

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1	

## 1. AUTORES

- Bruno Rodrigues Gomes dos Santos
- Evelyne Santana Girão
- Jorge Luiz Nobre Rodrigues
- Marcus Vinicius Dantas da Nóbrega
- Matheus Alves de Lima Mota
- Michelle Rodrigues Pinheiro
- Nerci de Sá Cavalcante Ciarlini
- Ramiro Moreira Tavares
- Ruth Maria Oliveira de Araújo

## 2. SIGLAS E CONCEITOS

CH-UFC – Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará  
 CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure* (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas)  
 HUWC – Hospital Universitário Walter Cantídio  
 MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand  
 UVS – Unidade de Vigilância em Saúde  
 DENV – Vírus Dengue  
 AAS – Ácido Acetilsalicílico  
 AINE – Anti-inflamatório não esteroideal  
 CIVD – Coagulação Intravascular Disseminada  
 SARA – Síndrome da Angústia Respiratória Aguda  
 PAM – Pressão Arterial Média  
 DAPT – *Dual Antiplatelet Therapy* (Terapia dupla de antiagregação plaquetária)  
 RT-PCR – Reverse-Transcription Polymerase Chain Reaction (Reação em Cadeia da Polimerase de Transcrição Reversa)  
 SAAF – Síndrome do Anticorpo Anti-Fosfolípide  
 SNC – Sistema Nervoso Central  
 TAP – Tempo de Atividade de Protrombina  
 UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## 3. OBJETIVOS

- Padronizar o diagnóstico e estratificação de risco de pacientes com dengue no CH-UFC (HUWC/MEAC);
- Padronizar o manejo clínico de pacientes, adultos e crianças, no CH-UFC (HUWC/MEAC), visando a rápida recuperação e redução de mortalidade associada a essa patologia.

## 4. JUSTIFICATIVA

A dengue é uma doença febril aguda, sistêmica e dinâmica, que pode apresentar amplo espectro clínico, podendo parte dos pacientes evoluir para formas graves, e inclusive levar a óbito. De um modo geral, os óbitos por dengue ocorrem em pacientes com dengue grave em que o

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

choque está presente. Este, por sua vez, é resultante do extravasamento plasmático, complicado por sangramento e/ou sobrecarga hídrica. Por isso, a observação cuidadosa e o uso racional de líquidos intravenosos são essenciais.

Outras manifestações clínicas que indicam gravidade são hemorragias graves e o comprometimento de órgãos alvo. Uma medida importante para evitar a ocorrência de óbitos por dengue é a organização dos serviços de saúde, especialmente em epidemias.

Além do acolhimento, a triagem com classificação de risco é de suma importância, para que o correto estadiamento ofereça atendimento e tratamento prioritário e oportuno para os casos com sinais de alarme e para os casos graves.

## **5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES**

### **5.1 Equipe Assistencial**

Cabe a equipe assistencial pesquisar sinais e sintomas clínicos e laboratoriais de dengue, realizar a estratificação de risco e implementar as medidas de tratamento citadas ao longo desse protocolo.

### **5.2 Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)**

É competência da UVS orientar o manejo de dengue e notificar os casos suspeitos e confirmados de dengue.

## **6. ESPECTRO CLÍNICO**

A infecção pelo vírus dengue (DENV) pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, causa uma doença sistêmica e dinâmica de amplo espectro clínico, variando desde formas oligossintomáticas até quadros graves, podendo evoluir para o óbito. Pode apresentar três fases clínicas: febril, crítica e de recuperação.

### **6.1 Fase Febril**

A primeira manifestação é a febre, de início abrupto com duração de dois a sete dias, geralmente alta (39°C a 40°C) associada à cefaleia, adinamia, mialgia, artralgia e dor retro-orbitária. Anorexia, náuseas e vômitos podem estar presentes, assim como a diarreia com fezes pastosas cursando com três a quatro evacuações por dia, o que facilita o diagnóstico diferencial com gastroenterites por outras causas.

O exantema ocorre aproximadamente em 50% dos casos, sendo predominantemente do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros de forma aditiva, incluindo plantas de pés e palmas de mãos. Pode se apresentar sob outras formas com ou sem prurido, frequentemente no desaparecimento da febre. Após a fase febril, grande parte dos pacientes se recuperam progressivamente, com melhora do estado geral e retorno do apetite.

### **6.2 Fase Crítica**

Pode estar presente em alguns pacientes, sendo capaz de evoluir para as formas graves. Por essa razão, medidas diferenciadas de manejo clínico e observação devem ser adotadas

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

imediatamente. Tem início com a defervescência (declínio) da febre, entre três e sete dias do início da doença. Os sinais de alarme, quando presentes, surgem nessa fase da doença.

### **6.2.1. Dengue com sinais de alarme**

Os sinais de alarme devem ser rotineiramente pesquisados e valorizados, assim como os pacientes orientados a procurar a assistência médica na ocorrência deles. A maioria dos sinais de alarme é resultante do aumento da permeabilidade vascular, que marca o início da deterioração clínica do paciente e sua possível evolução para o choque por extravasamento plasmático. O Quadro 1 apresenta os sinais de alarme.

#### **Quadro 1 Sinais de alarme da dengue**

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua.</li> <li>■ Vômitos persistentes.</li> <li>■ Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico).</li> <li>■ Hipotensão postural ou lipotimia.</li> <li>■ Hepatomegalia &gt;2 cm abaixo do rebordo costal.</li> <li>■ Sangramento de mucosa.</li> <li>■ Letargia e/ou irritabilidade.</li> </ul>
--

Fonte: World Health Organization (2009).

### **6.2.2. Dengue grave**

As formas graves da doença podem se manifestar como choque ou acúmulo de líquidos com desconforto respiratório, em função do severo extravasamento plasmático. O derrame pleural e a ascite podem ser clinicamente detectáveis, em função da intensidade do extravasamento e da quantidade excessiva de fluidos infundidos. O extravasamento plasmático também pode ser percebido pelo aumento do hematócrito (quanto maior a elevação, maior a gravidade), pela redução dos níveis de albumina e por exames de imagem.

Outras formas graves da dengue são o sangramento vultoso e o comprometimento de órgãos como o coração, os pulmões, os rins, o fígado e o SNC. O quadro clínico é variável, de acordo com o mecanismo de acometimento de cada um desses órgãos e sistemas, que será detalhado mais adiante.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

### 6.2.3. Choque

Ocorre quando um volume crítico de plasma é perdido por meio do extravasamento ou sangramento, o que geralmente ocorre entre o quarto ou quinto dia de doença, com intervalo entre o terceiro e sétimo, geralmente precedido por sinais de alarme. O período de extravasamento plasmático e choque leva de 24 a 48 horas, devendo a equipe assistencial atenta às rápidas alterações hemodinâmicas, conforme Tabela 1.

**Tabela 1** Avaliação hemodinâmica: sequência de alterações

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

Fonte: Pan American Health Organization (2016), com adaptações.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS		Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
			Versão: 1	22/02/2026

**CONSIDERA-SE 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  $\leq 20$  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:  $70 + (\text{idade} \times 2)$  mmHg.

O choque na dengue é de rápida instalação e tem curta duração. Pode levar o paciente ao óbito em um intervalo de 12 a 24 horas ou à sua recuperação rápida, após terapia antichoque apropriada. Quando prolongado, o choque leva à hipoperfusão de órgãos, resultando no comprometimento progressivo destes, acidose metabólica e CIVD. Conseqüentemente, pode levar a hemorragias graves, causando diminuição de hematócrito e agravando-o ainda mais. As principais diferenças entre o choque da dengue e o choque séptico podem ser consultadas na Tabela 2. Podem ocorrer alterações cardíacas graves, que se manifestam com quadros de insuficiência cardíaca e miocardite (associados à depressão miocárdica), redução da fração de ejeção e choque cardiogênico. SARA, pneumonites e sobrecargas de volume podem ser a causa do desconforto respiratório.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

**Tabela 2 Diagnóstico diferencial: dengue versus Zika versus chikungunya**

Manifestação clínica/laboratorial	Dengue	Zika	Chikungunya
<b>Febre (duração)</b>	Febre alta (>38°C) 2-7 dias	Sem febre ou febre baixa (≤38°C) 1-2 dias subfebril	Febre alta (>38°C) 2-3 dias
<b>Exantema</b>	Surge do 3º ao 6º dia	Surge do 1º ao 2º dia	Surge do 2º ao 5º dia
<b>Mialgia (frequência)</b>	+++	++	++
<b>Artralgia (frequência)</b>	+	++	+++
<b>Artralgia (intensidade)</b>	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa
<b>Edema articular (frequência)</b>	Raro	Frequente	Frequente
<b>Edema articular (intensidade)</b>	Leve	Leve	Moderado a intenso
<b>Conjuntivite</b>	Rara	50% a 90% dos casos	30%
<b>Cefaleia</b>	+++	++	++
<b>Linfadenomegalia</b>	+	+++	++
<b>Discreta hemorragia</b>	++	Ausente	+
<b>Acometimento neurológico</b>	+	+++	++
<b>Leucopenia</b>	+++	++	++
<b>Linfopenia</b>	Incomum	Incomum	Incomum
<b>Trombocitopenia</b>	+++	+	++

Fonte: Brito e Cordeiro (2016), adaptado.

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

#### **6.2.4. Hemorragias graves**

Em alguns casos, a hemorragia massiva pode ocorrer sem choque prolongado, sendo essa um dos critérios de gravidade. Se for no aparelho digestivo, será mais frequente seu surgimento em pacientes com histórico de úlcera péptica ou gastrites, assim como da ingestão de AAS, AINEs e anticoagulantes. Esses casos não estão obrigatoriamente associados à trombocitopenia e à hemoconcentração.

#### **6.2.5. Disfunções graves de órgãos**

O comprometimento grave de órgãos, como hepatites, encefalites ou miocardites, pode ocorrer sem o concomitante extravasamento. As miocardites por dengue são expressas principalmente por 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. A elevação de enzimas hepáticas de pequena monta ocorre em até 50% dos pacientes, podendo, nas formas graves, evoluir para comprometimento severo das funções hepáticas expressas pelo aumento das aminotransferases em dez vezes o valor máximo normal, associado à elevação do valor do TAP.

Alguns pacientes podem ainda apresentar manifestações neurológicas, como convulsões e irritabilidade. O acometimento grave do sistema nervoso pode ocorrer no período febril ou, mais tardiamente, na convalescença, e tem sido relatado com diferentes formas clínicas: meningite linfomonocítica, encefalite, síndrome de Reye, polirradiculoneurite, polineuropatias (síndrome de Guillain-Barré). A insuficiência renal aguda é pouco frequente e geralmente cursa com pior prognóstico

### **6.3 FASE DE RECUPERAÇÃO**

Nos pacientes que passaram pela fase crítica, haverá reabsorção gradual do conteúdo extravasado, com progressiva melhora clínica. É importante atentar-se às possíveis complicações relacionadas à hiper-hidratação. Nessa fase, o débito urinário normaliza-se ou aumenta. Podem ocorrer ainda bradicardia e mudanças no eletrocardiograma. Alguns pacientes podem apresentar rash (exantema) cutâneo, acompanhado ou não de prurido generalizado. Infecções bacterianas poderão ser percebidas nessa fase ou ainda no final do curso clínico. Tais infecções em determinados pacientes podem ter um caráter grave, contribuindo para o óbito.

### **6.4 ASPECTOS CLÍNICOS NA CRIANÇA**

A dengue na criança pode ser assintomática, apresentar-se como uma síndrome febril clássica viral ou ainda com sinais e sintomas inespecíficos, como adinamia, sonolência, recusa da alimentação e de líquidos, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas.

Em menores de 2 anos de idade, os sinais e sintomas de dor podem se manifestar por choro persistente, adinamia e irritabilidade, sendo capazes de serem confundidos com outros quadros infecciosos febris, próprios da faixa etária.

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Versão: 1
			Próxima revisão: 22/02/2026

O início da doença pode passar despercebido e o quadro grave pode ser identificado como a primeira manifestação clínica. No geral, o agravamento é súbito, diferentemente do que ocorre no adulto, em que os sinais de alarme são mais facilmente detectados.

## 6.5 ASPECTOS CLÍNICOS NA GESTANTE

Devem ser tratadas de acordo com o estadiamento clínico da dengue e necessitam de vigilância, independentemente da gravidade. O médico deve atentar-se aos riscos para a mãe e o feto. Em relação à mãe infectada, os riscos estão principalmente relacionados ao aumento de sangramentos de origem obstétrica e às alterações fisiológicas da gravidez, que podem interferir nas manifestações clínicas da doença. Gestantes com sangramento, independentemente do período gestacional, devem ser questionadas quanto à presença de febre ou ao histórico de febre nos últimos sete dias.

## 7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Devido às características da dengue, pode-se destacar seu diagnóstico diferencial em síndromes clínicas:

- a) Síndromes febris: enterovirose, influenza, covid-19 e outras viroses respiratórias. Hepatites virais, malária, febre tifoide, chikungunya e outras arboviroses (oropouche, Zika);
- b) Síndromes exantemáticas febris: rubéola, sarampo, escarlatina, eritema infeccioso, exantema súbito, enterovirose, mononucleose infecciosa, parvovirose, citomegalovirose, farmacodermias, doença de Kawasaki, púrpura de Henoch-Schonlein, Zika e outras arboviroses;
- c) Síndromes hemorrágicas febris: hantavirose, febre amarela, leptospirose, riquetsioses (febre maculosa) e púrpuras;
- d) Síndromes dolorosas abdominais: apendicite, obstrução intestinal, abscesso hepático, abdome agudo, pneumonia, infecção urinária, colecistite aguda, entre outras;
- e) Síndromes de choque: meningococemia, septicemia, febre purpúrica brasileira, síndrome do choque tóxico e choque cardiogênico (miocardites); e
- f) Síndromes meníngeas: meningites virais, meningite bacteriana e encefalite. As arboviroses urbanas, por compartilharem sinais clínicos semelhantes, podem, em algum grau, dificultar a adoção de manejo clínico adequado e, conseqüentemente, predispor à ocorrência de formas graves, levando eventualmente a óbito.

## 8. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

### 8.1 Anamnese

- a) Pesquisar a presença de febre – referida ou aferida –, incluindo o dia anterior à consulta. Da mesma forma, preconiza-se conhecer a data de início da febre e de outros sintomas;
- b) Investigar a presença de sinais de alarme (Quadro 1);
- c) Verificar a presença de alterações gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia, gastrite, entre outras;

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

- d) Investigar a existência de alterações do estado da consciência, como irritabilidade, sonolência, letargia, lipotimia, tontura, convulsão e vertigem;
- e) Em relação à diurese, indagar a respeito da frequência nas últimas 24 horas, do volume e da hora da última micção;
- f) Pesquisar se existem familiares com dengue ou dengue na comunidade, assim como história de viagem recente para áreas endêmicas de dengue (14 dias antes do início dos sintomas); e
- g) Condições preexistentes: lactentes (< 24 meses), adultos > 65 anos, gestantes, obesidade, asma, diabetes mellitus, hipertensão, entre outras.

## 8.2 Exame Físico Geral

- 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 e 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); e
- h) Buscar manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas, como a prova do laço, sendo esta frequentemente negativa em caso de obesidade e durante o choque.

A partir da anamnese, do exame físico e dos resultados laboratoriais (hemograma completo), os médicos devem ser capazes de responder às seguintes perguntas:

- É um caso de dengue?
- Se sim, em que fase (febril/crítica/recuperação) o paciente se encontra?
- Há a presença de sinal(is) de alarme?
- Qual é o estado hemodinâmico e de hidratação? Está em choque?
- Existem condições preexistentes com maior risco de gravidade?
- Em qual grupo de estadiamento (A, B, C ou D) o paciente se encontra?
- O paciente requer hospitalização? Se sim, em leito de observação ou de UTI?

## 9. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA PRIORIDADE NO ATENDIMENTO

O paciente que busca a unidade de saúde deve ser acolhido e, a seguir, submetido à triagem classificatória de risco. A classificação de risco do paciente com dengue é específica, visando reduzir o tempo de espera no serviço de saúde e melhorar a assistência prestada ao paciente. Para essa classificação, foram utilizados os critérios da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde e o estadiamento da doença, conforme apresentado no Quadro 2. Os dados

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS		Emissão: 22/02/2024
			Versão: 1
			Próxima revisão: 22/02/2026

de anamnese e exame físico obtidos serão usados para fazer esse estadiamento e orientar as medidas terapêuticas cabíveis.

Quadro 2 – Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas

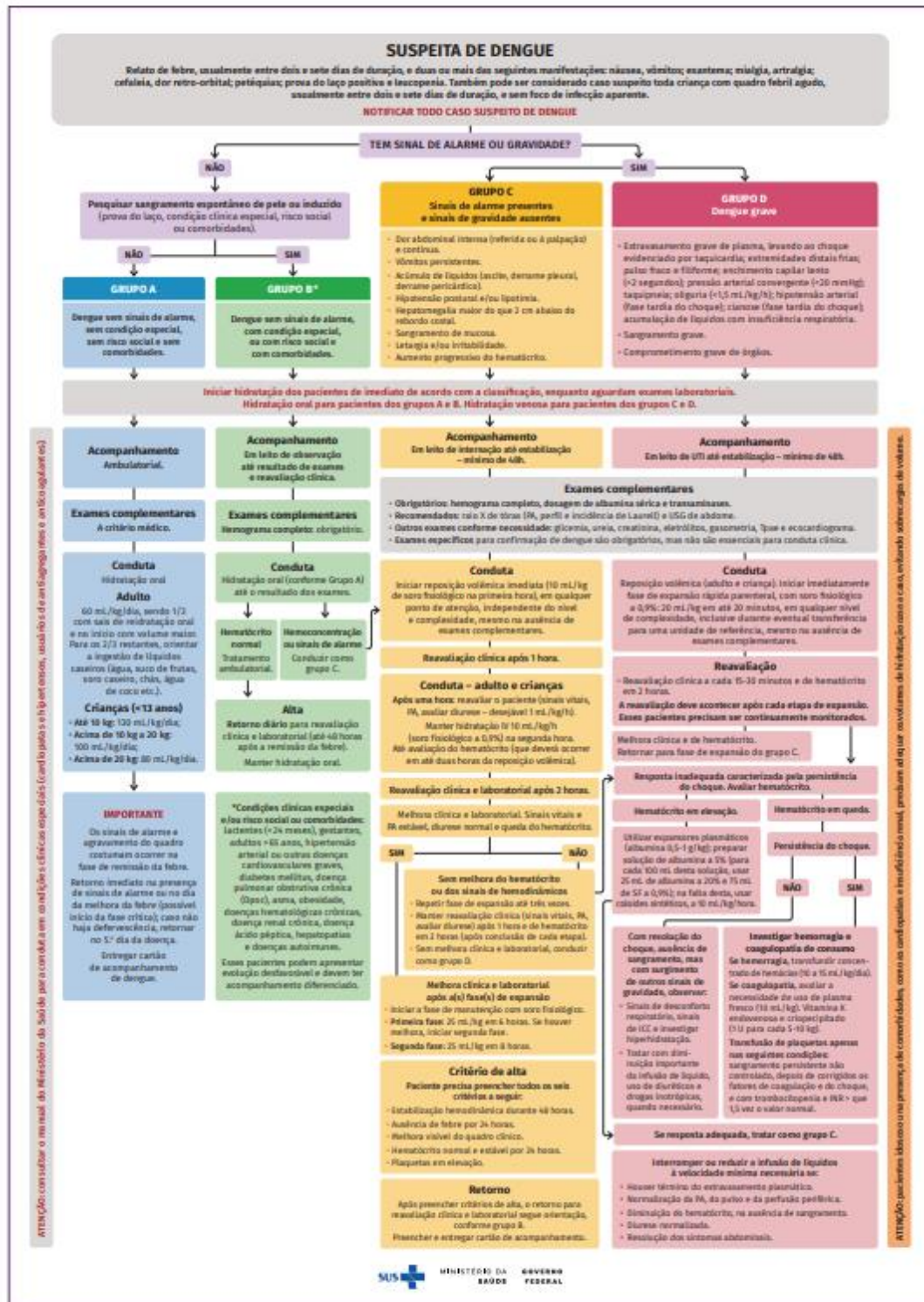
AZUL	Grupo A	Atendimento conforme horário de chegada.
VERDE	Grupo B	Prioridade não urgente.
AMARELO	Grupo C	Urgência, atendimento o mais rápido possível
VERMELHO	Grupo D	Emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato.

Fonte: Brasil (2009).

O estadiamento do paciente em relação ao quadro clínico apresentado determina as decisões clínicas, laboratoriais, de hospitalização e terapêuticas, pois o paciente, durante a evolução da doença, pode passar de um grupo a outro em curto período. O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, do contínuo acompanhamento, do re-estadiamento dinâmico dos casos e da pronta reposição volêmica. Com isso, torna-se necessária a revisão da história clínica, acompanhada de exame físico completo a cada reavaliação do paciente. Uma ferramenta útil aos profissionais de saúde no manejo dos pacientes de dengue é o fluxograma apresentado na Figura 2, que agrega informações necessárias para nortear a adequada condução do caso clínico. Este fluxograma está disponível em melhor resolução no Manual Dengue Diagnóstico e Manejo Clínico do Ministério da Saúde, conforme descrito nas Referências deste protocolo.

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

**Figura 2 Fluxograma do manejo clínico de dengue**



Fonte: SVSA/MS.

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

## **10. ESTADIAMENTO CLÍNICO E CONDUTA**

### **10.1. Grupo A**

#### **10.1.1. Caracterização**

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

#### **10.1.2. Conduta**

- a) Exames laboratoriais complementares a critério médico;
- b) Prescrever paracetamol e/ou dipirona, conforme orientações do Anexo 1;
- c) Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides e corticosteroides;
- d) Orientar repouso e prescrever dieta e hidratação oral, conforme orientações (Quadro 3);
- e) Orientar o paciente a não se automedicar e a procurar imediatamente o serviço de urgência, em caso de sangramentos ou surgimento de sinais de alarme;
- f) Agendar o retorno para reavaliação clínica no dia de melhora da febre, em função do possível início da fase crítica. Caso não haja defervescência, retornar no quinto dia da doença;
- g) Preencher o cartão de acompanhamento da dengue e liberar o paciente para o domicílio com orientações;
- h) Orientar em relação às medidas de eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*, conforme cenário entomológico local;
- i) Reforçar o uso de repelentes em pacientes sintomáticos suspeitos de dengue, pois na viremia podem ser fonte do vírus para o mosquito e contribuir com a transmissão;
- j) Esclarecer ao paciente que exames específicos para a confirmação não são necessários para a conduta terapêutica. As solicitações devem ser orientadas conforme situação epidemiológica local; e
- k) Notificar o caso de dengue, na hipótese de ser a primeira unidade de saúde em que o paciente tenha sido assistido.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão: 22/02/2026
		Versão: 1	

### Quadro 3 Orientações para a hidratação oral

<p><b>Iniciada ainda na sala de espera, enquanto os pacientes aguardam por consulta médica</b></p>
<p><b>VOLUME DIÁRIO DA HIDRATAÇÃO ORAL</b></p>
<p><b>» ADULTOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 mL/kg/dia, sendo 1/3 com sais de reidratação oral (SRO) e com volume maior no início. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, entre outros), utilizando os meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente.</li> <li>• Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para um adulto de 70 kg, orientar a ingestão de 60 mL/kg/dia, totalizando 4,2 litros/dia. Assim, serão ingeridos, nas primeiras 4 a 6 horas, 1,4 litros, e os demais 2,8 litros distribuídos nos outros períodos.</li> </ul>
<p><b>» CRIANÇAS (&lt;13 anos de idade)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar o paciente e o cuidador para hidratação por via oral.</li> <li>• Oferecer 1/3 na forma de SRO, e os 2/3 restantes por meio da oferta de água, sucos e chás.</li> <li>• Considerar o volume de líquidos a ser ingerido, conforme recomendação a seguir (baseado na regra de Holliday-Segar, acrescido de reposição de possíveis perdas de 3%): <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>até 10 kg: 130 mL/kg/dia;</b></li> <li>• <b>acima de 10 kg a 20 kg: 100 mL/kg/dia;</b></li> <li>• <b>acima de 20 kg: 80 mL/kg/dia.</b></li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento, considerar a oferta de 1/3 do volume.</li> <li>• Especificar, em receita médica ou no cartão de acompanhamento da dengue, o volume a ser ingerido.</li> <li>• A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação e sim administrada de acordo com a aceitação do paciente. A amamentação deve ser mantida e estimulada.</li> </ul>
<p><b>Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24 a 48 horas, após a defervescência da febre.</b></p>

Fonte: Protocolo para Atendimento aos Pacientes com Suspeita de Dengue (2013), adaptado.

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

## 10.2. Grupo B

### 10.2.1. Caracterização

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Ausência de sinais de alarme; e
- c) Com sangramento espontâneo de pele ou induzido.

### 10.2.2. Conduta

- a) Solicitar exames complementares;
- b) Hemograma completo é obrigatório para todos os pacientes;
- c) Nos pacientes com comorbidades de difícil controle ou descompensada – relatada ou percebida ao exame clínico –, realizar exames específicos, de acordo com situação clínica;
- d) Colher amostras no momento do atendimento;
- e) Liberar o resultado em até duas horas ou, no máximo, em quatro horas;
- f) Avaliar a hemoconcentração;
- g) Outros exames deverão ser solicitados, de acordo com a condição clínica associada ou a critério médico;
- h) O paciente deve permanecer em acompanhamento e observação, até o resultado dos exames solicitados;
- i) Prescrever hidratação oral conforme recomendado para o Grupo A, até o resultado dos exames;
- j) Prescrever paracetamol ou dipirona (Anexo 1);
- k) Seguir conduta segundo reavaliação clínica e resultados laboratoriais:
  - Hemoconcentração ou surgimento de sinais de alarme: conduzir o paciente como Grupo C.
  - Hematócrito normal - i) o tratamento é ambulatorial com reavaliação diária; ii) agendar o retorno para reclassificação do paciente, com reavaliação clínica e laboratorial diárias, até 48 horas após a queda da febre ou imediata se na presença de sinais de alarme; iii) orientar o paciente a não se automedicar, permanecer em repouso e procurar imediatamente o serviço de urgência em caso de sangramento ou sinais de alarme.
- l) Preencher o cartão de acompanhamento da dengue e liberar o paciente para o domicílio com orientações;
- m) Orientar em relação às medidas de eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*, conforme cenário entomológico local;
- n) Reforçar acerca do uso de repelentes em pacientes sintomáticos suspeitos de dengue, pois na viremia podem ser fonte de vírus para o mosquito e contribuir com a transmissão;
- o) Esclarecer ao paciente que exames específicos para a confirmação não são necessários para a conduta terapêutica. As solicitações devem ser orientadas conforme situação epidemiológica; e

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

- p) Notificar o caso de dengue, se porventura for a primeira unidade de saúde em que o paciente for assistido.

### 10.3. Grupo C

#### 10.3.1. Caracterização

- Caso suspeito de dengue; e
- Presença de algum sinal de alarme (Quadro 1).

#### 10.3.2. Conduta

- Iniciar a reposição volêmica imediata, em qualquer ponto de atenção, independentemente do nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência (mesmo na ausência de exames complementares), conforme descrito a seguir: reposição volêmica: 10 mL/kg de soro fisiológico a 0,9% na primeira hora; pacientes devem permanecer em acompanhamento em leito de internação até estabilização (mínimo 48 horas);
- Realizar exames complementares obrigatórios: hemograma completo; dosagem de albumina sérica e transaminases;
- Os exames de imagem recomendados são radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Hjelm-Laurell – decúbito lateral com raias horizontais) e ultrassonografia de abdômen. O exame ultrassonográfico é mais sensível para diagnosticar derrames cavitários;
- Outros exames poderão ser realizados conforme necessidade, como glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TAP e ecocardiograma;
- Proceder a reavaliação clínica após a primeira hora, considerando os sinais vitais, PA, e avaliar diurese (desejável 1 mL/kg/h);
- Manter a hidratação de 10 mL/kg/hora na segunda hora 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;
- Se houver melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:
  - primeira fase: 25 mL/kg em 6 horas – se houver melhora, iniciar segunda fase;
  - segunda fase: 25 mL/kg em 8 horas com soro fisiológico.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
		Versão: 1	

- i) Pacientes estadiados nesse grupo precisam de avaliação contínua; se necessário, pela equipe de enfermagem. Havendo sinal de agravamento ou choque, a reavaliação médica deve ser imediata;

**Atenção:** se não houver melhora clínica e laboratorial, conduzir como Grupo D.

Alerta sobre hidratação em idosos: apesar do risco maior de complicações e choque, pacientes desse grupo correm um risco maior de sobrecarga de fluidos, em parte pela presença de comorbidades, pelo maior risco de lesão renal e redução da função miocárdica. A hidratação deve ser minuciosamente acompanhada, na busca de sinais de edema pulmonar (crepitações à ausculta).

- j) Exames para confirmação de dengue são obrigatórios, mas não são essenciais para conduta terapêutica. Na coleta de sangue, atentar para o período adequado, observando ainda a necessidade de volume de amostra e acondicionamento adequados;
- Volume da amostra biológica: recomendam-se 5 mL (criança) e 10 mL (adulto) de sangue total sem anticoagulante;
  - Período de coleta: até o quinto dia de início de sintomas, realizar coleta para a detecção viral por e RT-PCR antígeno NS1 ou isolamento viral. A partir do sexto dia de início de sintomas, o soro obtido a partir do sangue total possibilitará a realização da sorologia; e
  - Acondicionamento: até o quinto dia de início de sintomas, a menos 70°C; e a partir do sexto dia de início de sintomas, a menos 20°C.
- k) Prescrever paracetamol e/ou dipirona (Anexo 1);
- l) Após preencher os critérios de alta (item 10.10), o retorno do paciente para reavaliação clínica e laboratorial segue as orientações, segundo preconizado para o Grupo B;
- m) Preencher o cartão de acompanhamento da dengue;
- n) Reforçar acerca do uso de repelentes em pacientes sintomáticos suspeitos de dengue, pois na viremia podem ser fonte de infecção do vírus para o mosquito e contribuir com a transmissão;
- o) Orientar em relação à eliminação de criadouros do *Aedes aegypti* e à importância do retorno para reavaliação clínica;
- p) Notificar o caso de dengue, na hipótese de ser a primeira unidade de saúde em que o paciente tenha sido assistido.
- Os pacientes do Grupo C devem permanecer em leito de internação até estabilização e atender os critérios de alta, por um período mínimo de 48 horas.

#### 10.4. Grupo D

##### 10.4.1. Caracterização

- a) Caso suspeito de dengue; e
- b) Presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

#### **SINAIS DE CHOQUE**

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

#### **10.4.2. Conduta**

- a) Reposição volêmica: iniciar imediatamente a 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;
- Caso necessário, repetir a reposição por até três vezes, conforme avaliação clínica.

***Alerta sobre hidratação em idosos:*** apesar do risco maior de complicações e choque, pacientes desse grupo correm maior risco de sobrecarga de fluidos, em parte pela presença de comorbidades, pelo maior risco de lesão renal e redução da função miocárdica. A hidratação deve ser minuciosamente acompanhada, na busca de sinais de edema pulmonar (crepitações à ausculta).

- b) Reavaliação clínica a cada 15 a 30 minutos e de hematócrito a cada 2 horas. Esses pacientes necessitam de monitoramento contínuo;
- c) Repetir fase de expansão até três vezes. Se houver melhora clínica e laboratorial após a fase de expansão, retornar para a fase de expansão do Grupo C e seguir a conduta recomendada;
- Esses pacientes devem permanecer em acompanhamento em leito de UTI até estabilização (mínimo de 48 horas) e, após estabilização, devem permanecer em leito de internação.
- d) Realizar exames complementares obrigatórios:
- Hemograma completo;
  - Dosagem de albumina sérica e transaminases.
- e) Os exames de imagem recomendados são radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Hjelm-Laurell) e ultrassonografia de abdômen;
- O exame ultrassonográfico é mais sensível para diagnosticar derrames cavitários.
- f) Outros exames poderão ser realizados conforme necessidade: glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TAP e ecocardiograma;

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROCOLO</b>	PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

- g) Exames para confirmação de dengue são obrigatórios, mas não são essenciais para conduta terapêutica. Na coleta de sangue, atentar para o período adequado, observando ainda a necessidade de volume de amostra e acondicionamento adequados;
- Volume da amostra biológica: recomendam-se 5 mL (criança) e 10 mL (adulto) de sangue total sem anticoagulante;
  - Período de coleta: até o quinto dia de início de sintomas, realizar coleta para a detecção viral por e RT-PCR antígeno NS1 ou isolamento viral. A partir do sexto dia de início de sintomas, o soro obtido a partir do sangue total possibilitará a realização da sorologia;
  - Acondicionamento: até o quinto dia de início de sintomas, a menos 70°C; e a partir do sexto dia de início de sintomas, a menos 20°C.
- h) Acompanhamento preferencial em leito de terapia intensiva. Caso este não esteja acessível, instituir imediatamente as medidas de manejo e monitoramento;
- i) No caso de resposta inadequada, caracterizada pela persistência do choque, deve-se avaliar:
- Se o hematócrito estiver 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).
  - Se o hematócrito estiver em queda e houver persistência do choque, investigar hemorragias e avaliar a coagulação.
  - Na presença de hemorragia: transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 mL/kg/dia).
  - Na 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 condições:
    - Sangramento persistente não controlado, após correção dos fatores de coagulação e do choque; e
    - Trombocitopenia e INR >1,5 vezes o valor normal.
- j) 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.
- k) A infusão de líquidos deve ser interrompida ou reduzida à velocidade mínima necessária, se:

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

- Houver término do extravasamento plasmático;
  - Normalização da pressão arterial, do pulso e da perfusão periférica;
  - Diminuição do hematócrito na ausência de sangramento;
  - Diurese normalizada;
  - Resolução dos sintomas abdominais.
- l) Após preencher os critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação conforme grupo B;
- m) Preencher cartão de acompanhamento de dengue;
- n) Orientar o retorno após a alta; e
- o) Notificar o caso, se porventura for a primeira unidade de saúde em que o paciente for assistido.

#### **10.5. Considerações Importantes Para os Grupos C e D**

- Oferecer O<sub>2</sub> em todas as situações de choque (cateter, máscara, CPAP nasal, ventilação não invasiva, ventilação mecânica), definindo a escolha em função da tolerância e da gravidade.
- Podem apresentar edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários pela perda capilar, que não significam em princípio ser hiper-hidratação, mas que podem aumentar após hidratação satisfatória. O acompanhamento da reposição volêmica é feito pelo hematócrito, por diurese e sinais vitais.
- Evitar procedimentos invasivos desnecessários, como toracocentese, paracentese, pericardiocentese. No tratamento do choque compensado, é aceitável cateter periférico de grande calibre. Nas formas iniciais de reanimação, o acesso venoso deve ser obtido o mais rapidamente possível.
- A via intraóssea em crianças pode ser escolhida caso o acesso vascular não seja rapidamente obtido, para administração de líquidos e medicamentos durante ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) ou tratamento do choque descompensado.
- No contexto de parada cardíaca ou respiratória, quando não se estabelece a via aérea por intubação orotraqueal, por excessivo sangramento de vias aéreas, o uso de máscara laríngea pode ser uma alternativa.
- Monitorização hemodinâmica não invasiva como a oximetria de pulso é desejável. No entanto, em pacientes graves, descompensados e de difícil manuseio, os benefícios de monitorização invasiva como pressão arterial média (PAM), pressão venosa central (PVC), saturação venosa central de oxigênio podem superar os riscos.
- O choque com disfunção miocárdica pode necessitar da administração de medicamentos inotrópicos; tanto na fase de extravasamento como na fase de reabsorção plasmática, lembrar que na primeira fase existe necessidade de reposição hídrica, enquanto na segunda fase há restrição hídrica. As seguintes drogas inotrópicas podem ser administradas:
  - Dopamina (5 a 10 microgramas/kg/min);

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão: 22/02/2026
		Versão: 1	

- Dobutamina (5 a 20 microgramas/kg/min); ou
- Milrinona (0,5 a 0,8 microgramas/kg/min).

### 10.6. Correção Específica de Outros Distúrbios Eletrolíticos e Metabólicos

Os distúrbios mais frequentes a serem corrigidos tanto em crianças quanto em adultos são:

\* **Hiponatremia**: corrigir após tratar a desidratação ou o choque, quando sódio (Na) <120 mEq/L ou na presença de sintomas neurológicos. Usar a fórmula de correção de hiponatremia grave:

- $(130 - \text{Na atual}) \times \text{peso} \times 0,6 = \text{mEq de NaCl a 3\% a repor em mL}$  (1 mL de NaCl a 3% possui 0,51 mEq de Na);
- Solução prática: 100 mL de NaCl a 3% são utilizados 85 mL de água destilada + 15 mL de NaCl a 20%;
- Velocidade de correção varia de 0,5 a 2 mEq/kg/dia ou 1 a 2 mL/kg/h.  
>> Após correção, dosar sódio sérico.

\* **Hipocalcemia**: corrigir via endovenosa em casos graves e com potássio sérico <2,5 mEq/L. Usar a fórmula de correção: 0,2 a 0,4 mEq/kg/h na concentração máxima de 4 mEq/100 mL de solução.

\* **Acidose metabólica**: deve-se corrigir primeiramente o estado de desidratação ou choque. Só administrar bicarbonato (NaHCO<sub>3</sub>) em valores <10 e ou ph <7,20.

- Usar a fórmula: Bic Desejado (15 a 22) – Bic Encontrado x 0,4 x P.  
Em pacientes adultos com choque, que não respondem a duas etapas de expansão e atendidos em unidades que não dispõem de gasometria, a acidose metabólica poderá ser minimizada com a infusão de 40 mL de NaHCO<sub>3</sub> 8,4%, durante a terceira tentativa de expansão.

### 10.7. Distúrbios de Coagulação (Hemorragias e Uso de Hemoderivados)

As manifestações hemorrágicas na dengue são causadas por alterações vasculares, plaquetopenia e coagulopatia de consumo. Devem ser investigados clínica laboratorialmente TAP, tempo de tromboplastina parcial (TTPa), plaquetometria, produtos de degradação da fibrina, fibrinogênio e exame de dímeros-D. O estado prolongado de hipovolemia está associado com frequência aos sangramentos importantes. A reposição volêmica precoce e adequada é um fator determinante para a prevenção de fenômenos hemorrágicos, principalmente ligados à coagulopatia de consumo.

### 10.8. Óbito Por Dengue

É considerado óbito por dengue todo paciente que cumpra os critérios da definição de caso suspeito ou confirmado que morreu como consequência da dengue. Quanto aos pacientes com dengue e comorbidades que evoluírem para óbito durante o curso da doença, a causa básica do óbito deve ser considerada a dengue. Choque refratário grave, CIVD, SARA, insuficiência hepática, insuficiência cardíaca, encefalite, meningite, síndrome da disfunção múltipla de órgãos podem levar ao óbito por dengue.

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

Atenção especial deve ser dada à síndrome hemofagocítica (SHF), uma complicação de falência multiorgânica, causada por reação hiperimune e progressiva citopenia. O tratamento recomendado inclui imunomodulação (corticoide, imunoglobulina, imunoquimioterapia) e plasmaférese, que são medidas salvadoras. No entanto, os óbitos por dengue são em sua maioria evitáveis, com a adoção de medidas de baixa densidade tecnológica.

### **10.9. Indicações Para Internação Hospitalar**

- 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; e
- f) Outras situações a critério clínico.

### **10.10. Critérios de Alta Hospitalar**

Os pacientes precisam atender a todos os cinco critérios a seguir:

- a) Estabilização hemodinâmica durante 48 horas;
- b) Ausência de febre por 24 horas;
- c) Melhora visível do quadro clínico;
- d) Hematócrito normal e estável por 24 horas; e
- e) Plaquetas em elevação.

## **11. TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DURANTE A INFECÇÃO POR DENGUE**

A hipertensão arterial é uma doença com uma prevalência importante no Brasil. Como consequência, pode-se inferir que, em pacientes com dengue que possuem essa condição, um número significativo estará em tratamento com medicamentos anti-hipertensivos. A medicação deve ser adequada nos casos de pacientes com dengue sem sinais de choque especialmente durante o período crítico de hemoconcentração e extravasamento vascular. As principais classes de drogas empregadas nos pacientes hipertensos estão descritas na Tabela 3:

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

**Tabela 3 Principais drogas empregadas para hipertensão**

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

Fonte: Ministério da Saúde, 2024

Pacientes hipertensos podem desenvolver sinais de choque, com níveis pressóricos mais elevados. Nesses casos, atentar para outros sinais de gravidade, a exemplo da redução da perfusão periférica e oligúria. A redução de 40% em relação aos níveis pressóricos anteriores pode significar hipotensão arterial. Nessas situações, o uso de hipotensores deve prontamente ser suspenso em pacientes classificados como “dengue grave com importante extravasamento plasmático”. Os pacientes com dengue sem sinais de alarme e níveis pressóricos normais devem manter as medicações habituais, com atenção especial aos betabloqueadores e à clonidina, cuja retirada deve ser ponderada pelo risco de hipertensão rebote.

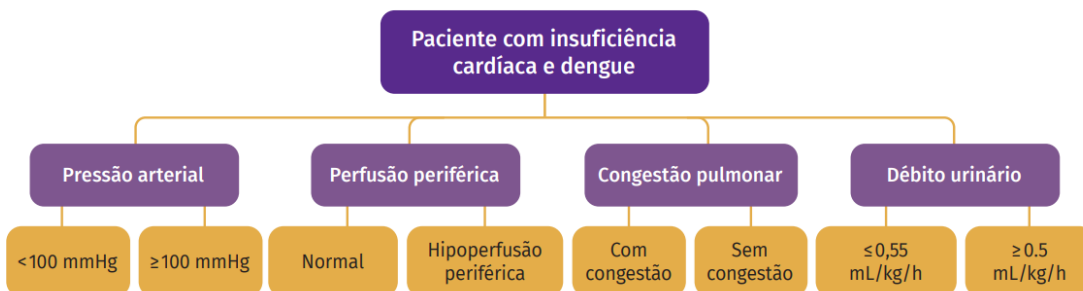
Na condição de desidratação e hipovolemia, necessitando de ressuscitação venosa, principalmente indivíduos com sinais de alarme, devem-se suspender em princípio os diuréticos e vasodilatadores, durante o período em que o paciente estiver internado em observação. Deve-se ponderar sobre o risco de suspensão dos betabloqueadores e a clonidina, pelo risco de hipertensão rebote.

## **12. HIDRATAÇÃO VENOSA EM PACIENTES ADULTOS CARDIOPATAS COM DENGUE**

No caso específico da insuficiência cardíaca congestiva, no transcorrer da hidratação, devem ser acompanhados os seguintes parâmetros fisiológicos: pressão arterial, débito urinário, perfusão periférica e presença de congestão pulmonar. O resumo desses parâmetros encontra-se na Figura 3.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

Figura 3 Pacientes com dengue e insuficiência cardíaca



Fonte: Ministério da Saúde, 2024

- Pressão arterial: se possível avaliada a cada uma a quatro horas, conforme a gravidade do paciente. Para fins práticos, consideramos hipotensão arterial a pressão arterial sistólica (PAS) < 100mmHg medida no esfigmomanômetro.
- 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.
- 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 catéter vesical de demora e aferição horária da diurese.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

#### Quadro 4 Resumo do protocolo de hidratação e ressuscitação volêmica

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

\*Na dependência da presença ou não de congestão pulmonar.

Fonte: Ministério da Saúde, 2024

- Em relação à hidratação e à ressuscitação volêmica, o protocolo encontra-se resumido no Quadro 4. A hidratação é a administração rápida de volume – cristalóide ou colóide – em período que varia de 30 a 60 minutos. Por outro lado, a ressuscitação volêmica é a administração de volume predeterminado, em período de 12 a 24 horas, aqui definido como manutenção. A ressuscitação volêmica em pacientes cardiopatas deve ser individualizada, conforme a classe funcional do Quadro 5.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

### Quadro 5 Estágios da insuficiência cardíaca

<b>ESTÁGIOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)</b>
<b>1. CLASSE I – assintomático:</b> sem limitações para atividade física. Atividades usuais não causam fadiga inapropriada, palpitação ou dispneia.
<b>2. CLASSE II – leve:</b> limitação discreta das atividades. Confortável em repouso, mas atividades físicas usuais resultam em fadiga, palpitações ou dispneia.
<b>3. CLASSE III – moderada:</b> limitação marcante da atividade física. Confortável em repouso, mas atividades mais leves que as usuais geram fadiga, palpitações e dispneia.
<b>4. CLASSE IV – grave:</b> incapaz de fazer quaisquer atividades físicas sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca no repouso. Quando é iniciada qualquer atividade física, agrava o desconforto.

Fonte: NYHA, 2018.

Os pacientes classe funcional I devem ser hidratados, conforme descrito neste manual. Aqueles, classe funcional IV, serão internados em unidades de terapia intensiva e manuseados como pacientes críticos. Nos pacientes classe funcional II, será administrado soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, na dose de 15 mL/kg de peso, idealmente em 30 minutos, repetindo-se essa etapa até três vezes, sob rigorosa observação clínica.

Em pacientes classe funcional III, será administrado soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, na dose de 10 mL/kg de peso, idealmente em 30 minutos, repetindo-se essa etapa até três vezes, sob rigorosa observação clínica. Pacientes oligúricos sem congestão pulmonar e pacientes com hipoperfusão periférica representam a principal indicação de expansão volêmica. Na condição de hipotensão e congestão pulmonar e na presença de hipoperfusão periférica – especialmente com pressão sistólica.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

### Quadro 6 Aminas vasoativas segundo dose e efeito

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

Fonte: Ministério da Saúde, 2024

- Pacientes hipotensos, congestos com prévia disfunção cardíaca ventricular esquerda, 38 em que se queira utilizar dobutamina, no geral também se beneficiarão de dopamina ou noradrenalina. As doses das aminas do Quadro 6 são individualizadas e têm por objetivo normalizar a diurese e a pressão arterial sistólica >100 mmHg. Os pacientes com perfusão periférica reduzida e hipotensão arterial devem receber ressuscitação volêmica, juntamente com dopamina ou noradrenalina, com o intuito de evitar congestão e hiper-hidratação. A hidratação de manutenção consiste na restauração progressiva da volemia, sendo iniciada após a melhora do débito urinário e da pressão arterial. A dose situa-se entre 15 mL/kg e 25 mL/kg de soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, a cada 12 horas, atentando-se para sinais de congestão pulmonar.

### 13. GESTAÇÃO E DENGUE

O comportamento fisiopatológico da dengue na gravidez é o mesmo para gestantes e não gestantes. Com relação ao binômio materno-fetal, na transmissão vertical há o risco de abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro, quando a infecção for adquirida no último trimestre. Há também incidência maior de baixo peso ao nascer em bebês de mulheres que tiveram dengue durante a gravidez. Quanto mais próximo ao parto a mãe for infectada, maior será a chance de o recém-nascido apresentar quadro de infecção por dengue. Gestantes com infecção sintomática têm risco aumentado para ocorrência de morte fetal e parto prematuro.

Com relação à mãe, podem ocorrer hemorragias tanto no abortamento quanto no parto ou no pós-parto. O sangramento pode ocorrer tanto no parto normal quanto no parto cesáreo, sendo que neste último as complicações são mais graves e a indicação da cesariana deve ser bastante

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

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

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

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

Quando ocorre o extravasamento plasmático, as manifestações como taquicardia, hipotensão postural e hemoconcentração serão percebidas numa fase mais tardia, uma vez que podem ser confundidas com as alterações fisiológicas da gravidez. A gestante que apresentar qualquer sinal de alarme ou de choque e que tiver indicação de reposição volêmica deverá receber volume igual àquele prescrito aos demais pacientes, de acordo com o estadiamento clínico. Durante a reposição volêmica, deve-se ter cuidado para evitar a hiper-hidratação.

A realização de exames complementares deve seguir a mesma orientação para os demais pacientes. Radiografias podem ser realizadas a critério clínico e não são contraíndicadas na gestação. A ultrassonografia abdominal pode auxiliar na avaliação de líquido livre na cavidade. Importante lembrar que o aumento do volume uterino, a partir da 20ª semana de gestação, leva à compressão da veia cava. Toda gestante, quando deitada, deve ficar em decúbito lateral preferencialmente esquerdo. O diagnóstico diferencial de dengue na gestação, principalmente nos casos de dengue grave, deve incluir pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP e sepse, que não só podem mimetizar seu quadro clínico, como também estarem presentes de forma concomitante.

Na eventualidade de parada cardiorrespiratória com mais de 20 semanas de idade gestacional, a reanimação cardiopulmonar (RCP) deve ser realizada com o deslocamento do útero para a esquerda, para descompressão da veia cava inferior. Considerar a realização de cesárea depois de 4 a 5 minutos de RCP, se não houver reversão da parada, com a finalidade principal de aliviar os efeitos da compressão do útero sobre a veia cava. De acordo com a viabilidade do feto, poderá haver também a possibilidade de sua sobrevivência. O melhor tratamento para o feto é o adequado tratamento materno.

## **14. USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS E ANTITROMBÓTICOS EM PACIENTES ADULTOS COM DENGUE**

### **14.1. Antiagregantes Plaquetários**

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

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.UVS-CHUFC.001	
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>	Emissão: 22/02/2024	Próxima revisão:
		Versão: 1	22/02/2026

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

Pacientes submetidos à angioplastia coronariana recente com implante de stents farmacológicos em período de seis meses ou de stents convencionais de até um mês e em uso de DAPT devem – se possível – manter a utilização durante a infecção. No caso de plaquetometria acima de  $50 \times 10^9/L$ , não haverá necessidade de admissão, e a contagem de plaquetas será avaliada diariamente, conforme protocolo da dengue para o Grupo B. Para plaquetas entre  $30 \times 10^9/L$  e  $50 \times 10^9/L$ , os pacientes deverão ser admitidos em leitos de observação, com controle diário da contagem de plaquetas.

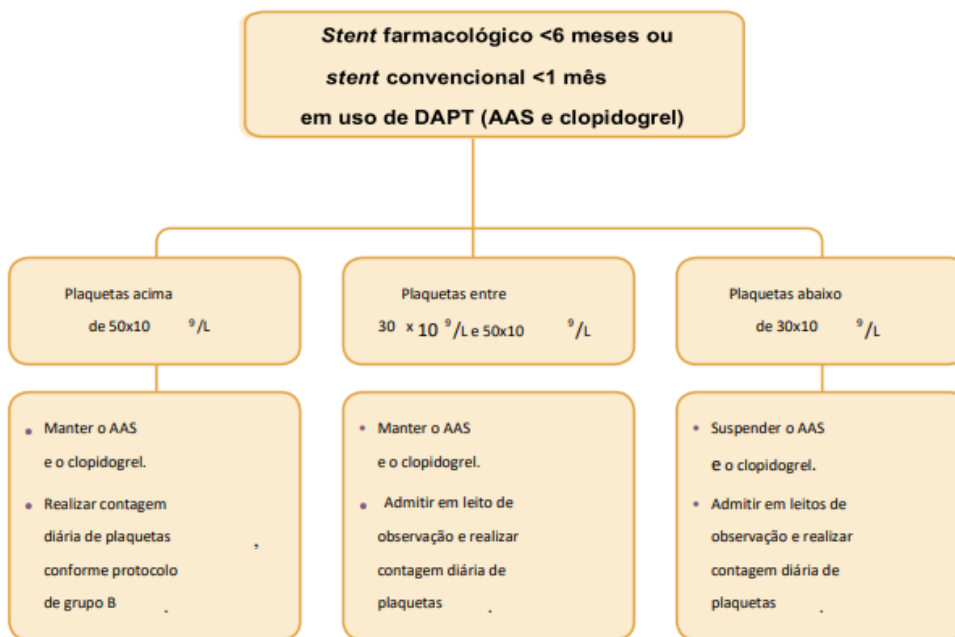
Quando a contagem plaquetária for abaixo de  $30 \times 10^9/L$ , pacientes terão suspensa a dupla antiagregação plaquetária e serão admitidos em leito de observação até elevação acima de  $50 \times 10^9/L$ , momento em que terão seus antiagregantes prescritos como anteriormente. Em casos de sangramentos, estará indicada transfusão de plaquetas, além das medidas específicas para interrupção da hemorragia.

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

Os pacientes submetidos à angioplastia coronária com implante de stents farmacológicos há mais de seis meses ou de stents convencionais há mais de um mês, assim como aqueles em profilaxia secundária de doença arterial coronária ou cerebrovascular, deverão utilizar apenas AAS, desde que o número de plaquetas aferido seja superior a  $30 \times 10^9/L$ . Quando o valor da plaquetometria for entre  $30 \times 10^9/L$  e  $50 \times 10^9/L$ , os pacientes deverão ser monitorados em leitos de observação. Caso o número de plaquetas seja inferior a  $30 \times 10^9/L$ , deverá ser suspenso o uso de antiagregante plaquetário e os pacientes admitidos para observação, até que o número de plaquetas seja superior a  $50 \times 10^9/L$ . As Figuras 4 e 5 resumem as condutas descritas anteriormente.

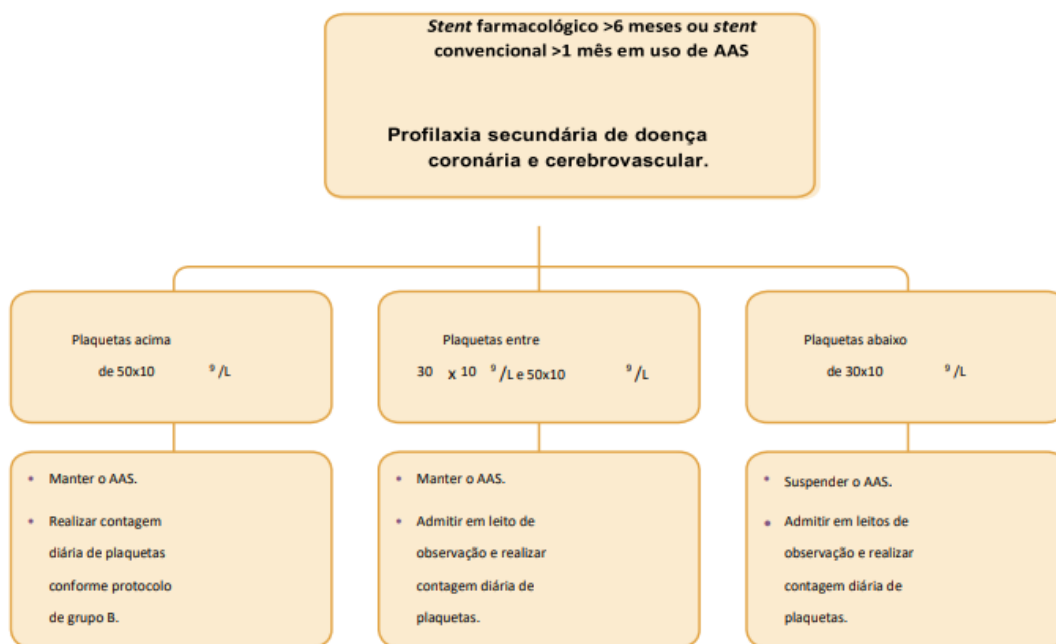
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

Figura 4 – Pacientes tratados com dupla antiagregação



Fonte: Ministério da Saúde, 2024

Figura 5 – Pacientes tratados com o AAS



Fonte: Ministério da Saúde, 2024

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Versão: 1
		Próxima revisão: 22/02/2026	

## 14.2. Anticoagulantes

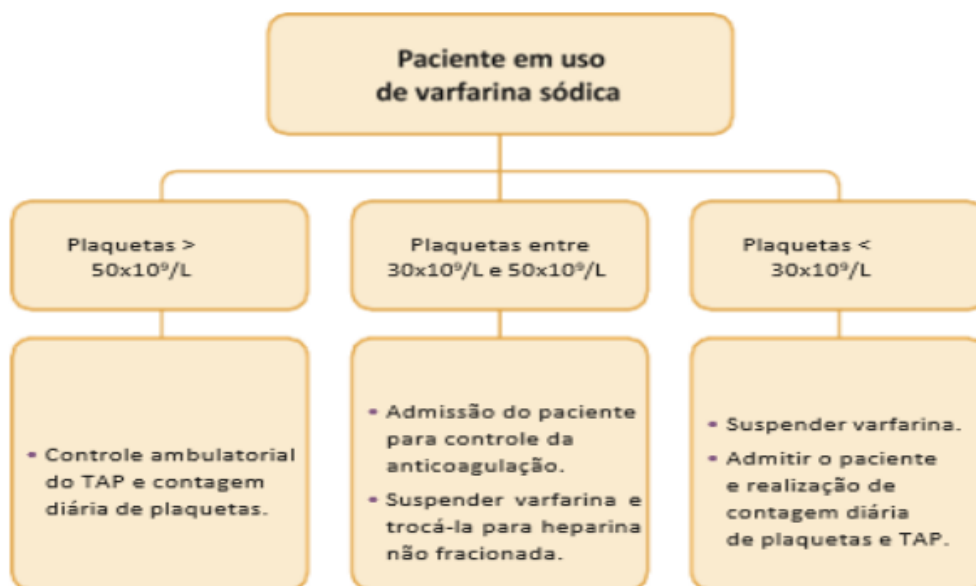
### 14.2.1. Uso de varfarina sódica

A complicação principal no uso de anticoagulante oral, especialmente a varfarina sódica, é o sangramento em diversos graus. São considerados como principais determinantes para complicações hemorrágicas a intensidade do efeito anticoagulante – medido com aferição intermitente do tempo de atividade de protrombina (TAP) –, características inerentes ao paciente e uso concomitante de medicações ou condições que interfiram com a hemostasia. Pacientes com dengue e plaquetopenia quando em uso anticoagulante oral têm o risco aumentado de sangramento porque há alterações em etapas da coagulação sanguínea. No entanto, em situações em que o risco trombótico é maior, o uso da varfarina sódica é imprescindível como a dos portadores de próteses cardíacas metálicas, nos casos de fibrilação atrial com alto risco de fenômenos tromboembólicos, na embolia pulmonar e nas síndromes trombofílicas.

Pacientes com plaquetometria acima de  $50 \times 10^9/L$  devem realizar dosagem ambulatorial do TAP e do número de plaquetas. No caso de contagem de plaquetas situada entre  $30 \times 10^9/L$  e  $50 \times 10^9/L$ , indica-se a internação para substituição do anticoagulante oral para heparina venosa não fracionada, assim que o TAP atinja níveis subterapêuticos. Em geral, pode-se iniciar a heparina quando o TAP se situar com INR abaixo de 2,0. Se a contagem de plaquetas for inferior a  $30 \times 10^9/L$ , há necessidade de suspensão da varfarina e admissão para acompanhamento da coagulação, com medidas diárias de TAP e contagem de plaquetas. Não se deve reverter a anticoagulação, exceto quando há sangramento. A Figura 6 resume as condutas adotadas descritas anteriormente.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

Figura 6 – Paciente em uso de varfarina sódica



Fonte: Ministério da Saúde, 2024

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

Essas duas classes de medicamentos, diferentemente da varfarina, não permitem avaliar por meio de um teste a eficácia da anticoagulação, portanto acabam refletindo na conduta adotada em relação aos pacientes com dengue. Por isso, a possibilidade de suspensão desses medicamentos por alguns dias nesses pacientes deve ser analisada com cautela. Pacientes com alto risco de eventos tromboembólicos, a exemplo dos portadores de próteses valvulares metálicas e da SAAF, não devem utilizar tais medicamentos. Na situação em que a suspensão não for a opção, pacientes com dengue e plaquetometria  $\geq 50 \times 10^9/L$  devem continuar com a terapia prescrita.

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

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

**Tabela 4 Anticoagulantes**

Medicamento	Meia-vida (horas)	Intervalo proposto (horas)
<b>Dabigatrana</b>	12 a 17	24
<b>Rivaroxabana</b>	5 a 9	24
<b>Apixabana</b>	8 a 15	24
<b>Edoxabano</b>	10 a 14	24

Fonte: Ministério da Saúde, 2024

#### 14.2.3. Suspensão dos antiagregantes e anticoagulantes

Em caso de sangramento moderado ou grave, as medicações antiagregantes e anticoagulantes devem ser suspensas, como parte de suas abordagens. No caso da dupla antiagregação plaquetária, indica-se transfusão de plaquetas na dose de 1 unidade para cada 10 kg de peso. Nos pacientes em uso de varfarina e com sangramento grave, deve-se administrar plasma fresco congelado na dose de 15 mL/kg (até que o INR esteja inferior a 1,5) e vitamina K na dose de 10 mg via oral ou endovenosa. Nos inibidores de trombina ou de antifator Xa e com sangramento grave, não há uma opção de terapia específica disponível e incorporada no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, devem ser utilizadas medidas adequadas para cada causa específica.

## 15. ANEXOS

### Anexo 1 - USO DE MEDICAMENTOS PARA DENGUE

- **DIPIRONA**

Dose: Adultos 20 gotas ou 1 comprimido (500 mg) até de 6/6 horas.

Crianças 10 mg/kg/dose até de 6/6 horas

(Respeitar a dose máxima por peso e idade).

Apresentações: Gotas 500 mg/ml (1 mL = 20 gotas).

Solução oral 50 mg/mL.

Solução injetável 500 mg/mL.

Comprimidos 500 mg por unidade.

- **PARACETAMOL**

Dose: 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).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

Crianças: 10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade). Não utilizar doses maiores que a recomendada, considerando que doses elevadas são hepatotóxicas.

Apresentações: Gotas 200 mg/mL (1 mL = 20 gotas).

Comprimidos 500 mg por unidade.

#### **Anexo 2 - PARÂMETROS DA FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC) EM CRIANÇAS POR FAIXA ETÁRIA**

Idade	FC acordado	Média	FC dormindo
<b>0 a 2 meses</b>	85-205	140	80-160
<b>3 a 23 meses</b>	100-190	130	75-160
<b>2 a 10 anos</b>	60-140	80	60-90
<b>&gt;10 anos</b>	60-100	75	50-90

Fonte: elaborado a partir de American Heart Association (c2024)<sup>4</sup>.

#### **Anexo 3 - PARÂMETROS DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA POR MINUTO**

<b>&lt; 2 MESES = até 60 rpm</b>
<b>2 MESES A 1 ANO = até 50 rpm</b>
<b>1 A 5 ANOS = até 40 rpm</b>
<b>5 A 8 ANOS = até 30 rpm</b>
<b>ADULTOS = 12 rpm a 20 rpm</b>

Fonte: elaborado a partir do AIDPI *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância* (Brasil; Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2003)<sup>5</sup>.

#### **Anexo 4 - PARÂMETROS DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) E DIASTÓLICA (PAD), SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

Idade	PAS (mmHg)	PAD (mm Hg)
<b>Recém-nascido</b>	60-70	20-60
<b>Lactente</b>	87-105	53-66
<b>Pré-escolar</b>	95-105	53-66
<b>Escolar</b>	97-112	57-71

Fonte: adaptado de Jyh; Nóbrega; Souza (2007)<sup>6</sup>.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

### Anexo 5 - TAMANHO DA BOLSA DE LÁTEX DO MANGUITO PARA CRIANÇAS, SEGUNDO 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: elaborado a partir de Behrman; Kliegman; Jenson (2000)².

### Anexo 6 - VALORES DE REFERÊNCIA DO ERITROGRAMA

Idade	Cordão umbilical	1º dia	3º dia	15 dias
Eritrócitos (M/ $\mu$ 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	$\cong$ 3 meses	$\cong$ 6 meses	$\cong$ 1 a 2 anos	$\cong$ 5 anos
Eritrócitos (M/ $\mu$ 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	$\cong$ 10 anos	Mulheres adultas**	Homens adultos**	>70 anos**
Eritrócitos (M/ $\mu$ 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

Fonte: Failace (2003)³, com adaptações.

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

\*\* Adultos caucasoides; 5% abaixo em negros.

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>		PRO.UVS-CHUFC.001
Título do Documento	<b>MANEJO CLÍNICO DA DENGUE – ADULTOS E CRIANÇAS</b>		Emissão: 22/02/2024
			Próxima revisão: 22/02/2026
			Versão: 1

## 16. REFERÊNCIAS

Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança – 6. ed. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Dengue: Guías de atención para enfermos em la región de las Américas. 2. ed. [S. l.]: OPS, 2015.

PAIXÃO, E. S et al. Symptomatic dengue infection during pregnancy and the risk of stillbirth in Brazil, 2006– 12: a matched case-control study. The Lancet Infectious Diseases, v. 17, n. 9, p. 957-64, 2017. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION.

Dengue: guidelines for patient care in the Region of the Americas. 2.ed. Washington, D.C.: PAHO, 2017.

WADERGE, R. et al. Dengue infections during pregnancy: a case series from Sri Lanka and review of the literature. Journal of Clinical Virology, [S. l.], v. 37, p. 27-33, 2006.

## 17. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

<b>ELABORAÇÃO</b>	
Bruno Rodrigues Gomes dos Santos Evelyne Santana Girão Jorge Luiz Nobre Rodrigues Marcus Vinicius Dantas da Nóbrega Matheus Alves de Lima Mota Michelle Rodrigues Pinheiro Nerci de Sá Cavalcante Ciarlini Ramiro Moreira Tavares Ruth Maria Oliveira de Araújo Fernanda Santiago Gomes	
<b>VALIDAÇÃO</b>	
<b>Claudia Regina Fernandes</b> Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.006936/2024-15, assinado eletronicamente.
<b>APROVAÇÃO</b>	
<b>Jorge Luiz Nobre Rodrigues</b> Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde	Conforme Processo SEI nº 23533.006936/2024-15, assinado eletronicamente.
<b>APROVAÇÃO</b>	
<b>Claudia Regina Fernandes</b> Chefe do Setor de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.006936/2024-15, assinado eletronicamente.

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2023, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*