

NOTA ORIENTATIVA Nº 001/2026 SALA MUNICIPAL DE SITUAÇÃO PARA ARBOVIROSES/SMSA

Versão1 – 21/01/2026

Arboviroses Urbanas (Dengue, Zika, Chikungunya e Oropouche) – Condutas sobre diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção e controle.

Essa nota trata da orientação sobre as condutas de manejo, diagnóstico e acompanhamento dos atendimentos com suspeição de Arboviroses, e tem como base as seguintes referências técnicas e orientações do órgão estadual e nacional:

1. Nota Técnica nº 06/2019- Arboviroses: Dengue, Zika e Chikungunya- Sesa/PR / Atualizada em 17/10/2025. Disponível em:
<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@6ca8873f-d612-4bcf-ac1d-49bd8451ff6d&emPg=true>
2. Recomendações técnicas sobre as ações prioritárias a serem desenvolvidas pelos profissionais da vigilância e da atenção à saúde no enfrentamento da dengue. Disponível em:
<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@14d7e893-f3e4-41cf-8cc6-10bb07bdff04&emPg=true>
3. Nota Informativa Nº 3/2025-CGARB/DEDT/SVSA/MS- Alerta acerca do aumento do número de casos de dengue no Brasil em 2024/2025 e recomendações a gestores para possível agravamento do quadro nos primeiros meses de 2025. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2025/nota-informativa-no-3-2025-cgarb-dedt-svsa-ms.pdf>
4. Guia Prático de Arboviroses Urbanas: Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_arboviroses_urbanas_aps.pdf
1. Nota Técnica nº 15/2025 – DAV/SESA – PR- Orientações para a vigilância epidemiológica: Dengue, Chikungunya e Zika. Atualizada em 28/11/2025. Disponível em:
<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@966245ee-b984-4814-a22c-0454dfa820f4&emPg=true>

A ocorrência de epidemias de dengue, chikungunya, zika e demais agravos causados por arbovírus — aqui denominados arboviroses urbanas — está diretamente relacionada à dinâmica populacional, envolvendo fatores socioculturais, econômicos e suas interações com os componentes da cadeia de transmissão. Essa complexidade impõe importantes desafios ao campo da saúde pública, demandando respostas articuladas e reestruturação organizacional que abranja vigilância, controle,

assistência, pesquisa, laboratórios e participação ativa da sociedade civil.

No Município de Araucária, observa-se, nos últimos anos, um cenário de crescente complexidade no enfrentamento das arboviroses urbanas. A dengue, historicamente o principal agravo registrado, passou a apresentar transmissão autóctone a partir do ciclo 2023/2024, configurando uma nova realidade epidemiológica e ampliando a necessidade de respostas integradas.

A redução da incidência desses agravos depende de ações coordenadas entre as vigilâncias epidemiológica, entomológica, sanitária e laboratorial, de modo a antecipar surtos e epidemias; do fortalecimento das estratégias de controle vetorial; da garantia de abastecimento regular e armazenamento seguro de água; da adequada coleta e destinação de resíduos sólidos; e da comunicação eficaz que promova boas práticas de cuidado ambiental.

Em síntese, o enfrentamento das arboviroses requer níveis de resposta articulados entre os cinco componentes da gestão de emergências em saúde pública: Vigilância Epidemiológica e Laboratorial, Vigilância e Controle Vetorial, Atenção à Saúde, Gestão e Comunicação.

1. Dengue

A dengue no Brasil caracteriza-se por um cenário de transmissão endêmica/epidêmica em grande parte do País, o vetor da dengue é a fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, determinada principalmente pela circulação simultânea de quatro sorotipos virais — DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 —, que apresentam distintos materiais genéticos (genótipos) e linhagens. Durante cenários de intensa transmissão sustentada da doença a estratégia para mitigar as hospitalizações e óbitos, resume-se ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno com a prescrição de volumes adequados de líquidos para hidratar o paciente.

A dengue é uma doença febril aguda, sistêmica, dinâmica, debilitante e autolimitada. A maioria dos doentes se recupera, porém, parte deles podem progredir para formas graves, inclusive virem a óbito. A quase totalidade dos óbitos por dengue é evitável e depende, na maioria das vezes, da qualidade da assistência prestada e organização da rede de serviços de saúde.

1.1 Definição de caso suspeito para Dengue: indivíduo que resida em área onde se registrem casos de dengue ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão ou presença de *Aedes aegypti*. Deve apresentar febre (alta, podendo variar de 38°C a 40°C), usualmente entre dois e sete dias, e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea/vômitos, exantema, mialgia/artralgia, cefaleia/dor retro-orbital, petéquias/prova do laço positiva, leucopenia.

1.1.1 Também, pode ser considerado caso suspeito de dengue, toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias, e sem sinais e sintomas indicativos de outra doença.

1.2 Caso suspeito de dengue com sinais de alarme: é todo caso de dengue que, no período de defervescência da febre (entre 3º e o 7º dia do início da doença), apresenta um ou mais dos seguintes

sinais de alarme, esses sinais indicam o extravasamento de plasma dos vasos sanguíneos e/ou hemorragias, **sendo assim caracterizados:**

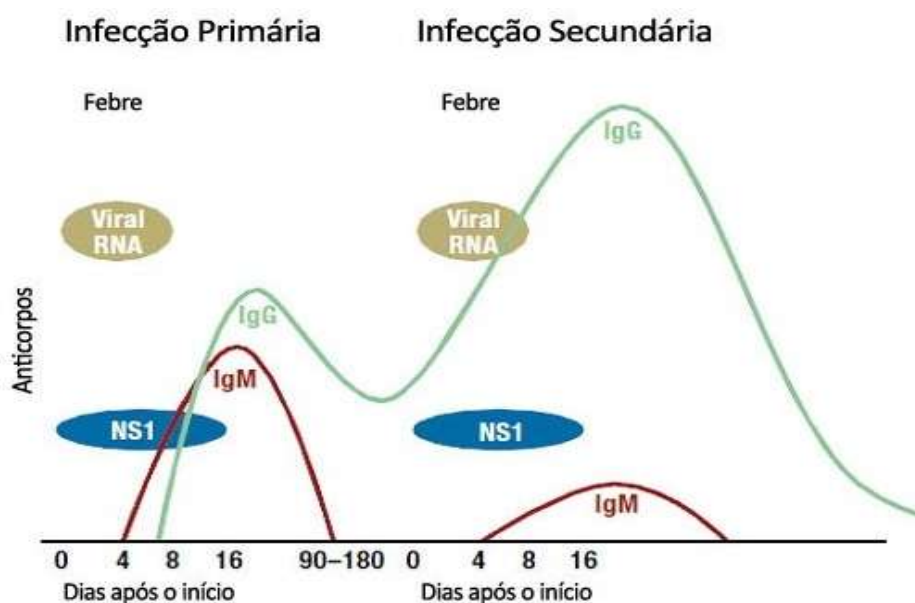
- Dor abdominal (dor na barriga) intensa e contínua;
- Vômitos persistentes;
- Acúmulo de líquidos em cavidades corporais (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico);
- Hipotensão postural e/ou lipotímia;
- Letargia e/ou irritabilidade;
- Aumento do tamanho do fígado (hepatomegalia) > 2cm;
- Sangramento de mucosa; e
- Aumento progressivo do hematócrito.

1.3 Caso suspeito de dengue grave: é todo caso de dengue que apresenta uma ou mais das condições a seguir: choque ou desconforto respiratório em função do extravasamento grave de plasma, choque evidenciado por taquicardia, pulso débil ou indetectável, taquicardia, extremidades frias e tempo de perfusão capilar >2 segundos, e pressão diferencial convergente <20 mmHg, indicando hipotensão em fase tardia, sangramento grave segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa e sangramento do sistema nervoso central), comprometimento grave de órgãos, a exemplo de dano hepático importante (AST/ALT>1.000 U/L), do sistema nervoso central (alteração da consciência), do coração (miocardite) ou de outros órgãos.

1.2 Investigação laboratorial de casos suspeitos

Para investigação laboratorial da dengue deve-se levar em consideração a data de início dos sintomas e a data da coleta da amostra (Fig. 1), o fluxograma laboratorial para diagnóstico está na página 21 (Anexo 6):

Figura 1 - Resposta antígeno-anticorpo na infecção por dengue



1.2.1 Dengue NS1 (Teste Rápido)

O Teste Rápido (TR) de dengue NS1 em cassete (Sangue total/Soro/Plasma) é um ensaio imunoenzimático cromatográfico rápido para detecção qualitativa de antígeno NS1 do vírus da dengue no sangue total, soro ou plasma para auxiliar no diagnóstico de infecções da dengue.

Pode ser realizado **até o 5º dia do início dos sintomas** nas seguintes situações:

- *Para casos suspeitos de Dengue, que preencham os critérios mínimos de suspeição, com estadiamento clínico A e B.*

1.2.2 Pesquisa de Arboviroses- RT-qPCR

É uma técnica molecular altamente sensível e específica que desempenha um papel crucial na diferenciação dos quatro sorotipos do vírus da dengue.

Pode ser realizada **até o 5º dia do início dos sintomas** nas seguintes situações:

- *Para Gestantes suspeitas de dengue independentemente do estadiamento clínico;*
- *Para casos suspeitos de Dengue B, com condições clínicas especiais:*
 - *Crianças menores de 2 anos;*
 - *Idosos acima de 60 anos;*
 - *Pacientes com comorbidades descompensadas;*
 - *Imunossuprimidos;*
 - *Pacientes com complicações neurológicas;*
- *Para casos suspeitos de Chikungunya, Zika Vírus, Oropouche e Febre Amarela;*
- *Para todos os casos de Dengue C e D (Estadiamento clínico), e ou óbitos suspeitos de arboviroses.*

1.2.3 Sorologia (Pesquisa IgM)

O exame de sorologia para dengue IgM e IgG é um teste que detecta a presença de anticorpos no sangue contra o vírus da dengue. Os anticorpos IgM e IgG são produzidos pelo organismo em resposta à infecção.

Pode ser realizado **a partir do 6º dia do início dos sintomas** nas seguintes situações:

- *Todos os casos que não preencherem critério para a Pesquisa de Arboviroses (RT-qPCR) ou Dengue NS1 (Teste Rápido).*
- *Casos de Dengue grave (C e D), gestantes e óbitos com sintomas há mais de 6 dias.*

1.3 Material de Apoio

Considerar os seguintes apoios para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos suspeitos/confirmados para Dengue:

- Para estadiamento verificar o Anexo 4, página 18.
- Para manejo clínico, condutas e acompanhamento, verificar:
 1. Dengue diagnóstico e manejo clínico (Adulto e Criança). Disponível em: Guia de Manejo Clínico da Dengue 2024: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca>
 2. Dengue manual de enfermagem. Disponível em: https://www.dengue.pr.gov.br/sites/dengue/arquivos_restritos/files/documento/2020-12/dengue_manual_enfermagem.pdf
 3. Manual de prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e no puerpério. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@4daa2ac9-bcda-451f-b192-edb646e6170c&emPg=true>
 4. Nota Informativa Nº 11/2024-CGAR/DEDT/SVSA/MS- Recomendações de vigilância e assistência relacionados à gestante com suspeita ou confirmação de dengue, Zika ou Chikungunya e possíveis desfechos no recém-nascido. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota-informativa-no-11-2024-cgarb-dedt-svsa-ms>

2. Chikungunya

A Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus CHIKV, que provoca uma doença febril cuja característica clínica mais importante e debilitante é a artralgia. O acometimento articular na Chikungunya, nas suas diferentes fases, causa importante incapacidade física, impactando de forma significativa na qualidade de vida da população atingida. O tratamento da dor envolve todas as fases da doença e não apenas as fases subagudas e crônicas, devendo ser efetivo desde os primeiros dias de sintomas.

Diferentemente do observado em relação à infecção por outros arbovírus, a maioria dos indivíduos infectados pelo CHIKV desenvolve sintomas, com alguns estudos mostrando que até 70% das infecções são sintomáticas. Após o período de incubação inicia-se a fase aguda ou febril, que dura até o 14º dia de sintomas. Alguns pacientes podem evoluir com persistência das dores articulares após a fase aguda, caracterizando-se o início da fase pós-aguda, que pode prolongar-se por até três meses. Os quadros com duração de mais de três meses são considerados crônicos.

2.1 Definição de caso suspeito para Chikungunya: Paciente com febre e artralgia ou artrite, não explicadas por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas de transmissão até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado.

Além das definições anteriores, cabem algumas observações:

- Em alguns casos os pacientes podem não apresentar febre, principalmente se forem idosos;

- O início da febre, em geral, ocorre subitamente;
- Alguns casos podem apresentar manifestações extra-articulares. Pode haver casos que não atendam à definição de casos de chikungunya e apresentem manifestações extra-articulares, inclusive graves.

2.2 Investigação laboratorial de casos suspeitos

Para investigação laboratorial da chikungunya deve-se levar em consideração a data de início dos sintomas e a data da coleta da amostra. O fluxograma de diagnóstico laboratorial para Chikungunya está na página 16 (Anexo 6), desta nota:

- **Pesquisa de Arboviroses- RT-qPCR-** Até o 5º dia do início dos sintomas:
- **Sorologia (Pesquisa IgM e IgG)-** A partir do 6º dia do início dos sintomas, preferencialmente após o 10º dia.

2.3 Material de Apoio

Considerar os seguintes apoios para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos suspeitos/confirmados para Chikungunya:

- Para manejo clínico, condutas e acompanhamentos, verificar:
 1. Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde Volume 2 (6ª ed.), revisado e atualizado em 2024, que aborda as principais diretrizes para o agravo Chikungunya, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view>
 2. Chikungunya: Manejo Clínico 2ª Edição” (2025), do Ministério da Saúde, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/chikungunya-manejo-clinico-2o-edicao-revisada.pdf/view>
 3. As orientações técnicas contidas na Nota Técnica nº04/2021/CVIA/COAS/LACEN/DAV Arbovirose: Chikungunya, que estabelece aspectos epidemiológicos, laboratoriais e clínicos em relação ao agravo no Paraná, disponível em: <https://www.dengue.pr.gov.br/Pagina/Material-de-apoio>

3. Zika Vírus

Embora descrito em 1947, em Uganda, a primeira epidemia decorrente desse flavivírus ocorreu somente em 2007, na Micronésia, com episódio subsequente na Polinésia Francesa, em 2014, sendo associado a 80% de infecções assintomáticas. Após ser considerada de curso benigno, surgiram evidências de ligação entre infecção por Zika e desenvolvimento da Síndrome de Guillain-Barré. Cerca de 6 meses após introdução no Brasil, identificada em abril de 2015, o vírus foi relacionado também a casos de microcefalia, com emissão de alerta internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e comprovação no ano seguinte.

Assim, a infecção pelo Zika é responsável por graves complicações neurológicas em fetos, recém-nascidos e adultos. Além da transmissão vetorial, possui outras formas de transmissão (materno-fetal, sexual e transfusão de sangue), cujo efeito sobre a carga da doença é objeto de estudos.

3.1 Definição de caso suspeito para Zika: paciente que apresente exantema maculopapular pruriginoso, acompanhado de, pelo menos, um dos seguintes sinais ou sintomas: febre, hiperemia conjuntival sem secreção, artralgia/ poliartralgia, edema periarticular.

3.2 Investigação laboratorial de casos suspeitos – Fluxograma para diagnóstico laboratorial está na página 16 (Anexo 6) desta nota.

- **Pesquisa de Arboviroses- RT-qPCR-** Até o 5º dia do início dos sintomas:
- **Sorologia (Pesquisa IgM)-** A partir do 6º dia do início dos sintomas, preferencialmente após o 10º dia, enviar amostra de soro para Pesquisa de Zika IgM

3.2.1 Investigação laboratorial dos casos em gestantes, síndromes neurológicas e óbitos

- **Gestantes com exantema:** independente da data de início de sintomas, coletar amostra de plasma (solicitar pesquisa de arbovírus). Citar a condição de gestante no campo “observações”, além de preencher no campo “caso” da requisição do GAL.
- **Gestantes com suspeita de zika, recém-natos de gestantes com exantema agudo referido ou com alteração do Sistema Nervoso Central (SNC), abortos espontâneos ou natimortos com suspeita clínica relacionada à zika:** observar as orientações da Nota Técnica nº16/2021 DAV/SESA.
- **Síndromes Neurológicas:** independente da data de início de sintomas, seguir o “Protocolo de Vigilância da Síndrome de Guillain-Barré e outras Doenças Neurológicas Agudas Graves Pós-infecciosas”, 2016.

3.3 Material de Apoio

Considerar os seguintes materiais de apoio para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos suspeitos/ confirmados para Zika:

1. Zika – Abordagem clínica na atenção básica, Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45516>
2. Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde relacionadas à Notificação de Microcefalia no RESP. Disponível em: https://www.dengue.pr.gov.br/sites/dengue/arquivos_restritos/files/documento/2021-10/notatecnica_no_16-2021_resp_microcefalia.pdf
3. Protocolo de Vigilância da Síndrome de Guillain-Barré e outras Doenças Neurológicas Agudas Graves, Pós-infecciosas, disponível em: https://lacen.saude.pr.gov.br/sites/lacen/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/sesapr_protoc_vigilsgb_16_09_2016.pdf

4. Oropouche

O Oropouche é uma doença causada por um arbovírus (vírus transmitido pelo inseto *Culicoides paraensis*) do gênero *Orthobunyavirus*, da família *Peribunyaviridae*. O *Orthobunyavirus oropoucheense* (OROV) foi isolado pela primeira vez no Brasil em 1960, a partir de amostra de sangue de um bicho preguiça (*Bradypus tridactylus*) capturada durante a construção da rodovia Belém-Brasília. A partir de 2023, houve aumento significativo na detecção de casos de Oropouche no Brasil. Em 2024, observou-se uma expansão da circulação viral para estados extra-amazônicos, sendo a transmissão autóctone identificada em quase todas as unidades federativas.

Existem dois tipos de ciclos de transmissão da doença:

- **Ciclo Silvestre:** No ciclo silvestre, bichos-preguiça e primatas não-humanos (e possivelmente aves silvestres e roedores) atuam como hospedeiros. Há registros de isolamento do OROV em algumas espécies de insetos, como *Coquillettidia venezuelensis* e *Aedes serratus*. No entanto, o vetor primário é o *Culicoides paraensis*, conhecido como maruim ou mosquito-pólvora.
- **Ciclo Urbano:** Nesse ciclo, os humanos são os principais hospedeiros do vírus. O inseto *Culicoides paraensis* também é o vetor principal. O inseto *Culex quinquefasciatus*, comumente encontrado em ambientes urbanos, pode ocasionalmente transmitir o vírus também.

Até o momento não há evidência de transmissão direta de pessoa a pessoa. Após a infecção, o vírus permanece no sangue dos indivíduos infectados por 2-5 dias após o início dos primeiros sintomas. O período de incubação intrínseca do vírus (em humanos) pode variar entre 3 e 8 dias após a infecção pela picada do vetor. Entre as características do OROV, destaca-se seu elevado potencial de transmissão e disseminação, com capacidade de causar surtos e epidemias em áreas urbanas. Não há vacina e tratamento específico disponíveis.

4.1 Aspectos Clínicos

O quadro clínico agudo evolui com febre de início súbito, cefaleia (dor de cabeça), mialgia (dor muscular) e artralgia (dor articular). Outros sintomas como tontura, dor retro ocular, calafrios, fotofobia, náuseas e vômitos também são relatados. Casos com acometimento do sistema nervoso central (p. ex., meningite asséptica, meningoencefalite), especialmente em pacientes imunocomprometidos, e com manifestações hemorrágicas (petéquias, epistaxe, gengivorragia) podem ocorrer.

Não existe tratamento específico. Os pacientes devem permanecer em repouso, com tratamento sintomático e acompanhamento médico.

4.1.1 Definição de caso: Considera-se caso confirmado de febre do Oropouche, todo caso com diagnóstico laboratorial de infecção pelo OROV, preferencialmente por provas diretas (biologia molecular ou isolamento viral), e cujos aspectos clínicos e epidemiológicos (i.e., exposição em região endêmica ou com registro de surto/epidemia ou exposição a situação de risco em áreas periurbanas, de mata, rurais ou silvestres) sejam compatíveis com a ocorrência da doença.

Uma vez confirmada a ocorrência de um caso em novo território, deve-se adotar a definição de caso suspeito adaptada da Organização Panamericana de Saúde: indivíduo que apresenta febre de início

agudo (ou histórico de febre) de até 5 dias de duração associada a dor de cabeça intensa e duas ou mais das seguintes manifestações: mialgia ou artralgia; calafrios; fotofobia; tontura; dor retro ocular; náuseas, vômitos ou diarreia; qualquer manifestação do sistema nervoso (diplopia, parestesia, meningite, encefalite, meningoencefalite); Histórico de exposição em áreas endêmicas ou com registro de surto/epidemia ou exposição à situação de risco como áreas infestadas pelo vetor.

4.2 Oropouche e gestação

4.2.1 Acompanhamento pré-natal

Toda gestante deve ser acolhida e acompanhada durante o pré-natal conforme orientações do documento Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, e o Manual de Gestação de Alto Risco (2022) quando identificado risco à gestante ou ao feto.

Sobre o prognóstico gestacional e perinatal das arboviroses, de forma geral, há risco de transmissão vertical e se associa a riscos aumentados de perda gestacional, parto prematuro e anomalias congênitas. Nestas situações, é importante que o acompanhamento de gestantes não esteja limitado ao calendário das consultas de pré-natal.

Recomenda-se ao profissional de saúde que realiza o acompanhamento:

- a. *Registrar na Caderneta da Gestante, assim como no prontuário, seu histórico de infecções por arbovírus, outros agentes infecciosos, vacinas e presença de anomalias congênitas na família; incluindo o registro dos sinais e sintomas correspondentes, bem como data de aparecimento dos primeiros sintomas;*
- b. *Realizar a notificação/investigação, e coletar amostras de sangue da gestante para testar por meio de biologia molecular RT-PCR em paralelo para DENV, CHIKV, ZIKA, OROV e MAYV, se captada na fase aguda (0 a 5 dias de doença). Adicionalmente, realizar diagnóstico laboratorial diferencial para outras infecções com potencial de causar alterações no feto (STORCH). As amostras devem ser encaminhadas para o laboratório de referência estadual, conforme orientações contidas no Anexo I e fluxo previamente estabelecido na rede;*
- c. *Orientar quanto às medidas de proteção contra os vetores de transmissão de arbovírus;*
- d. *Realizar visita domiciliar, incluindo orientações sobre os cuidados sanitários e medidas de proteção contra vetores de transmissão de arboviroses, tanto para as gestantes como para seus familiares;*
- e. *Esclarecer dúvidas das gestantes e familiares quanto ao risco de transmissão vertical;*
- f. *Quando necessário e presentes no território, as equipes Multiprofissionais (eMulti) devem atuar de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, com atuação responsável pelo cuidado em saúde mental à gestante e seus familiares, principalmente nas situações de perda gestacional.*

4.2.2 Acompanhamento neonatal

Em caso de nascido vivo com anomalia congênita possivelmente relacionadas à infecção por arbovírus recomenda-se ao profissional de saúde que realiza o acompanhamento seguir as orientações das referências estaduais e nacionais, contidas nos documentos:

1. Nota Técnica Nº 15/2024-SVSA/MS- Trata da Recomendação para intensificação da vigilância de transmissão vertical do vírus Oropouche. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@ebe528f2-09d4-4517-99b3-902b167b7969&empPg=true>
2. Nota Técnica Nº 117/2024-CGAR/DEDT/SVSA/MS - Atualização das orientações para a vigilância do Oropouche. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-n-117-2024-cgarb-dedt-svsa-ms.pdf>
3. Nota Técnica Conjunta Nº 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS- Sobre orientações para notificação e investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênitas ou óbitos fetais. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@0abc411b-4dd6-4546-9abf-f9f0d5444ab2&empPg=true>
4. Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde relacionadas à Notificação de Microcefalia no RESP. Disponível em: https://www.dengue.pr.gov.br/sites/dengue/arquivos_restritos/files/documento/2021-10/notatecnica_no_16-2021_resp_microcefalia.pdf

4.3 Eventos de interesse para a Vigilância e Assistência

As seguintes situações devem ser notificadas e investigadas:

- a. Gestantes que apresentem sinais e sintomas compatíveis com infecção por arbovírus, como febre de início súbito, acompanhado de outros sintomas como cefaleia, mialgia, artralgia, tontura, náuseas, vômitos, dor retro orbital, exantema, manifestações hemorrágicas (epistaxe, sangramento gengival, petéquias); ou sinais e sintomas de gravidade, como acometimento do sistema nervoso central (meningite asséptica, meningoencefalite);
- b. Casos de anomalia congênita do sistema nervoso central no feto ou no recém-nascido, conforme Quadro 1, sem outras causas aparentes ou comprovadas (ex. doença genética ou outras doenças infecciosas tais como as STORCH - sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus), cuja gestante seja residente ou tenha histórico de deslocamento para área de circulação confirmada do OROV, ou apresente histórico de sintomas compatíveis com arboviroses durante a gestação;
- c. Óbito fetal, sem outras causas aparentes ou comprovadas (ex. doença genética ou outras doenças infecciosas tais como as STORCH - sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus), cuja gestante seja residente ou tenha histórico de deslocamento para área de circulação confirmada do OROV, ou apresente histórico de sintomas compatíveis com arboviroses durante a gestação.

5. Boas Práticas para Vigilância Laboratorial das Arboviroses

- As amostras de plasma deverão ser coletadas em tubo EDTA PPT, e enviadas sempre congeladas. Evitar ciclos de congelamento e descongelamento das amostras.

- As amostras de soro devem ser enviadas em alíquotas distintas para cada vírus. O Lacen/PR não procederá a aliquotagem das amostras.
- O Lacen/PR e os demais Laboratórios de Referência da rede estadual não realizam contraprova ou confirmação de resultados de exames. Porém, poderão realizar exame laboratorial para confirmação/descarte de casos de interesse epidemiológico, a critério da Coordenação Estadual da Dengue- SESA/PR.
- O diagnóstico laboratorial específico de todos os casos individuais em momento epidêmico não é objeto desta nota técnica ou da Vigilância Epidemiológica.
- Orientações sobre a coleta de exames para Arboviroses encontram-se no documento **Nota Orientativa Nº 0001/2025- DAE/LABORATÓRIO MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA- Recomendações para a realização de testes e coletas laboratoriais em cenário endêmico e epidêmico de arboviroses.**

6. Fluxos de notificação e informação

A Portaria de Consolidação GM/MS n.º 217, de 01 de março de 2013, que consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS, estabelece, no Anexo 5, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, e define a compulsoriedade da notificação de casos suspeitos de dengue, Chikungunya, Zika, Oropouche e Febre Amarela a todos os níveis de gestão do SUS em até sete dias. Já para casos suspeitos de Zika em gestantes (níveis estaduais e municipais) e óbitos de ambas as doenças, o prazo máximo para notificação é de 24 horas após a suspeita inicial.

*Portanto, todos os casos suspeitos devem ser, **obrigatoriamente**, notificados pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados por meio de ficha de investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (Anexo 1) a vigilância epidemiológica municipal em até 7 dias a partir do conhecimento de sua ocorrência, enquanto a notificação de óbitos suspeitos deve ser realizada em até 24 horas do conhecimento de sua ocorrência, utilizando-se do meio de comunicação mais rápido disponível.*

7. Recomendações

Diante do cenário exposto, com tendência de aumento de casos e transmissão sustentada de dengue no estado do Paraná, recomenda-se:

7.1 Vigilância

1. Notificação dos casos de dengue mediante a suspeita clínica, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Os óbitos suspeitos ou confirmados são de notificação imediata, em até 24 horas;

2. Inserção dos casos no Sinan o mais rápido possível, de maneira a orientar as ações de controle vetorial e a organização dos serviços de saúde para acompanhamento dos pacientes;
3. Investigação dos óbitos logo após a notificação, para identificar necessidades de reorganização de fluxos de atendimento e de preparação da rede assistencial, evitando ocorrência de novos óbitos;
4. Intensificação das ações de enfrentamento, de acordo com o nível de alerta local, conforme sugerido no Plano de contingência para resposta às emergências em Saúde Pública por dengue, chikungunya e Zika (disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/plano-de-contingencia-nacional-para-dengue-chikungunya-e-zika.pdf>);
5. Intensificação das ações de visitas domiciliares, bem como a vistoria e tratamento de depósitos de água, quando recomendado.

7.2 Organização da rede assistencial

1. **Capacitação dos profissionais de saúde** para reconhecer os casos, sinais de alarme e gravidade, bem como ofertar o manejo clínico adequado, seguem sugestões de cursos ofertados no formato online pela UNASUS:
 - a. Capacitação Enfrentamento das Arboviroses (UNASUS) disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46703>;
 - b. Dengue: Casos Clínicos para Atualização do Manejo (UNASUS) disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/47003>;
 - c. Curso de Atualização: Módulo Emergencial de Enfrentamento da Dengue- Educa DTN-VE. Disponível em: https://sig.bp.org.br/ficha_inscricao/introducao-processo-seletivo/bp_1708967762;
 - d. Atualização do Manejo Clínico da Pessoa com Chikungunya (UNASUS) disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45393>;
 - e. Abordagem Clínica de Zika na Atenção Primária à Saúde (UNASUS) disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/47028>;
 - f. Atenção Integral às Crianças com Alterações do Crescimento e Desenvolvimento, relacionadas às Infecções Zika e STORCH (UNASUS) disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45518>;
 - g. Vigilância e Controle de Vetores de Importância em Saúde Pública (UNASUS) disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45783>;
 - h. Plano de Contingência: dimensões para sua operacionalização (UNASUS) disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/oferta/419203>;
2. Organização dos serviços de saúde para garantir o acesso, incluindo a oferta de horários estendidos de atendimento, se necessário. A maioria dos casos de dengue não exigem

internação, portanto, as unidades de Atenção Básica possuem condições de atender a maior parte da demanda.

7.3 Assistência e manejo clínico

1. Atenção especial no atendimento dos casos com sinais de alarme ou gravidade, os quais exigem leitos de observação e de internação, respectivamente, por ter maior probabilidade de evoluir para o óbito se não forem manejados adequadamente;
2. Atenção diferenciada aos casos que apresentem condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades, bem como lactentes – menores de 2 anos –, gestantes, adultos com idade acima de 65 anos;
3. O manejo dos casos deve se basear na classificação de risco, conforme estadiamento clínico. Ressalta-se que a dengue é uma doença dinâmica e pode haver mudanças repentinas de classificação e consequentemente, é necessária a reavaliação da condução clínica durante todo o acompanhamento. Solicitar exames inespecíficos para dengue, conforme indicação do Guia Dengue Diagnóstico e Manejo Clínico- adulto e criança, tais como hemograma, com contagem de plaquetas, dosagem de albumina, além de outros exames complementares conforme critério médico;
4. Uso do diagnóstico laboratorial específico como ferramenta de vigilância, e não para definição de conduta clínica. Estão disponíveis na rede de Laboratórios de Saúde Pública, os testes de biologia molecular e de sorologia IgM;
5. Atenção ao diagnóstico diferencial de dengue com outras doenças febris agudas associadas à artralgia, tais como Zika e chikungunya. Outros diagnósticos diferenciais incluem síndromes febris exantemáticas, síndromes hemorrágicas, viroses respiratórias malária, leptospirose, febre reumática, artrite séptica, Zika, Febre do Mayaro e Oropouche;
6. Fluxogramas de atendimento e manejo clínicos do município constam no Anexo 7 e 8;
7. Sobre a técnica para realização da Prova do Laço (Anexo 3), e vídeo aula disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zXyq43b0wps>.

8. Ações estratégicas

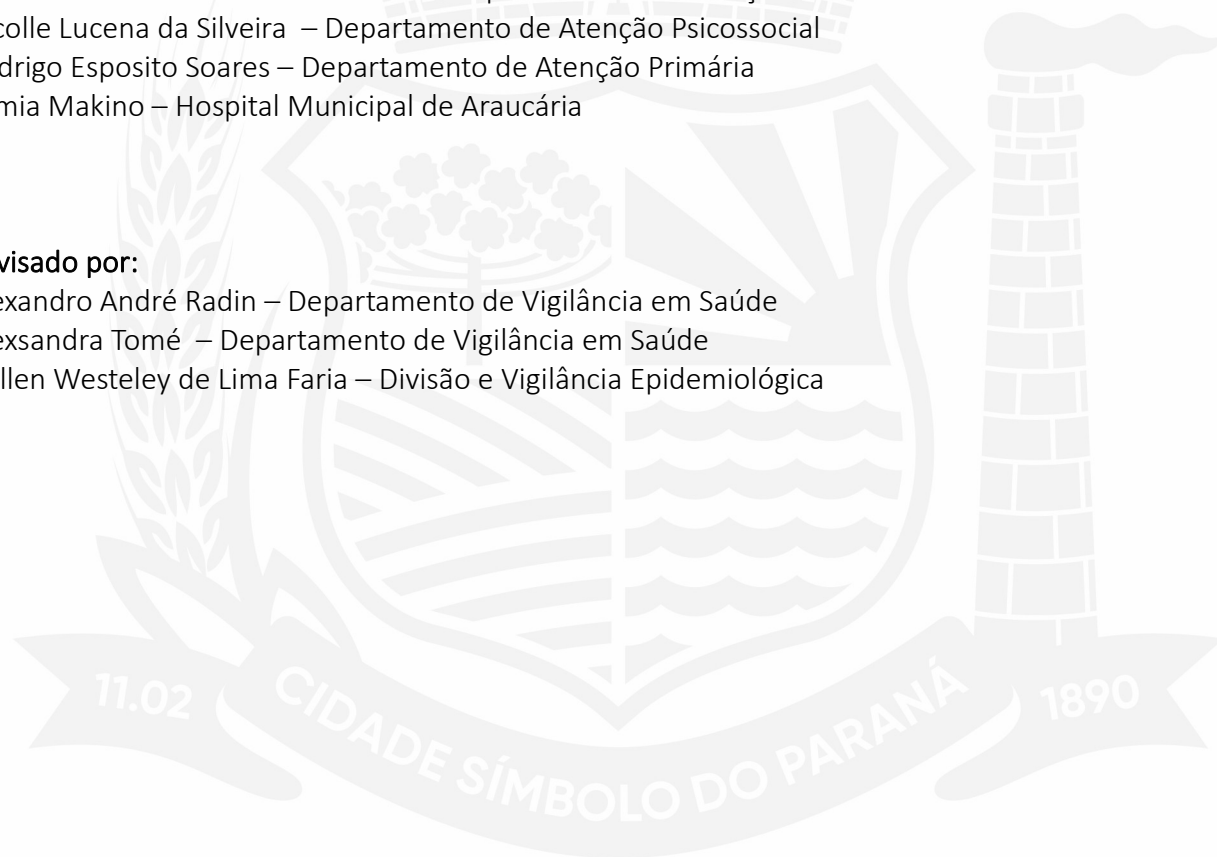
As arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* tem se constituído como um dos principais problemas de saúde pública no mundo. É fundamental manter a vigilância quanto à presença de criadouros do mosquito *Aedes aegypti*; sem mosquito não há doença e o monitoramento de ações integradas de prevenção, controle, assistência e reabilitação são fundamentais para a quebra da cadeia de transmissão.

Elaborado por:

Alexandro André Radin – Departamento de Vigilância em Saúde
Ana Beatriz Siqueira Xavier Silva Pock – Secretaria Municipal de Saúde
Ana Maria Taborda – Departamento de Urgência e Emergência
Carolina de Almeida Torres – Departamento de Atenção Secundária
Emanuelle Francis Castilho Damasceno – Secretaria Municipal de Saúde
Flavia Aline Ferreira – Departamento de Urgência e Emergência
Hellen Westeley de Lima Faria – Divisão e Vigilância Epidemiológica
Josiane Hainosz Zablocki – Departamento de Atenção Secundária
Keitiane Ferreira – Departamento de Atenção Primária
Marcielle de Araújo Choinski – Laboratório Municipal de Análises Clínicas Dr. Gerson Bruschini Ribeiro
Marcos de Almeida Santos Júnior – Departamento de Atenção Primária
Mariah Daher Macedo de Carvalho – Departamento de Atenção Psicossocial
Nicolle Lucena da Silveira – Departamento de Atenção Psicossocial
Rodrigo Esposito Soares – Departamento de Atenção Primária
Sâmia Makino – Hospital Municipal de Araucária

Revisado por:

Alexandro André Radin – Departamento de Vigilância em Saúde
Alexsandra Tomé – Departamento de Vigilância em Saúde
Hellen Westeley de Lima Faria – Divisão e Vigilância Epidemiológica



ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA ARBOVIROSES

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		3 Código (CID10) A 90 A 92	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Código (IBGE)	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 7-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 6-Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Estudo fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Estudo médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Estudo médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP			
28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)						
Dados clínicos e laboratoriais						
Dados clínicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não ☐ Febre ☐ Cefaléia ☐ Vômito ☐ Dor nas costas ☐ Artrite ☐ Petéquias ☐ Prova do laço positiva ☐ Mialgia ☐ Exantema ☐ Náuseas ☐ Conjuntivite ☐ Artralgia intensa ☐ Leucopenia ☐ Dor retroorbital					
	34 Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não ☐ Diabetes ☐ Hepatopatias ☐ Hipertensão arterial ☐ Doenças auto-imunes ☐ Doenças hematológicas ☐ Doença renal crônica ☐ Doença ácido-péptica					
Dados laboratoriais	35 Sorologia (IgM) Chikungunya Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Sorologia (IgM) Chikungunya Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Exame PRNT Data da Coleta	
	38 Resultado S1 ☐ S2 ☐ PRNT ☐ 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		40 Exame NS1 Data da Coleta	
	41 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		43 Isolamento Data da Coleta	
	44 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não Realizado		45 RT-PCR Data da Coleta		46 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não Realizado	
	47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4		48 Histopatologia 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado	

Chikungunya/Dengue

Sinan Online

SVS 14/03/2016

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização?	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)	
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐					
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone			
Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)					
	56 O caso é autóctone do município de residência?	57 UF	58 País			
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado ☐					
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro		
	62 Classificação	63 Critério de Confirmação/Descarte	64 Apresentação clínica			
	5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya ☐	1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3- Em investigação ☐	1- Aguda 2- Crônica ☐			
65 Evolução do Caso	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento				
	1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9-Ignorado ☐					
Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave						
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme ☐					
	1-Sim 2-Não ☐					
	☐ Hipotensão postural e/ou lipotímia	☐ Vômitos persistentes	☐ Dor abdominal intensa e contínua	☐ Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:	
	☐ Queda abrupta de plaquetas	☐ Letargia ou irritabilidade	☐ Sangramento de mucosa/outras hemorragias	☐ Hepatomegalia >= 2cm		
	☐ Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	☐ Taquicardia	☐ Hematêmese	☐ Acúmulo de líquidos		
70 Dengue grave 1-Sim 2-Não	Sangramento grave:					
Extravasamento grave de plasma:	☐ Metrorragia volumosa					
☐ Pulso débil ou indetectável	☐ Taquicardia	☐ Sangramento do SNC				
☐ PA convergente <= 20 mmHg	☐ Extremidades frias	Comprometimento grave de órgãos:				
☐ Tempo de enchimento capilar	☐ Hipotensão arterial em fase tardia	☐ AST/ALT > 1.000	☐ Miocardite	☐ Alteração da consciência		
☐ Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		☐ Outros órgãos, especificar:				
71 Data de início dos sinais de gravidade:						
Informações complementares e observações						
Observações Adicionais						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome			Assinatura		
	Função					
Chikungunya/Dengue			Sinas Online		SVS 14/03/2016	

ANEXO 2 – DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

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

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

Fonte: Guia Prático de Arboviroses Urbanas, Brasil, 2024

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

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

ANEXO 3- COMO REALIZAR A PROVA DO LAÇO PARA AVALIAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE DENGUE

Para realizar a prova do laço para avaliação de casos suspeitos de dengue, inicialmente é necessário:

- Verificar a pressão arterial e calcular a média da pressão arterial (MPA):

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

- Após o cálculo da MPA, deve-se insuflar o manguito até o valor médio e mantê-lo inflado por 5 minutos nos adultos e 3 minutos em crianças ou até o surgimento de petéquias;
- Desenhar um quadrado de 2,5 x 2,5 cm no antebraço (ou usar cartão com área de leitura de 2,5 x 2,5 cm) e contar o número de petéquias após o tempo indicado(1).

Figura 1. Prova do laço.



A prova é considerada positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos ou 10 ou mais petéquias em crianças.

Se a prova do laço se apresentar positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, ela pode ser interrompida.

- Deve-se atentar para a possibilidade de surgimento de petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.
- TROCAR
- A prova do laço deve ser realizada na triagem, em todo paciente com suspeita de dengue que não apresente sangramento espontâneo e deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.
- A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque.

A prova do laço positiva tem a função de avaliar a presença de sangramento induzido e, sempre que positiva, o caso deve ser considerado na classificação de dengue no grupo de estadiamento B ou superior. Também pode facilitar a diferenciação de dengue de outras infecções virais agudas, mas um teste negativo não exclui a infecção.

PROVA DO LAÇO – VÍDEO: https://www.youtube.com/watch?v=a4Qp7L_oIBQ

ANEXO 4 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE ([Clique aqui](#))

SUSPEITA DE DENGUE

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

NOTIFICAR TODO CASO SUSPEITO DE DENGUE

TEM SINAL DE ALARME OU GRAVIDADE?

NÃO

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

NÃO

GRUPO A
Dengue sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades.

SIM

GRUPO B*
Dengue sem sinais de alarme, com condição especial, ou com risco social e com comorbidades.

GRUPO C
Sinais de alarme presentes e sinais de gravidade ausentes

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

GRUPO D
Dengue grave

- Extravasamento grave de plasma, levando ao choque evidenciado por taquicardia; extremidades distais frias; pulso fraco e filiforme; enchimento capilar lento (>2 segundos); pressão arterial convergente (<20 mmHg); taquipneia; oligúria (<1,5 ml/kg/h); hipotensão arterial (fase tardia do choque); cianose (fase tardia do choque); acumulação de líquidos com insuficiência respiratória.
- Sangramento grave.
- Comprometimento grave de órgãos.

Iniciar hidratação dos pacientes de imediato de acordo com a classificação, enquanto aguardam exames laboratoriais.
Hidratação oral para pacientes dos grupos A e B. Hidratação venosa para pacientes dos grupos C e D.

Acompanhamento Ambulatorial.

Exames complementares
A critério médico.

Conduta
Hidratação oral
Adulto
60 ml/kg/dia, sendo 1/3 com sais de reidratação oral e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chá, água de coco etc.).
Crianças (<13 anos)
- 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.

IMPORTANTE
Os sinais de alarme e agravamento do quadro costumam ocorrer na fase de remissão da febre. Retorno imediato na presença de sinais de alarme ou no dia da melhora da febre (possível início da fase crítica); caso não haja defervescência, retornar no 5.º dia da doença. Entregar cartão de acompanhamento de dengue.

Acompanhamento
Em leito de observação até resultado de exames e reavaliação clínica.

Exames complementares
Hemograma completo: obrigatório.

Conduta
Hidratação oral (conforme Grupo A) até o resultado dos exames.
Hematócrito normal
Tratamento ambulatorial.
Hemoconcentração ou sinais de alarme
Conduzir como grupo C.
Alta
Retorno diário para reavaliação clínica e laboratorial (até 48 horas após a remissão da febre). Manter hidratação oral.

*Condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades: lactentes (<24 meses), gestantes, adultos >65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, obesidade, doenças hematológicas crônicas, doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças autoimunes. Esses pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento diferenciado.

Acompanhamento
Em leito de internação até estabilização – mínimo de 48h.

Exames complementares
- Obrigatórios: hemograma completo, dosagem de albumina sérica e transaminases.
- Recomendados: raio X de tórax (PA, perfil e incidência de Laue) e USG de abdome.
- Outros exames conforme necessidade: glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, Tpa e ecocardiograma.
- Exames específicos para confirmação de dengue são obrigatórios, mas não são essenciais para conduta clínica.

Conduta
Iniciar reposição volêmica imediata (10 ml/kg de soro fisiológico na primeira hora), em qualquer ponto de atenção, independente do nível e complexidade, mesmo na ausência de exames complementares.

Reavaliação clínica após 1 hora.

Conduta – adulto e crianças
Após uma hora: reavaliar o paciente (sinais vitais, PA, avaliar diurese – desejável 1 ml/kg/h). Manter hidratação IV 10 ml/kg/h (soro fisiológico a 0,9%) na segunda hora. Até avaliação do hematócrito (que deverá ocorrer em até duas horas da reposição volêmica).

Reavaliação clínica e laboratorial após 2 horas.

Melhora clínica e laboratorial. Sinais vitais e PA estável, diurese normal e queda do hematócrito.

SIM

Sem melhora do hematócrito ou dos sinais de hemodinâmicos
- Repetir fase de expansão até três vezes.
- Manter reavaliação clínica (sinais vitais, PA, avaliar diurese) após 1 hora e de hematócrito em 2 horas (após conclusão de cada etapa).
- Sem melhora clínica e laboratorial, conduzir como grupo D.

Melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão
- Iniciar a fase de manutenção com soro fisiológico.
- Primeira fase: 25 ml/kg em 6 horas. Se houver melhora, iniciar segunda fase.
- Segunda fase: 25 ml/kg em 8 horas.

Critério de alta
Paciente precisa preencher todos os seis critérios a seguir:
- Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
- Ausência de febre por 24 horas.
- Melhora visível do quadro clínico.
- Hematócrito normal e estável por 24 horas.
- Plaquetas em elevação.

Retorno
Após preencher critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação, conforme grupo B. Preencher e entregar cartão de acompanhamento.

Acompanhamento
Em leito de UTI até estabilização – mínimo de 48h.

Conduta
Reposição volêmica (adulto e criança). Iniciar imediatamente fase de expansão rápida parenteral, com soro fisiológico a 0,9% 20 ml/kg em até 20 minutos, em qualquer nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.

Reavaliação
- Reavaliação clínica a cada 15-30 minutos e de hematócrito em 2 horas.
A reavaliação deve acontecer após cada etapa de expansão. Esses pacientes precisam ser continuamente monitorados.

Melhora clínica e de hematócrito. Retornar para fase de expansão do grupo C.

Resposta inadequada caracterizada pela persistência do choque. Avaliar hematócrito.

Hematócrito em elevação.

Utilizar expansores plasmáticos (albumina 0,5-1 g/kg); preparar solução de albumina a 5% (para cada 100 ml desta solução, usar 25 ml de albumina a 20% e 75 ml de SF a 0,9%); na falta desta, usar colóides sintéticos, a 10 ml/kg/hora.

Com resolução do choque, ausência de sangramento, mas com surgimento de outros sinais de gravidade, observar:
- Sinais de desconforto respiratório, sinais de ICC e investigar hiperhidratação.
- Tratar com diminuição importante da infusão de líquido, uso de diuréticos e drogas inotrópicas, quando necessário.

Investigar hemorragia e coagulopatia de consumo
Se hemorragia, transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 ml/kg/dia). Se coagulopatia, avaliar a necessidade de uso de plasma fresco (10 ml/kg). Vitamina K endovenosa e crio precipitado (1 U para cada 5-10 kg). Transfusão de plaquetas apenas nas seguintes condições: sangramento persistente não controlado, depois de corrigidos os fatores de coagulação e do choque, e com trombocitopenia e INR > que 1,5 vez o valor normal.

Se resposta adequada, tratar como grupo C.

Interromper ou reduzir a infusão de líquidos à velocidade mínima necessária se:
- Houver término do extravasamento plasmático.
- Normalização da PA, do pulso e da perfusão periférica.
- Diminuição do hematócrito, na ausência de sangramento.
- Diurese normalizada.
- Resolução dos sintomas abdominais.

ATENÇÃO: consultar o manual do Ministério da Saúde para conduta em condições clínicas especiais (cardiopatas e hipertensos, usuários de antiagregantes e anticoagulantes).

ATENÇÃO: pacientes idosos ou na presença de comorbidades, como as cardíacas e insuficiência renal, precisam ajustar os volumes de hidratação caso a caso, evitando sobrecargas de volume.

ANEXO 5 – HIDRATAÇÃO EM CASOS SUSPEITOS DE DENGUE

HIDRATAÇÃO ORAL

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

Criança < 13 anos de idade: Recomenda-se $\frac{1}{3}$ do volume em forma de soro de reidratação oral (SRO). Para os $\frac{2}{3}$ restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, chás etc.).

Quadro 1- Quantidade do volume de hidratação oral por peso em crianças

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

Fonte: Brasil, 2024

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

Quadro 2 – Hidratação venosa em pessoas com suspeita/diagnóstico de dengue, conforme estadiamento clínico

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

Fonte: Brasil, 2024

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

HIDRATAÇÃO EM IDOSOS

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

HIDRATAÇÃO EM PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

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

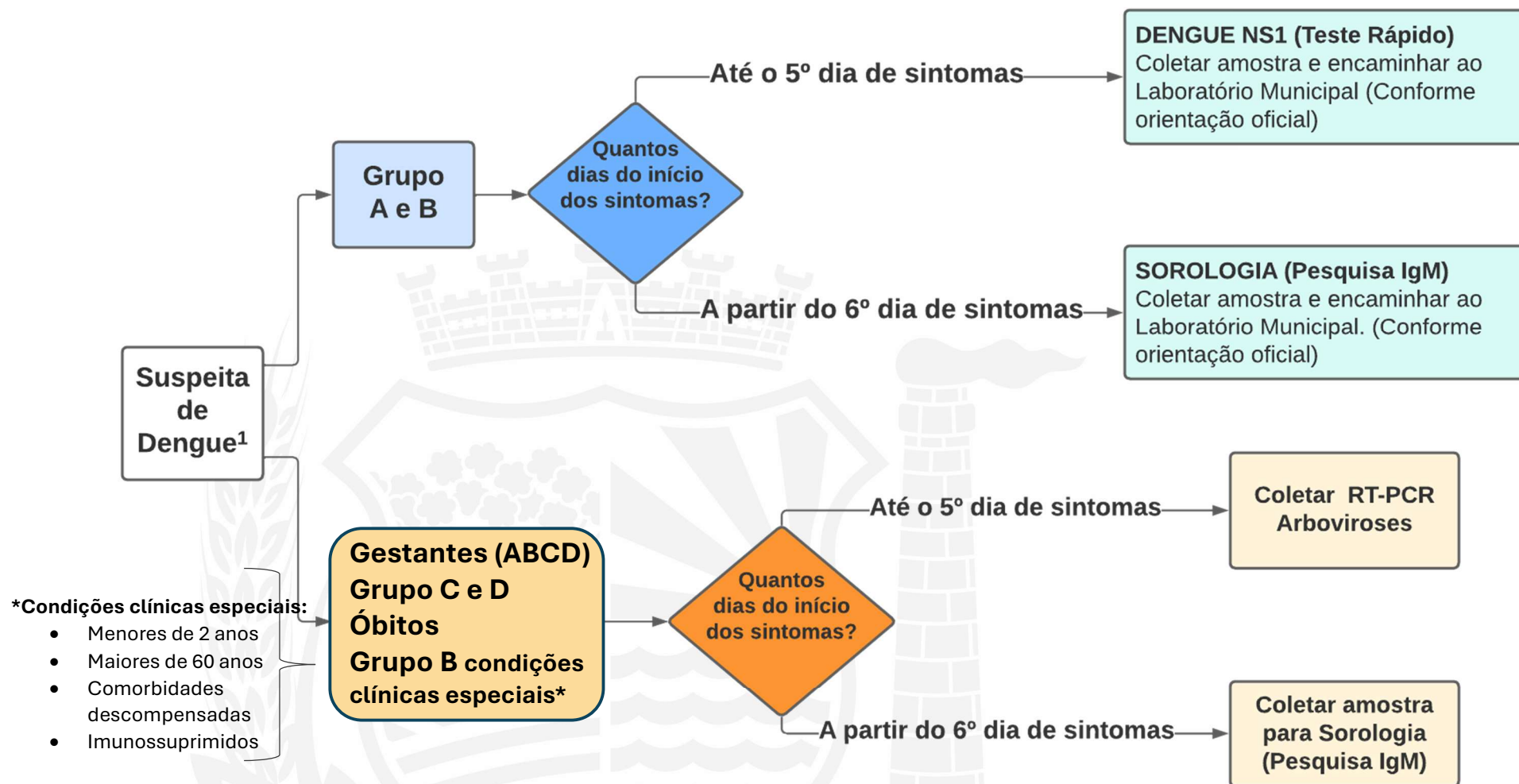
- **Pressão arterial:** Deve ser avaliada a cada quatro horas, conforme a gravidade do paciente (considera-se hipotensão arterial PAS < 100mmHg);
- **Perfusão periférica:** A redução é caracterizada por pulso rápido e fino, extremidades frias, sudorese fria, redução do enchimento capilar > 2 segundos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

HIDRATAÇÃO EM GESTANTES

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

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) publicou a Nota Técnica nº 001/2024, que trata das competências e atribuições do Enfermeiro para o enfrentamento a epidemia de dengue em situação de emergência em saúde pública, a Nota Técnica nº 001/2024 pode ser acessada na íntegra, por meio do link: https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Nota_Tecnica_COES_001_2024_DengueassinadoEduardoFernandoeRachel1.pdf.

ANEXO 6 – FLUXOGRAMA LABORATORIAL PARA DIAGNÓSTICO DE DENGUE



1. Definição de caso de dengue: paciente com febre, usualmente entre 2 a 7 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, náuseas, vômito, exantema, leucopenia, petéquias ou prova do laço positiva.

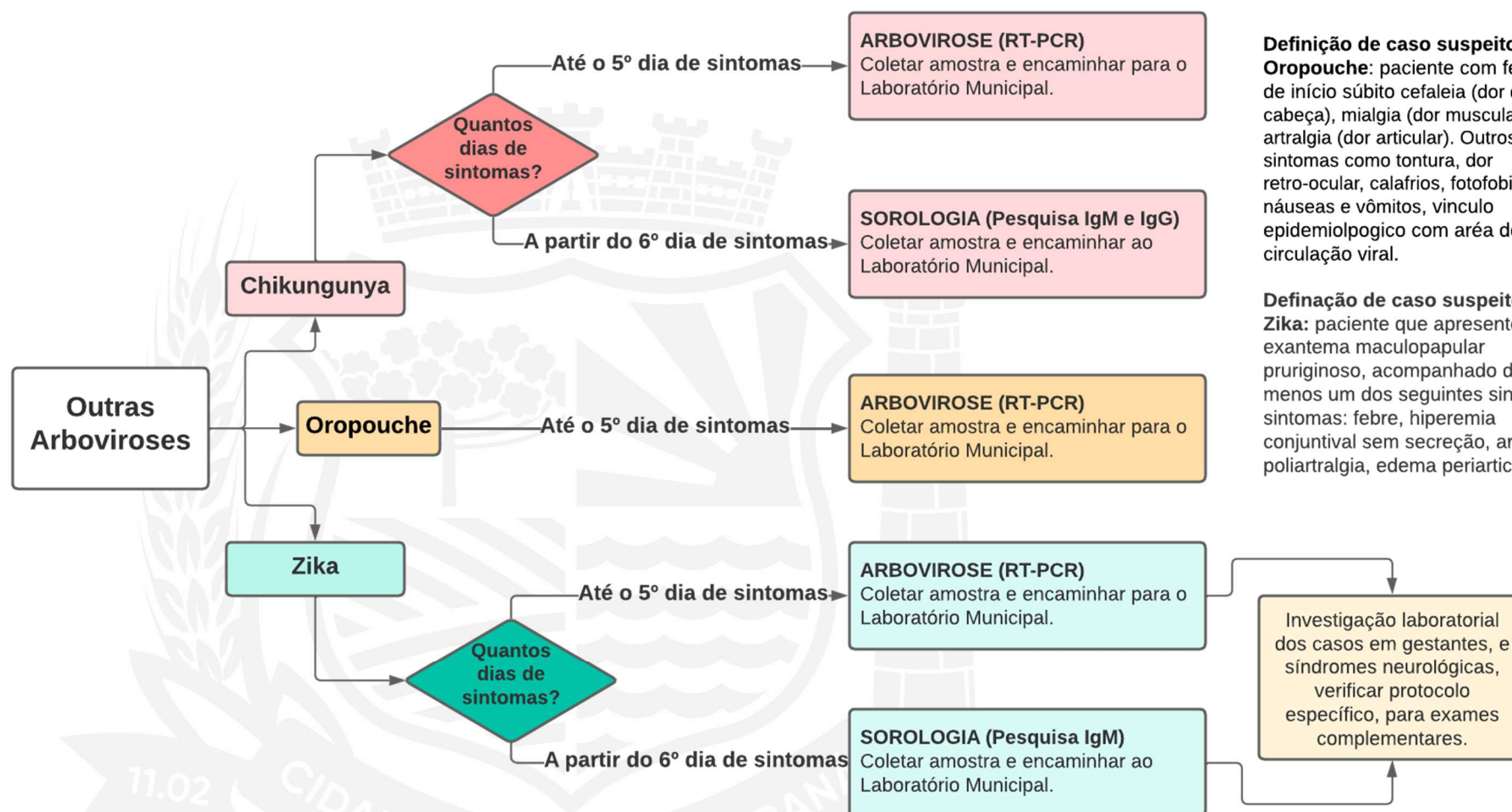
Orientações sobre os exames laboratoriais encontram-se na: **Nota Orientativa Nº 0001/2025 - DAE/LABORATÓRIO MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA - Recomendações para a realização de testes e coletas laboratoriais em cenário endêmico e epidêmico de arboviroses.**

ANEXO 7 – FLUXOGRAMA LABORATORIAL PARA DIAGNÓSTICO DE CHIKUNGUNYA, ZIKA E OROPOUCHE.

Definição de caso suspeito para Chikungunya: paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e intensa artralgia ou artrite.

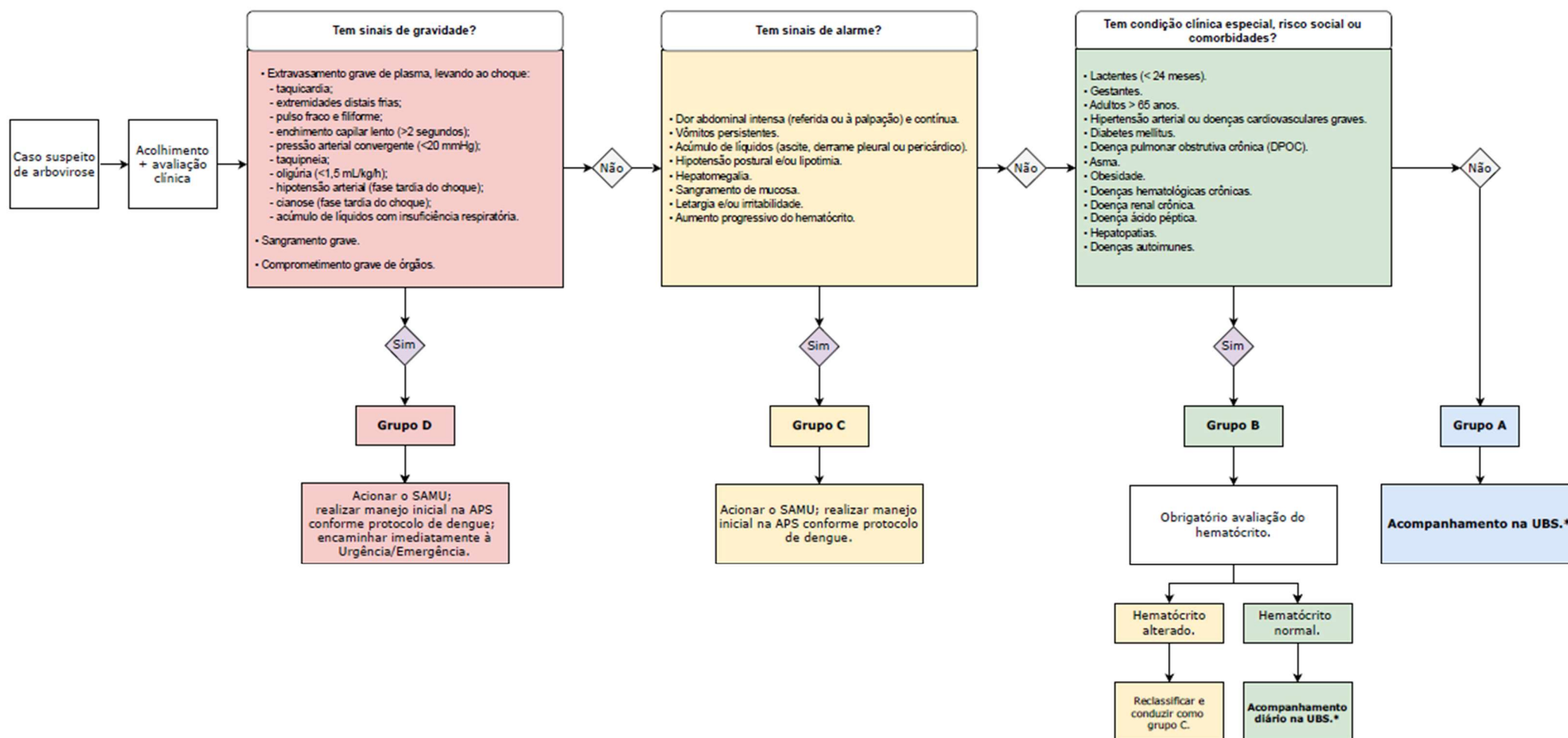
Definição de caso suspeito para Oropouche: paciente com febre de início súbito cefaleia (dor de cabeça), mialgia (dor muscular) e artralgia (dor articular). Outros sintomas como tontura, dor retro-ocular, calafrios, fotofobia, náuseas e vômitos, vínculo epidemiológico com área de circulação viral.

Definição de caso suspeito para Zika: paciente que apresente exantema maculopapular pruriginoso, acompanhado de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre, hiperemia conjuntival sem secreção, artralgia/poliartralgia, edema periarticular.



Orientações sobre os exames laboratoriais encontram-se na: **Nota Orientativa Nº 0001/2025 - DAE/LABORATÓRIO MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA - Recomendações para a realização de testes e coletas laboratoriais em cenário endêmico e epidêmico de arboviroses.**

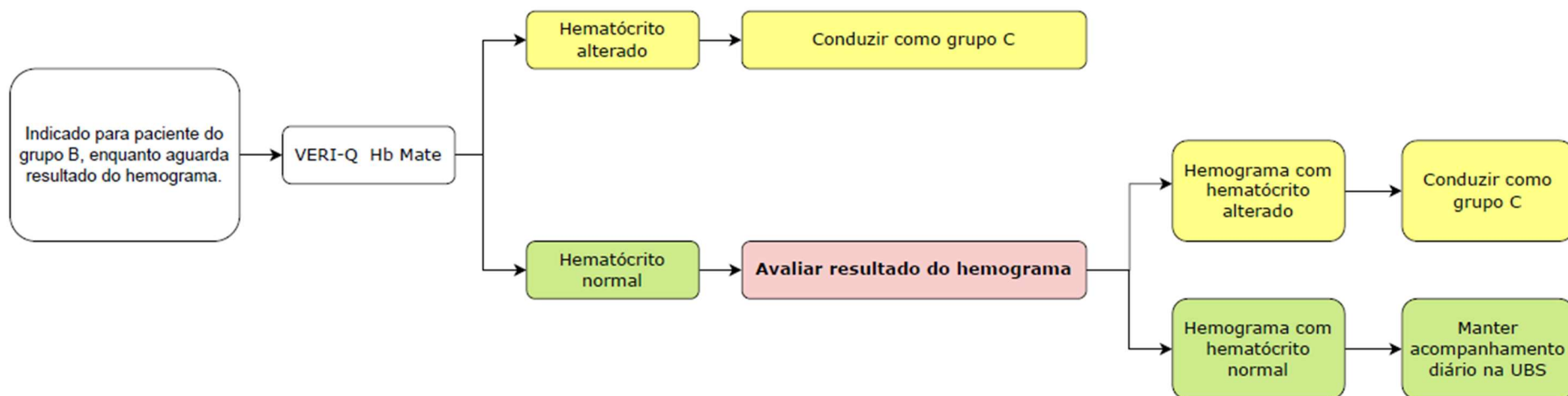
ANEXO 8 – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A PESSOA SUSPEITA DE ARBOVIROSES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



* Atenção

Para as condutas de acompanhamento dos Grupos A e B, consultar o anexo "Roteiro sugerido para atendimento de dengue na APS". Reavaliar a classificação do paciente a cada consulta, com atenção ao exame físico e à evolução dos sintomas. Na presença de sinais de alarme ou de gravidade, encaminhar o paciente ao serviço de referência.

ANEXO 9 – FLUXOGRAMA DE USO DO SISTEMA DE MONITORAMENTO DA HEMOGLOBINA DO PACIENTE GRUPO B (VERI-Q Hb Mate)



Observações sobre o VERI-Q Hb Mate

Indicações de uso

- Utilizar como ferramenta de apoio para agilizar o monitoramento clínico em adultos (≥ 18 anos).
- Indicado durante a avaliação de pacientes classificados como grupo B, enquanto se aguarda o resultado do hemograma.
- **Atenção:** Este teste não substitui o hemograma, que permanece obrigatório para avaliação e classificação clínica.

Valores de referência para análise do resultado (VERI-Q Hb Mate):

- Homens: hematócrito $> 50\%$ indica hemoconcentração.
- Mulheres: hematócrito $> 44\%$ indica hemoconcentração.
- Aumento $\geq 10\%$ em relação ao hematócrito basal: sugere extravasamento plasmático, sendo indicador de agravamento da doença.

Interpretação e conduta:

- Resultado compatível com hematócrito normal: avaliar resultado do hemograma.
- Resultado sugestivo de hemoconcentração: reclassificar e conduzir como Grupo C, com hidratação endovenosa e avaliação em unidade de maior complexidade.

ANEXO 10 – ROTEIRO SUGERIDO DE ATENDIMENTO DE DENGUE NA APS

Roteiro sugerido de atendimento de dengue na APS

1. Identificação

IPM: _____	Nome: _____	Idade: _____
Endereço: _____	Telefone: (____) _____-____	

2. Sinais e sintomas – definição de caso suspeito

Febre aguda, usualmente entre 2 – 7 dias, com dois ou mais dos sintomas a seguir:				
☐ Mialgia	☐ Cefaleia	☐ Náusea, vômitos	☐ Exantema	☐ Prova do laço positiva
☐ Artralgia	☐ Dor retro-orbital	☐ Fraqueza, astenia	☐ Petéquias	☐ Leucopenia

3. Condições clínicas especiais, risco social ou comorbidades?

☐ Lactentes (idade menor que 2 anos)	☐ Diabetes mellitus	☐ Doença renal crônica
☐ Gestantes	☐ Doença pulmonar obstrutiva crônica	☐ Hepatopatias
☐ Idade maior que 65 anos	☐ Doenças hematológicas crônicas	☐ Doenças autoimunes
☐ Hipertensão ou doença cardiovascular grave	☐ Asma	☐ Obesidade

Atenção: estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento rigoroso.

4. Presença de sinais de alarme?

Sinais de alarme:

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico)
- Hipotensão postural e/ou hipotímia
- Sangramento de mucosa
- Letargia ou irritabilidade
- Hemoconcentração

4. Presença de sinais de gravidade?

Sinais de gravidade:

- Extravasamento grave de plasma, levando ao choque:
 - taquicardia;
 - extremidades distais frias;
 - pulso fraco e filiforme;
 - enchimento capilar lento (>2 segundos);
 - pressão arterial convergente (<20 mmHg);
 - taquipneia;
 - oligúria (<1,5 mL/kg/h);
 - hipotensão arterial (fase tardia do choque);
 - clonose (fase tardia do choque);
 - acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória.
- Sangramento grave.
- Comprometimento grave de órgãos.

5. Exame físico e dados vitais

PA: _____	FC: _____	Temp: _____	Sat O2: _____	Prova do laço: _____
-----------	-----------	-------------	---------------	----------------------

a. Valorizar e registrar os sinais vitais de temperatura, qualidade e pressão de pulso, frequência cardíaca, pressão arterial, média (PAM) e frequência respiratória.
 b. Avaliar o estado de consciência com a escala de Glasgow.
 c. Verificar o estado de hidratação.
 d. Verificar o estado hemodinâmico por meio do pulso e da pressão arterial (determinar a PAM e a pressão de pulso ou pressão diferencial e o enchimento capilar).
 e. Investigar a presença de efusão pleural, taquipneia, respiração de Kussmaul.
 f. Pesquisar a presença de dor abdominal, ascite e hepatomegalia.
 g. Investigar a presença de exantema, petéquias ou sinal de Herman (mar vermelho com ilhas brancas).
 h. Buscar manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas, como a prova do laço, sendo esta frequentemente negativa em caso de obesidade e durante o choque.

6. Classificação do estado atual do paciente – anotar no prontuário!

GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D
Dengue SEM sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades	Dengue sem sinais de alarme, COM condição especial, ou risco social e ou comorbidades	Dengue COM sinais de alarme	Dengue COM sinais de gravidade/sinais de choque

GRUPO A – Dengue sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades

Tratamento:

- Iniciar na própria unidade de atendimento a hidratação oral.
- Hidratação oral: 60 ml/kg/dia, sendo:
 - 1/3 com Soro de Reidratação Oral (SRO);
 - 2/3 com líquidos caseiros (água, sucos, chás e água de coco).
- Manter hidratação por até 48 horas após o desaparecimento da febre.
- Antitérmico/analgésico de escolha: paracetamol e/ou dipirona. **Não usar AAS e anti-inflamatórios não esteroidais.**

Diagnóstico laboratorial:

- até o 5º dia do início dos sintomas – Teste Rápido de Dengue Antígeno Ns1
- a partir do 6º dia do início dos sintomas – Sorologia de Dengue (pesquisa de IgM)

Acompanhamento:

- Acompanhamento na UBS (ambulatorial).
- Preencher e entregar o cartão de acompanhamento da dengue.

Retorno programado:

- No primeiro dia após a defervescência (possível início da fase crítica).
- Caso não ocorra defervescência, retornar no 5º dia de doença.

Retorno imediato na presença de sinais de alarme.

GRUPO B – Dengue sem sinais de alarme, COM condição especial, ou risco social e ou comorbidades

Exame complementar inicial é obrigatório para definir conduta:

- O hemograma deve ser coletado na UBS e enviado prontamente para o laboratório.
- O paciente permanece em observação até o resultado.

• **Atenção:** Somente na primeira consulta, caso o paciente seja atendido após as 15:00 h, impossibilitando a coleta e análise do hemograma no mesmo dia pela UBS/UBS, encaminhar ao serviço de Urgência e Emergência, com carta de referência, para avaliação e definição de conduta.

Conduta:

- Hemograma com hematócrito normal: manter acompanhamento como Grupo B.
- Hemograma com hemoconcentração e/ou sinais de alarme: conduzir como Grupo C.

Observações sobre o sistema de monitoramento de hemoglobina (VERI-Q Hb Mate):

- Utilizar como ferramenta de apoio para agilizar a avaliação clínica em adultos (≥ 18 anos) classificados como grupo B, enquanto se aguarda o resultado do hemograma.
- **Atenção:** Este teste não substitui o hemograma, que permanece obrigatório para avaliação mais completa.

Valores de referência para análise do resultado (VERI-Q Hb Mate):

- Homens: hematócrito maior que 50% indica hemoconcentração.
- Mulheres: hematócrito maior que 44% indica hemoconcentração.
- Aumento $\geq 10\%$ em relação ao hematócrito basal: sugere extravasamento plasmático, sendo indicador de agravamento da doença.

Interpretação e conduta:

- Resultado compatível com hematócrito normal: avaliar resultado do hemograma.
- Resultado sugestivo de hemoconcentração: reclassificar e conduzir como Grupo C, com hidratação endovenosa e avaliação em unidade de maior complexidade.

Tratamento:

- Iniciar na própria unidade de atendimento a hidratação oral, conforme o grupo A.
- Hidratação oral: 60 ml/kg/dia, sendo:
 - 1/3 com Soro de Reidratação Oral (SRO);
 - 2/3 com líquidos caseiros (água, sucos, chás e água de coco).
- Manter hidratação por até 48 horas após o desaparecimento da febre.
- Antitérmico/analgésico de escolha: paracetamol e/ou dipirona. **Não usar AAS e anti-inflamatórios não esteroidais.**

Diagnóstico laboratorial:

- Até o 5º dia do início dos sintomas – Teste Rápido de Dengue Antígeno Ns1
- Até o 5º dia do início dos sintomas E se gestante, criança < 2 anos, idoso > 60 anos, comorbidades descompensadas, imunodeprimidos – Arbovirus - biologia Molecular (RT-PCR)
- A partir do 6º dia do início dos sintomas – Sorologia de Dengue (pesquisa de IgM)

Acompanhamento:

- Se o paciente está estável e com hematócrito normal, acompanhamento na UBS.
- Retorno programado: diariamente na UBS, preferencialmente entre 08:00 – 10:00 h, para avaliação clínica e coleta do hemograma seriado.
- Finais de semana e feriados: orientar avaliação na UPA (entre 08:00 – 10:00 h), para consulta e realização de hemograma seriado.
- Preencher e entregar o cartão de acompanhamento da dengue.
- Reavaliar a classificação do grupo a cada consulta.
- Se durante o acompanhamento houver hemoconcentração ou surgimento de sinais de alarme -- reclassificar e conduzir como Grupo C.

GRUPO C – Dengue COM sinais de alarme

Sinais de alarme:

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico)
- Hipotensão postural e/ou hipotímia
- Sangramento de mucosa
- Letargia ou irritabilidade
- Hemoconcentração

Conduta na UBS:

Ligar no 192 e solicitar remoção para a UPA

Reposição volêmica imediata por via parenteral, em acesso venoso calibroso.
10ml/kg SF 0,9% na 1ª hora + 10ml/kg SF 0,9% na 2ª hora.

Acompanhamento dos sinais vitais.

Manter a reposição inclusive durante a transferência para unidade de referência.

GRUPO D – Dengue COM sinais de gravidade/ sinais de choque

Sinais de gravidade:

- Extravasamento grave de plasma, levando ao choque:
 - taquicardia;
 - extremidades distais frias;
 - pulso fraco e filiforme;
 - enchimento capilar lento (>2 segundos);
 - pressão arterial convergente (<20 mmHg);
 - taquipneia;
 - oligúria (<1,5 mL/kg/h);
 - hipotensão arterial (fase tardia do choque);
 - diátese (fase tardia do choque);
 - acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória.
- Sangramento grave.
- Comprometimento grave de órgãos.

Conduta na UBS:

Emergência: ligar no 192 e solicitar remoção para serviço de referência

Até a chegada da ambulância:

Reposição volêmica imediata por via parenteral, em acesso venoso calibroso.
20ml/kg SF 0,9% em até 20 min, podendo repetir 3 vezes.

Acompanhamento dos sinais vitais.

Manter a reposição inclusive durante a transferência para unidade de referência.

Pontos de interesse a atenção para melhor acompanhamento dos casos.

1. Todo caso de suspeita de dengue deve ser notificado.
2. Registrar o CID de dengue no atendimento do IPM (A90), com respectiva classificação de risco.
3. Quando solicitar exame de sorologia ou RT-PCR, a ficha do LACEN deve ser preenchida corretamente. Atentar para o prazo de coleta de cada tipo de exame, contando a partir do primeiro dia dos sintomas.
4. Reavaliar a gravidade do caso em cada consulta. Lembre-se que a dengue é uma doença dinâmica.
5. Os pacientes devem ser inseridos na planilha de acompanhamento de dengue, para monitorização. Para o grupo B a reavaliação é diária na UBS de referência e na UPA durante final de semana e feriados.

Prova do laço – como fazer e avaliar.

1. Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS+PAD)/2$. Exemplo: PA 100x60 mmHg. É igual a $(100+60)/2$, que resulta em $160/2 = 80$. Então a média da PA é 80 mmHg.
2. Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos, em adultos, e três minutos em crianças.
3. Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de peléculas formadas dentro dele.

A prova é considerada positiva quando:

- Adultos: se houver 20 ou mais peléculas.
- Crianças: se houver 10 ou mais peléculas.

Atentar para o surgimento de possíveis peléculas em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.

A prova do laço negativa não exclui dengue grave; a avaliação deve considerar outros parâmetros clínicos associados. Outros parâmetros clínicos devem ser avaliados em conjunto.

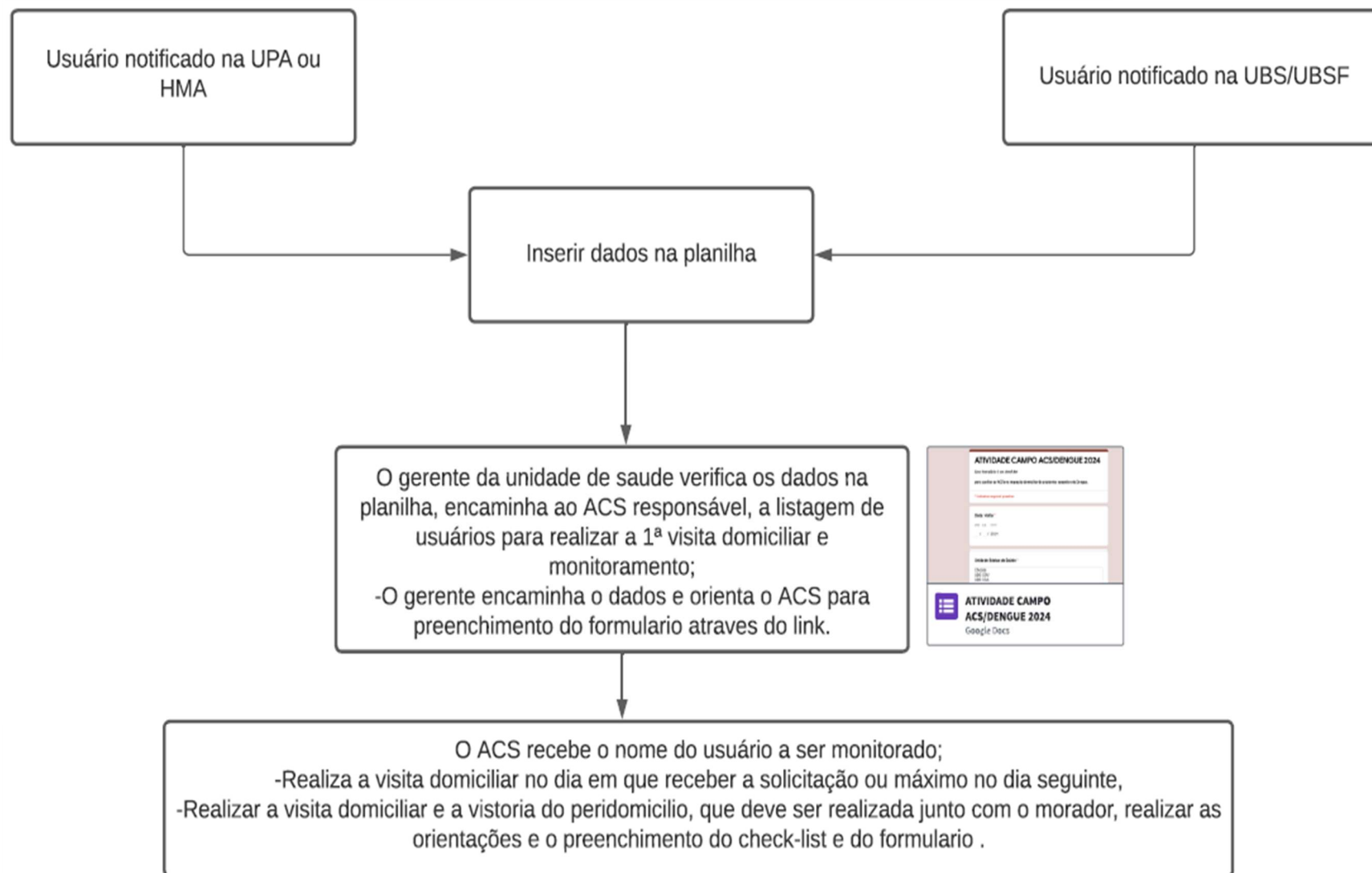
Fluxograma de uso do sistema de monitoramento da hemoglobina do paciente grupo B (VERI-Q Hb Mate), enquanto aguarda resultado do hemograma.



Valores de referência para análise do resultado (VERI-Q Hb Mate):

- Homens: hematócrito > 50% indica hemoconcentração.
- Mulheres: hematócrito > 44% indica hemoconcentração.
- Aumento ≥ 10% em relação ao hematócrito basal sugere extravasamento plasmático, sendo indicador de agravamento da doença.

ANEXO 11 – FLUXO DE ALIMENTAÇÃO DA PLANILHA e MONITORAMENTO PELO ACS

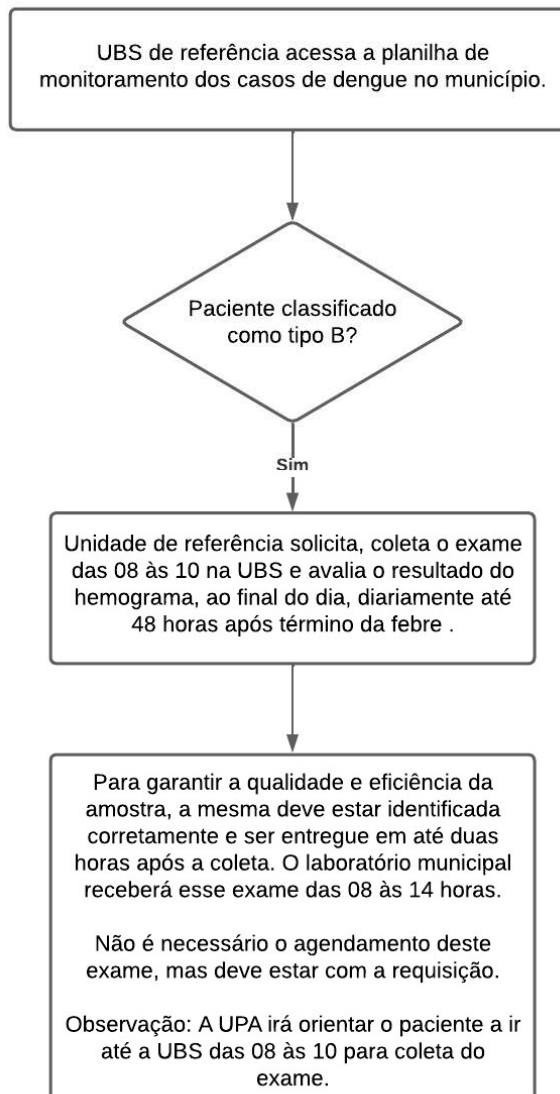


Link de acesso ao formulário de Visita Domiciliar do ACS:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdcEnOPG1tpjkHD5mo59u9o99bPuNV9UfR75RqJgNvSWvpHLQ/viewform?usp=sf_link

ANEXO 12 – FLUXO DE MONITORAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA- CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE CLASSIFICADOS COM “TIPO B”

Monitoramento dos casos de dengue classificados como tipo B na Atenção Primária à Saúde



ANEXO 13 – CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes

SINAIS DE ALARME:

- Diminuição repentina da febre
- Diminuição do volume de urina
- Dor muito forte e continua na barriga
- Tontura quando muda de posição (deita/senta/levanta)
- Vômitos frequentes
- Dificuldade de respirar
- Sangramento de nariz e boca
- Agitação ou muita sonolência
- Hemorragias importantes
- Suor frio

RECOMENDAÇÕES:

- Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá e água de coco.
- Permanecer em repouso.
- As mulheres com dengue devem continuar a amamentação.

SORO CASEIRO

- Sal de cozinha 1 colher de café
- Açúcar..... 2 colheres de sopa
- Água potável.....1 litro

SUS **CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE**

Nome (completo): _____

Nome da mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Comorbidade ou risco social ou condição clínica especial? () Sim () Não

Unidade de Saúde _____

APRESENTE ESTE CARTÃO SEMPRE QUE RETORNAR À UNIDADE DE SAÚDE

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS ____/____/____ **NOTIFICAÇÃO** ☐ Sim ☐ Não

Prova do laço em: ____/____/____

1ª Coleta de exames

Hematócrito em: ____/____/____ Resultado _____ %

Plaquetas em: ____/____/____ Resultado _____ .000mm³

Leucócitos em: ____/____/____ Resultado _____ .000mm³

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

SUS **MINISTÉRIO DA SAÚDE** **GOVERNO FEDERAL** **BRASIL** UNIDADE E RECONSTRUÇÃO