BRASIL, 2024b).

Nas pessoas classificadas nos **Grupos C e D**, deve-se **garantir acesso venoso calibroso e iniciar imediatamente a reposição volêmica, independentemente do ponto de atenção ou do nível de complexidade do serviço**. Essas medidas devem ser iniciadas mesmo durante eventual transferência para uma unidade de referência e não devem ser postergadas pela ausência de exames complementares (BRASIL, 2026b).

A conduta deve seguir o **fluxograma de estadiamento e manejo clínico da dengue** (vide **Anexo E**), que será descrito detalhadamente nos tópicos referentes ao manejo clínico de cada grupo. As principais alterações hemodinâmicas observadas nessas pessoas estão apresentadas no **Quadro 4** (BRASIL, 2026b).

Quadro 4 - Avaliação hemodinâmica: sequências de alterações

Parâmetros	Choque ausente	Choque compensado (fase inicial)	Choque com hipotensão (fase tardia)
Grau de consciência	Claro e lúcido	Claro e lúcido (se o paciente não for tocado, o choque pode não ser detectado)	Alteração do estado mental (agitação/agressividade)
Enchimento capilar	Normal (≤ 2 segundos)	Prolongado (3 a 5 segundos)	Muito prolongado (> 5 segundos, pele mosqueada)
Extremidades	Temperatura normal e rosadas	Frias	Muito frias e úmidas, pálidas ou cianóticas
Intensidade do pulso periférico	Normal	Fraco e filiforme	Tênue ou ausente
Ritmo cardíaco	Normal para a idade	Taquicardia	Taquicardia no início e bradicardia no choque tardio
Pressão arterial	Normal para a idade	Redução da pressão arterial sistólica (≤ 20 mmHg), hipotensão postural	Gradiente de pressão < 10 mmHg, pressão não detectável
Pressão arterial média (PAM em adultos)	Normal para a idade	Redução da pressão (≤ 20 mmHg), hipotensão postural	Gradiente de pressão < 10 mmHg, pressão não detectável
Frequência respiratória	Normal para a idade	Taquipneia	Acidose metabólica, polipneia ou respiração de Kussmaul

Fonte: Brasil, 2026b.

10 QUANDO SOLICITAR O HEMOGRAMA E QUAL A SUA FINALIDADE?

O **hemograma com contagem de plaquetas** constitui o principal exame laboratorial inespecífico para avaliação das pessoas com dengue, tendo como finalidade principal a análise do **hematócrito** (vide valores de referência no Quadro 5), especialmente para a identificação de **hemoconcentração**. A presença de hemoconcentração pode indicar alteração da permeabilidade capilar, associada ao extravasamento plasmático, além de auxiliar na definição da necessidade de hidratação e na avaliação da resposta à terapia de reposição volêmica (BRASIL, 2026b).

Quadro 5 - Valores de referência do hemograma

Idade	Cordão umbilical	1º dia	3º dia	15 dias
Eritrócitos (M/ μ L)	5,1 $\pm$ 1,0	5,6 $\pm$ 1,0	5,5 $\pm$ 1,0	5,2 $\pm$ 0,8
Hemoglobina (g/dL)	16,8 $\pm$ 3,5	18,8 $\pm$ 3,5	17,5 $\pm$ 3,5	17,0 $\pm$ 3,0
Hematócrito (%)	54 $\pm$ 10	58 $\pm$ 10	56 $\pm$ 10	52 $\pm$ 8
VCM (fL)	106 $\pm$ 5	103 $\pm$ 6	102 $\pm$ 6	98 $\pm$ 6
Idade	$\leq$ 3 meses	$\leq$ 6 meses	$\leq$ 1 a 2 anos	$\leq$ 5 anos
Eritrócitos (M/ μ L)	4,5 $\pm$ 0,5	4,5 $\pm$ 0,5	4,5 $\pm$ 0,5	4,5 $\pm$ 0,5
Hemoglobina (g/dL)	11,5 $\pm$ 1,5	11,3 $\pm$ 1,5	11,8 $\pm$ 1,2	12,3 $\pm$ 1,2
Hematócrito (%)	37 $\pm$ 4	35 $\pm$ 4	36 $\pm$ 4	37 $\pm$ 4
VCM (fL)	82 $\pm$ 6	76 $\pm$ 6	78 $\pm$ 6	80 $\pm$ 6
Idade	$\leq$ 10 anos	Mulheres adultas**	Homens adultos**	> 70 anos**
Eritrócitos (M/ μ L)	4,6 $\pm$ 0,5	4,7 $\pm$ 0,7	5,3 $\pm$ 0,8	4,6 $\pm$ 0,7
Hemoglobina (g/dL)	13,2 $\pm$ 1,5	13,6 $\pm$ 2,0	15,3 $\pm$ 2,5	13,5 $\pm$ 2,5
Hematócrito (%)	40 $\pm$ 4	42 $\pm$ 6	46 $\pm$ 7	41 $\pm$ 6
VCM* (fL)	87 $\pm$ 7	89 $\pm$ 9	89 $\pm$ 9	89 $\pm$ 9

* VCM: entre 1 e 15 anos, pode ser estimado pela fórmula $76 + (0,8 \times \text{idade})$.

** Adultos brancos; 5% abaixo em negros.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

A realização do hemograma é **facultativa para as pessoas classificadas no Grupo A e obrigatória para aquelas classificadas nos Grupos B, C e D**, conforme o estadiamento clínico da dengue (BRASIL, 2026b).

A realização do hemograma para as pessoas classificadas nos **grupos C e D** deverá ocorrer no estabelecimento de saúde em que estiverem internadas.

Para as pessoas classificadas no **grupo B**, a realização do hemograma deverá ser justificada pela necessidade de urgência. A pessoa deverá apresentar documento de identificação e solicitação do exame emitida por enfermeiro ou médico. A coleta deverá ser realizada em 1 tubo com tampa roxa (EDTA) e poderá ocorrer nos seguintes locais e horários:

- **Laboratório Municipal:** das 9h30 às 15h.
- **Laboratório do Pronto Atendimento do Jardim Canadá:** das 9h às 17h.

O resultado do hemograma será disponibilizado em até **2 horas**, conforme o fluxo operacional do serviço.

Quando o horário de atendimento dos laboratórios já tiver sido encerrado ou não for possível o retorno da pessoa à UBS de referência em tempo hábil, em razão do encerramento do expediente da unidade, **a coleta do hemograma não deverá ser adiada para o dia seguinte**. Nessas situações, a pessoa deverá ser encaminhada, mediante **encaminhamento responsável, formalizado por escrito (Anexo F)**, para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou para o Pronto Atendimento do Jardim Canadá, conforme o fluxo assistencial estabelecido.

Crianças deverão ser encaminhadas ao Hospital Nossa Senhora de Lourdes (HNSL) ou ao Pronto Atendimento do Jardim Canadá, conforme fluxo de referência vigente.

As gestantes deverão ser encaminhadas para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou para o Pronto Atendimento do Jardim Canadá.

11 EXAMES LABORATORIAIS PARA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DA DENGUE: QUANDO SOLICITAR?

O **diagnóstico da dengue é predominantemente clínico**, não sendo necessária a confirmação laboratorial para o início das condutas assistenciais. Entretanto, o diagnóstico laboratorial desempenha importante papel na vigilância epidemiológica, contribuindo para a identificação de alterações no cenário epidemiológico, incluindo o início de epidemias e a circulação ou reintrodução de sorotipos do vírus da dengue na região (BRASIL, 2026b).

A solicitação de exames específicos deve considerar o cenário epidemiológico local, conforme os seguintes critérios:

- **Em períodos não epidêmicos:** a realização de exame específico é indicada para todos os casos suspeitos, conforme os fluxos estabelecidos pela Vigilância Epidemiológica.
- **Em períodos epidêmicos:** a solicitação dos exames deverá seguir as orientações da Vigilância Epidemiológica municipal, considerando o cenário epidemiológico vigente.
- **Casos graves, pessoas pertencentes a grupos especiais e/ou em situação de risco social e casos que evoluíram para óbito:** a realização de exame específico é obrigatória (BRASIL, 2026b).

A escolha do método diagnóstico deve considerar o tempo de evolução da doença, conforme descrito nos itens a seguir.

- **RT-PCR para arboviroses:** deve ser solicitado para todos os casos suspeitos de arboviroses, incluindo pessoas com suspeita de dengue classificadas nos **Grupos A, B, C ou D**, preferencialmente no momento da suspeita e da notificação. A coleta deverá ser realizada entre o 1º e o 5º dia de início dos sintomas, podendo ser realizada concomitantemente à coleta do hemograma. As amostras serão encaminhadas à Fundação Ezequiel Dias (FUNED) para realização de RT-PCR para arboviroses.

Para a coleta, observar as seguintes orientações:

- Coletar 1 tubo com tampa amarela, conforme as especificações técnicas do laboratório responsável, para realização do RT-PCR para arboviroses.
- Para as pessoas classificadas nos **grupos B, C e D**, deverá ser aproveitada a coleta de sangue para realização do hemograma para obter também a amostra destinada ao RT-PCR para arboviroses.
- Quando a coleta for realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), a amostra deverá ser encaminhada ao Laboratório Municipal, acompanhada da ficha de notificação impressa e da solicitação do exame emitida por médico ou enfermeiro.
- Quando a coleta for realizada no Prédio do Laboratório Municipal ou no laboratório do Pronto Atendimento do Jardim Canadá, a pessoa poderá comparecer de segunda a sexta-feira, das 9h30 às 15h, apresentando documento de identificação, ficha de notificação impressa e solicitação do exame emitida por médico ou enfermeiro.
- Após as 15h, a pessoa deverá comparecer ao laboratório no dia seguinte para realização da coleta.

Observação: o prazo estimado para liberação do resultado do RT-PCR para arboviroses é de até 07 dias, conforme o fluxo laboratorial estabelecido.

- **Sorologia para Dengue (detecção de anticorpos IgM):** deverá ser solicitada para todos os casos suspeitos de dengue a partir do **6º dia de início dos sintomas**, quando não tiver sido realizada coleta de amostra para diagnóstico por **RT-PCR para arboviroses**.

Para a coleta, observar as seguintes orientações:

- Coletar 1 tubo com tampa amarela.
- Para as pessoas classificadas nos **grupos B, C e D**, deverá ser aproveitada a coleta de sangue para realização do hemograma para obtenção de amostra destinada à **sorologia para dengue (detecção de anticorpos IgM)**, quando não tiver sido realizada coleta para RT-PCR para arboviroses ou quando a pessoa estiver a partir do **6º dia de início dos sintomas**.

- Quando a coleta for realizada na UBS, encaminhar a amostra ao Laboratório Municipal, acompanhada da ficha de notificação impressa e da solicitação do exame emitida por médico ou enfermeiro.
- Quando a coleta for realizada no Prédio do Laboratório Municipal ou no laboratório do Pronto Atendimento do Jardim Canadá, a pessoa poderá comparecer de segunda a sexta-feira, das 9h30 às 15h, apresentando documento de identificação, ficha de notificação impressa e solicitação do exame emitida por médico ou enfermeiro.
- Após as 15h, a pessoa deverá comparecer ao laboratório no dia seguinte para realização da coleta.
- **Teste rápido para detecção de antígeno viral (NS1):** o **antígeno NS1** é um importante marcador de viremia e pode ser detectado no soro de pessoas infectadas pelo vírus da dengue durante a fase clínica inicial da doença, **até o quinto dia do início dos sintomas**. A sensibilidade do teste é variável, e sua especificidade deve ser interpretada com cautela, especialmente em contextos de cocirculação de outros *Flavivirus*, tanto em infecções primárias quanto secundárias (BRASIL, 2026b).

O teste rápido para detecção do antígeno **NS1** **deverá ser realizado nas pessoas classificadas nos Grupos C e D** já admitidas nas unidades de urgência municipais, podendo ser disponibilizado aos demais grupos, conforme avaliação da SEMSA. O teste está indicado para pessoas atendidas **até o 5º dia de início dos sintomas**, preferencialmente entre o **1º e o 3º dia**.

Seu principal objetivo é contribuir para o **diagnóstico precoce**, favorecendo o manejo oportuno das pessoas com formas graves ou com potencial de complicação. Ressalta-se, entretanto, que **um resultado negativo não exclui a possibilidade de dengue**. Portanto, a realização do NS1 **não substitui o RT-PCR ou a sorologia**. Além disso, considerando que o diagnóstico da dengue é predominantemente clínico, a ausência de testagem laboratorial não deve impedir o início das condutas assistenciais indicadas.

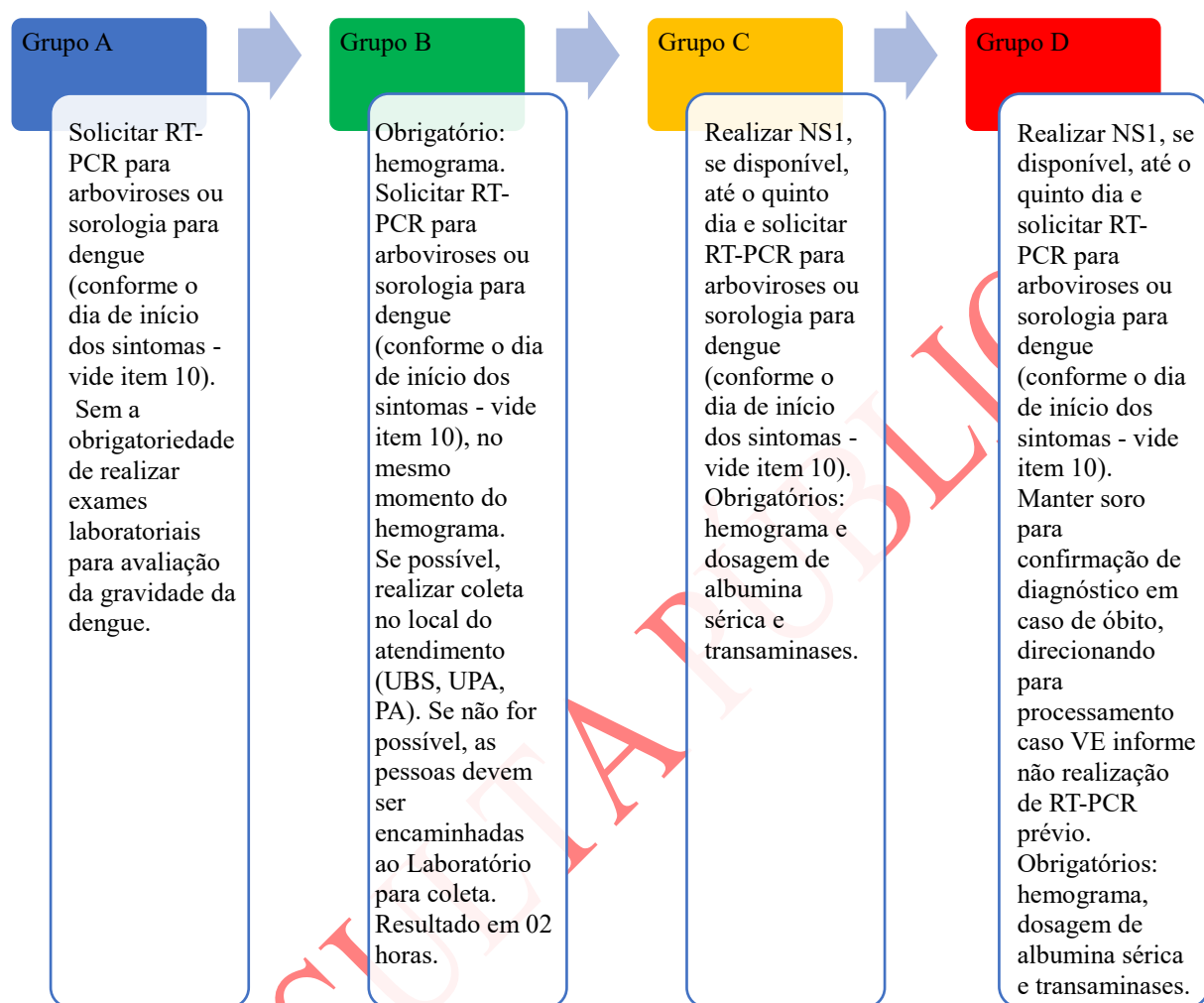
12 QUAL PROFISSIONAL DEVE SOLICITAR OS EXAMES?

A solicitação dos exames laboratoriais previstos neste protocolo poderá ser realizada por médicos e enfermeiros, conforme as indicações clínicas, os fluxos assistenciais estabelecidos e as normas institucionais vigentes. Entre os exames específicos, incluem-se aqueles destinados à confirmação laboratorial da dengue, como o RT-PCR e a sorologia. Já entre os exames inespecíficos, o hemograma constitui o principal exame laboratorial, tendo como finalidade principal a avaliação do hematócrito para identificação de hemoconcentração.

Nos casos de óbito suspeito, recomenda-se o armazenamento de amostra de soro dos exames já coletados, quando disponível, a fim de possibilitar a realização de RT-PCR até o 5º dia de início dos sintomas e de sorologia a partir do 6º dia, conforme o fluxo de investigação laboratorial, contribuindo para a conclusão diagnóstica.

A interpretação dos resultados laboratoriais para fins de tomada de decisão clínica deve ser realizada pelo profissional médico. A **Figura 4** apresenta uma síntese dos principais exames laboratoriais indicados diante da suspeita de dengue.

Figura 4 - Síntese dos principais exames laboratoriais indicados diante da suspeita de dengue



Fonte: Elaborado pelo autor.

13 MANEJO CLÍNICO DOS CASOS DO GRUPO A

As pessoas classificadas no **Grupo A** devem ser acompanhadas, preferencialmente, na APS. Na ausência de sinais de alarme, comorbidades ou condições clínicas especiais, não há necessidade de realização obrigatória de exames laboratoriais para avaliação da gravidade da doença. Nesses casos, a conduta deverá ser definida a partir da avaliação clínica, considerando o quadro apresentado e sua evolução.

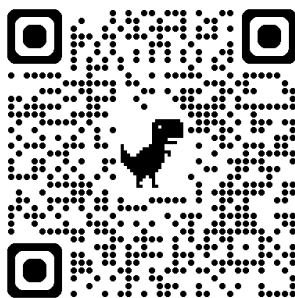
Para as pessoas classificadas no **Grupo A**, devem ser adotadas as seguintes condutas (BRASIL, 2024b):

1. Prescrever analgésicos/antitérmicos, antiemético e/ou antipruriginosos conforme orientações do **Anexo G**;
2. Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides.
3. Orientar repouso, alimentação adequada e hidratação oral, especificando na receita ou no **Cartão de Acompanhamento da Dengue (Anexo H)** o volume diário de líquidos a ser ingerido:
 - **Pessoas ≥ 13 anos:** 60 mL/kg/dia, sendo 1/3 do volume sob a forma de sais de reidratação oral (SRO), preferencialmente com maior oferta no início. Os 2/3 restantes devem ser ofertados na forma de líquidos caseiros, como água, sucos de frutas, soro caseiro, chás e água de coco, considerando os hábitos e a aceitação da pessoa.
 - **Crianças (< 13 anos):** considerar o volume de líquidos a ser ingerido conforme a recomendação baseada 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 do volume na forma de SRO e os 2/3 restantes por meio de água, sucos e chás.

Observação: Para crianças nas quais não seja possível realizar a aferição direta do peso corporal, poderá ser utilizada fórmula do peso aproximado, conforme a faixa etária. O valor estimado poderá auxiliar na definição das doses de medicamentos e dos volumes de hidratação, devendo, sempre que possível, ser substituído pelo peso aferido assim que este estiver disponível. A fórmula para estimativa do peso aproximado segundo a idade está apresentada no **Anexo I**.

- ✓ A hidratação oral das pessoas com suspeita de dengue deve ser iniciada ainda na sala de espera, enquanto aguardam a consulta. Nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento, considerar a oferta de 1/3 do volume recomendado.
- ✓ Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24 a 48 horas após a defervescência da febre.

A Calculadora de Hidratação é uma ferramenta destinada a auxiliar os profissionais de saúde na determinação da quantidade adequada de líquidos a serem administrados às pessoas com suspeita ou diagnóstico de dengue, de acordo com a classificação clínica. A ferramenta foi elaborada utilizando como fonte de dados o Manual Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança – 6ª edição, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. A calculadora pode ser acessada pelo site [Calculadora de Hidratação – Dengue](#) ou por meio do **QR Code** apresentado abaixo.

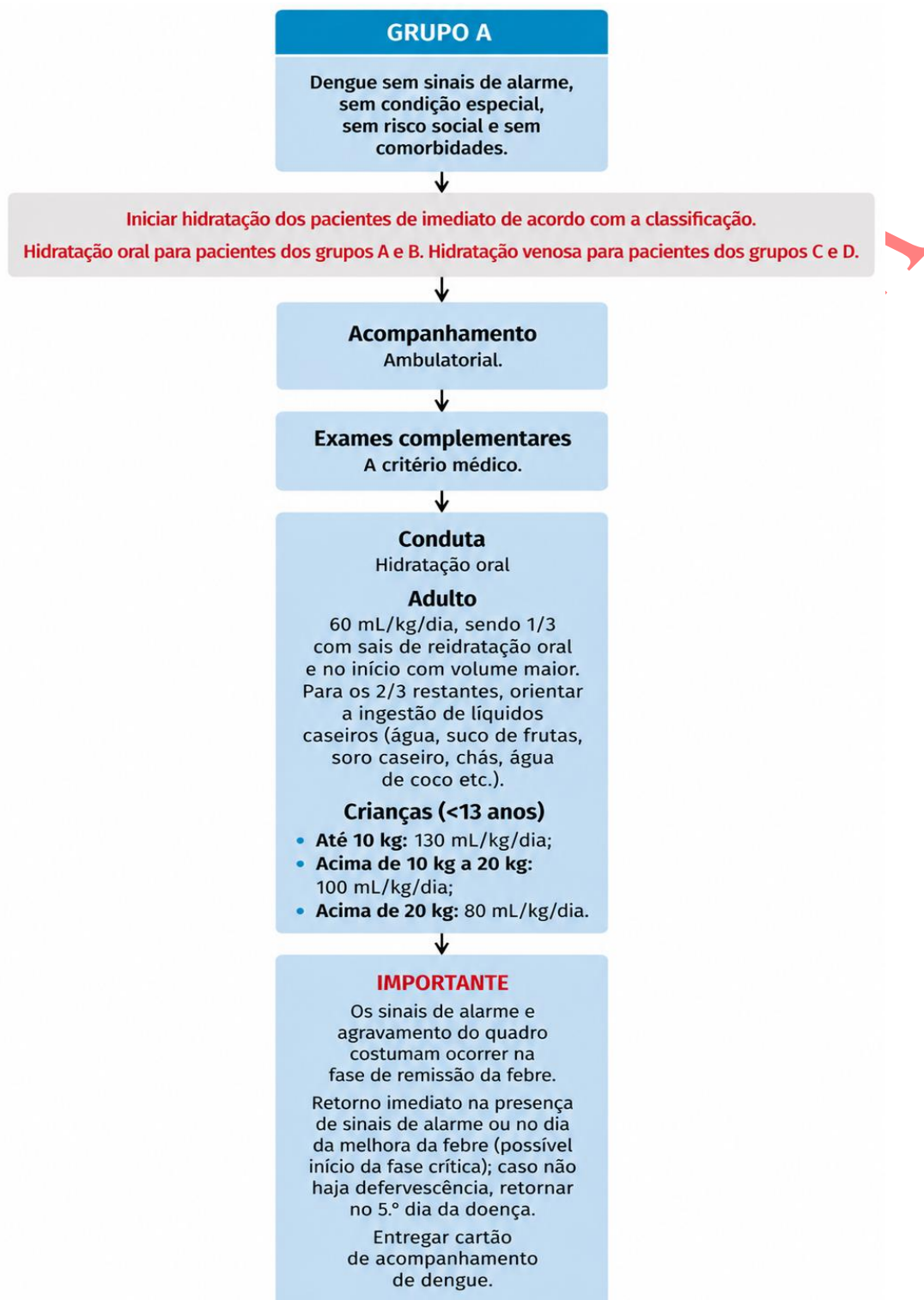


A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, devendo ser mantida conforme a aceitação da pessoa. O aleitamento humano deve ser mantido e estimulado.

4. Notificar o caso de dengue, conforme os fluxos de vigilância estabelecidos (**vide tópico 3**).
5. Registrar o termo “**NOTIFICADO**” no prontuário e no cartão de acompanhamento da dengue.
6. Orientar a pessoa a não se automedicar e a procurar imediatamente o serviço de urgência em caso de manifestações hemorrágicas ou sinais/sintomas de alarme (**vide tópico 6**).
7. Realizar monitoramento da pessoa, com contato diário pela equipe de saúde, conforme organização do serviço.
8. Agendar retorno para reavaliação clínica no dia de melhora da febre. Caso não ocorra defervescência, orientar retorno no 5º dia de doença.
9. Solicitar RT-PCR para arboviroses até o 5º dia de início dos sintomas ou sorologia para dengue (detecção de anticorpos IgM) a partir do 6º dia de início dos sintomas (**vide Tópico 11**).
10. Preencher o Cartão de Acompanhamento da Dengue (**Anexo H**) e liberar a pessoa para o domicílio, com orientações escritas sobre cuidados, hidratação, sinais de alarme e retorno.
11. Orientar quanto às medidas de eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*.
12. Reforçar o uso de repelentes pelas pessoas sintomáticas com suspeita de dengue, considerando que, durante o período de viremia, elas podem constituir fonte de infecção para o mosquito e contribuir para a transmissão da doença.
13. Registrar em prontuário a classificação de risco e a conduta adotada (BRASIL, 2024b).

As condutas descritas anteriormente estão sintetizadas no fluxograma a seguir (**Figura 5**), que apresenta, de forma esquemática, as principais etapas do manejo das pessoas classificadas no **Grupo A**, incluindo as orientações de hidratação, acompanhamento, reavaliação e retorno.

Figura 5 - Síntese do manejo clínico das pessoas classificadas no Grupo A



Fonte: Adaptado de Brasil, 2026b.

14 MANEJO CLÍNICO DOS CASOS DO GRUPO B

As pessoas classificadas no **Grupo B** devem ser atendidas e manejadas, preferencialmente, nos serviços de APS. Para todas as pessoas desse grupo, deve ser solicitado **hemograma**, com avaliação do resultado, preferencialmente, **no mesmo dia da coleta**. Nos casos de **gestantes**, devem ser observadas as particularidades relacionadas ao atendimento e ao acompanhamento, conforme descrito no **Tópico 21**.

OBSERVAÇÃO: Quando a UBS dispuser de condições para coleta e transporte do material até o Laboratório Municipal, o hemograma deverá ser realizado na própria unidade. Na impossibilidade de coleta na UBS, a pessoa deverá ser encaminhada ao Laboratório Municipal ou para o laboratório do Pronto Atendimento do Jardim Canadá, após avaliação clínica pela equipe da unidade, para realização do exame. O resultado deverá ser avaliado pelo médico da UBS, que definirá a conduta conforme o quadro clínico e os achados laboratoriais.

Para as pessoas classificadas no **Grupo B**, devem ser adotadas as seguintes **condutas** (BRASIL, 2024b):

- Iniciar hidratação oral enquanto a pessoa aguarda atendimento.
- Prescrever analgésicos/antitérmicos, antiemético e/ou antipruriginosos conforme orientações do **Anexo G**.
- Prescrever hidratação oral, conforme as recomendações estabelecidas para o Grupo A. Manter a alimentação conforme a aceitação da pessoa durante o período de hidratação. O aleitamento humano deve ser mantido e estimulado.
- Notificar o caso de dengue, conforme os fluxos de vigilância estabelecidos (**vide Tópico 3**).
- Registrar o termo “**NOTIFICADO**” no prontuário e no cartão de acompanhamento da dengue.

- Solicitar hemograma e exame para diagnóstico de dengue: RT-PCR para arboviroses até o 5º dia de início dos sintomas ou sorologia para dengue (detecção de anticorpos IgM) a partir do 6º dia de início dos sintomas.
- Entregar à pessoa uma cópia da ficha de notificação para apresentação no serviço responsável pela coleta do exame diagnóstico de dengue.
- Avaliar o hematócrito, conforme os seguintes critérios:
 - **Hematócrito Normal** (vide valores de referência no **Tópico 11**): retorno diário para reavaliação clínica e laboratorial, até 48h da defervescência da febre ou imediato se na presença de sinais de alarme;
 - **Hemoconcentração (aumento do hematócrito superior a 10% em relação ao valor basal da pessoa ou superior a 10% em relação ao valor médio de referência para sexo e idade) ou surgimento de sinais de alarme**: Nessas situações, a pessoa deverá ser **conduzida como Grupo C** (vide **Tópico 15**) (BELO HORIZONTE, 2024) (BRASIL, 2024b).
 - **Contagem de plaquetas inferior a 50.000/mm³**: encaminhar para o Serviço de Urgência, devido ao maior risco de sangramento, para avaliação e acompanhamento seriado, especialmente quando a pessoa estiver entre o 3º e o 5º dia de doença ou em uso de medicamentos que interfiram na coagulação (vide **Tópico 20**).
- Orientar a pessoa a não se automedicar e a procurar imediatamente o serviço de urgência diante de manifestações hemorrágicas ou sinais e sintomas de alarme (**vide Tópico 6**).
- Preencher o Cartão de Acompanhamento da Dengue (**Anexo H**) e fornecer orientações escritas para o cuidado no domicílio.
- Orientar quanto às medidas de eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*.
- Reforçar a recomendação para uso de repelentes durante o período de viremia, considerando que pessoas sintomáticas podem atuar como fonte de infecção para o mosquito e contribuir para a transmissão da doença.
- A alta poderá ser realizada após 48 horas da defervescência da febre ou, na ausência de sinais de alarme, após o 7º dia de doença.
- Registrar em prontuário a classificação de risco e a conduta adotada.

ATENÇÃO: As pessoas classificadas no **Grupo B** deverão retornar diariamente à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência para reavaliação clínica, conforme o protocolo assistencial. Nos dias em que a UBS estiver fechada, incluindo sábados, domingos, feriados e períodos de recesso, a reavaliação deverá ser realizada nos serviços de urgência do município, conforme os seguintes fluxos:

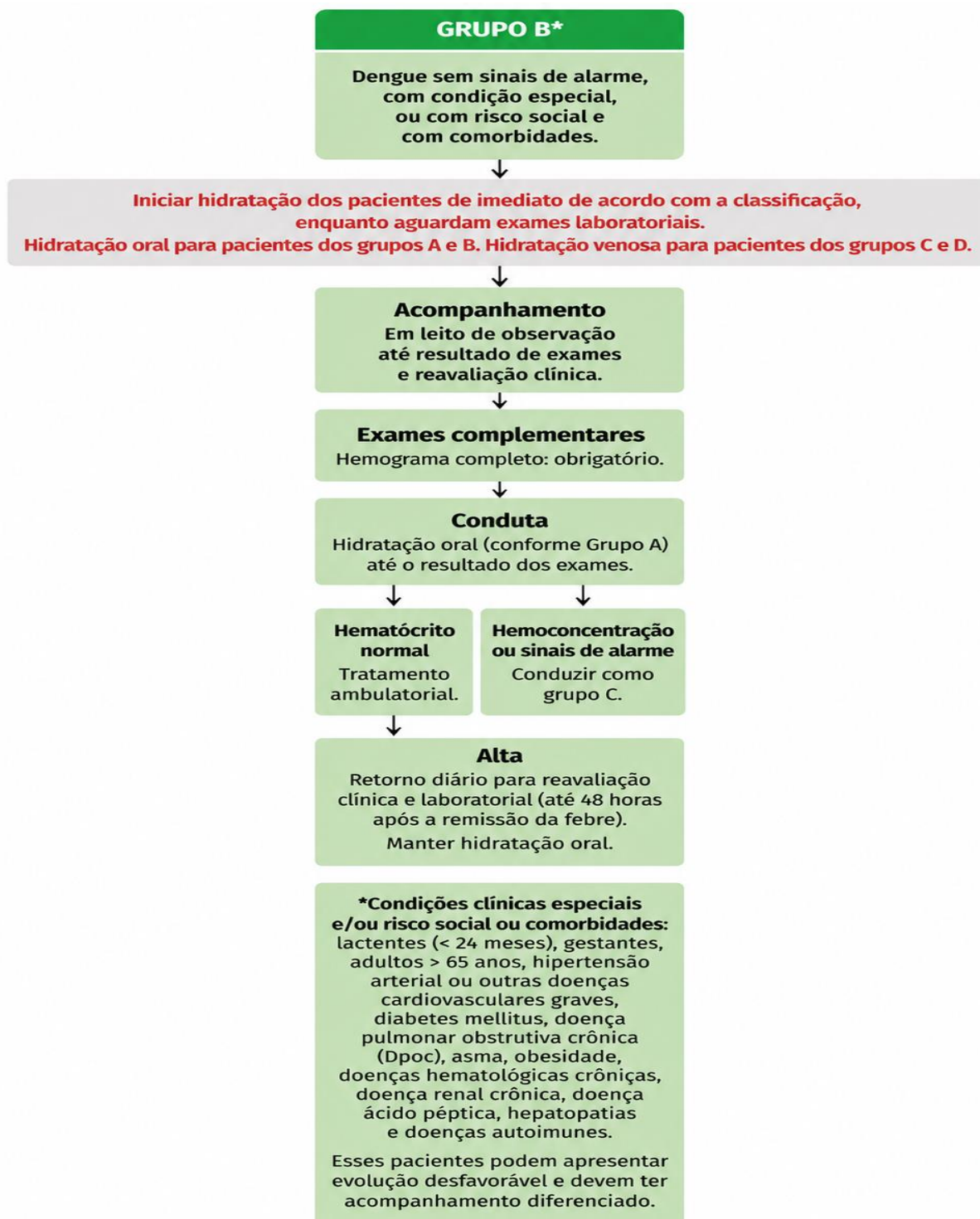
- **Pessoas com idade igual ou superior a 13 anos:** deverão ser encaminhadas à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou ao Pronto Atendimento do Jardim Canadá.
- **Crianças menores de 13 anos:** deverão ser encaminhadas ao Hospital Nossa Senhora de Lourdes (HNSL) ou ao Pronto Atendimento do Jardim Canadá.
- **Gestantes:** deverão ser encaminhadas à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou ao Pronto Atendimento do Jardim Canadá.

O médico ou enfermeiro da UBS deverá preencher o **Formulário de Encaminhamento (Anexo F)**, assinalando a opção correspondente no campo “**h. Reavaliação Grupo B no serviço de urgência:** ☐ Sim ☐ Não” e preenchendo os demais campos pertinentes.

Esses profissionais também deverão providenciar as solicitações de hemograma necessárias para os dias de reavaliação durante o período em que a UBS estiver fechada, com o objetivo de agilizar o atendimento nos serviços de urgência e garantir a continuidade do acompanhamento clínico.

As condutas descritas anteriormente estão sintetizadas no fluxograma apresentado a seguir (**Figura 6**), que reúne, de forma esquemática, as principais etapas do manejo das pessoas classificadas no **Grupo B**, incluindo a avaliação clínica e laboratorial, a hidratação, o acompanhamento, os critérios para encaminhamento e as orientações para retorno.

Figura 6 - Síntese do manejo clínico das pessoas classificadas no Grupo B



Fonte: Brasil, 2026b.

15 MANEJO CLÍNICO DOS CASOS DO GRUPO C

Todas as pessoas classificadas no **Grupo C** devem ser encaminhadas para **serviço de urgência**, permanecendo sob acompanhamento clínico contínuo, com reavaliações periódicas e monitoramento rigoroso do balanço hídrico.

O encaminhamento deverá ocorrer conforme a faixa etária e as condições clínicas:

- **UPA:** pessoas maiores de 12 anos.
- **Pronto Atendimento Jardim Canadá:** pessoas de todas as idades.
- **HNSL:** pessoas de até 12 anos e gestantes.

Na presença de **sinais de alarme**, a **reposição volêmica deverá ser iniciada imediatamente**, em qualquer ponto de atenção, independentemente do nível de complexidade do serviço e, inclusive, durante eventual transferência para a unidade de referência, **mesmo na ausência de resultados de exames complementares**.

Deverão ser realizados os seguintes **exames laboratoriais complementares obrigatórios**: hemograma, transaminases e dosagem de albumina sérica. Para o diagnóstico etiológico, deverá ser solicitado **RT-PCR para arboviroses até o 5º dia de início dos sintomas** ou **sorologia para dengue (detecção de anticorpos IgM) a partir do 6º dia**, conforme o tempo de evolução da doença e as orientações deste protocolo.

Outros exames poderão ser solicitados conforme o quadro clínico e a avaliação médica, incluindo glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, tempo de atividade da protrombina (TAP) e ecocardiograma. **Exames de imagem recomendados** (BRASIL, 2024b):

- **Radiografia de tórax:** incidências posteroanterior (PA), perfil e Hjelm-Laurell.
- **Ultrassonografia de abdome:** apresenta maior sensibilidade para a identificação de derrames cavitários, podendo auxiliar na avaliação de extravasamento de plasma.

Para as pessoas classificadas no **Grupo C**, devem ser adotadas as seguintes condutas (BRASIL, 2024b):

- Iniciar a reposição volêmica imediata com soro fisiológico (SF) 0,9%, na dose de 10 mL/kg na primeira hora.
- Essas pessoas devem permanecer em acompanhamento em leito de internação até estabilização (mínimo 48 horas).
- Realizar exames complementares:
 - **Obrigatórios:** hemograma, dosagem de albumina sérica e transaminases; RT-PCR para arboviroses, até o 5º dia de início dos sintomas, ou sorologia para dengue (detecção de anticorpos IgM), a partir do 6º dia de início dos sintomas;
 - **Recomendados:** radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Hjelm-Laurell) e ultrassonografia de abdômen;
 - **Conforme avaliação clínica:** glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, tempo de atividade de protrombina (TAP) e ecocardiograma.
- Após a primeira hora, realizar **reavaliação clínica**, incluindo sinais vitais, pressão arterial e diurese (desejável 1 mL/kg/h).
- Na segunda hora, manter hidratação venosa de **10 mL/kg/hora** com **SF 0,9%** até a avaliação do hematócrito, que deverá ocorrer em duas horas após a etapa de reposição volêmica.
- O total máximo de cada fase de expansão é de 20 mL/kg em duas horas, para garantir administração gradativa e monitorada.
- **Se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos**, repetir a fase de expansão até três vezes. Seguir a orientação de reavaliação clínica (sinais vitais, PA e avaliar diurese) após uma hora, e de hematócrito a cada duas horas, após a conclusão de cada etapa.
- **Sem melhora clínica e laboratorial:** conduzir como **Grupo D**.
- **Com melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão:** Iniciar a fase de manutenção com soro fisiológico.

- **Primeira fase de manutenção:** 25ml/kg em 6 horas. Se houver melhora, iniciar a segunda fase;
- **Segunda fase de manutenção:** 25ml/kg em 8 horas.

Como ferramenta de apoio à assistência, especialmente para o cálculo de gotejamento, recomenda-se a utilização da [Calculadora de Hidratação para Dengue](#), desenvolvida pela Prefeitura Municipal de Contagem (MG), tendo como referência o manual do Ministério da Saúde “Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança”. A ferramenta auxilia os profissionais de saúde no cálculo dos volumes de hidratação, conforme a classificação clínica e as características do paciente, contribuindo para a padronização das condutas assistenciais. A calculadora pode ser acessada pelo QR Code abaixo:



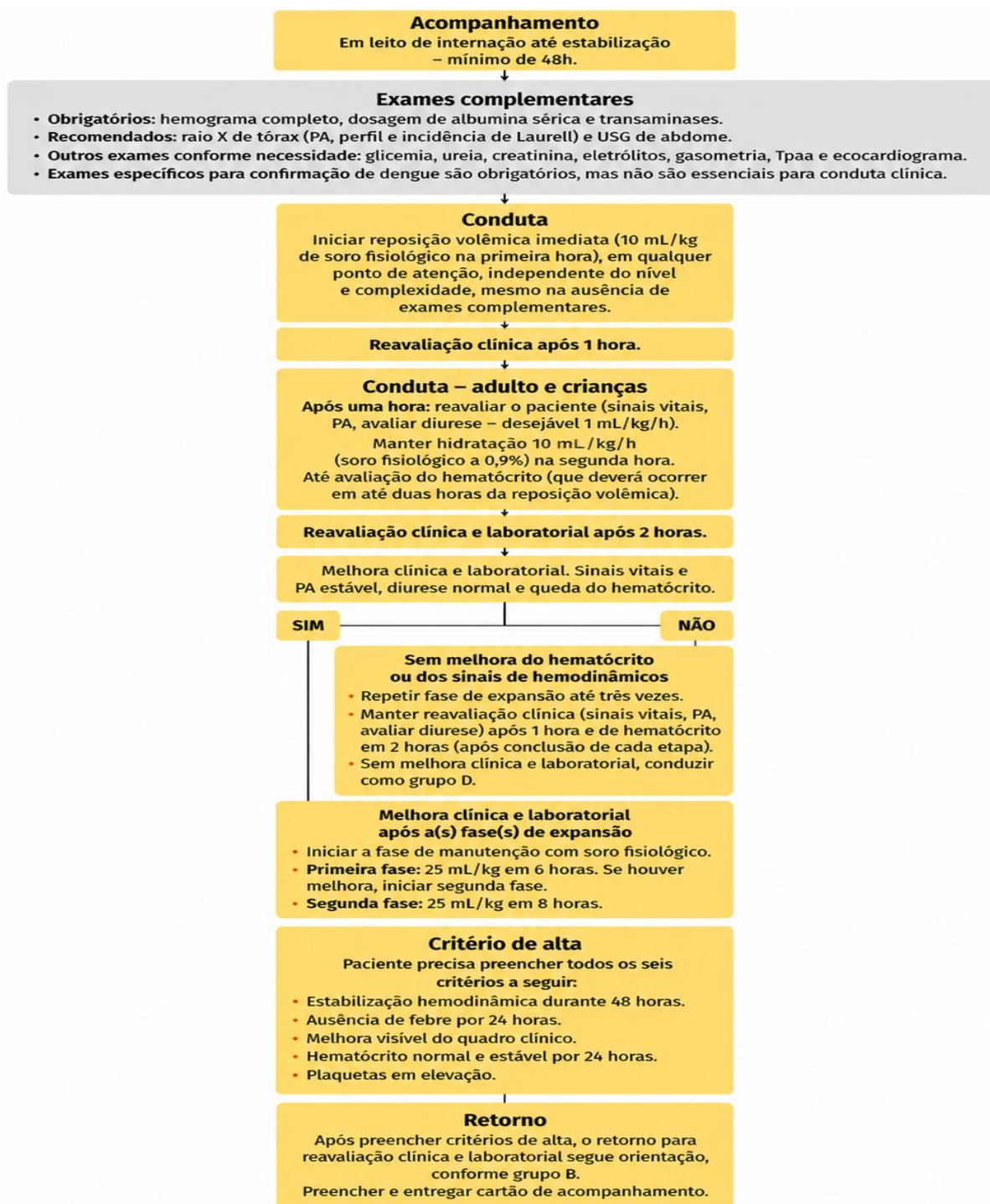
Atenção: a calculadora constitui um instrumento complementar de apoio à decisão clínica e não substitui a avaliação individualizada do paciente, o julgamento profissional nem as orientações do protocolo municipal e das diretrizes vigentes do Ministério da Saúde.

- Promover forma de aferição de diurese, por meio de coletores ou sonda vesical de demora (SVD).
- As pessoas desse grupo precisam de avaliação contínua. Na presença de sinais de agravamento ou choque, a reavaliação médica deve ser imediata.
- Em pessoas idosas, 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.

- Caso preencha todos os critérios de alta (**Anexo J**), encaminhar para acompanhamento na UBS conforme orientações para acompanhamento do **Grupo B**.
- Notificar o caso de dengue, conforme os fluxos de vigilância estabelecidos (**vide Tópico 3**).
- Registrar o termo “**NOTIFICADO**” no prontuário e no cartão de acompanhamento da dengue.
- Orientar a pessoa a não se automedicar e a procurar imediatamente o serviço de urgência diante de manifestações hemorrágicas ou sinais e sintomas de alarme (**vide Tópico 6**).
- Preencher o Cartão de Acompanhamento da Dengue (**Anexo H**) e fornecer orientações escritas para o cuidado no domicílio.
- Orientar quanto às medidas de eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*.
- Reforçar a recomendação para **uso de repelentes** durante o período de viremia, considerando que pessoas sintomáticas podem atuar como fonte de infecção para o mosquito e contribuir para a transmissão da doença.
- Em gestantes, seguir as recomendações do **Tópico 20**.
- Prescrever analgésicos/antitérmicos, antiemético e/ou antipruriginosos conforme orientações do **Anexo G**.
- Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides.
- Registrar em prontuário a classificação de risco e a conduta adotada.

As condutas descritas anteriormente estão sintetizadas no fluxograma apresentado a seguir (**Figura 7**), que reúne, de forma esquemática, as principais etapas do manejo das pessoas classificadas no **Grupo C**, incluindo a hidratação, a reavaliação clínica e laboratorial, o monitoramento e os critérios para progressão ou alta do cuidado.

Figura 7 - Síntese do manejo clínico das pessoas classificadas no Grupo C



Fonte: Brasil, 2026b.

16 MANEJO CLÍNICO DOS CASOS DO GRUPO D

Todas as pessoas classificadas no **Grupo D** devem ser encaminhadas para **serviço de urgência**, conforme o fluxo assistencial estabelecido:

- **UPA:** pessoas maiores de 12 anos;
- **Pronto Atendimento Jardim Canadá:** pessoas de todas as idades;
- **HNSL:** pessoas de até 12 anos e gestantes.

Quando o atendimento inicial ocorrer na UBS, deve-se acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para realização da transferência da pessoa ao serviço de urgência de referência.

Nos serviços de urgência, a pessoa deverá ser **imediatamente avaliada e mantida em sala de urgência/estabilização, sob monitorização contínua**. Nos casos que não forem reclassificados como Grupo C, deverá ser realizado o cadastro no **SUS Fácil** para solicitação de leito de terapia intensiva, mantendo-se contato direto com o **HNSL**, pelo telefone **(31) 3589-1335**, para verificação de disponibilidade de vaga e agilização da transferência. **Gestantes devem ser priorizadas**.

Devido à presença de **sinais de choque, sangramento grave e/ou disfunção grave de órgãos**, a **reposição volêmica deve ser iniciada imediatamente**, independentemente do ponto de atenção ou do nível de complexidade do serviço. A hidratação deve ser iniciada inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, **sem aguardar a realização ou os resultados dos exames complementares** (BRASIL, 2024b).

Nas pessoas classificadas no **Grupo D**, deverão ser realizados os seguintes **exames laboratoriais complementares obrigatórios**: hemograma, transaminases e dosagem de albumina sérica. Para o diagnóstico etiológico, deverá ser solicitado **RT-PCR para arboviroses até o 5º dia de início dos sintomas** ou **sorologia para dengue (detecção de anticorpos IgM) a partir do 6º dia**, conforme o tempo de evolução da doença e as orientações deste protocolo.

Os **exames específicos para confirmação laboratorial da dengue são obrigatórios para as pessoas classificadas no Grupo D**, porém não são essenciais para a definição da conduta clínica e não devem retardar o início das medidas de suporte e da reposição volêmica.

Outros exames poderão ser solicitados conforme o quadro clínico e a avaliação médica, incluindo glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, tempo de atividade da protrombina (TAP) e ecocardiograma. **Exames de imagem recomendados** (BRASIL, 2024b):

- **Radiografia de tórax:** incidências posteroanterior (PA), perfil e *Hjelm-Laurell*.
- **Ultrassonografia de abdome:** apresenta maior sensibilidade para a identificação de derrames cavitários, podendo auxiliar na avaliação de extravasamento de plasma.

Para as pessoas classificadas no **Grupo D**, devem ser adotadas as seguintes **condutas** (BRASIL, 2024b):

- Puncionar dois acessos vasculares periféricos de grosso calibre;
- Ofertar oxigênio em todas as situações de choque, podendo ser utilizado cateter, máscara, CPAP nasal, ventilação não invasiva ou ventilação mecânica, conforme a tolerância e a gravidade do quadro;
- Estabelecer método para monitoramento do débito urinário, por meio de coletor ou SVD;
- Iniciar imediatamente a fase de expansão volêmica rápida, com SF 0,9%, na dose de 20 mL/kg, em até 20 minutos, independentemente do nível de complexidade do serviço. A reposição deve ser iniciada inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência e não deve ser postergada pela ausência de exames complementares;

Obs.: Em **pessoas idosas e/ou com comorbidades que aumentem o risco de sobrecarga volêmica**, a reposição deve ser realizada com monitoramento rigoroso da tolerância à reposição volêmica, observando-se sinais de congestão pulmonar, incluindo crepitações à ausculta pulmonar.

- Realizar **reavaliação clínica a cada 15 a 30 minutos** e avaliação do **hematócrito a cada 2 horas**. As pessoas classificadas no **Grupo D** devem permanecer sob **monitoramento contínuo** (BRASIL, 2024b).
- Na suspeita de **sepsse bacteriana ou meningococemia**, deve-se realizar investigação microbiológica, quando disponível, e iniciar antibioticoterapia conforme avaliação médica e protocolo institucional vigente, sem retardar o tratamento. As principais diferenças entre o choque da dengue e o choque séptico estão apresentadas no **Anexo K**.
- A fase de expansão poderá ser repetida por até três vezes, conforme a resposta clínica e laboratorial.
- Havendo melhora clínica e laboratorial após a expansão, a pessoa deverá retornar à conduta estabelecida para o **Grupo C**, seguindo o esquema de hidratação e acompanhamento correspondente.

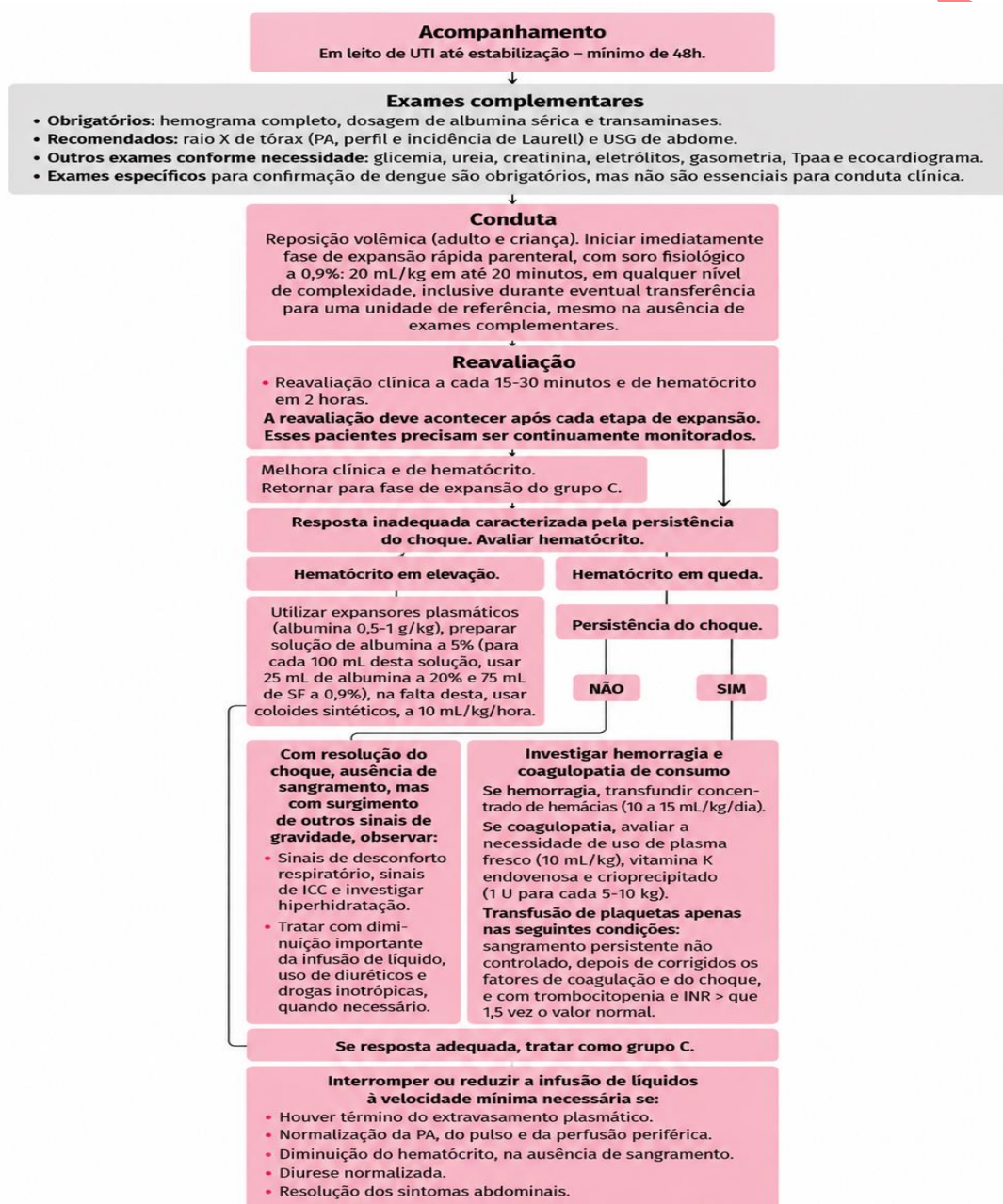
Observação: Essas pessoas devem permanecer em acompanhamento em leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) até estabilização por período mínimo de 48 horas. Após a estabilização, deverão permanecer em leito de internação, conforme avaliação clínica.

- Na ausência de resposta adequada, caracterizada pela **persistência do choque**, deve-se avaliar:
 - **Hematócrito em ascensão após a reposição volêmica adequada:** utilizar expansores plasmáticos (albumina 0,5 g/kg a 1 g/kg); preparar solução de albumina a 5% (para cada 100 mL dessa solução, usar 25 mL de albumina a 20% e 75 mL de soro fisiológico a 0,9%). Na falta dela, utilizar coloides sintéticos (10 mL/kg/hora).
 - **Hematócrito em queda e persistência do choque:** investigar hemorragias e avaliar a coagulação:
 - **presença de hemorragia:** transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 mL/kg/dia);
 - **presença de coagulopatia:** avaliar a necessidade de uso de plasma fresco (10 mL/kg), vitamina K endovenosa e crioprecipitado (1 U para cada 5 kg a 10 kg);
 - Considerar a **transfusão de plaquetas** nas seguintes situações:

- sangramento persistente não controlado, após correção dos fatores de coagulação e do choque;
- trombocitopenia e Relação Normatizada Internacional (RNI) >1,5 vez o valor normal.
- Se o **hematócrito** estiver **em queda com resolução do choque, ausência de sangramentos**, mas **com o surgimento de outros sinais de gravidade**, observar:
 - sinais de desconforto respiratório, sinais de insuficiência cardíaca congestiva e investigar hiper-hidratação;
 - deve-se tratar com redução da infusão de líquido, uso de diuréticos e drogas inotrópicas, quando necessário.
- A infusão de líquidos deverá ser interrompida ou reduzida à velocidade mínima necessária quando forem observados:
 - término do extravasamento plasmático;
 - normalização da pressão arterial, do pulso e da perfusão periférica;
 - redução do hematócrito na ausência de sangramento;
 - normalização da diurese;
 - resolução dos sintomas abdominais.
- Após o preenchimento de todos os critérios de alta (**Anexo J**), encaminhar a pessoa para reavaliação clínica e laboratorial, conforme as orientações estabelecidas para o **Grupo B**.
- Notificar o caso de dengue, conforme os fluxos de vigilância estabelecidos (**vide Tópico 3**).
- Registrar o termo “**NOTIFICADO**” no prontuário e no cartão de acompanhamento da dengue.
- Preencher e entregar o Cartão de Acompanhamento da Dengue (**Anexo H**).
- Prescrever analgésicos/antitérmicos, antiemético e/ou antipruriginosos conforme orientações do **Anexo G**.
- Orientar a pessoa quanto ao retorno após a alta e aos sinais e sintomas que indiquem necessidade de nova avaliação.

As condutas descritas anteriormente estão sintetizadas no fluxograma apresentado a seguir (**Figura 8**), que reúne, de forma esquemática, as principais etapas do manejo das pessoas classificadas no **Grupo D**, incluindo a hidratação, a reavaliação clínica e laboratorial, o monitoramento e os critérios para progressão ou alta do cuidado.

Figura 8 - Síntese do manejo clínico das pessoas classificadas no Grupo D



Fonte: Brasil, 2026b.

17 CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES PARA OS GRUPOS C e D

- **Oxigenoterapia:** ofertar oxigênio em todas as situações de choque, utilizando cateter nasal, máscara, CPAP, ventilação não invasiva ou ventilação mecânica, conforme a tolerância da pessoa e a gravidade do quadro (BRASIL, 2024b).
- **Extravasamento de plasma:** a pessoa pode apresentar edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários decorrentes do aumento da permeabilidade capilar. Esses achados, isoladamente, não caracterizam hiper-hidratação, embora possam se intensificar após uma reposição volêmica adequada.
- **Monitoramento da reposição volêmica:** acompanhar a resposta à reposição por meio da avaliação do hematócrito, do débito urinário e dos sinais vitais.
- **Procedimentos invasivos:** evitar procedimentos invasivos desnecessários, como toracocentese, paracentese e pericardiocentese.
- **Acesso vascular:** no choque compensado, pode ser utilizado acesso venoso periférico de grande calibre. Nas fases iniciais da reanimação, o acesso venoso deve ser obtido o mais rapidamente possível.
- **Via intraóssea:** em crianças, pode ser utilizado quando o acesso vascular não for obtido rapidamente, para administração de líquidos e medicamentos durante a reanimação cardiopulmonar (RCP) ou no tratamento do choque descompensado.
- **Via aérea:** em situações de parada cardiorrespiratória, quando a intubação orotraqueal não puder ser realizada, inclusive devido a sangramento excessivo das vias aéreas, a **máscara laríngea** pode ser utilizada como alternativa.
- **Monitorização:** recomenda-se monitorização hemodinâmica não invasiva, como a oximetria de pulso. Em pessoas graves, descompensadas e de difícil manejo, os benefícios da monitorização invasiva, como PAM, pressão venosa central (PVC) e saturação venosa central de oxigênio (SvcO₂), podem superar os riscos.
- **Disfunção miocárdica:** o choque associado à disfunção miocárdica pode requerer o uso de medicamentos inotrópicos. A definição da conduta deve considerar a fase da doença:

- o durante a **fase de extravasamento plasmático**, há necessidade de reposição volêmica;
- o durante a **fase de reabsorção plasmática**, deve-se considerar a restrição hídrica.
- o As seguintes drogas inotrópicas podem ser administradas:
 - **Dopamina:** 5–10 µg/kg/min;
 - **Dobutamina:** 5–20 µg/kg/min;
 - **Milrinona:** 0,5–0,8 µg/kg/min.

CONSULTA PÚBLICA

18 CORREÇÃO ESPECÍFICA DE OUTROS DISTÚRBIOS ELETROLÍTICOS E METABÓLICOS

Os distúrbios eletrolíticos e metabólicos mais frequentemente observados em pessoas com dengue, tanto adultas quanto crianças, incluem hiponatremia, hipocalemia e acidose metabólica, cuja correção deve considerar a gravidade do quadro e os resultados dos exames laboratoriais (BRASIL, 2024b).

- **Hiponatremia:** deve ser corrigida após o tratamento da desidratação ou do choque, quando o sódio (Na) sérico for inferior a **120 mEq/L** ou na presença de manifestações neurológicas. Para a correção da hiponatremia grave, pode ser utilizada a seguinte fórmula:

Cálculo da reposição de sódio

$$(130 - \text{Na atual}) \times \text{peso} \times 0,6 = \text{mEq de NaCl a 3\% a repor em mL}$$

- Considera-se que 1 mL de NaCl a 3% contém 0,51 mEq de sódio.
- Como alternativa prática para o preparo da solução a 3%, podem ser utilizados 85 mL de água destilada e 15 mL de NaCl a 20%. A velocidade de correção indicada é de **0,5 a 2 mEq/kg/dia ou de 1 a 2 mL/kg/h**, devendo ser realizada nova dosagem do sódio sérico após a correção.
- **Hipocalemia:** deve ser corrigida por via endovenosa nos casos graves, especialmente quando o potássio sérico for inferior a **2,5 mEq/L**. Nesses casos, recomenda-se reposição de **0,2 a 0,4 mEq/kg/h**, respeitando a concentração máxima de **4 mEq/100 mL de solução**.
- **Acidose Metabólica:** deve-se, inicialmente, corrigir a desidratação ou o choque. A administração de bicarbonato de sódio (NaHCO_3) deve ser considerada quando o bicarbonato sérico for inferior a 10 mEq/L e/ou o pH for inferior a 7,2. Para o cálculo da reposição, utiliza-se a seguinte fórmula:

Cálculo da reposição de bicarbonato:

$$(\text{bicarbonato desejado [15 a 22]} - \text{bicarbonato encontrado}) \times 0,4 \times \text{peso (kg)}$$

Em pessoas adultas com choque que não apresentem resposta após duas etapas de expansão e que estejam sendo atendidas em unidades sem disponibilidade de gasometria, poderá ser utilizada, durante a terceira tentativa de expansão, a infusão de 40 mL de NaHCO_3 a 8,4%.

CONSULTA PÚBLICA

19 HIDRATAÇÃO VENOSA EM PESSOAS ADULTAS CARDIOPATAS COM DENGUE

Nas pessoas com **insuficiência cardíaca congestiva (ICC)**, a hidratação venosa deve ser realizada com monitoramento criterioso, considerando o risco de sobrecarga volêmica. Durante a reposição de líquidos, devem ser monitorados a pressão arterial, o débito urinário, a perfusão periférica e a presença de congestão pulmonar, conforme os parâmetros apresentados no **Quadro 6** (BRASIL, 2024b).

Quadro 6 - Parâmetros para monitoramento da hidratação venosa em pessoas adultas cardiopatas com dengue

Parâmetro	Avaliação e frequência	Achados de atenção / considerações
Pressão arterial	- Avaliar a cada 1–4 horas, conforme a gravidade do paciente. - Para fins práticos, considera-se hipotensão arterial a pressão arterial sistólica (PAS) < 100 mmHg, medida no esfigmomanômetro.	A hipotensão arterial pode indicar hipoperfusão tecidual e necessidade de ajuste da reposição volêmica.
Perfusão periférica	Avaliar a cada 1–4 horas, conforme a gravidade do paciente.	A redução da perfusão periférica é caracterizada por: - pulso rápido e fino; - extremidades frias; - sudorese fria; - tempo de enchimento capilar > 2 segundos; - e, em casos mais graves, alteração do nível de consciência.
Congestão pulmonar	Avaliar a cada 1–4 horas, conforme a gravidade do paciente.	A presença de congestão pulmonar pode ser identificada por dispneia, ortopneia e uso de musculatura respiratória acessória, juntamente com estertores pulmonares crepitantes ao exame físico. Na radiografia de tórax, podem ser evidenciados infiltrado pulmonar (intersticial ou alveolar) e linhas de Kerley.
Débito urinário	- Mensurar a cada 4–6 horas. - Considerar o valor total indexado por hora e pelo peso ideal.	Pacientes críticos pela dengue (hematócrito em queda, choque) ou com grave comprometimento da doença de base (insuficiência respiratória, edema agudo de pulmão) devem ter cateter vesical de demora e aferição horária da diurese.
O monitoramento contínuo desses parâmetros deve orientar a condução da hidratação venosa, considerando o risco de sobrecarga hídrica em pacientes cardiopatas com dengue.		

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

A abordagem da hidratação e da ressuscitação volêmica está resumida no **Quadro 7**.

Quadro 7 - Conduta para hidratação e ressuscitação volêmica conforme estado hemodinâmico

	Hipotenso	Normotenso
Oligúria	Amina vasoativa / volume*	Ressuscitação volêmica
Débito urinário normal	Ressuscitação volêmica	Manutenção
Hipoperfusão periférica	Amina vasoativa / volume	Ressuscitação volêmica
Perfusão periférica normal	Ressuscitação volêmica	Manutenção
Congestão pulmonar	Amina vasoativa	Diurético

*Conforme a presença ou não de congestão pulmonar.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

Considera-se **hidratação** a administração rápida de volume, com cristalóide ou coloide, em período de **30 a 60 minutos**. A **ressuscitação volêmica**, por sua vez, corresponde à administração de volume predeterminado ao longo de **12 a 24 horas**, sendo considerada, neste protocolo, como **terapia de manutenção** (BRASIL, 2024b).

Em pessoas **cardiopatas**, a ressuscitação volêmica deve ser **individualizada de acordo com a classe funcional**, conforme apresentado no **Quadro 8** (BRASIL, 2024b).

Quadro 8 - Estágios da Insuficiência Cardíaca segundo a classificação da New York Heart Association (NYHA)

CLASSE I (assintomático)	Sem limitações para atividade física. Atividades usuais não causam fadiga inapropriada, palpitações ou dispneia.
CLASSE II (leve)	Limitação discreta das atividades. Confortável em repouso, mas atividades físicas usuais resultam em fadiga, palpitações ou dispneia.
CLASSE III (moderada)	Limitação marcante da atividade física. Confortável em repouso, mas atividades mais leves que as usuais geram fadiga, palpitações ou dispneia.
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.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

As pessoas classificadas em **classe funcional I** devem receber hidratação conforme as recomendações descritas neste protocolo. As pessoas em **classe funcional IV** devem ser encaminhadas para UTI e manejadas como pessoas em estado crítico (BRASIL, 2024b).

Para as pessoas em **classe funcional II**, recomenda-se a administração de soro fisiológico a 0,9% ou *Ringer* simples, na dose de 15 mL/kg de peso, idealmente em 30 minutos. Essa etapa poderá ser repetida por até três vezes, sob monitoramento clínico rigoroso (BRASIL, 2024b).

Nas pessoas em **classe funcional III**, recomenda-se a administração de soro fisiológico a 0,9% ou *Ringer* simples, na dose de 10 mL/kg de peso, idealmente em 30 minutos, podendo essa etapa ser repetida por até três vezes, também sob monitoramento clínico rigoroso (BRASIL, 2024b).

As orientações para a hidratação venosa nas pessoas com dengue e insuficiência cardíaca, de acordo com as classes funcionais da New York Heart Association (NYHA), estão sintetizadas no **Quadro 9**.

Quadro 9 - Conduta para hidratação venosa de pessoas com dengue, conforme a classe funcional da insuficiência cardíaca segundo a NYHA

Classe funcional	Conduta	Solução recomendada	Volume e tempo de infusão
I	Realizar hidratação conforme as recomendações descritas neste protocolo.	Conforme protocolo (geralmente soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples).	Conforme protocolo.
II	Administrar hidratação venosa com volume reduzido, sob rigorosa observação clínica.	Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples.	15 mL/kg de peso , idealmente em 30 minutos. Pode repetir por até 3 vezes.
III	Administrar hidratação venosa com volume ainda mais reduzido, sob rigorosa observação clínica.	Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples.	10 mL/kg de peso , idealmente em 30 minutos. Pode repetir por até 3 vezes.
IV	Encaminhar para unidade de terapia intensiva (UTI) e manejar como pessoa em estado crítico.	Conforme avaliação da equipe da UTI.	Conforme avaliação da equipe da UTI.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

Na presença de hipotensão associada à congestão pulmonar e à hipoperfusão periférica, especialmente quando a PAS for inferior a 100 mmHg, bem como em pessoas oligúricas, hipotensas e com sinais de congestão, recomenda-se o uso de aminas vasoativas, conforme avaliação clínica. As principais opções, respectivas doses e efeitos estão apresentadas no **Quadro 10** (BRASIL, 2024b).

Quadro 10 - Aminas vasoativas conforme dose e efeito

Amina	Dose	Efeito
Dopamina	10 a 20 mcg/kg/min	Vasoconstrição generalizada
Dobutamina	2,5 a 20 mcg/kg/min	Inotrópico e cronotrópico positivo e vasodilatador
Adrenalina	0,01 a 0,3 mcg/kg/min	Inotrópico e cronotrópico positivo
Noradrenalina	0,01 a 0,5 mcg/kg/min	Potente vasoconstritor e leve inotrópico positivo

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

As doses das aminas vasoativas devem ser individualizadas de acordo com a resposta clínica, tendo como objetivos a melhora da diurese e a manutenção da PAS acima de 100 mmHg (BRASIL, 2024b).

Nas pessoas com perfusão periférica reduzida e hipotensão arterial, recomenda-se a associação de ressuscitação volêmica com dopamina ou noradrenalina, com o objetivo de melhorar a perfusão e reduzir o risco de congestão e hiper-hidratação (BRASIL, 2024b).

Nas pessoas com hipotensão, congestão e disfunção ventricular esquerda previamente conhecida, quando houver indicação de utilização de dobutamina, pode ser necessária sua associação com dopamina ou noradrenalina, conforme avaliação clínica (BRASIL, 2024b).

Após a melhora do débito urinário e da pressão arterial, deve-se iniciar a hidratação de manutenção, com restauração progressiva da volemia. Recomenda-se a administração de 15 a 25 mL/kg de SF a 0,9% ou *Ringer* simples a cada 12 horas, com acompanhamento rigoroso quanto ao surgimento de sinais de congestão pulmonar (BRASIL, 2024b).

20 USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS E ANTITROMBÓTICOS EM PESSOAS COM DENGUE

O uso de **antiagregantes plaquetários** em pessoas adultas com dengue, especialmente o **ácido acetilsalicílico (AAS)** e a **dupla antiagregação plaquetária (DAPT)**, requer avaliação individualizada, considerando os riscos de complicações trombóticas e hemorrágicas. Em determinadas situações, o risco de complicações trombóticas pode superar o risco de sangramento, mesmo diante de dengue associada à trombocitopenia. Dessa forma, a necessidade de manutenção ou suspensão desses medicamentos deve ser avaliada individualmente, considerando a indicação do tratamento e a contagem de plaquetas (BRASIL, 2024b).

20.1 Pessoas em uso de DAPT: AAS e clopidogrel

Pessoas submetidas recentemente à angioplastia coronariana com implante de stent farmacológico há até seis meses ou de *stent* convencional há até um mês, e que estejam em uso de DAPT, devem, quando possível, manter o tratamento durante a infecção pelo vírus da dengue, considerando o risco de eventos trombóticos relacionados à interrupção da terapia (BRASIL, 2024b).

A conduta deve ser definida de acordo com a **contagem de plaquetas**, conforme apresentado a seguir:

- **Plaquetas $> 50 \times 10^9/L$** : não há necessidade de internação exclusivamente em razão da DAPT. Recomenda-se monitoramento diário da contagem de plaquetas, conforme o acompanhamento estabelecido para o **Grupo B**.
- **Plaquetas entre $30 \times 10^9/L$ e $50 \times 10^9/L$** : a pessoa deve ser mantida em **leito de observação**, com monitoramento diário da contagem de plaquetas.
- **Plaquetas $< 30 \times 10^9/L$** : deve-se suspender a dupla antiagregação plaquetária e manter a pessoa em leito de observação até que a contagem de plaquetas ultrapasse $50 \times 10^9/L$.

Após atingir esse valor, os antiagregantes devem ser reintroduzidos conforme o esquema terapêutico previamente prescrito.

Na presença de sangramento, está indicada a transfusão de plaquetas, associada às medidas específicas para controle da hemorragia, conforme avaliação clínica (BRASIL, 2024b).

As orientações apresentadas anteriormente estão **sintetizadas no Quadro 11**, que reúne, de forma objetiva, as principais condutas relacionadas ao uso de **DAPT** em pessoas com dengue, de acordo com a contagem de plaquetas.

Quadro 11 - Síntese das condutas para pessoas com dengue em uso de DAPT, segundo a contagem de plaquetas

Contagem de plaquetas	Conduta
$> 50 \times 10^9/L$	Manter a dupla antiagregação plaquetária (DAPT). Não há necessidade de internação exclusivamente em razão do uso da DAPT. Monitorar a contagem de plaquetas diariamente, conforme o acompanhamento estabelecido para o Grupo B.
$30-50 \times 10^9/L$	Manter em leito de observação. Monitorar a contagem de plaquetas diariamente.
$< 30 \times 10^9/L$	Suspender a dupla antiagregação plaquetária (DAPT). Manter em leito de observação até que a contagem de plaquetas ultrapasse $50 \times 10^9/L$. Após atingir esse valor, reintroduzir os antiagregantes conforme o esquema terapêutico previamente prescrito.
Presença de sangramento	Considerar transfusão de plaquetas, associada às medidas específicas para controle da hemorragia, conforme avaliação clínica.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

20.2 Pessoas em uso de AAS

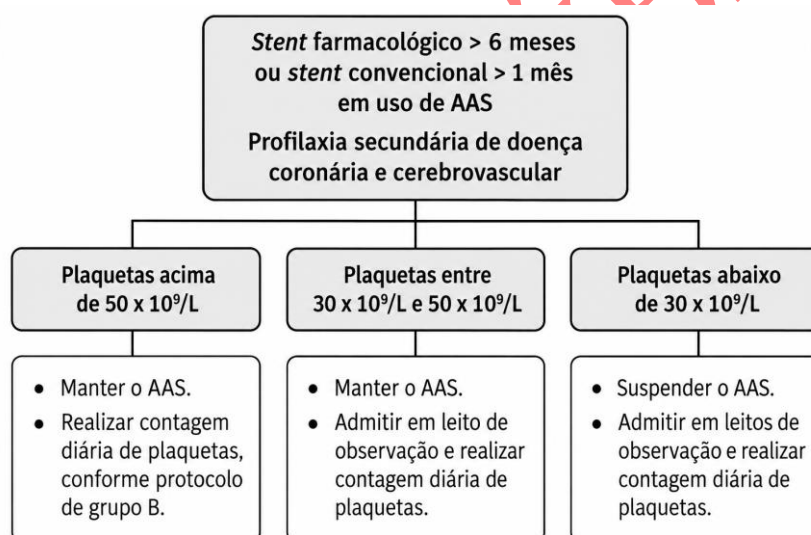
As pessoas submetidas à angioplastia coronariana com implante de stent farmacológico há mais de seis meses ou de stent convencional há mais de um mês, bem como aquelas em profilaxia secundária de doença arterial coronariana ou cerebrovascular, devem utilizar apenas AAS, desde que a **contagem de plaquetas seja superior a $30 \times 10^9/L$** (BRASIL, 2024b).

Quando a contagem de **plaquetas estiver entre $30 \times 10^9/L$ e $50 \times 10^9/L$** , a pessoa deverá ser mantida em leito de observação, com monitoramento da contagem plaquetária (BRASIL, 2024b).

Na presença de **plaquetas $< 30 \times 10^9/L$** , o uso do AAS deverá ser suspenso, mantendo-se a pessoa em observação até que a contagem de plaquetas seja superior a $50 \times 10^9/L$, quando deverá ser avaliada a reintrodução do medicamento (BRASIL, 2024b).

A **Figura 9** apresenta uma síntese das condutas descritas para pessoas com dengue em uso de AAS, de acordo com a contagem de plaquetas (BRASIL, 2024b).

Figura 9 - Síntese das condutas para pessoas com dengue em uso de AAS, segundo a contagem de plaquetas



Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

20.3 Uso de varfarina sódica

A principal complicação associada ao uso de anticoagulantes orais, especialmente a varfarina sódica, é o sangramento, cuja gravidade pode variar. Entre os principais fatores relacionados às complicações hemorrágicas estão a intensidade do efeito anticoagulante, avaliada pelo TAP, as características individuais da pessoa e o uso concomitante de medicamentos ou a presença de condições que interfiram na hemostasia (BRASIL, 2024b).

Em pessoas com dengue e plaquetopenia em uso de anticoagulante oral, o risco de sangramento pode estar aumentado em decorrência de alterações nas etapas da coagulação sanguínea. Entretanto, quando o risco trombótico é elevado, a manutenção da anticoagulação pode ser necessária, como nos casos de próteses cardíacas metálicas, fibrilação atrial com alto risco de fenômenos tromboembólicos, embolia pulmonar e síndromes trombofílicas (BRASIL, 2024b).

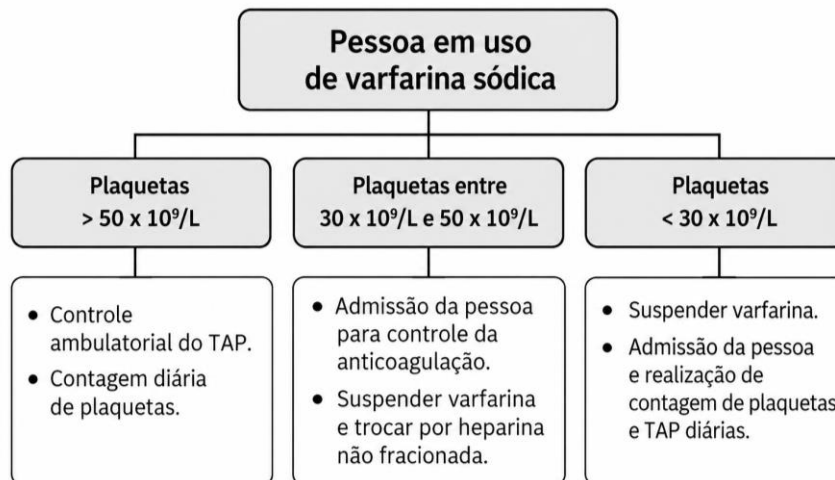
A conduta deve considerar a contagem de plaquetas, conforme descrito a seguir:

- **Plaquetas $> 50 \times 10^9/L$:** realizar acompanhamento ambulatorial, com monitoramento do TAP e da contagem de plaquetas.
- **Plaquetas entre $30 \times 10^9/L$ e $50 \times 10^9/L$:** indicar internação para substituição da anticoagulação oral por **heparina não fracionada intravenosa**, assim que o TAP atingir níveis subterapêuticos. Em geral, a heparina pode ser iniciada quando o **RNI estiver $< 2,0$** .
- **Plaquetas $< 30 \times 10^9/L$:** suspender a varfarina e manter a pessoa internada para acompanhamento da coagulação, com realização diária de TAP e contagem de plaquetas.

A reversão da anticoagulação não deve ser realizada rotineiramente, sendo indicada apenas na presença de sangramento (BRASIL, 2024b).

Para facilitar a consulta e a aplicação das recomendações, as principais condutas para pessoas com dengue em uso de **varfarina sódica**, segundo a contagem de plaquetas, estão sintetizadas na **Figura 10**.

Figura 10 - Síntese das condutas para pessoas com dengue em uso de varfarina sódica, segundo a contagem de plaquetas



Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

20.4 Uso de inibidores de trombina ou de antifator Xa

Os inibidores de trombina ou de antifator Xa, diferentemente da varfarina, não dispõem de um teste laboratorial de rotina que permita avaliar diretamente a intensidade do efeito anticoagulante. Essa característica deve ser considerada na definição da conduta diante de pessoas com dengue. Dessa forma, a possibilidade de suspensão temporária desses medicamentos deve ser avaliada individualmente e com cautela (BRASIL, 2024b).

Pessoas com alto risco de eventos tromboembólicos, como aquelas com próteses valvulares metálicas ou síndrome do anticorpo antifosfolípideo (SAF), não devem utilizar esses medicamentos (BRASIL, 2024b).

Quando a suspensão do anticoagulante não for uma opção, a conduta deve considerar a contagem de plaquetas, conforme descrito a seguir (BRASIL, 2024b):

- **Plaquetas $\geq 50 \times 10^9/L$:** manter a terapia anticoagulante previamente prescrita.
- **Plaquetas $< 50 \times 10^9/L$:** indicar internação para substituição do anticoagulante por heparina não fracionada intravenosa, após 24 horas da última dose ou após transcorrido

período correspondente a duas vezes a meia-vida do medicamento, conforme o fármaco utilizado.

Os intervalos recomendados para a substituição do anticoagulante devem considerar o medicamento utilizado e sua respectiva meia-vida, conforme apresentado no **Quadro 12** (BRASIL, 2024b).

Quadro 12 - Meia-vida e intervalo proposto para substituição dos anticoagulantes orais diretos por heparina não fracionada

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

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

20.5 Suspensão de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes

Em caso de sangramento moderado ou grave, os medicamentos antiagregantes plaquetários e anticoagulantes devem ser suspensos como parte das medidas de manejo do sangramento. Nas pessoas em uso de DAPT, está indicada a transfusão de plaquetas na dose de 1 unidade para cada 10 kg de peso (BRASIL, 2024b).

Nas pessoas em uso de varfarina sódica que apresentem sangramento grave, recomenda-se a administração de plasma fresco congelado, na dose de 15 mL/kg, até que o RNI seja inferior a 1,5, associada à administração de vitamina K na dose de 10 mg, por via oral ou intravenosa (BRASIL, 2024b).

Para as pessoas em uso de inibidores de trombina ou de antifator Xa que apresentem sangramento grave, não há, no momento, terapia específica disponível e incorporada ao SUS. Nesses casos, devem ser adotadas medidas terapêuticas adequadas à causa específica do sangramento, conforme avaliação clínica (BRASIL, 2024b).

CONSULTA PÚBLICA

21 MANEJO CLÍNICO DA PESSOA GESTANTE COM DENGUE

O comportamento fisiopatológico da dengue na gestação é semelhante ao observado em pessoas não gestantes. Com relação ao binômio materno-fetal, a transmissão vertical pode estar associada ao risco de abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro quando a infecção é adquirida no último trimestre. Também pode ocorrer maior incidência de baixo peso ao nascer em bebês de mulheres que tiveram dengue durante a gestação. Quanto mais próxima do parto ocorrer a infecção materna, maior será a possibilidade de o recém-nascido apresentar infecção por dengue. Gestantes com infecção sintomática apresentam maior risco de morte fetal e nascimento prematuro (BRASIL, 2024b).

Em relação à pessoa gestante, podem ocorrer hemorragias durante o abortamento, o parto ou o período pós-parto. O sangramento pode ocorrer tanto no parto normal quanto no parto cesáreo, sendo que, neste último, as complicações podem ser mais graves. Dessa forma, a indicação de cesariana deve ser realizada de maneira criteriosa. A letalidade por dengue entre gestantes é superior à observada na população de mulheres em idade fértil não gestantes, com maior risco no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2024b).

Durante a gestação, ocorrem modificações fisiológicas no organismo materno como parte da adaptação ao ciclo gestacional, conforme apresentado no **Quadro 13**.

Quadro 13 - Alterações fisiológicas da gestação

Aumento do volume sanguíneo total em aproximadamente 40%, assim como 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 redução da albumina;
Leucocitose, sem interferência na resposta às infecções;
Aumento dos fatores de coagulação.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

Quando ocorre extravasamento plasmático, manifestações como taquicardia, hipotensão postural e hemoconcentração podem ser percebidas em uma fase mais tardia, uma vez que podem ser confundidas com alterações fisiológicas próprias da gestação. A gestante que apresentar qualquer sinal de alarme ou de choque e tiver indicação de reposição volêmica deverá receber volume igual ao prescrito para as demais pessoas, de acordo com o estadiamento clínico. Durante a reposição volêmica, deve-se ter cuidado para evitar a hiper-hidratação (BRASIL, 2024b).

A realização de exames complementares deve seguir as mesmas orientações estabelecidas para as demais pessoas. 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 (BRASIL, 2024b).

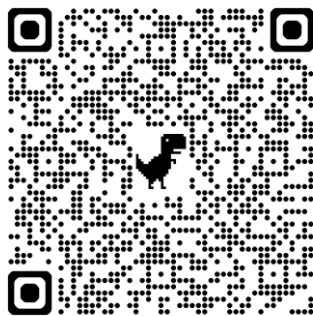
É importante considerar que o aumento do volume uterino, a partir da 20ª semana de gestação, leva à compressão da veia cava. Dessa forma, toda gestante, quando deitada, deve permanecer em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo (BRASIL, 2024b).

O diagnóstico diferencial da dengue na gestação, principalmente nos casos de dengue grave, deve incluir pré-eclâmpsia, síndrome de *HELLP* e sepse, que podem tanto mimetizar o quadro clínico da dengue quanto estar presentes de forma concomitante (BRASIL, 2024b).

Na eventualidade de parada cardiorrespiratória com mais de 20 semanas de idade gestacional, a RCP deve ser realizada com o deslocamento do útero para a esquerda, para descompressão da veia cava inferior (BRASIL, 2024b).

Deve-se considerar a realização de cesariana após 4 a 5 minutos de RCP, caso não haja 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 possibilidade de sua sobrevivência. O melhor tratamento para o feto é o adequado tratamento materno (BRASIL, 2024b).

Para informações complementares sobre o manejo da dengue durante a gestação e o puerpério, consulte o [Manual de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Dengue na Gestação e no Puerpério](#) ou por meio do QR Code abaixo.



CONSULTA PÚBLICA

22 TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DURANTE A INFECÇÃO POR DENGUE

Durante a infecção pelo vírus da dengue, a terapia anti-hipertensiva deve ser adequada nas pessoas com dengue sem sinais de choque, especialmente durante o período crítico, caracterizado por hemoconcentração e extravasamento vascular. As principais classes de medicamentos utilizadas no tratamento da hipertensão arterial estão descritas no **Quadro 14** (BRASIL, 2024b).

Quadro 14 - Principais classes de medicamentos anti-hipertensivos utilizados no tratamento da hipertensão arterial

Classe de drogas	Exemplos
Betabloqueadores	Propranolol, atenolol, metoprolol, bisoprolol
Ação central	Clonidina, alfametildopa
Vasodilatadores	Hidralazina
Diuréticas	Hidroclorotiazina, furosemida, espironolactona
Inibidoras de enzima conversora de angiotensina	Captopril, lisinopril, fusinopril

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2024b.

Pessoas hipertensas podem desenvolver sinais de choque mesmo com níveis pressóricos mais elevados. Nesses casos, devem ser observados outros sinais de gravidade, como redução da perfusão periférica e oligúria. Uma redução de 40% em relação aos níveis pressóricos anteriores pode indicar hipotensão arterial. Nessas situações, o uso de medicamentos hipotensores deve ser prontamente suspenso nas pessoas classificadas como “dengue grave com importante extravasamento plasmático” (BRASIL, 2024b).

As pessoas com dengue sem sinais de alarme e com níveis pressóricos normais devem manter os medicamentos habituais, com atenção especial aos betabloqueadores e à clonidina, cuja suspensão deve ser ponderada devido ao risco de hipertensão rebote (BRASIL, 2024b).

Na presença de desidratação e hipovolemia, com necessidade de ressuscitação volêmica, especialmente nas pessoas com sinais de alarme, devem ser suspensos, em princípio, os diuréticos e vasodilatadores durante o período de internação e observação. A suspensão dos betabloqueadores e da clonidina também deve ser cuidadosamente ponderada, devido ao risco de hipertensão rebote (BRASIL, 2024b).

CONSULTA PÚBLICA

23 IMUNIZAÇÃO CONTRA DENGUE

A vacinação constitui uma das estratégias de prevenção e controle da dengue no Brasil e integra as ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Em conjunto com as demais ações de prevenção e controle do agravo, a vacinação tem como objetivo contribuir para a redução da incidência, das hospitalizações e das mortes decorrentes da dengue, cujo impacto na saúde pública é significativo (BRASIL, 2026d).

A vacinação contra a dengue está indicada para a população com idade entre 10 anos e 14 anos, 11 meses e 29 dias, conforme a estratégia estabelecida pelo PNI. O esquema vacinal é composto por 2 doses, com intervalo de 3 meses entre elas (BRASIL, 2026d).

Para informações complementares e orientações atualizadas sobre a vacinação contra a dengue, consultar a [Instrução Normativa que instrui o Calendário Nacional de Vacinação](#) ou acessar o documento por meio do QR Code abaixo.



24 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA APS NO MANEJO DA DENGUE

A suspeita clínica de dengue, a notificação dos casos, as orientações quanto aos sinais e sintomas de alarme e a orientação sobre a importância da hidratação oral adequada poderão ser realizadas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, conforme as orientações estabelecidas neste protocolo e as atribuições profissionais vigentes.

A classificação clínica inicial dos casos suspeitos, conforme estabelecido no **Tópico 9**, bem como a solicitação dos exames laboratoriais previstos nos **Tópicos 10 e 11**, poderá ser realizada por médico ou enfermeiro, de acordo com a avaliação clínica e as normas institucionais vigentes.

As orientações quanto à contraindicação do uso de AAS e de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), como o ibuprofeno, bem como a prescrição de sais de reidratação oral, poderão ser realizadas por médico ou enfermeiro, conforme os protocolos e normas institucionais vigentes.

O enfermeiro poderá prescrever os medicamentos por via oral previstos neste protocolo (**Anexo G**), conforme as recomendações do Protocolo de Enfermagem do município, da [Resolução Cofen nº 801, de 14 de janeiro de 2026](#), e do [Guia prático de arboviroses urbanas: Atenção Primária à Saúde](#). A prescrição poderá ocorrer no âmbito da consulta de enfermagem, inclusive para administração na UBS ou nas Unidades de Pronto Atendimento, enquanto a pessoa aguarda avaliação médica, quando aplicável. A prescrição deverá ser realizada mediante avaliação clínica e observância das etapas do Processo de Enfermagem, respeitando os protocolos institucionais vigentes e os limites legais da atuação profissional. Deverá conter, obrigatoriamente, a identificação do medicamento pela denominação genérica, sua concentração, forma de apresentação, via de administração e posologia (COFEN, 2026).

A interpretação do hemograma, quando indicado, a classificação clínica final dos casos suspeitos, o estabelecimento do plano terapêutico, a prescrição de outros medicamentos para uso domiciliar quando necessários e a decisão quanto à eventual suspensão ou manutenção de

medicamentos anticoagulantes deverão ser realizados pelo profissional médico, considerando a avaliação clínica e os resultados dos exames pertinentes.

A busca ativa das pessoas com dengue para acompanhamento e monitoramento poderá ser realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), sob coordenação do enfermeiro, médico da equipe ou gerente da unidade, por meio de visita domiciliar ou contato telefônico, conforme a organização do serviço.

CONSULTA PÚBLICA

25 REGISTRO CLÍNICO - MÉTODO SOAP

O registro clínico é uma ferramenta de apoio à comunicação das informações sobre o estado de saúde da pessoa, permitindo organizar sistematicamente os aspectos relevantes do cuidado. Para essa finalidade, utiliza-se o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), que favorece o registro longitudinal e a estruturação sistemática e racional das informações clínicas (BRASIL, 2024d).

O método SOAP é composto por quatro etapas:

- **(S) Subjetivo:** registro dos sentimentos, das percepções e das experiências da pessoa em relação à própria saúde, incluindo informações que vão além das queixas apresentadas.
- **(O) Objetivo:** registro das informações observadas pelo profissional de saúde, incluindo exame físico, sinais e sintomas identificados e resultados de testes diagnósticos.
- **(A) Avaliação:** identificação e análise dos problemas de saúde com base nas informações subjetivas e objetivas registradas anteriormente.
- **(P) Plano:** registro das condutas propostas, incluindo medidas terapêuticas, solicitação de exames complementares, encaminhamentos, orientações fornecidas e agendamento de consulta para reavaliação.

O **Quadro 15**, apresentado a seguir, descreve as informações que devem ser registradas em cada etapa do método SOAP, considerando as especificidades do atendimento à pessoa com suspeita ou confirmação de dengue.

Quadro 15 - Orientações para o registro clínico pelo método SOAP no atendimento à pessoa com suspeita ou confirmação de dengue

REGISTRO CLÍNICO
SUBJETIVO
• Registrar informações como a data de início dos sintomas e queixas, sua duração e intensidade. • Explorar rede de apoio familiar e comunitária e vulnerabilidades socioeconômicas. • Documentar casos semelhantes na família, vizinhança e local de trabalho, e obter informações sobre deslocamentos nos últimos 14 dias, como viagens. • Registrar histórico de doenças prévias ou comorbidades. • Coletar dados sobre o histórico vacinal da pessoa.
REGISTRO CLÍNICO
OBJETIVO
• Realizar a anamnese e o exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta). • Verificar temperatura corporal e peso. • Aferir a pressão arterial. • Avaliar o ritmo e preenchimento do pulso, frequência cardíaca e respiratória. • Avaliar o estado hemodinâmico: pulso e pressão arterial, determinar a pressão arterial média e a de pulso ou diferencial, e enchimento capilar. • Verificar a presença de derrames pleurais, taquipneia, respiração de Kussmaul. • Verificar o estado de hidratação. • Pesquisar a presença de dor abdominal, ascite, hepatomegalia. • Investigar a presença de exantema, petéquias ou sinal de Herman ("mar vermelho com ilhas brancas"). • Identificar o estado de consciência com a escala de Glasgow. • Realizar a Prova do laço. • Buscar manifestações hemorrágicas espontâneas ou provocadas (Prova do Laço frequentemente é negativa em pessoas obesas e no choque). • Identificar possíveis alterações que possam ser consideradas como sinais de alerta. • Manter uma atenção especial ao diagnóstico diferencial. • Classificar risco do caso. • Realizar a notificação do caso suspeito/confirmado no Sinan.
REGISTRO CLÍNICO
AVALIAÇÃO
• CIAP (A77) — Dengue e outras doenças virais NE • CID (A90) — Dengue (dengue clássico) • CID (A91) — Febre hemorrágica devida ao vírus do dengue
PLANO DE CUIDADO
• Fortalecer a capacidade de autocuidado. • Orientar sobre a importância de hidratação e fracionar os líquidos durante o dia. • Prescrever analgésicos, se necessário, e hidratação. • Explicar sobre os sinais de alerta e de agravamento da doença. • Programar retorno para reavaliação do caso. • Programar visita domiciliar do ACS, para monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de dengue.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024d.

26 SUPORTE À DECISÃO CLÍNICA (SDC) NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC)

O Suporte à Decisão Clínica (SDC), disponível no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), tem como objetivo tornar o atendimento mais ágil e seguro, auxiliando os profissionais de saúde na condução dos casos de acordo com as recomendações e as boas práticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. A ferramenta emite alertas com base nas informações clínicas e nas avaliações registradas pelo profissional, podendo sugerir diagnósticos e recomendar condutas para apoiar a tomada de decisão (BRASIL, 2025).

O SDC também permite a automatização de condutas com base em protocolos clínicos atualizados. O profissional pode aplicar as recomendações integralmente ou de forma parcial, realizando as adequações necessárias conforme as particularidades de cada caso. É fundamental que o profissional avalie a pertinência das informações e recomendações apresentadas pelo sistema, considerando as condições clínicas de cada pessoa. As sugestões fornecidas pelo SDC têm caráter de apoio e não substituem o julgamento clínico nem possuem caráter prescritivo (BRASIL, 2025).

26.1 Suporte à Decisão Clínica (SDC) – Dengue

O Suporte à Decisão Clínica (SDC) para dengue tem como objetivo auxiliar médicos e enfermeiros no atendimento de pessoas com suspeita ou diagnóstico confirmado da doença, contribuindo para a aplicação das diretrizes assistenciais estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Integrada ao sistema, a funcionalidade foi desenvolvida com base nas diretrizes clínicas oficiais e utiliza critérios clínicos objetivos e parâmetros individualizados para apoiar a tomada de decisão (BRASIL, 2025).

O SDC auxilia na classificação dos casos de dengue nos Grupos A, B, C e D, conforme os protocolos do Ministério da Saúde. Para os Grupos A e B, que recebem atendimento ambulatorial na Atenção Primária à Saúde (APS), estão disponíveis condutas automatizadas.

Nos Grupos C e D, o sistema apresenta orientações para os cuidados iniciais e o encaminhamento oportuno aos serviços de maior complexidade (BRASIL, 2025).

A ferramenta permite automatizar a prescrição de medicamentos sintomáticos, considerando as indicações específicas de cada fármaco, as restrições por faixa etária e, quando necessário, o cálculo individualizado da dose com base no peso corporal. Também possibilita a prescrição de esquemas de hidratação oral com Sais de Reidratação Oral (SRO) e a solicitação de exames, como hemograma e testes diagnósticos para dengue, conforme a classificação de risco e os procedimentos disponíveis no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) (BRASIL, 2025).

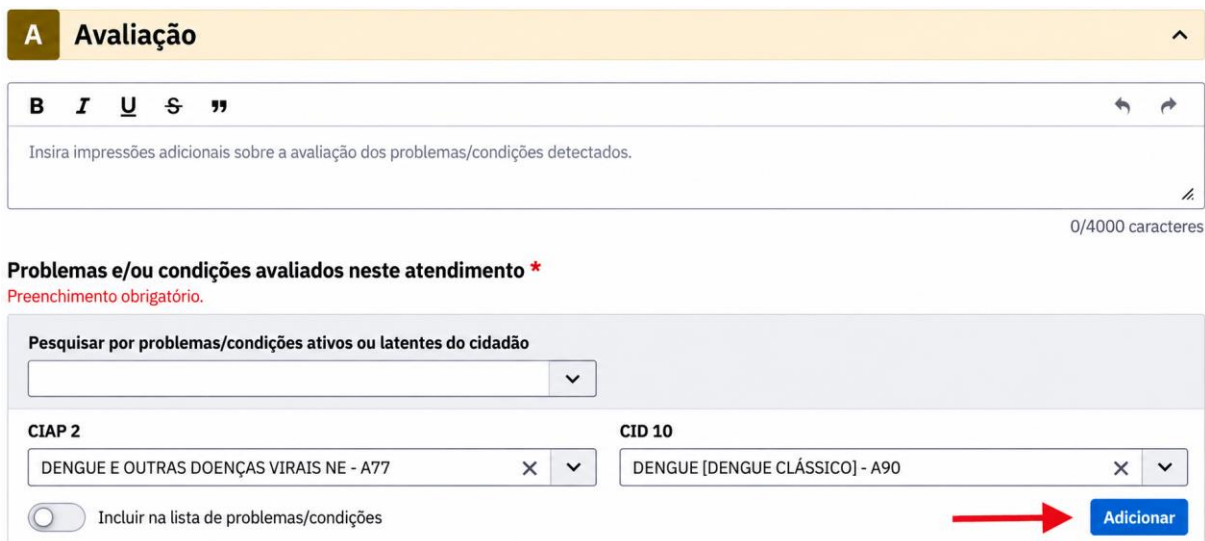
Além disso, o sistema disponibiliza orientações pré-preenchidas para o cidadão, incluindo sinais de alarme, recomendações para retorno à unidade de saúde e cuidados gerais. Para os casos classificados no Grupo B, permite ainda a emissão automatizada de atestado de afastamento, conforme os protocolos vigentes (BRASIL, 2025).

Importante: as condutas sugeridas pelo SDC devem ser avaliadas pelo profissional de saúde, que deverá verificar sua adequação às condições clínicas de cada pessoa. A ferramenta constitui um recurso de apoio à decisão e não substitui a avaliação clínica individualizada nem a responsabilidade profissional pela conduta adotada (BRASIL, 2025).

26.2 Ações Recomendadas para a Ativação e Uso do Suporte à Decisão Clínica (SDC) - Dengue

A ativação do suporte à decisão clínica para atendimentos de dengue ocorre mediante a inserção de códigos Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10) ou Classificação Internacional de Atenção Primária – 2ª edição (CIAP-2) relacionados à dengue, no bloco “Avaliação” do SOAP, no Prontuário Eletrônico e-SUS APS, na seção “Problemas e/ou Condições avaliados neste atendimento” (**Figura 11**) (BRASIL, 2025).

Figura 11 - Bloco "AVALIAÇÃO" do Prontuário eletrônico e-SUS APS



A Avaliação

B I U S "

Insira impressões adicionais sobre a avaliação dos problemas/condições detectados.

0/4000 caracteres

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento *
Preenchimento obrigatório.

Pesquisar por problemas/condições ativos ou latentes do cidadão

CIAP 2: DENGUE E OUTRAS DOENÇAS VIRAIS NE - A77

CID 10: DENGUE [DENGUE CLÁSSICO] - A90

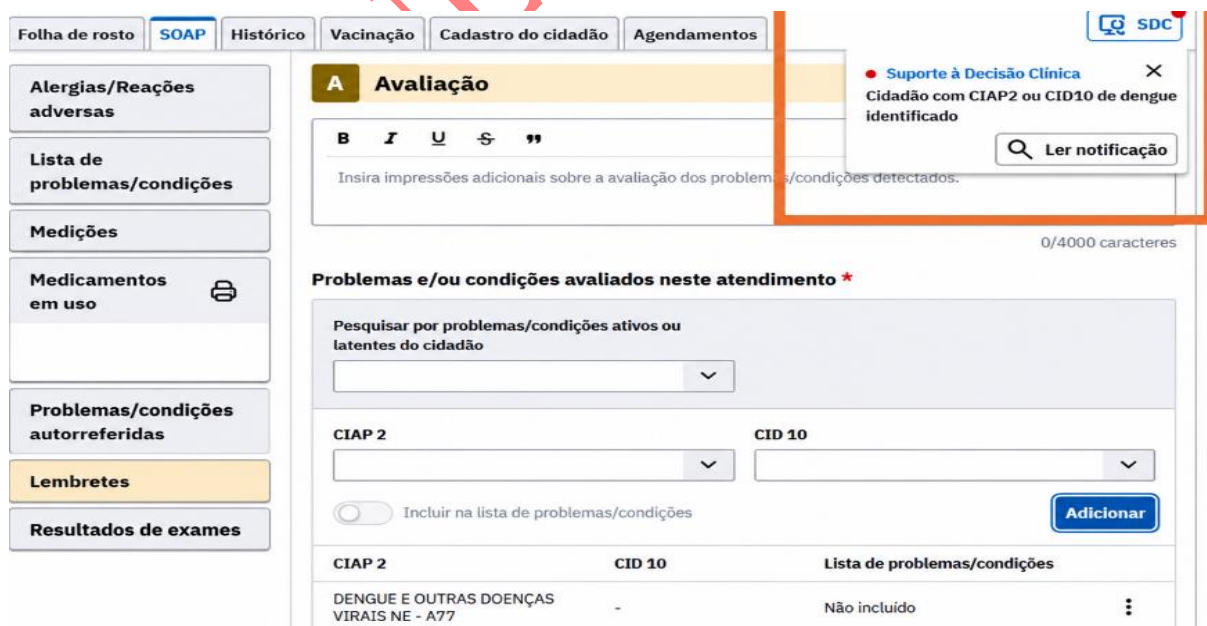
☐ Incluir na lista de problemas/condições

Adicionar

Fonte: Adaptado de Brasil, 2025.

Os códigos que devem ser incluídos são: CIAP2: A77 - Dengue e outras doenças virais NE; e CID10: A90 - Dengue [dengue clássico]. Após a inserção, o profissional recebe uma notificação no canto superior direito da tela, indicando a ativação do SDC Dengue (**Figura 12**) (BRASIL, 2025).

Figura 12 - Notificação de ativação do SDC Dengue no canto superior da tela



Folha de rosto SOAP Histórico Vacinação Cadastro do cidadão Agendamentos

A Avaliação

B I U S "

Insira impressões adicionais sobre a avaliação dos problemas/condições detectados.

0/4000 caracteres

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento *

Pesquisar por problemas/condições ativos ou latentes do cidadão

CIAP 2: DENGUE E OUTRAS DOENÇAS VIRAIS NE - A77

CID 10: DENGUE [DENGUE CLÁSSICO] - A90

☐ Incluir na lista de problemas/condições

Adicionar

Lista de problemas/condições

CIAP 2	CID 10	Lista de problemas/condições
DENGUE E OUTRAS DOENÇAS VIRAIS NE - A77	-	Não incluído

Suporte à Decisão Clínica
Cidadão com CIAP2 ou CID10 de dengue identificado

Ler notificação

Fonte: Adaptado de Brasil, 2025.

Ao clicar em "Ler notificação", o profissional acessa a classificação de risco e manejo clínico sugerido para a Dengue, com definições e sugestões de condutas por grupos (A, B, C e D) em consonância com os protocolos ministeriais (**Figuras 13 e 14**) (BRASIL, 2025).

Figura 13 - Suporte à Decisão Clínica Dengue para leitura completa



Fonte: Adaptado de Brasil, 2025.

Figura 14 - Notificações geradas pelo suporte à Decisão Clínica

Notificações disparadas

Cidadão com CIAP2 ou CID10 de dengue identificado

É recomendável seguir a conduta conforme o grupo de estadiamento

Conduta recomendada - Grupo A

Ausência de sinais de alarme; sem comorbidades ou condições...

Conduta recomendada - Grupo B

• Ausência de sinais de alarme; com sangramento espontâneo ou...

Suporte à Decisão Clínica

Conduta recomendada - Grupo A

Ausência de sinais de alarme; sem comorbidades ou condições especiais

Exames de apoio diagnóstico

- RT-PCR, isolamento viral ou Antígeno NS1: Até o 5º dia do início dos sintomas.
- Sorologia IgG/IgM para dengue: A partir do 6º dia de sintomas.

Medicamentos sugeridos

- Paracetamol ou dipirona se dor ou febre.
- Loratadina ou dexclorfeniramina se prurido de exantema.
- Metoclopramida (ou outro antiemético) se náuseas/vômitos.

Recomendações gerais

- Hidratação oral 60 mL/kg/dia, por 24 a 48 horas após o primeiro dia sem febre:
 - Ingerir 1/3 desse valor com sais de reidratação oral.

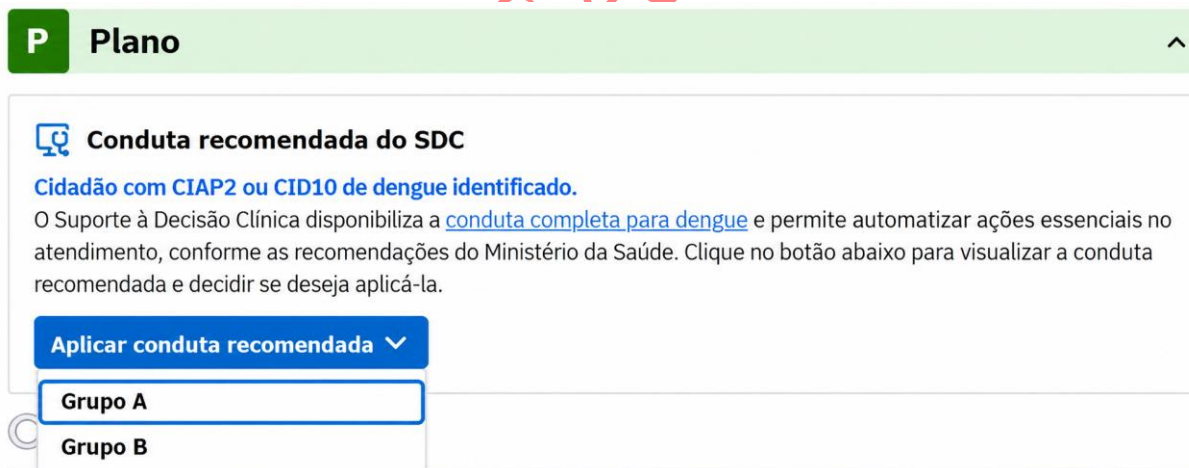
Fonte: Adaptado de Brasil, 2025.

A prescrição de medicamentos e soro de reidratação oral são automatizadas com base na idade e/ou peso corporal do cidadão (BRASIL, 2025).

- Para crianças, o registro do peso no atendimento atual é obrigatório no bloco “Objetivo”, campo de “Antropometria, sinais vitais e glicemia capilar”. Na ausência do registro do peso, a prescrição não será disponibilizada para esse grupo.
- Para adolescentes e adultos, a prescrição da maioria dos medicamentos baseia-se em diretrizes clínicas vinculadas à faixa etária. No entanto, para a prescrição do Soro de Reidratação Oral (SRO), o registro do peso corporal é obrigatório. O sistema pode utilizar o peso mais recente registrado nos últimos 12 meses, mas recomenda-se atualizar o registro do peso, também na seção de “Antropometria, sinais vitais e glicemia capilar”, durante o atendimento para maior precisão.

Automatização das Condutas para Grupo A e Grupo B: Após a inserção do CID10 ou CIAP2 que ativam a funcionalidade, para aplicar o recurso de automatização, o profissional deve acessar o bloco “Plano” e clicar em “Aplicar conduta recomendada” (Figura 15) (BRASIL, 2025).

Figura 15 - Bloco Plano do SOAP no Prontuário eletrônico e-SUS APS



P Plano

 **Conduta recomendada do SDC**

Cidadão com CIAP2 ou CID10 de dengue identificado.

O Suporte à Decisão Clínica disponibiliza a [conduta completa para dengue](#) e permite automatizar ações essenciais no atendimento, conforme as recomendações do Ministério da Saúde. Clique no botão abaixo para visualizar a conduta recomendada e decidir se deseja aplicá-la.

Aplicar conduta recomendada ▾

Grupo A

Grupo B

Fonte: Adaptado de Brasil, 2025.

O profissional deve definir o grupo clínico (A ou B) com base na classificação clínica e nos critérios definidos nas diretrizes do Ministério da Saúde. Uma modal será exibida, permitindo ao profissional selecionar quais ações (prescrição de medicamentos e solicitação de exames) deseja automatizar. As orientações e o atestado (para Grupo B) são preenchidos

automaticamente. Todas as condutas automatizadas permanecem editáveis, permitindo ajustes e complementações conforme avaliação clínica individualizada (BRASIL, 2025).

Prescrição de medicamentos: A aba "Prescrição de medicamentos" será preenchida automaticamente com os itens selecionados, aplicando posologias conforme faixa etária, limites de dose e restrições. A prescrição pode ser ajustada e impressa.

Solicitação de exames/procedimentos: A aba "Solicitação de exames/procedimentos" será preenchida com os exames selecionados. Exames como **RT-PCR para arboviroses e Antígeno NS1 não são incluídos automaticamente por falta de código SIGTAP**, devendo ser solicitados manualmente conforme indicação clínica. O hemograma completo é obrigatório para pessoas do Grupo B. As solicitações podem ser editadas, excluídas e impressas (**Figura 16**) (BRASIL, 2025).

CONSULTA PÚBLICA

Figura 16 - Modal de seleção de condutas (Prescrição de medicamentos e solicitação de exames) para automatização

 **Suporte à Decisão Clínica** 

Conduta recomendada para dengue - Grupo B 

Ausência de sinais de alarme; com comorbidades ou condições especiais; com sangramento espontâneo ou induzido - prova do laço positiva

Ao aplicar a conduta recomendada, o PEC realizará **automaticamente** as seguintes ações:

A aba **"Prescrição de medicamentos"** será preenchida com os seguintes itens, de acordo com a faixa etária e/ou peso do cidadão:

 Selecione os medicamentos que deseja prescrever. Após aplicar a conduta, é possível ajustar a prescrição, se necessário.

Para reidratação oral
☐ Sais para Reidratação Oral (Nacl 3,5 g + Glicose 20 g + Citrato Na 2,9 g + Kcl 1,5 g) 27,9 g em envelopes
De acordo com o peso do cidadão

Para dor ou febre
É recomendável escolher entre:
☐ Paracetamol 500 mg em comprimidos
☐ Dipirona Sódica 500 mg em comprimidos

Para irritação ou coceira na pele
É recomendável escolher entre:
☐ Loratadina 10 mg em comprimidos
☐ Dexclorfeniramina, Maleato 2 mg em comprimidos

Para náuseas ou vômito
☐ Metoclopramida, Cloridrato 10 mg em comprimidos

A aba "Solicitação de exames/procedimentos" será preenchida com os seguintes itens:

Para avaliação de discrasia sanguínea
☐ Hemograma completo

Para diagnóstico da dengue
☐ Isolamento do vírus da dengue
Recomendado entre 1º e 5º dia de início dos sintomas
☐ Teste rápido para dengue IgG/IgM
Recomendado a partir do 6º dia de sintomas

Fonte: Adaptado de Brasil, 2025.

Orientações ao cidadão: Um texto padronizado de orientações é inserido automaticamente, incluindo recomendações sobre hidratação, repouso, evolução clínica, sinais de alarme, retorno e alertas sobre medicamentos contraindicados (anti-inflamatórios não esteroidais e corticoides). As orientações podem ser editadas e são padronizadas por faixa etária (crianças e adolescentes ou adultos) (**Figura 17**) (BRASIL, 2025).

Figura 17 - Visualizar, editar e imprimir as Orientações automatizadas

Prescrição de medicamentos
Solicitação de exames/procedimentos
Atestados
Orientações
Encaminhamentos
Compartilhamento de cuidado

Orientações ao cidadão *

B
I
U
S
”

Insira as informações de orientações para o cidadão.

0/4000 caracteres

Cancelar
Salvar

Pesquise por profissional, CBO ou orientação

☐ Ver somente as minhas orientações

Data	Profissional	Orientação
06/05/2025	ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Retorno: Você foi classificado como Grupo B na classificação de risco da dengue. Isso significa...

Fonte: Adaptado de Brasil, 2025.

Atestado (Exclusivo Grupo B): Para pessoas classificadas no **Grupo B**, o sistema gera automaticamente o atestado de afastamento laboral por 5 dias, a partir da data de início dos sintomas. O atestado pode ser visualizado, revisado e editado (modelo, data, horário, CID-10, dias de afastamento), e impresso (BRASIL, 2025).

REFERÊNCIAS

XAVIER, L. L. et al. **A incidência da dengue explicada por variáveis climáticas em municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.** *Trends in Computational and Applied Mathematics*, v. 26, 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 2** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. 3 v.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. 81 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Dengue: manual de enfermagem** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2026a. 81 p.: il.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia Rápido - Manejo da Dengue, Chikungunya e Zika.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 11.211, de 13 de maio de 2026. **Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a caxumba e a febre do Oropouche, remover a covid-19 e alterar nomenclaturas e periodicidade de notificação de diversas doenças, agravos e eventos de saúde pública.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. **Nota Técnica nº 117/2024-CGAR/DEDT/SVSA/MS: atualização das orientações para a vigilância do Oropouche.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2026.pdf>. Acesso em: 25 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. **Nota Informativa nº 10/2026-CGARB/DEDT/SVSA/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026d.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 801, de 14 de janeiro de 2026. **Estabelece diretrizes para a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, e dá outras providências**. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 2026. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-801-de-14-de-janeiro-de-2026/>. Acesso em: 16 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Guia prático de arboviroses urbanas: Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024d. 84 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_arboviroses_urbanas_aps.pdf. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Nota Técnica Conjunta nº 280/2025-CIMVAC-CGIAD/SAPS/MS. **Divulgação da funcionalidade de Suporte à Decisão Clínica (SDC) para manejo clínico da dengue no âmbito da Atenção Primária (APS), incorporada na versão 5.4 do Prontuário Eletrônico e-SUS APS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-280-2025-cimvac-cgiad-saps-ms.pdf>. Acesso em: 9 out. 2026.

NOVA LIMA (MG). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)**. Nova Lima: Prefeitura Municipal, 2023. Disponível em: <https://novalima.mg.gov.br/inicio/publicacoes-oficiais/publicacao/13484>. Acesso em: 14 out. 2026.

ANEXO A

PARÂMETROS DA FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC) POR FAIXA ETÁRIA

IDADE	FC ACORDADO (bpm)	MÉDIA (bpm)	FC DORMINDO (bpm)
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

Fonte: Adaptado de Belo Horizonte, 2024.

CONSULTA PÚBLICA

ANEXO B

PARÂMETROS DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR) POR MINUTO

Faixa etária	Frequência respiratória (rpm)
< 2 meses	até 60 rpm
2 meses a 1 ano	até 50 rpm
1 a 5 anos	até 40 rpm
5 a 8 anos	até 30 rpm
Adultos	12 rpm a 20 rpm

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

CONSULTA

ANEXO C

PARÂMETROS DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) E DIASTÓLICA (PAD), SEGUNDO FAIXA ETÁRIA

Idade	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
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 Brasil, 2024b.

CONSULTA P

ANEXO D

TAMANHO DA BOLSA DE LÁTEX DO MANGUITO PARA CRIANÇAS, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

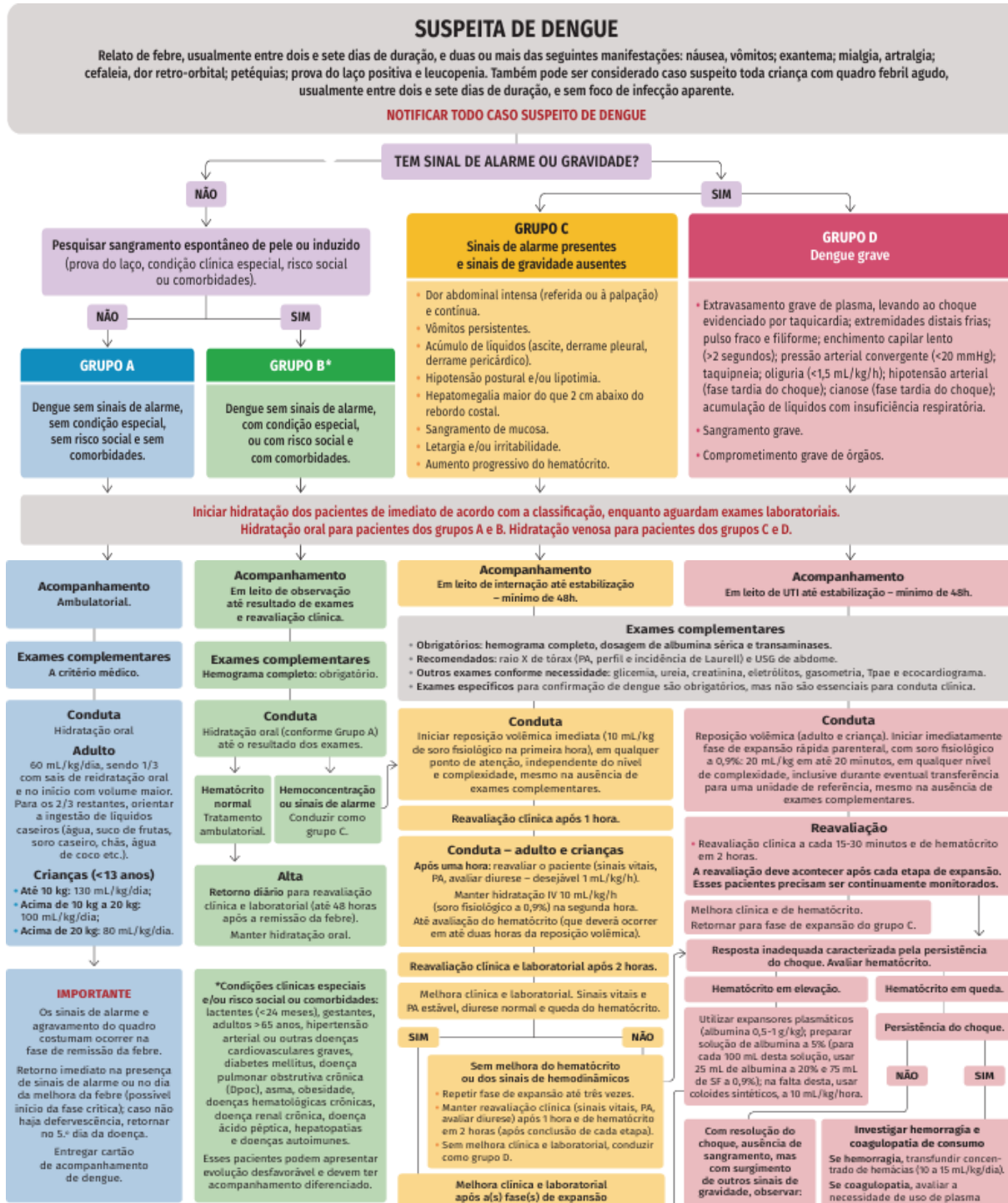
Idade	Bolsa do manguito
0 a 1 mês	3 cm
2 a 23 meses	5 cm
2 a 4 anos	7 cm
5 a 10 anos	12 cm
>10 anos	18 cm

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

CONSULTA

ANEXO E

FLUXOGRAMA DO MANEJO CLÍNICO DE DENGUE





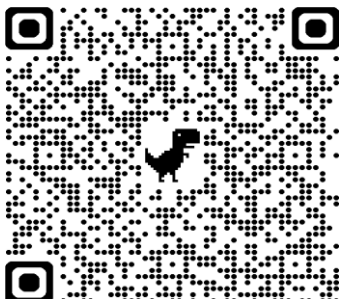
**NOVA
LIMA**
prefeitura

O
futuro
mora
aqui



ATENÇÃO

- Consultar os tópicos de condições clínicas especiais**, especialmente aqueles referentes a pessoas cardiopatas e hipertensas e usuários de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes.
- Pessoas idosas ou com comorbidades**, como cardiopatias e insuficiência renal, necessitam de **adequação individualizada dos volumes de hidratação**, com acompanhamento clínico rigoroso e atenção ao risco de sobrecarga volêmica.



ANEXO F

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

Nome da pessoa: _____ Idade: _____

UBS de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

1. Data de início dos sintomas: ____/____/____ Data de defervência: ____/____/____

a. Houve realização de NS1? ☐ Sim (Resultado: _____) ☐ Não

b. Classificação inicial:

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

c. Houve reclassificação? ☐ Sim Data: ____/____/____ Grupo ____ ☐ Não

2. Avaliação Clínica Inicial:

a. Sinais Vitais:

PA: ____/____ mmHg (sentado), PA: ____/____ mmHg (de pé), FC: ____ bpm, FR: ____ ipm, SatO₂: ____ %

b. Sinais/Sintomas presentes:

- ☐ Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua;
- ☐ Vômitos persistentes; ☐ Hipotensão postural; ☐ Conjuntivite; ☐ Lipotímia;
- ☐ Hepatomegalia (>2cm do rebordo costal) dolorosa; ☐ Sonolência e/ou irritabilidade;
- ☐ Sangramento de mucosas (epistaxe, gengivorragia, hematêmese, melena, metrorragia);
- ☐ Quadro social impeditivo à hidratação oral e seguimento ou recusa a ingestão de alimentos e líquidos;
- ☐ Comorbidades descompensadas ou de difícil controle;
- ☐ Choque, hemorragia franca, sinais de insuficiência respiratória ou acidose.

c. **Dor articular:** ☐ Sem Dor (0) ☐ Dor suave (1-3) ☐ Dor moderada (4-6) ☐ Dor forte (7-9) ☐ Insuportável (10)

d. **Hemograma:** Data: ____/____/____ Ht: ____ % Pqts: ____/mm³ Data: ____/____/____ Ht: ____ % Pqts: ____/mm³

e. **Data da coleta RT-PCR arbovírus:** ____/____/____

f. **Doença/condições especiais:** _____ (Se IC, registrar a classificação funcional de NYHA)

g. **Medicamentos de uso contínuo:**

h. **Reavaliação Grupo B no serviço de urgência:** ☐ Sim ☐ Não

3. **Medicamentos e/ou hidratação já realizadas (registrar horários e doses):**

Médico/Enfermeiro (carimbo e Assinatura):

ANEXO G

USO DE MEDICAMENTOS PARA DENGUE

ANALGÉSICOS E ANTIPIRÉTICOS

DIPIRONA		
PÚBLICO	DOSE	APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS
 Adultos	20 gotas ou 1 comprimido (500 mg) até de 6/6 horas.	 Gotas: 500 mg/mL (1 mL = 20 gotas).  Solução oral: 50 mg/mL.  Solução injetável: 500 mg/mL.  Comprimidos: 500 mg por unidade.
 Crianças	10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar a dose máxima por peso e idade).	

PARACETAMOL		
PÚBLICO	DOSE	APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS
 Adultos	40 gotas ou 1 comprimido (500 mg) de 4/4 horas, podendo ser 60 gotas ou 2 comprimidos (500 mg) até de 6/6 horas. Não exceder a dose de 4 g no período de 24 horas.	 Gotas: 200 mg/mL (1 mL = 20 gotas).  Comprimidos: 500 mg por unidade.
 Crianças	10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar a dose máxima para peso e idade). Não utilizar doses maiores que a recomendada, considerando que doses elevadas são hepatotóxicas.	

Nota¹: Em situações excepcionais, para pessoas com dor intensa, pode-se utilizar, nos adultos, a associação de paracetamol (500mg) e fosfato de codeína (7,5mg) de 6 em 6 horas — não utilizar doses maiores que a recomendada no quadro acima (BRASIL, 2024d).

Nota²: Na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Nova Lima (NOVA LIMA, 2023), estão disponíveis as seguintes apresentações de analgésicos e antitérmicos:

- Dipirona 500 mg: comprimido;
- Dipirona 500 mg/mL: solução injetável, ampola de 2 mL (uso interno);
- Dipirona 500 mg/mL: solução oral, frasco de 20 mL;
- Paracetamol 200 mg/mL: solução oral, frasco de 15 mL;
- Paracetamol 500 mg: comprimido.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

ANTIEMÉTICO		
CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA		
PÚBLICO	DOSE	APRESENTAÇÃO
 Adultos	Via oral, 1 comprimido de 8 em 8 horas.	Comprimido: 10 mg por unidade.
 Crianças	Via oral, 0,5 mg/kg/dose até 3 doses diárias (não ultrapassar 15 mg/dia).	Solução oral: 4 mg/mL.

APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS				
 Gotas: 4 mg/mL.	 Solução oral: 5 mg/5 mL.	 Supositório: 5 mg e 10 mg por unidade.	 Comprimido: 10 mg por unidade.	 Injetável: 10 mg/2 mL.

Nota: Na REMUME de Nova Lima, estão disponíveis as seguintes apresentações de metoclopramida para uso interno:

- **Metoclopramida 4 mg/mL:** solução oral, frasco de 10 mL;
- **Cloridrato de metoclopramida 5 mg/mL:** solução injetável, ampola de 2 mL.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024d.

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

Nota¹: O prurido na dengue pode ser extremamente incômodo, mas é autolimitado, durando em torno de 36 a 72 horas. A resposta à terapêutica antipruriginosa usual nem sempre é satisfatória, e o uso de medicamentos pode mascarar os sinais neurológicos, portanto recomenda-se banhos frios, pasta d'água etc.

Nota²: Na REMUME de Nova Lima, estão disponíveis as seguintes apresentações de anti-histamínicos:

- **Loratadina 10 mg:** comprimido;
- **Loratadina 1 mg/mL:** xarope, frasco de 100 mL, acompanhado de copo dosador;
- **Maleato de dexclorfeniramina 0,4 mg/mL:** xarope/solução oral, frasco de 100 mL, acompanhado de copo dosador;
- **Maleato de dexclorfeniramina 2 mg:** comprimido.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024d.

ANEXO H

CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM SUSPEITA DE DENGUE

Os sinais de alarme podem surgir a partir do 3º dia da doença, mesmo que já tenha abaixado a febre, e sugerem piora da doença. Caso apresente um desses sinais procure o serviço de saúde.



Governo do Estado de Minas Gerais Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis
Coordenação Estadual de Vigilância das Arboviroses

SINAIS DE ALARME:

- ✔ Dor forte e constante na barriga
- ✔ Vômitos frequentes
- ✔ Dificuldade pra respirar
- ✔ Sensação de tontura e/ou desmaio
- ✔ Sangramentos
- ✔ Agitação e muita sonolência

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:

- ✔ Fique em repouso
- ✔ Beba no mínimo 2 litros de líquido por dia, entre água, chá, suco, água de coco, leite, sopa e soro hidratante (pode ser caseiro). O soro hidratante é fornecido nas Unidades Básicas de Saúde.

Receita de soro caseiro
1 colher de café de sal de cozinha
2 colheres de sopa de açúcar

- ✔ Não use medicamentos para dor e febre que contenham Ácido Acetil Salicílico (AAS) durante o período da doença.
- ✔ As mulheres com dengue devem continuar amamentando.

CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DENGUE / ZIKA

Nome do paciente:

Nome da mãe:

Data de nascimento:

Sexo:

Telefone:

Bairro:

Nº do cartão SUS/Prontuário:

Unidade de referência:



**MINAS
GERAIS**
GOVERNO
ESTADUAL
SAÚDE

**APRESENTAR O CARTÃO SEMPRE QUE
RETORNAR À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

CONSULTE

Data de Início dos Sintomas: ____/____/____



ade 

**DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS**

1ª Coleta de exames

Hematócrito em: ____/____/____	Resultado _____%
Plaquetas em: ____/____/____	Resultado _____000mm ³
Leucócitos em: ____/____/____	Resultado _____000mm ³
Sorologia em: ____/____/____	Resultado _____

CONTROLE SINAIS VITAIS

PA mmHG (em pé)						
PA mmHG (deitado)						
Temp. axilar °C						

2ª Coleta de exames

Hematócrito em: ____/____/____ Resultado _____ %
 Plaquetas em: ____/____/____ Resultado _____ 000mm³
 Leucócitos em: ____/____/____ Resultado _____ 000mm³
 Sorologia em: ____/____/____ Resultado _____

3ª Coleta de exames

Hematócrito em: ____/____/____ Resultado _____ %
 Plaquetas em: ____/____/____ Resultado _____ 000mm³
 Leucócitos em: ____/____/____ Resultado _____ 000mm³
 Sorologia em: ____/____/____ Resultado _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



Prefeitura Municipal de Nova Lima
CNPJ: 22.934.889/0001-17
Praça Bernardino de Lima, 80 | Nova Lima | MG
Cep. 34000-279 | Telefone: (31) 3180-5760

www.novalima.mg.gov.br

ANEXO I

FÓRMULA DO PESO APROXIMADO PARA CRIANÇAS

 LACTENTES (3 A 12 MESES)	$P = \text{idade} \times 0,5 + 4,5$
 CRIANÇAS (1 A 8 ANOS)	$P = \text{idade} \times 2,0 + 8,5$

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

CONSULTA PÚBLICA

ANEXO J

CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR	
As pessoas precisam atender a todos os cinco critérios a seguir:	
1.	Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
2.	Ausência de febre por 24 horas.
3.	Melhora visível do quadro clínico.
4.	Hematócrito normal e estável por 24 horas.
5.	Plaquetas em elevação.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

CONSULTA

ANEXO K

COMPARAÇÃO ENTRE CHOQUE DA DENGUE E CHOQUE SÉPTICO

Choque na dengue	Choque séptico
Temporalidade clássica: choque hipovolêmico após defervescência	Comprometimento hemodinâmico variável
Nível de consciência melhor	Nível de consciência comprometido
Normotermia	Hipotermia
Síndrome de extravasamento vascular mais insidiosa • Predomínio de resistência vascular sistêmica (RVS) ↑ (choque frio) / extravasamento vascular • Débito cardíaco (DC) ↓ ↓ (bradicardia) • Hipotensão: PA diferencial convergente < 20 mmHg • Pressão de pulso estreita	Síndrome de extravasamento plasmático mais rápida • RVS ↓ / extravasamento vascular • RVS ↑ / extravasamento vascular • Débito cardíaco (DC) ↓ (taquicardia) • Hipotensão • Pressão de pulso ampla
Lactato ↑ ↑	Lactato ↑
CIVD mais precoce	CIVD
Sangramento mais vultuoso • Hematócrito ↑ • Plaquetas ↓ • Leucócitos ↓	Sangramento • Hematócrito ↓ • Plaquetas ↑ • Leucócitos ↑
• Evolução e recuperação mais rápidas • Não tem diferença de mortalidade • Menor necessidade de ventilação mecânica (VM) e drogas vasoativas • Menor síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS)	• Evolução e recuperação mais lentas • Não tem diferença de mortalidade • Maior necessidade de ventilação mecânica (VM) e drogas vasoativas • Maior síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS)

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024b.

APÊNDICE A

MATERIAIS DE USO EM SALAS DE ATENDIMENTO E HIDRATAÇÃO



Fonte: Elaborado pelo autor.

APÊNDICE B

EQUIPAMENTOS

☐ Aparelho de pressão 	☐ Balança 	☐ Braçadeira 	☐ Cadeira de coleta 
☐ Computador e impressora ou formulário impresso 	☐ Maca 	☐ Poltronas para hidratação 	

Fonte: Elaborado pelo autor.

CONSULTA

APÊNDICE C

MATERIAIS PARA COLETA

☐	Agulhas hipodérmicas de diversos calibres	
☐	Álcool	
☐	Algodão	
☐	Luas de procedimentos	
☐	Scalp de diferentes tamanhos	
☐	Seringas descartáveis de diversos ml	
☐	Tubo de coleta	
☐	Vacutainer (adaptador de agulha)	

Fonte: Elaborado pelo autor.

CONSULTA PÚBLICA