

PLANO

HUAB - UFRN/EBSERH

Plano de contingência para epidemia da Dengue

Versão 02 | 2025



SUPERINTENDENTE

MARIA CLÁUDIA MEDEIROS DANTAS DE RUBIM COSTA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

FLÁVIA ANDREIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS

GERENTE DE ENSINO E PESQUISA

SIMONE PEDROSA LIMA

GERENTE ADMINISTRATIVO

SEVERINO CLEMENTE DA SILVA FILHO

CHEFE DE SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE

CARLLA CILENE ALVES DANTAS PETRÔNIO

ELABORAÇÃO

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – Setor de Gestão da Qualidade

Quenia Camille Soares Martins – Divisão de Enfermagem

Edson Mendes Marques - Setor Materno Infantil

Sonaira Larissa Varela de Medeiros - Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Fladjany Emanuely Faustino Da Silva - Unidade de Saúde da Mulher

Ana Cristina Santos Fernandes Pereira – Setor de Farmacia Hospitalar

Jailson Laurindo Sousa - Psicologia Organizacional e do Trabalho

Pedro Henrique Silva De Farias - Setor de Gestão do Ensino

Elisangela Maria Silva De Medeiros - Unidade de Administração de Pessoal

Hercilla Nara Confessor Ferreira – Enfermeira da Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Antônio Augusto Oliveira Da Costa - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Kellynton Diego Dantas De Souza - Unidade de Diagnóstico por Imagem e Diagnósticos Especializados

ANÁLISE

Vanessa Campos Andrade de Melo Pérsico - Setor de Gestão da Qualidade

VALIDAÇÃO

Thaís Lorena Barbosa de França – Setor de Gestão da Qualidade

APROVAÇÃO

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – Setor de Gestão da Qualidade

Data da emissão: 11/03/2025

Código do documento: PL. STGQ. 004

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



SUMÁRIO

1. OBJETIVO	6
2. CAPACIDADE PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL DE CASOS SUSPEITOS E/OU CONFIRMADOS	6
2.1. Leitos.....	6
2.2. Atendimento Urgência e Emergência.....	7
3. AÇÕES CONFORME NÍVEIS DE RESPOSTA ESTABELECIDOS NO PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL PARA EPIDEMIAS DA DENGUE.....	8
3.1. Diagrama de Controle	8
3.2. Nível zero	9
3.3. Nível 1.....	10
3.4. Nível 2.....	11
3.5. Nível 3.....	12
3.6. Ativação dos diferentes níveis.....	13
4. PAPEL DO HUAB NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	14
4.1. Referência e contrarreferência	14
4.2. Desospitalização segura/alta responsável.....	14
4.3. Critérios de alta hospitalar específico para dengue	15
5. GESTAÇÃO E DENGUE.....	15
6. ADAPTAÇÃO DOS FLUXOS.....	16
7. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	16
7.1. Espectro clínico	16
8. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE.....	22
8.1. Anamnese	22
8.2. Exame físico geral	23
9. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA PRIORIDADE NO ATENDIMENTO	24
10. ESTADIAMENTO CLÍNICO E CONDUTA.....	26
11. TIMES DE RESPOSTA RÁPIDA (TRR)	34
12. SISTEMA DE GESTÃO DE INCIDENTES E OTIMIZAÇÃO DO FLUXO DECISÓRIO	34
13. AUMENTO DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO.....	35
13.1. AUMENTO DA CAPACIDADE ATENDIMENTO A PACIENTES MODERADOS E GRAVES	36
14. CONTINUIDADE DA SAÚDE ESSENCIAL.....	37
15. RECURSOS HUMANOS.....	37
15.1 Realocação/incremento de recursos humanos	37

16.	CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS.....	38
16.1.	CAPACITAÇÃO DE RESIDENTES, INTERNOS E GRADUANDOS.....	38
17.	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	39
17.1.	Coleta e compartilhamento de informação clínica, epidemiológica e laboratorial.....	39
17.2.	Definição dos indicadores para monitoramento e avaliação.....	39
17.3.	Coleta, análise e disseminação de informação.....	39
17.4.	Registro do andamento das notificações de dengue no VIGIHOSP	40
17.5.	Manutenção da vigilância laboratorial	40
17.6.	Análise da informação Epidemiológica.....	40
18.	LOGÍSTICA E GESTÃO DE INSUMOS, PRODUTOS PARA SAÚDE E MEDICAMENTOS.....	40
19.	SERVIÇOS DE LABORATÓRIO	41
20.	PLANO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA.....	42
21.	PLANO DE COMUNICAÇÃO	42
22.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
23.	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	43
24.	RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO	43
	Anexo A - Material de apoio.....	44

1. OBJETIVO

Estabelecer um plano de contingência para enfrentamento da epidemia da dengue no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) considerando cenário epidemiológico nacional e local.

2. CAPACIDADE PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL DE CASOS SUSPEITOS E/OU CONFIRMADOS.

2.1. Leitos

Tabela 1 - Capacidade instalada de leitos que podem ser destinados imediatamente¹ para atendimento de casos suspeitos e/ou confirmados de Dengue mantendo-se o atendimento de rotina do hospital em sua totalidade.

Leitos - tipo	Número (n)
UTI Adulto	0
UTI Pediátrica	0
UTI Neonatal	1
Clínicos Adulto	0
Clínicos Pediátricos	4
Obstetrícia	3

¹Considerar a taxa de ocupação dos últimos 12 meses para esta estimativa.

Tabela 2 - Quantitativo de leitos que podem ser ampliados para atendimentos de casos suspeitos e/ou confirmados da Dengue sem necessidade de recursos adicionais, ou seja, por meio de remanejamento de pessoal, reorganização de áreas físicas, etc, mantendo-se as internações/atendimentos hospitalares que não podem ser interrompidos.

Leitos - tipo	Número (n)
UTI Adulto	0
UTI Pediátrica	0
UTI Neonatal	1
Clínicos Adulto	0
Clínicos Pediátricos	1
Obstetrícia	2

Tabela 3 - Quantitativo de Leitos que pode ser ampliado para atendimento de casos suspeitos e/ou confirmados de Dengue somente com aporte adicional de recursos, ou seja, contratação de pessoal, reforma de áreas físicas, aquisição de mais insumos, mais medicamentos, etc.

Leitos - tipo	Número (n)
UTI Adulto	0
UTI Pediátrica	0
UTI Neonatal	3
Clínicos Adulto	0
Clínicos Pediátrico	5
Obstetrícia	5

2.2. Atendimento Urgência e Emergência

- Capacidade atual atendimento (número de pacientes/dia) para casos suspeitos e/ou confirmados de Dengue: **10 atendimentos dia.**
- Ampliação do atendimento (número de pacientes/dia) para casos suspeitos e/ou confirmados de Dengue sem necessidade de recursos adicionais, ou seja, por meio de remanejamento de pessoal, reorganização de áreas físicas, etc: **10 atendimentos dia.**
- Ampliação do atendimento (número de pacientes/dia) para casos suspeitos e/ou confirmados de Dengue somente com aporte de recursos adicionais, ou seja, por meio de contratação de pessoal, reforma de áreas físicas, etc: **30 atendimentos dia.**

Obs: O serviço oferece atendimento de urgência e emergência em obstetrícia clínica, os atendimentos de pediatria e neonatologia são regulados através do sistema REGULA RN, de domínio da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte.

2.3. Exames

Tabela 4 - Quantitativo de exames/mês que podem ser realizados imediatamente para apoio diagnóstico e terapêutico de casos suspeitos e confirmados, mantendo-se o atendimento de rotina do Hospital em sua totalidade.

Exames	Número (n)
Hemograma	600
Teste Sorológico	600
Antígeno NS1	600
Coagulograma	300
Creatinina	600
Dímero-D	Não realizamos por falta de reagente e equipamento
Dosagem de albumina sérica	200
Dosagem de TGO C e D ob.	300
Dosagem de TGP C e D ob.	600
Ecocardiograma	10
Fibrinogênio	Não realizamos por falta de reagente
Gasometria	200
Glicemia	200
Dosagem de sódio	Não realizamos por falta de reagente
Dosagem de potássio	Não realizamos por falta de reagente
Prod. Degradação Fibrina	Não realizamos por falta de reagente e equipamento
Rx tórax PA, perfil Laurell FILME	300
US abdome	150

Tabela 5 - Quantitativo de exames/mês para apoio diagnóstico e terapêutico de casos suspeitos e confirmados que podem ser adquiridos e utilizados somente com aporte adicional de recursos, ou seja, contratação de pessoal, aquisição de insumos, etc.

Exames	Número (n)
Hemograma	900
Teste Sorológico	900
Antígeno NS1	900
Coagulograma	450
Creatinina	450
Dímero-D	200
Dosagem de albumina sérica	300
Dosagem de TGO C e D ob.	450
Dosagem de TGP C e D ob.	900
Ecocardiograma	150
Fibrinogênio	100
Gasometria	400
Glicemia	300
Dosagem de sódio	900
Dosagem de potássio	900
Prod. Degradação Fibrina	Não temos capacidade
Rx tórax PA, perfil Laurell FILME	900
US abdome	200

3. AÇÕES CONFORME NÍVEIS DE RESPOSTA ESTABELECIDOS NO PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL PARA EPIDEMIAS DA DENGUE.

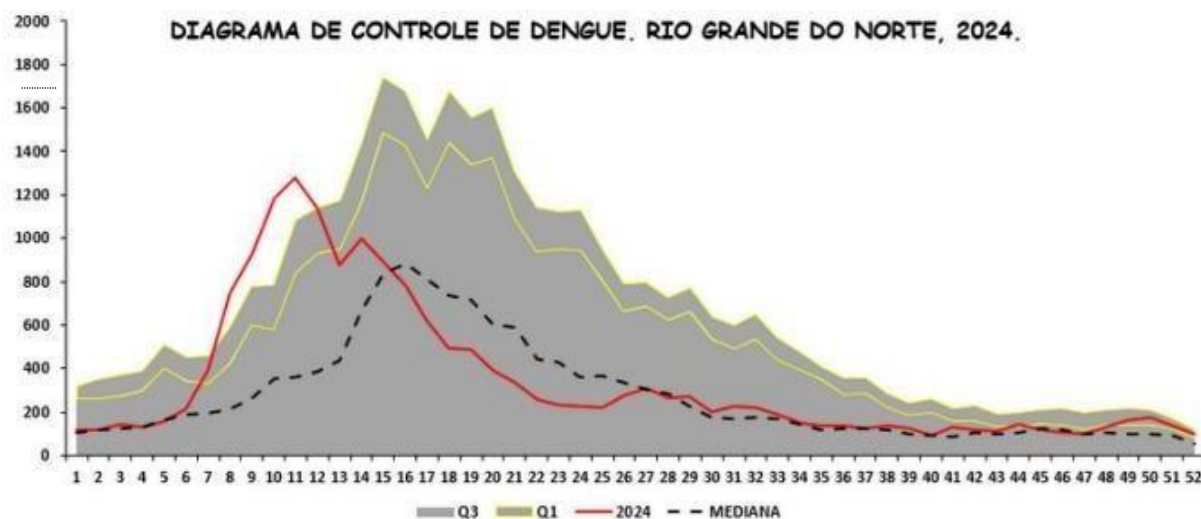
3.1. Diagrama de Controle

O Diagrama de Controle são gráficos baseados na teoria de probabilidades que permitem comparar a incidência observada de um determinado evento com os limites máximo e mínimo da incidência esperada. Este diagrama é um método para identificação de epidemias utilizada nos serviços de vigilância em saúde pública no Brasil, sendo este o instrumento mais sensível para detecção dos surtos. São gráficos baseados na teoria de probabilidades que permitem comparar a incidência observada de um determinado evento com os limites máximo e mínimo da incidência esperada.

O Diagrama de Controle apresenta as seguintes características:

- Distribuição da doença/agravo ao longo do tempo (em semanas, meses, anos, etc.);
- Permite conhecer a sazonalidade da doença/agravo, através de um tendência temporal;
- Ajuda a mostrar se o número de casos de uma determinada doença/agravo está sob controle;
- É uma ferramenta extremamente simples e necessária para a vigilância epidemiológica.

Figura 1 - Diagrama de Controle da Dengue com os Níveis de Resposta.



3.2. Nível zero

Deve ocorrer quando a incidência permanecer em ascensão por três semanas consecutivas e quando for detectada a introdução/re introdução de novo sorotipo, ou quando o Elevados índices de infestação predial (IIP) ultrapassar o limite de 1% ou houver aumento de tendência relativa de sinalizados no SINAN on line na última semana.

Tabela 6 - Descrição das atividades para o nível zero.

n	Objeto da Ação	Descrição Resumida	Situação da Ação	Data-limite para conclusão da ação	Status (em dia, atrasada, concluída)	Data da informação (dd/mm/aaaa)	Observação
0	Elaboração de material de apoio	Atualização do plano de contingência institucional para nortear as ações de enfrentamento a dengue	Em andamento	10/03/2025	Em dia	15/03/2025	
1	Manejo Clínico	Discussão do Manejo Clínico de Casos Moderados e Graves de Dengue por equipe multiprofissional e elaboração de protocolo	Em fase de planejamento	20/03/25	Em dia	30/03/2025	
3	Boletim Epidemiológico	Produção de Boletins epidemiológicos com vistas a subsidiar a tomada de	O Setor responsável, mantém a produção dos boletins como prática de sua	11/03/2025	Concluída	15/03/2025	Os Boletins Epidemiológicos já são produzidos pelo Setor de gestão da Qualidade, no

		decisão	rotina				momento terão um tópico de destaque para Dengue
4	Estoque Estratégico	Ação com vistas a garantir estoque estratégico de insumos	Levantamento de necessidade - 3 meses	13/03/2025		Em dia	15/03/2025
.	Ação itinerante	Realização de ação itinerante de alerta aos colaboradores sobre Dengue	Realizada	27/03/2025		Em fase de planejamento	27/03/2025

3.3. Nível 1

Deve ocorrer quando a incidência permanecer em ascensão por quatro semanas consecutivas e/ou ocorra notificação de caso grave suspeito ou suspeita de óbito por dengue.

Tabela 7 - Descrição das Atividades para o Nível 1.

n	Objeto da Ação	Descrição Resumida	Situação da Ação	Data-limite para conclusão da ação	Status (em dia, atrasada, concluída)	Data da informação (dd/mm/aaaa)	Observação
0	Acompanhar indicadores epidemiológicos, e divulgar nos Boletins Institucionais	Realizar o acompanhamento regular de indicadores, fazendo a divulgação em um tópico específico do boletim institucional	Realizada continuamente	16/02/2025	Concluída	28/02/2025	Essa atividade já é rotineiramente realizada, no momento será focada na dengue.
1	Intensificar a emissão de alertas a respeito da situação epidemiológica	Conforme exista necessidade serão emitidos alertas as chefias e colaboradores para informar sobre a situação epidemiológica local	Será iniciada conforme necessidade	A programar	Em dia	15/03/2025	
3	Apoiar os municípios na investigação dos óbitos sempre que necessário.	Realizar a investigação de óbito local e colaborar quando necessário para as investigações no âmbito municipal;	Será iniciada conforme necessidade	A programar	Em dia	15/03/2025	
4	Acompanhar e orientar a organização da instituição, para atendimento dos casos suspeitos de dengue.	Acompanhar o manejo clínico dos casos de dengue através de busca ativa diária.	Em fase de planejamento	Enquanto durar a epidemia	Em dia	15/03/2025	
5	Acompanhar e incentivar a implantação/implementação de protocolos e fluxos.	O Setor deve incentivar a elaboração de protocolos e fluxos que apoiem o manejo clínico da dengue	Em fase de planejamento	15/03/2025	Em dia	30/03/2025	
6	Incorporar unidades de referência para os casos graves, estabelecendo o fluxo assistencial, ou por meio da central de regulação nos locais onde existe regulação.	Pactuar com o Estado e Municípios os hospitais de referência para	Em fase de Planejamento	15/03/2025	Em dia	15/03/2025	
7	Disponibilizar equipe técnica para discussão de manejo clínico, de	As discussões serão realizadas semanalmente	Em fase de Planejamento	15/03/25	Em dia	20/03/2025	

classificação de risco do paciente com suspeita de dengue e das capacitações de profissionais de saúde	com apoio da infectologista, de maneira itinerante, nos diversos setores do hospital.					
--	---	--	--	--	--	--

3.4... Nível 2

Deve ocorrer quando o número de casos notificados para o ano ultrapassar os do limite máximo com transmissão sustentada de acordo com o diagrama de controle e/ou ocorra um aglomerado de óbitos suspeitos por dengue.

Tabela 8 - Descrição das Atividades para o Nível 2.

n	Objeto da Ação	Descrição Resumida	Situação da Ação	Data-limite para conclusão da ação	Status (em dia, atrasada, concluída)	Data da informação (dd/mm/aaaa)	Observação
0	Acompanhar indicadores epidemiológicos, e divulgar nos Boletins Institucionais	Realizar o acompanhamento regular de indicadores, fazendo a divulgação em um tópico específico do boletim institucional	Realizada continuamente	15/03/2025	Concluída	15/03/2025	Essa atividade já é rotineiramente realizada, no momento será focada na dengue.
1	Intensificar a emissão de alertas a respeito da situação epidemiológica	Conforme exista necessidade serão emitidos alertas as chefias e colaboradores para informar sobre a situação epidemiológica local	Será iniciada conforme necessidade	A programar	Em dia	15/03/2025	
3	Apoiar os municípios na investigação dos óbitos sempre que necessário.	Realizar a investigação de óbito local e colaborar quando necessário para as investigações no âmbito municipal;	Será iniciada conforme necessidade	A programar	Em dia	15/03/2025	
4	Acompanhar e orientar a organização da instituição, para atendimento dos casos suspeitos de dengue.	Acompanhar o manejo clínico dos casos de dengue através de busca ativa diária.	Em fase de planejamento	Enquanto durar a epidemia	Em dia	15/03/2025	
5	Acompanhar e incentivar a implantação/implementação de protocolos e fluxos.	O Setor deve incentivar a elaboração de protocolos e fluxos que apoiem o manejo clínico da dengue	Em fase de planejamento	15/03/2025	Em dia	20/03/2025	
6	Incorporar unidades de referência para os casos graves, estabelecendo o fluxo assistencial, ou por meio da central de regulação nos locais onde existe regulação.	Pactuar com o Estado e Municípios os hospitais de referência para	Em fase de Planejamento	15/03/2025	Em dia	15/03/2025	
7	Disponibilizar equipe técnica para discussão de manejo clínico, de classificação de risco do paciente com suspeita de dengue e das capacitações de	As discussões serão realizadas semanalmente com apoio da infectologista, de maneira itinerante, nos	Em fase de Planejamento	15/03/25	Em dia	20/03/25	

	profissionais de saúde	diversos setores do hospital.					
8	Articular com as áreas o desenvolvimento das ações e das atividades propostas para esse nível de alerta.	Realizar reunião com as diversas áreas do hospital, no intuito de explicar os sinais de alerta de gravidade e a necessidade de início das atividades de acordo com o nível de alerta.	Em Planejamento	A depender da necessidade	Em dia	15/04/25	
9	Articular a aquisição de estoque estratégico de insumos (inseticidas e kits diagnósticos).	Reunir equipe responsável pelo abastecimento e COE (comissão de operações emergenciais) para alertar sobre a necessidade de aquisição de estoque estratégico quando se fizer necessário	Em Planejamento	A depender da necessidade	Em dia	15/03/25	

3.5. Nível 3

Deve ocorrer quando o número de casos notificados para o ano ultrapassar os do limite máximo com transmissão sustentada de acordo com o diagrama de controle e de mortalidade por dengue nas últimas quatro semanas for maior ou igual a 0,06/100 mil habitantes.

Tabela 9 - Descrição das Atividades para o Nível 3.

n	Objeto da Ação	Descrição Resumida	Situação da Ação	Data-limite para conclusão da ação	Status (em dia, atrasada, concluída)	Data da informação (dd/mm/aaaa)	Observação
0	Acompanhar indicadores epidemiológicos, e divulgar nos Boletins Institucionais	Realizar o acompanhamento regular de indicadores, fazendo a divulgação em um tópico específico do boletim institucional	Realizada continuamente	15/03/2025	Concluída	15/03/2025	Essa atividade já é rotineiramente realizada, no momento será focada na dengue.
1	Intensificar a emissão de alertas a respeito da situação epidemiológica	Conforme exista necessidade serão emitidos alertas as chefias e colaboradores para informar sobre a situação epidemiológica local	Será iniciada conforme necessidade	A programar	Em dia	15/03/2025	
3	Apoiar os municípios na investigação dos óbitos sempre que necessário.	Realizar a investigação de óbito local e colaborar quando necessário para as investigações no âmbito municipal;	Será iniciada conforme necessidade	A programar	Em dia	15/03/2025	
4	Acompanhar e orientar a organização da instituição, para atendimento dos casos	Acompanhar o manejo clínico dos casos de	Em fase de planejamento	Enquanto durar a pandemia	Em dia	15/02/2024	

	suspeitos de dengue.	dengue através de busca ativa diária.				
5	Acompanhar e incentivar a implantação/implementação de protocolos e fluxos.	O Setor deve incentivar a elaboração de protocolos e fluxos que apoiem o manejo clínico da dengue	Em fase de planejamento	15/03/25	Em dia	20/03/2025
6	Incorporar unidades de referência para os casos graves, estabelecendo o fluxo assistencial, ou por meio da central de regulação nos locais onde existe regulação.	Pactuar com o Estado e Municípios os hospitais de referência para	Em fase de Planejamento	15/03/2025	Em dia	15/03/2025
7	Disponibilizar equipe técnica para discussão de manejo clínico, de classificação de risco do paciente com suspeita de dengue e das capacitações de profissionais de saúde	As discussões serão realizadas semanalmente com apoio da infectologista, de maneira itinerante, nos diversos setores do hospital.	Em fase de Planejamento	15/03/25	Em dia	20/03/2025
8	Articular com as áreas o desenvolvimento das ações e das atividades propostas para esse nível de alerta.	Realizar reunião com as diversas áreas do hospital, no intuito de explicar os sinais de alerta de gravidade e a necessidade de início das atividades de acordo com o nível de alerta.	Em Planejamento	A depender da necessidade	Em dia	15/03/2025
9	Articular a aquisição de estoque estratégico de insumos (inseticidas e kits diagnósticos).	Reunir equipe responsável pelo abastecimento e COE (comissão de operações emergenciais) para alertar sobre a necessidade de aquisição de estoque estratégico quando se fizer necessário	Em Planejamento	A depender da necessidade	Em dia	15/03/2025
11	Avaliar o plano de contingência local no que diz respeito a ampliação de RH, e/ou oferta de insumos, e/ou criação de unidades extras para atendimento.	Reunir COE para planejar expansão de serviço, respeitando o perfil assistencial do HUAB, conforme descrito neste plano de contingência.	Em planejamento	A depender da necessidade	Em dia	15/04/2025

3.6. Ativação dos diferentes níveis

1. Responsável pela ativação dos diferentes níveis

Nome Completo	Cargo/Função	e-mail Ebserh	Telefone
Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio	Enfermeira	carlla.petronio@ebserh.gov.br	(84) 996205961

4. PAPEL DO HUAB NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

4.1. Referência e contrarreferência

Considerando que no plano de contingência Estadual a porta de acesso principal para Dengue deve ser a atenção primária, e em casos de necessidade de atenção hospitalar, todos os serviços devem estar prontamente disponíveis para atendimento aos casos da Dengue.

No cenário atual os casos com necessidade de uma assistência de maior complexidade seguem os seguintes caminhos:

Obstetrícia: Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC);

Pediatria: Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL); Hospital Maria Alice Fernandes (HMA); Hospital Infantil Varela Santiago;

Neonatologia: Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), Hospital Maria Alice Fernandes (HMA); Hospital Infantil Varela Santiago.

4.2. Desospitalização segura/alta responsável

A alta responsável seguirá o protocolo interno PRT.DCDT.002 em processo de implantação. Esta normativa recomenda o planejamento a partir do momento de internação do paciente, através da avaliação sistemática no ato da admissão.

Quando estabelecida a previsão de alta, a equipe fará o levantamento das necessidades individuais do paciente para a continuidade do cuidado no domicílio ou em outro serviço, sendo observado o estabelecido no Plano Terapêutico Singular (PTS), caso tenha sido indicada a sua realização.

Processualmente, a alta responsável no HUAB está classificada em três modalidades:

1. Alta Responsável Simples.
2. Alta Responsável Complexa.
3. Alta Responsável em Situação de Vulnerabilidade Social.

Destaca-se que no estabelecimento do PTS será definido a complexidade do cuidado assistencial que o paciente irá necessitar após a alta hospitalar e qual estratégia será tomada para garantir a transição do cuidado para RAS.

Em todos os casos, a equipe médica e multiprofissional assistente juntamente com a equipe de Regulação Interna/NIR deverão elaborar o PTS para planejamento e adoção da melhor estratégia de transição do cuidado para estabelecimento/atualização da Previsão de Alta.

Consolidando o processo de Alta Responsável, está estabelecida a relação formal de contrarreferência para Atenção Primária em Saúde, no dia subsequente à data de saída da paciente, observando as prerrogativas da Lei Geral de Proteção de Dados e estabelecendo uma comunicação eficaz e segura com a RAS. Este procedimento interno está normatizado pelo Setor de Contratualização e Regulação em documento POP.STCOR.008, sendo executado pela equipe de referência do Núcleo Interno de Regulação (NIR).

4.3. Critérios de alta hospitalar específico para dengue

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

1. Estabilização hemodinâmica durante 48 horas;
2. Ausência de febre por 24 horas;
3. Melhora visível do quadro clínico;
4. Hematócrito normal e estável por 24 horas;
5. Plaquetas em elevação.

5. 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 gestante 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 nascimento de 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 vaginal quanto na cesariana, sendo que neste último as complicações são mais graves e a indicação da cesariana deve ser bastante criteriosa.

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

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

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

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

A gestante que apresentar qualquer sinal de alarme ou de choque e que tiver indicação de reposição volêmica deverá receber volume igual 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 contraindicadas na gestação. A ultrassonografia abdominal pode auxiliar na avaliação de líquido livre na cavidade.

Importante lembrar que o aumento do volume uterino, a partir da 20ª semana de gestação, leva 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.

6. ADAPTAÇÃO DOS FLUXOS

OBSTETRÍCIA - porta de acesso da obstetrícia seguirá o fluxo vigente (demanda espontânea ou regulada via Sistema de Pronto Atendimento Hospitalar (SISPAH), até que ocorra uma mudança de cenário (nível 2 ou 3) em que se faça necessário o aporte de profissionais e modificação da estrutura física de atendimento.

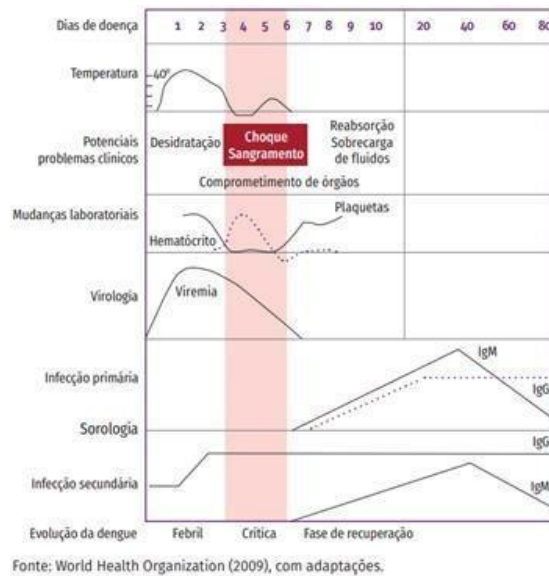
PEDIATRIA e NEONATOLOGIA - porta de acesso seguirá o fluxo vigente (demanda regulada via REGULA RN), até que ocorra uma mudança de cenário (nível 2 ou 3) onde se faça necessário o aporte de profissionais e modificação da estrutura física de atendimento.

7. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

7.1. 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, conforme Figura 2.

Figura 2 – Evolução e evidências clínicas, segundo fase da dengue.



1. Fase febril

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

O exantema ocorre aproximadamente em 50% dos casos, é 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 recupera progressivamente, com melhora do estado geral e retorno do apetite.

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 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.

a. 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.

Sinais de alarme da dengue:

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

b. 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 sistema nervoso central (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.

c. 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 estar atenta às rápidas alterações hemodinâmicas, conforme tabela 10.

Tabela 10 – Avaliação hemodinâmica: sequência de alterações.

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

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

Dengue: diagnóstico e manejo clínico | adulto e criança

Considera-se hipotensão a pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial média (PAM) menor que 70 mmHg em adultos, ou diminuição da pressão arterial sistólica maior que 40 mmHg ou menor que 2 desvios-padrão abaixo do intervalo normal para a idade. Pressão de pulso ≤ 20 mmHg. Em adultos, é muito significativa a diminuição da PAM associada à taquicardia. Em crianças de até 10 anos de idade, o quinto percentil para pressão arterial sistólica (PAS) pode ser determinado pela fórmula: $70 + (\text{idade} \times 2)$ 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 Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD). Consequentemente, pode levar a hemorragias graves, causando diminuição de hematócrito e agravando-o ainda mais.

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. Síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), pneumonites e sobrecargas de volume podem ser a causa do desconforto respiratório.

i. Hemorragias graves

Em alguns casos, a hemorragia massiva pode ocorrer sem choque prolongado, sendo esta 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 ácido acetilsalicílico (AAS), anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e anticoagulantes. Esses casos não estão obrigatoriamente associados à trombocitopenia e à hemoconcentração.

ii. 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 acréscimo das aminotransferases em dez vezes o valor máximo normal, associado à elevação do valor do tempo de protrombina. 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) e encefalite. A insuficiência renal aguda é pouco frequente e geralmente cursa com pior prognóstico.

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.

7.2. 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.

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.

7.3. 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.

7.4. Diagnóstico diferencial

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

1. **Síndromes febris:** enterovirose, influenza, covid-19 e outras viroses respiratórias. Hepatites virais, malária, febre tifoide, chikungunya e outras arboviroses (oropouche, Zika).
2. **Síndromes exantemáticas febris:** rubéola, sarampo, escarlatina, eritema infeccioso, exantema súbito, enterovirose, mononucleose infecciosa, parvovirose, citomegalovirose, farmacodermias, doença de Kawasaki, púrpura de Henoch-Schonlein (PHS), Zika e outras arboviroses.
3. **Síndromes hemorrágicas febris:** hantavirose, febre amarela, leptospirose, riquetsioses (febre maculosa) e púrpuras.
4. **Síndromes dolorosas abdominais:** apendicite, obstrução intestinal, abscesso hepático, abdome agudo, pneumonia, infecção urinária, colecistite aguda, entre outras.
5. **Síndromes de choque:** meningococemia, septicemia, febre purpúrica brasileira, síndrome do choque tóxico e choque cardiogênico (miocardites).
6. **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. Algumas particularidades a respeito do diagnóstico diferencial entre essas doenças merecem destaque, conforme apresentado na Tabela 11.

Tabela 11 – Diagnóstico diferencial: dengue versus Zika versus Chikungunya.

Manifestação clínica/laboratorial	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre (duração)	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
Exantema	Surge do 3º ao 6º dia	Surge do 1º ao 2º dia	Surge do 2º ao 5º dia
Mialgia (frequência)	+++	++	++
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa
Edema articular (frequência)	Raro	Frequente	Frequente
Edema articular (intensidade)	Leve	Leve	Moderado a intenso
Conjuntivite	Rara	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Linfoadenomegalia	+	+++	++
Discreta hemorragia	++	Ausente	+
Acometimento neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	++	++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Incomum
Trombocitopenia	+++	+	++

Fonte: Brito e Cordeiro (2016), adaptado.

Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança

Durante os primeiros dias da doença – quando se torna tênue a diferenciação da dengue em relação às outras viroses – recomenda-se a adoção de medidas para manejo clínico de dengue, já que a doença apresenta elevado potencial de complicações e morte.

8. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

8.1. Anamnese

1. 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.

2. Investigar a presença de sinais de alarme (tópico 7.2, item 2.a.).
3. Verificar a presença de alterações gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia, gastrite, entre outras.
4. Investigar a existência de alterações do estado da consciência, como irritabilidade, sonolência, letargia, lipotimia, tontura, convulsão e vertigem.
5. Em relação à diurese, indagar a respeito da frequência nas últimas 24 horas, do volume e da hora da última micção.
6. 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).
7. Condições preexistentes: lactentes, 65 anos ou + , gestantes, obesidade, asma, diabetes mellitus, hipertensão, entre outras.

8.2. Exame físico geral

1. Valorizar e registrar os sinais vitais de temperatura, qualidade e pressão de pulso, frequência cardíaca, pressão arterial média (PAM) e frequência respiratória.
2. Avaliar o estado de consciência com a escala de Glasgow.
3. Verificar o estado de hidratação.
4. 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).
5. Investigar a presença de efusão pleural, taquipneia, respiração de Kussmaul.
6. Pesquisar a presença de dor abdominal, ascite e hepatomegalia.
7. Investigar a presença de exantema, petéquias ou sinal de Herman (mar vermelho com ilhas brancas).
8. 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:

- a. É um caso de dengue?
- b. Se sim, em que fase (febril/crítica/recuperação) o paciente se encontra?
- c. Há a presença de sinal (is) de alarme?
- d. Qual é o estado hemodinâmico e de hidratação? Está em choque?
- e. Existem condições preexistentes com maior risco de gravidade?
- f. Em qual grupo de estadiamento (A, B, C ou D) o paciente se encontra?
- g. O paciente requer hospitalização? Se sim, em leito de observação ou de Unidade de Terapia Intensiva (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 1.

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

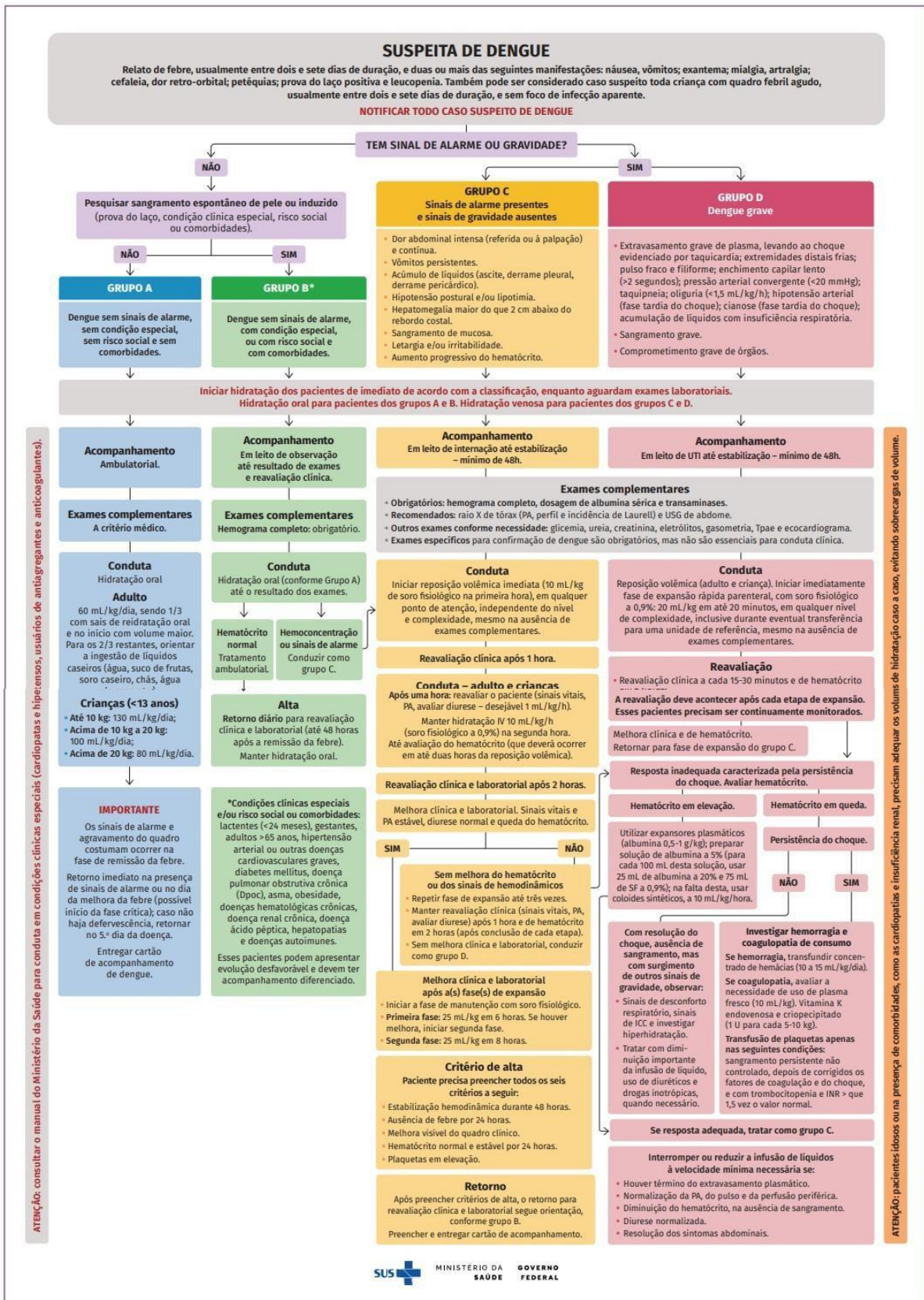
Uma ferramenta útil aos profissionais de saúde no manejo dos pacientes de dengue é o fluxograma apresentado na figura 3, que agrega informações necessárias para nortear a adequada condução do caso clínico.

Quadro 1 – 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).

Figura 3 – Fluxograma manejo do manejo clínico da dengue.



Fonte: SVSA/MS.

Dengue: diagnóstico e manejo clínico | adulto e criança

10. ESTADIAMENTO CLÍNICO E CONDUTA

1. GRUPO A

Caracterização:

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

Conduta:

- a. Exames laboratoriais complementares a critério médico.
- b. Prescrever paracetamol e/ou dipirona, conforme orientações do Apêndice H.
- c. Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides e corticosteroides.
- d. Orientar repouso e prescrever dieta e hidratação oral, conforme orientações (Quadro 2).
- 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.
- k. Notificar o caso de dengue, na hipótese de ser a primeira unidade de saúde em que o paciente tenha sido assistido.

Quadro 2 – Orientações para hidratação oral.

Iniciada ainda na sala de espera, enquanto os pacientes aguardam por consulta médica
VOLUME DIÁRIO DA HIDRATAÇÃO ORAL
<p>» ADULTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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.
<p>» CRIANÇAS (<13 anos de idade)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente e o cuidador para hidratação por via oral. • Oferecer 1/3 na forma de SRO, e os 2/3 restantes por meio da oferta de água, sucos e chás. • 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"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento, considerar a oferta de 1/3 do volume. • Especificar, em receita médica ou no cartão de acompanhamento da dengue, o volume a ser ingerido. • 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.
<p>Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24 a 48 horas, após a defervescência da febre.</p>

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

2. GRUPO B

Caracterização:

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

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.
- k. Seguir conduta segundo reavaliação clínica e resultados laboratoriais:
- l. Hemoconcentração ou surgimento de sinais de alarme: conduzir o paciente como Grupo C.
- m. 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 o imediatamente o serviço de urgência em caso de sangramento ou sinais de alarme.
- n. Preencher o cartão de acompanhamento da dengue e liberar o paciente para o domicílio com orientações.
- o. Orientar em relação às medidas de eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*, conforme cenário entomológico local.
- p. 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.
- q. Esclarecer ao paciente que exames específicos para a confirmação não são necessários para a conduta terapêutica. As solicitações devem ser orientadas conforme situação epidemiológica.
- r. Notificar o caso de dengue, se porventura for a primeira unidade de saúde em que o paciente for assistido.

3. GRUPO C

Caracterização:

- a. Caso suspeito de dengue.
- b. Presença de algum sinal de alarme: dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua; vômitos persistentes; acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico); hipotensão postural e/ou lipotímia; hepatomegalia >2 cm abaixo do rebordo costal; sangramento de mucosa; letargia e/ou irritabilidade; aumento progressivo do hematócrito.

Conduta:

- a. 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:
 - i. reposição volêmica: 10 mL/kg de soro fisiológico a 0,9% na primeira hora;
 - ii. pacientes devem permanecer em acompanhamento em leito de internação até estabilização (mínimo 48 horas).
- b. Realizar exames complementares obrigatórios:
 - i. hemograma completo;
 - ii. dosagem de albumina sérica e transaminases.
- c. 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.
- d. Outros exames poderão ser realizados conforme necessidade, como glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, tempo de atividade de protrombina (T_{pae}) e ecocardiograma.
- e. Proceder à reavaliação clínica após a primeira hora, considerando os sinais vitais, PA, e avaliar diurese (desejável 1 mL/kg/h).
- f. 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.
- g. 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.
- h. Se houver melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:
 - i. primeira fase: 25 mL/kg em 6 horas – se houver melhora, iniciar segunda fase;
 - ii. segunda fase: 25 mL/kg em 8 horas com soro fisiológico.

- 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 (crepitação 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 de adequado, observando ainda a necessidade de volume de amostra e acondicionamento adequados.
 - i. volume da amostra biológica: recomendam-se 5 mL (criança) e 10 mL (adulto) de sangue total sem anticoagulante;
 - ii. 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;
 - iii. 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 (Apêndice H).
- l. Após preencher os critérios de alta (item 6.10), o retorno do paciente para reavaliação clínica e laboratorial segue as orientações, segundo o 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.

4. GRUPO D

Caracterização:

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

SINAIS DE CHOQUE

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

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 (crepitação 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:
 - i. hemograma completo;
 - ii. 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, tempo de protrombina e atividade enzimática (Tpa_e) e ecocardiograma.
- g. Exames para confirmação de dengue são obrigatórios, mas não são essenciais para conduta terapêutica. Na coleta de sangue, atentar para o período de adequado, observando ainda a necessidade de volume de amostra e acondicionamento adequados.
 - i. volume da amostra biológica: recomendam-se 5 mL (criança) e 10 mL (adulto) de sangue total sem anticoagulante;
 - ii. 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;
 - iii. acondicionamento: até o quinto dia de início de sintomas, a menos 70°C; 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:
 - i. 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);
 - ii. se o hematócrito estiver em queda e houver persistência do choque, investigar hemorragias e avaliar a coagulação;
 - iii. na presença de hemorragia: transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 mL/kg/dia);
 - iv. 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);
 - v. considerar a transfusão de plaquetas nas seguintes condições:
 - 1. sangramento persistente não controlado, após correção dos fatores de coagulação e do choque;
 - 2. trombocitopenia e INR >1,5 vez 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:
 - i. sinais de desconforto respiratório, sinais de insuficiência cardíaca congestiva e investigar hiper-hidratação;
 - ii. 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:
 - i. houver término do extravasamento plasmático;
 - ii. normalização da pressão arterial, do pulso e da perfusão periférica;

- iii. diminuição do hematócrito na ausência de sangramento;
 - iv. diurese normalizada;
 - v. 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.
 - o. Notificar o caso, se porventura for a primeira unidade de saúde em que o paciente for assistido.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES PARA OS GRUPOS C E D

- Oferecer O₂ 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 (SvcO₂) 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), dobutamina (5 a 20 microgramas/kg/min) e milrinona (0,5 a 0,8 microgramas/kg/min).

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.

Outras situações a critério clínico.

11. TIMES DE RESPOSTA RÁPIDA (TRR)

Tabela 12 – Identificação dos profissionais integrantes do TRR.

Neonatologia	
Nome	Categoria
André Luiz Barros Almeida	Médico
Ilnahra Araruna de Farias	Enfermeira
Ana Rita ferreira	Técnico de enfermagem
Pediatria	
Iury Daniel Souza de Oliveira	Médico
Gabrielle Porfirio	Enfermeira
Patrícia Cristine Gosme Paiva	Técnica de enfermagem
Obstetrícia	
Kátia Cristina de Oliveira	Médica
Alexsandra Vieira Mariano	Enfermeira
Francisca das Chagas Soares Pereira	Enfermeira
Evanderson Medeiros	Técnico de enfermagem
Gliciane da Silva Constantino	Técnica de enfermagem
Paloma Jaionara Araújo	Técnica de enfermagem

12. SISTEMA DE GESTÃO DE INCIDENTES E OTIMIZAÇÃO DO FLUXO DECISÓRIO.

Por meio do Processo - SEI nº 23527002328/2025-93, de 18 de Março de 2025 foi solicitado a atualização da portaria de instituição do Comitê de Operações Emergenciais (COE), no âmbito do HUAB, com o objetivo de gerenciar e deliberar sobre questões relacionadas ao enfrentamento da epidemia de Dengue, com repercussão para o Hospital Universitário Ana Bezerra - HUAB. O CGC será integrado pelos seguintes membros:

1. **Superintendência:** Maria Claudia Medeiros Dantas de Rubim Costa;
2. **Gerências Administrativa:** Severino Clemente da Silva Filho;
3. **Gerência de Atenção à Saúde:** Flavia Andreia Pereira Soares dos Santos;
4. **Gerência de Ensino e Pesquisa:** Simone Pedrosa Lima;
5. **Divisões de Gestão do Cuidado:** Sonaira Larissa Varela de Medeiros;

6. **Divisão Médica: James Fernandes Santos;**
7. **Divisão de Enfermagem:** Quênia Camille Soares Martins;
8. **Setor Materno Infantil:** Edson Mendes Marques;
9. **Setor de Gestão da Qualidade:** Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio;
10. **Setor de Contratualização e Regulação:** Joana D`arc do Nascimento;
11. **Setor de Farmácia Hospitalar:** Ana Cristina Santos Fernandes Pereira;
12. **Setor de Abastecimento Farmacêutico e Suprimentos :** Gleyzia de Andrade;
13. **Setor de Engenharia Clínica:** Fernando Mateus Maia Barbosa;
14. **Setor de Hotelaria Hospitalar:** Amanda Umbelino Trigueiro Bezerra;
15. **Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho: Douglas Vidal Gomes Da Silva;**
16. **Unidade de Terapia Intensiva Neonatal :** Antonio Augusto Oliveira da Costa;
17. **Unidade de E-Saúde:** Erivaldo da Silva Santos;
18. **Unidade de Diagnóstico por Imagem e Diagnósticos Especializados: Kellynton Diego Dantas De Souza.**

O Comitê de Operações Emergenciais (COE) poderá convidar representantes de outras áreas, órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença, sem direito a voto no Comitê, seja considerada necessária e relevante ao cumprimento do disposto nesta Portaria - SEI.

O Comitê de Operações Emergenciais (COE) terá prerrogativa para coordenar a execução do Plano de contingência e acompanhar a ativação dos níveis de crise, tomando as providências cabíveis para cada nível atuando por prazo indeterminado, enquanto perdurar o período de circulação dos agentes causadores da Dengue.

As reuniões terão periodicidade semanal, ou sempre que surgir a necessidade. As mesmas poderão acontecer no auditório do HUAB e seguirão a distância mínima entre os componentes.

13. AUMENTO DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO

Considerando a atual capacidade instalada, existe previsão de necessidade de recursos adicionais apenas para o contexto de cenário vermelho (Nível 3) apresentado na tabela 13, haja vista a necessidade de abertura de novos leitos em espaço físico adicional e complementação de um quantitativo adicional de exames e insumos, como materiais médico hospitalares, medicamentos e insumos laboratoriais.

Tabela 13 – Previsão de recursos humanos para nível 3.

Leitos - tipo	Número (n)
UTI Neonatal	3
Clínicos Pediátrico	5
Obstetrícia	5
Recursos Humanos	
Médicos Clínico Geral/ Pediatra	7

Enfermeiros	5
Técnicos de enfermagem	14
Equipe de apoio (higienização)	2
Medicamentos	
Soro Fisiológico 0,9%	Em planejamento
Soro Glicosado 5%	Em planejamento
Paracetamol gotas	Em planejamento
Paracetamol gotas	Em planejamento
Dipirona Gotas	Em planejamento
Dipirona comprimido	Em planejamento
Dipirona injetável	Em planejamento
Isumos	Em planejamento
Agulha 40x12	Em planejamento
Jelco 24	Em planejamento
Jelco 22	Em planejamento
Agulha 40x1,2	Em planejamento
Agulha 25x0,7	Em planejamento
Seringa 10 mL	Em planejamento
Seringa 20 mL	Em planejamento
Curativo tipo filme transparente	Em planejamento
Algodão	Em planejamento
Álcool	Em planejamento
Insumos laboratoriais	
Reagente para hemograma	Em planejamento
Teste rápido NS1	Em planejamento
Reagente de protrombina	Em planejamento
Reagente de tromboplastina	Em planejamento
Reagente de creatinina	Em planejamento
Reagente de D-dímero	Em planejamento
Reagente de albumina sérica	Em planejamento
Reagente de TGO	Em planejamento
Reagente de TGP	Em planejamento
Reagente de Fibrinogênio	Em planejamento
Reagente para glicose	Em planejamento
Reagente sódio	Em planejamento
Reagente Potássio	Em planejamento

13.1. AUMENTO DA CAPACIDADE ATENDIMENTO A PACIENTES MODERADOS E GRAVES

As providências serão tomadas conforme avaliação do cenário de forma progressiva pelo COE, considerando diagnóstico de cenários de acordo com o comportamento da incidência de casos em cada semana epidemiológica. No momento o hospital teve notificação de apenas 3 casos suspeitos de dengue nos primeiros três meses, permanecendo desta forma no nível zero, o que requer

cuidados usuais. As providências citadas na tabela 14 serão tomadas conforme a necessidade do processo.

Tabela 14 - Padrão de Cuidado e respectivas providências.

Padrão de Cuidado	Providências
Usual	Mapear todos profissionais com capacitação em UTI Definir habilidades necessárias da equipe Reorganizar a divisão de trabalhos e tarefas Capacitar profissionais
Contingência	Convocar profissionais afastados Limitar atividades não-urgentes (procedimentos eletivos) Realocar equipe para cuidados intensivos
Crise	Providenciar acomodações para equipe e seus familiares Repouso adequado Transporte e logística da equipe Manter ambiente seguro de trabalho Apoiar suporte para manter saúde mental da equipe Estabelecer modelo de trabalho de equipe de UTI

14. CONTINUIDADE DA SAÚDE ESSENCIAL

Em um cenário de crise a perspectiva é de manutenção das atividades assistenciais contratualizadas, considerando que o espaço planejado para adequação dos leitos neste cenário, atualmente não está sendo utilizado, pois está passando por adequações estruturais e ajustes para qualificação da assistência.

15. RECURSOS HUMANOS

15.1 Realocação/incremento de recursos humanos

O dimensionamento descrito na tabela 15 deve ser elaborado considerando a possibilidade de abertura de 10 leitos extras a serem acomodados no setor do antigo hospital dia após reforma e adequação. Ainda ressalta-se que apesar do cálculo realizado, considerando o atual contingente de profissionais assistentes lotados no hospital o aumento de carga horária se torna inviável, haja vista a distribuição da carga horária ampliada para o atendimento das atividades assistenciais. Deste modo, em um cenário de crise verifica-se que a contratação emergencial poderia atender de forma mais custo efetiva a necessidade do serviço.

Tabela 15 – Expansão de recursos humanos em um cenário de Nível 3.

Categoria profissional	Setor de atuação	Carga horária ampliada
Pediatras	Enfermarias/ ambulatório	96h/ semanais

Clínicos gerais	Enfermarias/ ambulatório	72h/ semanais
Enfermeiros	Enfermarias	180h/ semanais
Técnicos	Enfermarias	504h/ semanais
Serviço de apoio	Enfermarias/ ambulatórios	168h/ semanais

16. CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS

As capacitações a respeito da temática “ Manejo clínico da Dengue em gestantes e crianças” serão ofertadas conforme planejamento local e necessidade do serviço.

Tabela 16. Força de trabalho para enfrentamento da Dengue.

Categoria Profissional	Quantidade (n)
Biomédico	1
Enfermeiro	54
Enfermeiro - Terapia Intensiva	6
Enfermeiro em Terapia Intensiva - Neonatologia	3
Farmacêutico	15
Médico - Cardiologia	1
Médico - Cardiologia Pediátrica	1
Médico - Clínica Médica	1
Médico - Endocrinologia e Metabologia	1
Médico - Endocrinologia Pediátrica	1
Médico - Ginecologia e Obstetrícia	31
Médico - Infectologia	1
Médico - Neonatologia	4
Médico - Radiologia e Diagnóstico por Imagem	3
Médico - Pediatria	27
Técnico em Análises Clínicas	9
Técnico de Enfermagem	139

16.1. CAPACITAÇÃO DE RESIDENTES, INTERNOS E GRADUANDOS

Tabela 17. Matriz de educação continuada

Temas	Tipo	Responsável	Público-alvo	Carga horária
Abordagem da criança com dengue na emergência	Vídeo-aula	Setor de Gestão do Ensino	Estudantes e Residentes	5 horas
Dengue e Gestação	Vídeo-aula	Setor de Gestão do Ensino	Estudantes e Residentes	5 horas

17. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

17.1. Coleta e compartilhamento de informação clínica, epidemiológica e laboratorial

A coleta dos casos suspeitos para Dengue, Zika e Chikungunya ocorre através da busca ativa e passiva diariamente nos setores assistenciais do HUAB, revisão de prontuários físicos e virtuais (AGHU) ou consultas ao Aplicativo VIGIHOSP. Como também pelas buscas das fichas de notificações realizadas e enviadas juntos com a solicitação da coleta das sorologias no laboratório.

Após identificação dos casos suspeito para o agravo é solicitado a sorologia e realizado a notificação na ficha específica sendo enviado ambos para o laboratório. Além deste preenchimento também deve ser notificado no VIGIHOSP.

O compartilhamento da informação à nível municipal ocorre através da digitação das fichas manuais nos sistemas de informações de agravos. Sendo impresso a via digital e encaminhado para o laboratório que enviará amostra da sorologia, solicitação médica e ficha de notificação online para o LACEN. Os resultados levam em média 15 dias úteis para serem liberados pelo LACEN/RN a partir do envio do material.

Paralelamente é alimentado a planilha de balanço arbovirose que contém informações das coletas dos exames de arboviroses realizados no HUAB. Com objetivo de acompanhar os resultados e ter perfil epidemiológico do nosso serviço.

17.2. Definição dos indicadores para monitoramento e avaliação

Os indicadores serão definidos pelo COE em reunião, e terão o objetivo de monitorar as ações previstas para enfrentamento da Dengue, bem como os casos, ou comportamento epidemiológico da doença na referida instituição. Para possibilitar tal coleta serão elaboradas planilhas para registro de informações e posterior monitoramento.

17.3. Coleta, análise e disseminação de informação

1. Busca ativas e passivas de casos suspeitos para Dengue, Zika e Chikungunya no HUAB através das visitas diárias nos setores, revisão de prontuários ou consulta ao Aplicativo VIGIHOSP.
2. Preencher Ficha individual de Notificação/Investigação física e no VIGIHOSP;
3. Enviar para o laboratório em conjunto com a solicitação da sorologia;
4. Realizar a digitação da ficha de notificação manual no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) online para os casos de Dengue e Chikungunya e SINAN Net para os de Zika.
5. Abrir o computador ir em pastas compartilhadas – VIGIEPI- Notificação SINAN 2024 e clicar no arquivo do Excel balanço arbovirose preenchendo com as informações solicitadas e aguardar os resultados para confirmação ou descarte dos casos;

6. Para cada um dos agravos de notificação compulsória existe uma ficha individual de investigação ou notificação específica, que integra o SINAN. O profissional responsável pela investigação do caso deve preencher todos os campos, obedecendo aos critérios do sistema, assinando e carimbando o documento.

7. A numeração das fichas acontece pelo Setor de Gestão da Qualidade, é colocado uma etiqueta com numeração já estabelecida, a referida etiqueta é fornecida pela SMS. Essa numeração é sequencial e pré-estabelecida pelo nível hierárquico superior dentro do NHVE. Sendo gerado um lote semanal e encaminhando pelo e-mail o mesmo para a Secretaria Municipal de Saúde que encaminha para Secretaria Estadual de Saúde.

17.4. Registro do andamento das notificações de dengue no VIGIHOSP.

1. Abrir o aplicativo (VIGIHOSP) que se encontra na área de trabalho dos computadores situados nos setores de assistência ao paciente.
2. Realizar a notificação conforme o agravo/eventos adversos enquadrando em uma das arbovirose (dengue, zika e chikungunya)
3. As notificações chegam ao setor através do SIG/EBSERH e são direcionadas para a equipe e redistribuídas aos membros.
4. Realiza-se a investigação e finaliza-se o caso.

17.5. Manutenção da vigilância laboratorial

O Setor de Gestão da Qualidade, responsável pelas ações de vigilância epidemiológica da instituição possui acesso direto ao Complab (programa local de laboratório) bem como ao LACEN (laboratório central), este acesso permite acompanhamento em tempo real dos resultados, favorecendo o acompanhamento dos casos e investigação.

17.6. Análise da informação Epidemiológica

É publicado bimestralmente o boletim epidemiológico através dos dados coletados da planilha balanço arbovirose.

18. LOGÍSTICA E GESTÃO DE INSUMOS, PRODUTOS PARA SAÚDE E MEDICAMENTOS

Considerar as seguintes ações:

1. Manter estoque e monitorar as curvas de consumo de produtos para a saúde e medicamentos;
2. Estabelecer um alerta de desabastecimento de itens essenciais, observando os índices

- de aumento de casos de Dengue em sua região e no HUF;
3. Consultar fornecedores dos insumos mais relacionados à Dengue para garantir o contínuo fornecimento;
 4. Identificar o espaço físico capaz de acondicionar os itens para armazenamento de grandes volumes, além do padrão normal de uso, considerando acessibilidade, segurança, temperatura, ventilação, exposição à luz e umidade;
 5. Manter estreita relação com serviços de vigilância e laboratório do HUF, preferencialmente com formação de grupo multidisciplinar para alinhamento e tratativas relacionadas a abastecimento.

Para todos os casos, observar as orientações disponíveis no Ofício-Circular - SEI 3 (SEI nº 36299291) do Processo SEI 23477.002385/2024-24.

Em caso de emergência de abastecimento, alinhar ações com Serviço de Planejamento de Insumos Assistenciais-SPIA/CGC/DAS e Serviço de Gestão de Estoques – SGE/CAD/DAI.

19. SERVIÇOS DE LABORATÓRIO

Considerar as seguintes ações:

1. Garantir a disponibilidade contínua de exames laboratoriais (conforme citado nas tabelas 4 e 5), incluindo o planejamento de realização dos exames por outros estabelecimentos de saúde da Rede de Atenção à Saúde local e, ainda, se será realizado por laboratório externo que já possui contrato vigente com o hospital;
2. Identificar suprimentos e recursos essenciais de laboratório e garantir sua disponibilidade contínua;
3. Identificar o quadro de pessoal lotado no laboratório e dos serviços relacionados;
4. Para a vigilância hospitalar, verificar se mecanismos para o cadastro de dados dos profissionais de saúde assistenciais e autoridades de saúde responsáveis pelo manejo clínico e vigilância estão devidamente organizados;
5. Estabelecer e capacitar funcionários, na realização de embalagens e procedimentos para transporte, encaminhamento de amostras de acordo com as normas nacionais e locais, regulamentos e requisitos de transporte.

20. PLANO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

Tabela 18 - Matriz da Educação Continuada.

Temas	Tipo	Responsável	Público-alvo	Carga horária
Desenvolvimento de Protocolos de Uso Responsável de Medicamentos na Dengue	Vídeo-aula e/ou presencial	Diego Gabriel	Colaboradores assistenciais	1 hora
Cuidados com a infraestrutura hospitalar no combate à dengue	Ronda pelo hospital e seus anexos	Amanda Umbelino e Márcia Danielle	Colaboradores assistenciais	4 horas
Manejo clínico atualizado da dengue	Vídeo-aula e ação itinerante	Vanessa Campos	Colaboradores assistenciais	1 hora
Notificação de casos de dengue	Vídeo-aula	Carlla Cilene	Colaboradores assistenciais	1 hora
Manejo Neonatal da Dengue: Estratégias de Prevenção e Tratamento	Vídeo-aula e/ou presencial	André Luiz	Equipe assistencial da UTIN	1 hora
Fluxograma do manejo clínico da dengue	Vídeo-aula	Vanessa Campos	Colaboradores assistenciais e HUAB	1 hora
Abordagem da criança com dengue na emergência	Vídeo-aula e/ou presencial	Pedro Henrique	Estudantes e residentes	5 horas
Dengue e gestação	Vídeo-aula e/ou presencial	Pedro Henrique	Estudantes e residentes	5 horas

21. PLANO DE COMUNICAÇÃO

Em fase de planejamento na Ebserh Sede.

22. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. **Guia para elaboração de planos de contingência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança** [recurso eletrônico]. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 42 p.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica. Programa Estadual de Controle e Vigilância das Arboviroses. **Plano de Contingência estadual para infecção por Arbovírus**. Natal: 2 ed. 2024.

23. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	15/03/2024	Versão inicial.
2	15/03/2025	Modificações em todo corpo do texto.

24. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP/HUAB-UFRN Quênia Camille Soares Martins – DENF.HUAB-UFRN Edson Mendes Marques – STMIN.HUAB-UFRN Sonaira Larissa Varela de Medeiros Soares – DCDT.HUAB-UFRN Fladjany Emanuely Faustino da Silva – UMUL.HUAB-UFRN Ana Cristina Santos Fernandes Pereira – SFH.HUAB-UFRN Jailson Laurindo Souza – UAP. HUAB-UFRN Pedro Henrique Silva de Farias – GEP. .HUAB-UFRN Elisangela Maria Silva de Medeiros – UAP. HUAB-UFRN Hercilla Nara Confessor Ferreira - UMUL.HUAB-UFRN Antônio Augusto Oliveira da Costa – UTIN.HUAB-UFRN Kellynton Diego Dantas De Souza – UDIDE.HUAB-UFRN Fernando Mateus Maia Barbosa – STEC.HUAB-UFRN</p>	Data: 03/03/2025
<p>Análise</p>	Data: 10/03/2025

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP/HUAB-UFRN Vanessa Campos Andrade de Melo Pérsico - STGQ/SUP/HUAB-UFRN	
Validação Thaís Lorena Barbosa de França – STGQ/SUP/HUAB-UFRN	Data: 18/03/2025
Aprovação Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio STGQ/SUP/HUAB-UFRN	Data: 21/03/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

Anexo A - Material de apoio

Plano estadual de contingência para resposta às emergências em saúde pública por dengue, chikungunya e zika 3ª versão. Disponível em:

<http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000348124.PDF>

Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico – Adulto e Criança (2024). Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca/view>



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.002474/2025-19

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de assinaturas: PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA EPIDEMIA DA DENGUE (47997843)

<p>Elaboração Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP/HUAB-UFRN Quênia Camille Soares Martins – DENF.HUAB-UFRN Edson Mendes Marques – STMIN.HUAB-UFRN Sonaira Larissa Varela de Medeiros Soares – DCDT.HUAB-UFRN Fladjany Emanuely Faustino da Silva – UMUL.HUAB-UFRN Ana Cristina Santos Fernandes Pereira – SFH.HUAB-UFRN Jailson Laurindo Souza – UAP. HUAB-UFRN Pedro Henrique Silva de Farias – GEP. .HUAB-UFRN Elisangela Maria Silva de Medeiros – UAP. HUAB-UFRN Hercilla Nara Confessor Ferreira - UMUL.HUAB-UFRN Antônio Augusto Oliveira da Costa – UTIN.HUAB-UFRN Kellynton Diego Dantas De Souza – UDIDE.HUAB-UFRN Fernando Mateus Maia Barbosa – STEC.HUAB-UFRN</p>	<p>Data: 03/03/2025</p>
<p>Análise Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP/HUAB-UFRN Vanessa Campos Andrade de Melo Pérsico - STGQ/SUP/HUAB-UFRN</p>	<p>Data: 10/03/2025</p>
<p>Validação Thaís Lorena Barbosa de França – STGQ/SUP/HUAB-UFRN</p>	<p>Data: 18/03/2025</p>
<p>Aprovação Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio STGQ/SUP/HUAB-UFRN</p>	<p>Data: 21/03/2025</p>



Documento assinado eletronicamente por **Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio, Chefe de Setor**, em 24/03/2025, às 11:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Thaís Lorena Barbosa de França, Enfermeiro(a)**, em 24/03/2025, às 11:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raissa Afonso da Costa, Chefe de Unidade**, em 24/03/2025, às 13:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Augusto Oliveira da Costa, Chefe de Unidade**, em 24/03/2025, às 16:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elisângela Maria Silva de Medeiros, Chefe de Unidade**, em 24/03/2025, às 17:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cristina Santos Fernandes Pereira, Chefe de Setor**, em 24/03/2025, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jailson Laurindo Sousa, Psicólogo(a)**, em 25/03/2025, às 08:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Mateus Maia Barbosa, Chefe de Setor**, em 27/03/2025, às 08:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edson Mendes Marques, Chefe de Setor**, em 07/05/2025, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kellynton Diego Dantas de Souza, Chefe de Unidade**, em 07/05/2025, às 20:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Campos Andrade de Melo Pérsico, Médico(a)**, em 09/05/2025, às 09:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fladjany Emanuely Faustino da Silva, Chefe de Unidade**, em 21/05/2025, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **47997902** e o código CRC **36133764**.