

DENGUE

MANUAL DE ENFERMAGEM

3ª edição



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Doenças Transmissíveis

DENGUE

MANUAL DE ENFERMAGEM

3ª edição



2008 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

3ª edição – 2026 – versão eletrônica

Elaboração, edição e distribuição:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de Doenças Transmissíveis

SRTVN 701, via W5 Norte, Edifício PO 700, 6º andar,
Asa Norte

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: www.gov.br/saude

Ministro da Saúde:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:

Mariângela Batista Galvão Simão

Edição-geral:

Livia Carla Vinhal Frutuoso (Cgarb)

Lúcia Teresa Cortês da Silveira (Saes)

Marília Santini de Oliveira (DEDT)

Priscila da Silva Reis (Cgarb)

Virgínia Kagure Wachira (Cgarb)

Editoria técnico-científica:

Giovanna Lêdo da Silva – CGEVSA/Daevs/SVSA

Tatiane Fernandes Portal de Lima Alves da Silva
– CGEVSA/Daevs/SVSA

Diagramação:

Fred Lobo – CGEVSA/Daevs/SVSA

Revisão textual:

Tatiane Souza – CGEVSA/Daevs/SVSA

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis.

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

81 p.: il.

Modo de acesso: World Wide Web: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_manual_enfermagem_3ed.pdf

ISBN 978-65-5993-986-2

1. Dengue. 2. Assistência. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU 616.98:578.833.2

Catálogo na fonte – Bibliotecário: Delano de Aquino Silva – CRB 1/1993 – Editora MS/CGDI – OS 2025/0607

Título para indexação:

Dengue: guide for nursing

Lista de siglas

AAS: Ácido Acetilsalicílico

ACE: Agente de combate às endemias

ACS: Agente comunitário de saúde

AINE: Anti-inflamatórios não esteroides

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS: Atenção Primária à Saúde

AvaSUS: Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde

Cgadom: Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

CGAHD: Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar

Cgarb: Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses

CGCOVID: Coordenação-Geral de Vigilância da Covid-19 Influenza e Outros Vírus Respiratórios

CGDI: Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Cgesco: Coordenação do Acesso e Equidade

CG-FN-SUS: Coordenação-Geral da Força Nacional do SUS

CGLAB: Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública

CIVD: Coagulação Intravascular Disseminada

Cofen: Conselho Federal de Enfermagem

Cpap: Pressão positiva contínua nas vias aéreas

DENV: vírus da dengue

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

e-SUS APS: Sistema de Informação à Saúde para a Atenção Primária à Saúde

FNI: Ficha de Notificação e Investigação

HU: Hospital Universitário

HV: Hidratação Venosa

LIRAA: Levantamento Rápido de Índices para o *Aedes aegypti*

MS: Ministério da Saúde

NIR: Número de Identificação de Registro

Nucom: Núcleo de Eventos, Cerimonial, Agenda, Comunicação e Multimídia

Opas: Organização Pan-Americana da Saúde

PAD: Pressão Arterial Diastólica

PAM: Pressão Arterial Média

PAS: Pressão Arterial Sistólica

PICC: Cateter Venoso Central de Inserção Periférica

PNH: Política Nacional de Humanização

PNVS: Política Nacional de Vigilância em Saúde

PO2: Oximetria de Pulso

POP: Procedimento Operacional Padrão

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RH: Recursos Humanos

RUE: Rede de Urgência e Emergência

Saes: Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Saps: Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SARA: Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto

Semus: Secretaria Municipal de Saúde (São Luiz, MA)

SES: Secretaria de Saúde

Sesau: Secretaria de Estado da Saúde (Campo Grande, MS)

Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS: Sistema Único de Saúde

SVSA: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

TAP: Ativação de Protrombina

TAPP: Tempo de Ativação Parcial da Tromboplastina

TIH: Transporte Inter-Hospitalar

UFMA: Universidade Federal do Maranhão

UFMS: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

UnaSUS: Universidade Aberta do Sistema de Saúde

Unicamp: Universidade de Campinas

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

VS: Vigilância em Saúde

Sumário

Apresentação | 7

1 Introdução | 9

2 Espectro clínico | 12

2.1 FASES CLÍNICAS DA DENGUE | 13

2.1.1 Fase febril | 13

2.1.2 Fase crítica | 13

2.1.3 Dengue com sinais de alarme | 13

2.1.4 Dengue grave | 14

2.1.5 Choque | 14

2.1.6 Hemorragias graves | 14

2.1.7 Disfunção grave de órgãos | 15

2.1.8 Aspectos clínicos na criança | 15

2.1.9 Aspectos clínicos na gestante | 16

2.1.10 Fase de recuperação | 16

2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | 16

3 Atendimento de enfermagem ao paciente com suspeita de dengue | 19

3.1 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | 19

3.1.1 Passo a passo do acolhimento e da classificação de risco | 20

3.1.2 Caso suspeito de dengue | 23

3.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | 23

3.2.1 Grupo A | 27

3.2.2 Grupo B | 31

3.2.3 Grupo C | 34

3.2.4 Grupo D | 36

4 Consulta de enfermagem – entrevista e exame físico | 39

4.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM GRUPO A | 40

4.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM GRUPO B | 44

4.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM GRUPO C | 47

4.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM GRUPO D | 49

5 Organização dos serviços de saúde no caso de epidemias de dengue | 55

6 Prevenção e medidas de controle | 68

6.1 INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE
E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 72

6.2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | 75

Referências | 77

Bibliografia consultada | 82

Anexos | 86

Equipe técnica | 107

Apresentação

A dengue representa um dos principais desafios de saúde pública no Brasil, exigindo ações coordenadas e assistência qualificada para o manejo dos casos. Nesse contexto, o *Dengue – Manual de Enfermagem*, foi atualizado com base nas evidências científicas mais recentes e nas normativas vigentes, contemplando o *Guia de Manejo Clínico da Dengue*, as diretrizes para organização dos serviços de saúde, o *Guia Prático de Arboviroses Urbanas para a Atenção Primária à Saúde*, bem como notas técnicas e orientações do Ministério da Saúde. Além disso, foram consideradas as resoluções, notas técnicas e demais documentos normativos do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), com o objetivo de assegurar a conformidade com as atribuições legais da equipe de enfermagem e promover a qualificação do cuidado prestado à população.

Desde sua primeira edição, em 2008, o manual vem sendo aprimorado para fortalecer o papel estratégico da enfermagem na prevenção, na identificação precoce e no manejo clínico da doença, contribuindo para a redução da morbimortalidade e para a melhoria da assistência à população.

A nova edição destaca a importância da atenção aos grupos de maior risco como crianças, pessoa idosa, gestantes e pessoas com comorbidades – e reforça as medidas de prevenção e a organização dos serviços para garantir o atendimento adequado aos pacientes. Com conteúdo atualizado e estruturado, o manual orienta enfermeiros e técnicos de enfermagem nas condutas clínicas, nos fluxos de atendimento e nas boas práticas no cuidado aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de dengue.

A publicação reafirma o compromisso do Ministério da Saúde, por meio Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) e pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes), com a valorização e a capacitação contínua dos profissionais de enfermagem, fundamentais para o enfrentamento da dengue e para a promoção de um cuidado seguro e de qualidade em todo o País.

Assim, esta terceira edição do manual consolida-se como instrumento essencial de apoio à prática profissional, fortalecendo a atuação da enfermagem no Sistema Único de Saúde e contribuindo para o aprimoramento das ações de vigilância, assistência e controle da dengue em todo o território nacional.

1 Introdução

Em 2024, o Ministério da Saúde promoveu uma série de discussões para revisar e atualizar o protocolo clínico para o manejo de pacientes com suspeita de dengue. Como resultado, foi publicada a 6ª edição do documento *Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico – Adulto e Criança* (Brasil, 2024c).

Na 3ª edição do Manual – Dengue para Enfermagem, foi identificada a necessidade de reforçar a importância dos sinais de alarme como preditores da evolução para formas graves da doença. Além disso, buscou-se ampliar e destacar condutas para grupos especiais ou de risco, como pessoas com comorbidades, em situação de risco social, gestantes, crianças e pessoa idosa, reavaliar os critérios para o acompanhamento dos pacientes, incluindo volumes de hidratação e/ou reposição volêmica, exames complementares, conduta clínica e terapêutica e retorno. A atualização também incorpora a classificação de risco adotada pelo Ministério da Saúde, garantindo um manejo clínico mais preciso e alinhado às diretrizes nacionais.

A equipe de enfermagem tem um papel essencial no acolhimento e na classificação de risco, sendo responsável pela identificação precoce dos casos graves e pela adoção de medidas que ajudem a prevenir óbitos em pacientes com suspeita de dengue. Desde o acolhimento inicial, monitoramento ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, esses profissionais atuam na identificação dos casos suspeitos, na avaliação do risco com reconhecimento precoce dos sinais de gravidade e na prestação da assistência adequada.

O enfermeiro também desempenha um papel estratégico na organização do serviço, estruturando salas de hidratação, definindo protocolos de assistência, elaborando Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e fluxogramas, além de coordenar a assistência privativa e compartilhada com outros profissionais.

Este manual apresenta os principais aspectos da assistência de enfermagem no atendimento a pacientes com suspeita de dengue, destacando as condutas da equipe na classificação de risco e no manejo dos casos suspeitos e confirmados.

O enfermeiro é o profissional legalmente habilitado para ofertar um cuidado abrangente e essencial, especialmente em contextos de surtos e emergências em saúde pública, como o atual aumento expressivo de casos de dengue no País. Nessas situações, suas atribuições incluem o acolhimento, a avaliação clínica, o estadiamento, a consulta de enfermagem, a solicitação de exames, a prescrição e a administração segura de medicamentos e terapias, como a hidratação venosa em adultos, desde que esteja devidamente qualificado e em conformidade com protocolos institucionais e normativas técnicas.

Destacam-se ainda suas competências na elaboração, implementação e execução de planos de cuidados, bem como na educação em saúde e orientação aos pacientes. A atuação do enfermeiro exige preparo para lidar com situações imprevisíveis e dinâmicas, respaldado por instrumentos normativos como protocolos, fluxogramas e manuais atualizados, e por sólida fundamentação técnico-científica (Ferreira *et al.*, 2016; Cofen, 2024a).

A classificação de risco tem como objetivo priorizar o atendimento conforme a gravidade do caso, reduzir o tempo de espera dos pacientes e organizar o fluxo dos casos suspeitos nas unidades de saúde. Para o estadiamento clínico, duas perguntas devem ser feitas ainda na classificação de risco: o paciente apresenta sinais de alarme ou de gravidade?

Com base nessa avaliação, os pacientes são classificados em dois grupos de risco:

- **Ausência de sinais de alarme ou de gravidade** – grupos **A** ou **B**.
- **Presença de sinais de alarme ou de gravidade** – grupos **C** ou **D**.

Essa classificação permite identificar precocemente o risco e determinar a gravidade do caso, garantindo um manejo adequado. No entanto, é fundamental que o plano de acompanhamento seja ajustado conforme a evolução clínica e/ou laboratorial dos pacientes, seguindo as orientações do fluxograma de estadiamento e manejo clínico da dengue estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Para os casos suspeitos acompanhados em regime ambulatorial ou domiciliar, é essencial que a reclassificação ocorra a cada consulta de retorno. O profissional deve avaliar as informações, preencher o cartão de acompanhamento dos pacientes com suspeita de dengue e garantir o monitoramento contínuo (Anexo B). O manejo eficaz desses pacientes depende de um acompanhamento dinâmico, do reconhecimento precoce dos sinais de alarme e da reposição volêmica adequada.

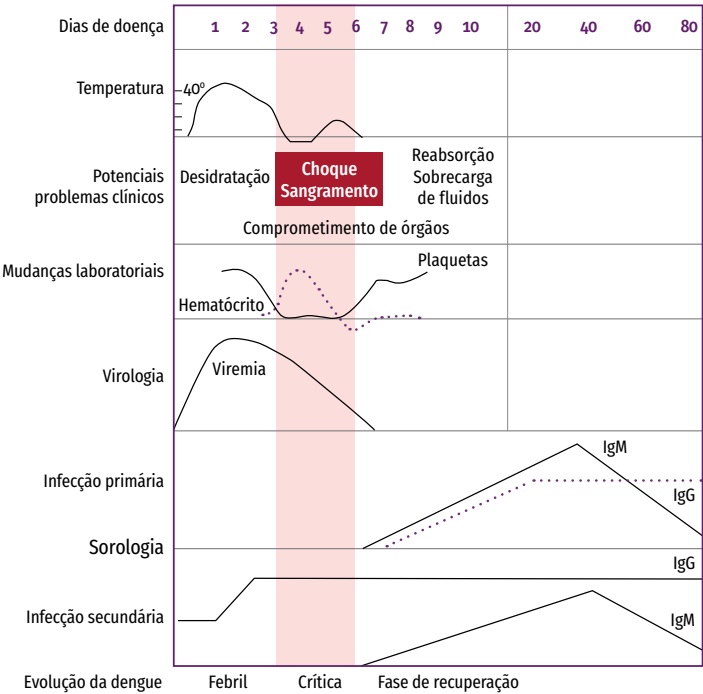
Ressalta-se, ainda, a obrigatoriedade da notificação em até 24 horas, bem como a investigação e o encerramento dos casos suspeitos. Destaca-se, também, a importância do monitoramento contínuo durante todo o percurso terapêutico, com a utilização do cartão de acompanhamento (Anexo B) para o registro das informações essenciais e a garantia da qualidade da assistência prestada.

De acordo com essa perspectiva, a equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental no atendimento de pacientes com suspeita de dengue. Assim, este manual tem como proposta apresentar os aspectos relacionados à assistência de enfermagem nesse contexto, destacando as condutas da equipe na classificação de risco e no manejo dos casos suspeitos ou confirmados.

2 Espectro clínico

O vírus da dengue (DENV) pode causar uma infecção sintomática ou assintomática. Se sintomática, a doença é sistêmica e dinâmica de apresentação clínica variada, desde apresentações oligossintomáticas até quadros graves que podem evoluir para o óbito. A infecção pode apresentar três fases clínicas: febril, crítica e de recuperação, conforme Figura 1 (Brasil, 2024c).

Figura 1 Fases evolutivas e evidências clínicas e tempo de evolução



Fonte: Brasil, 2024c.

2.1 FASES CLÍNICAS DA DENGUE

2.1.1 Fase febril

- ▶ Febre de início abrupto: 39°C a 40°C, que pode durar de dois a sete dias, cefaleia, adinamia, mialgias, artralgia e dor retro-orbitária.
- ▶ Anorexia, náuseas e vômitos podem estar presentes.
- ▶ Diarreia: de três a quatro evacuações por dia, o que facilita o diagnóstico diferencial com gastroenterite.
- ▶ Exantema: 50% dos casos, maculopapular, com ou sem prurido, em face, tronco e membros, incluiu planta dos pés e palmas das mãos.

Finalizada essa fase, grande parte dos pacientes tem recuperação progressiva com melhora do estado geral e retorno do apetite.

2.1.2 Fase crítica

- ▶ Acomete alguns pacientes.
- ▶ Inicia no declínio da febre (três – sete dias após início da doença).
- ▶ Pode evoluir para as formas graves ao surgirem os sinais de alarme.

2.1.3 Dengue com sinais de alarme

- ▶ 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.
- ▶ Aumento progressivo do hematócrito.

2.1.4 Dengue grave

Podem se manifestar como choque ou acúmulo de líquidos com desconforto respiratório, secundário a severo extravasamento plasmático (observado pelo aumento do hematócrito, redução dos níveis de albumina e exames de imagem) ou como hemorragias graves ou comprometimento de órgãos: coração, pulmões, rins, fígado e sistema nervoso central.

2.1.5 Choque

- ▶ Geralmente precedido dos sinais de alarme.
- ▶ Há perda crítica do volume plasmático.
- ▶ Ocorre entre quarto ou quinto dia, com intervalo entre o terceiro e sétimo.
- ▶ Dura de 24 a 48 horas, necessita de monitoramento hemodinâmico contínuo.
- ▶ É de rápida instalação e curta duração: óbito ocorre entre 12 e 24 horas ou há recuperação rápida após terapia adequada.
- ▶ Pode evoluir com: coagulação intravascular disseminada (CIVD), choque cardiogênico (insuficiência cardíaca e miocardite), Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto (SARA).

2.1.6 Hemorragias graves

- ▶ É critério de gravidade e pode ocorrer sem choque prolongado.
- ▶ Aparelho digestivo: mais frequente em pacientes com história prévia de úlcera péptica ou gastrite, ou em uso de ácido acetilsalicílico (AAS), anti-inflamatórios não esteroides (Aine) e anticoagulantes. Esses casos não estão obrigatoriamente associados à trombocitopenia e à hemoconcentração.

2.1.7 Disfunção grave de órgãos

- ▶ O comprometimento grave de órgãos: hepatites, encefalites ou miocardites, pode ocorrer sem o concomitante extravasamento plasmático.
- ▶ Miocardites por dengue: apresentam principalmente alterações do ritmo cardíaco (taquicardias e bradicardias), inversão da onda T e do segmento ST, disfunções ventriculares (diminuição da fração da ejeção do ventrículo esquerdo), podendo ter elevação das enzimas cardíacas.
- ▶ Elevação discreta das enzimas hepáticas em até 50% dos pacientes, podendo, nas formas graves, evoluir para comprometimento severo da função hepática expressas pelo acréscimo das aminotransferases em dez vezes o valor máximo normal e elevação do tempo de protrombina.
- ▶ Manifestações neurológicas em alguns pacientes com convulsões e irritabilidade.
- ▶ O acometimento grave do sistema nervoso pode ocorrer no período febril ou, tardiamente, na convalescença, apresentando 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 (Brasil, 2024c).

2.1.8 Aspectos clínicos na criança

A dengue na criança pode ser assintomática, manifestar-se como uma síndrome febril clássica viral ou apresentar 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, o que pode ser confundido 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 (Brasil, 2024c).

2.1.9 Aspectos clínicos na gestante

As gestantes devem ser tratadas de acordo com o estadiamento clínico da dengue e necessitam de vigilância, independentemente da gravidade, devendo o médico atentar-se aos riscos tanto para a mãe quanto para 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 (Brasil, 2024c).

2.1.10 Fase de recuperação

Após a fase crítica, ocorre reabsorção gradual dos líquidos extravasados, com melhora clínica progressiva. É necessária atenção à hiper-hidratação, que pode causar complicações como edema. O débito urinário tende a normalizar ou aumentar. Podem surgir bradicardia e alterações no eletrocardiograma. Alguns pacientes apresentam exantema com ou sem prurido, havendo a possibilidade de infecções bacterianas secundárias, e quando presentes, se graves, contribuem para o óbito (Brasil, 2024c).

2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As arboviroses têm apresentações clínicas semelhantes, o que dificulta o diagnóstico e o manejo clínico adequado, que pode levar às formas graves e ao óbito, o Quadro 1, traz alguns aspectos relacionados ao diagnóstico diferencial.

Quadro 1 Diagnóstico diferencial entre dengue, Zika, chikungunya, oropouche, febre amarela e covid-19

| Sinais e sintomas | Dengue | Zika | Chikungunya | Oropouche | Febre amarela | Covid-19 |
|---|-----------------------|---|--|---|--|---------------------------------|
| Febre (duração) | 2 a 7 dias | Sem febre ou febre baixa ($\leq 38^{\circ}\text{C}$) 1 a 2 dias subfebril | Febre alta ($> 38,5^{\circ}\text{C}$) 2 a 3 dias | Febre alta (39°C a 40°C) 5 a 7 dias | Febre alta (39°C a 40°C) | ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$) |
| Cefaleia | +++ | ++ | ++ | +++ | +++ | Pode estar ausente |
| Mialgias (frequência) | +++ | ++ | ++ | +++ | +++ | Pode estar ausente |
| Artralgia (frequência) | + | ++ | +++ | +++ | Raro | Ausente |
| Artralgia (intensidade) | Leve | Leve/moderada | Moderada/intensa | Leve | Leve | Ausente |
| Edema da articulação (frequência) | Raro | Frequente | Frequente | Raro | Ausente | Ausente |
| Edema da articulação (intensidade) | Leve | Leve | Moderado a intenso | Leve | Ausente | Ausente |
| Exantema | Surge do 3º ao 6º dia | Surge no 1º ou 2º dia | Surge do 2º ao 5º dia | Surge do 3º ao 6º dia | Raro | Incomum |
| Tosse | Ausente* | Ausente | Ausente** | Ausente | Ausente | Moderado a intenso |

continua

conclusão

| Sinais e sintomas | Dengue | Zika | Chikungunya | Oropouche | Febre amarela | Covid-19 |
|---------------------------|-----------|---------------------|-------------|-----------|---------------|-----------|
| Perda do olfato e paladar | Ausente | Ausente | Ausente | Ausente | Ausente | Frequente |
| Coriza | Ausente | Ausente | Ausente | Ausente | Ausente | Frequente |
| Náusea/vômito | +++ | + | ++ | +++ | +++ | Ausente |
| Conjuntivite | Raro | 50% a 90% dos casos | 30% | Ausente | Ausente | Ausente |
| Dor retro orbital | Frequente | Incomum | Incomum | ++ | Ausente | ++ |
| Linfonomegalia | + | +++ | ++ | + | Incomum | Incomum |
| Discrasia hemorrágica | ++ | Ausente | + | Incomum | ++ | Ausente |
| Acometimento neurológico | + | +++ | ++ | + | + | + |

Fonte: Brasil, 2024c.

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

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

ATENÇÃO

Nos primeiros dias da doença, quando o diagnóstico diferencial é mais difícil, o manejo clínico deve ser voltado à dengue, já que a doença tem maior potencial de complicações e óbitos.

3 Atendimento de enfermagem ao paciente com suspeita de dengue

3.1 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Resolução Cofen n.º 661/2021 estabelece a Classificação de Risco como atividade privativa do enfermeiro, capacitado especificamente para o protocolo adotado pelo Ministério da Saúde. Para garantir a segurança do paciente e do profissional responsável, o tempo médio que deve ser observado é de quatro minutos por cada classificação, com limite de 15 classificações por hora. A resolução ainda aponta que o enfermeiro não deverá exercer outras atividades concomitantes durante a atividade de classificação de risco. O processo de classificação de risco deve ser executado no contexto do processo de enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução Cofen n.º 736/2024 e aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, que existe desde 2003 e deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS (Brasil, 2024b).

O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio paciente, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema (Brasil, 2023).

O acolhimento do paciente deve ser realizado pelo enfermeiro, uma vez que dados importantes serão coletados nessa fase, tais como idade, estado geral, sinais vitais, dia do início dos sintomas, sinais de alarme, sinais de gravidade, concomitância de doenças crônicas e avaliação da evolução para a gravidade. A classificação de risco preconizada pelo Ministério da Saúde tem por finalidade priorizar o atendimento dos casos de acordo com a gravidade,

reduzir o tempo de espera do paciente e organizar o fluxo dos casos suspeitos nas unidades de saúde. Para o estadiamento clínico duas questões devem ser formuladas pelos profissionais de saúde. De acordo com o fluxograma, a partir da avaliação inicial e suspeição dos casos de dengue, o responsável pelo acolhimento inicial deve questionar a presença de sinais de alarme ou sinais de gravidade, priorizando a classificação de risco do MS. Dessa forma, a enfermagem tem papel fundamental no acolhimento e na classificação de risco, pois é a primeira equipe de profissionais de saúde a ter contato com o paciente.

De acordo com o *Manual Dengue: Diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança* (Brasil, 2024c), a Classificação de Risco para pacientes com suspeita de dengue permite a priorização do atendimento nos serviços de saúde, especialmente nos casos com maior gravidade, por meio da identificação precoce dos sinais de alarme e gravidade, de acordo com o estadiamento clínico. Essa ferramenta também contribui para a organização e humanização do atendimento nas unidades de saúde.

A Classificação de Risco é utilizada no acolhimento de pacientes, com o objetivo de avaliar, identificar e estratificar os casos conforme a gravidade clínica e o potencial de risco. Essa abordagem busca reduzir o tempo de espera e organizar o fluxo de atendimento, priorizando a condição clínica em vez da ordem de chegada, em consonância com os princípios da PNH (Brasil, 2023).

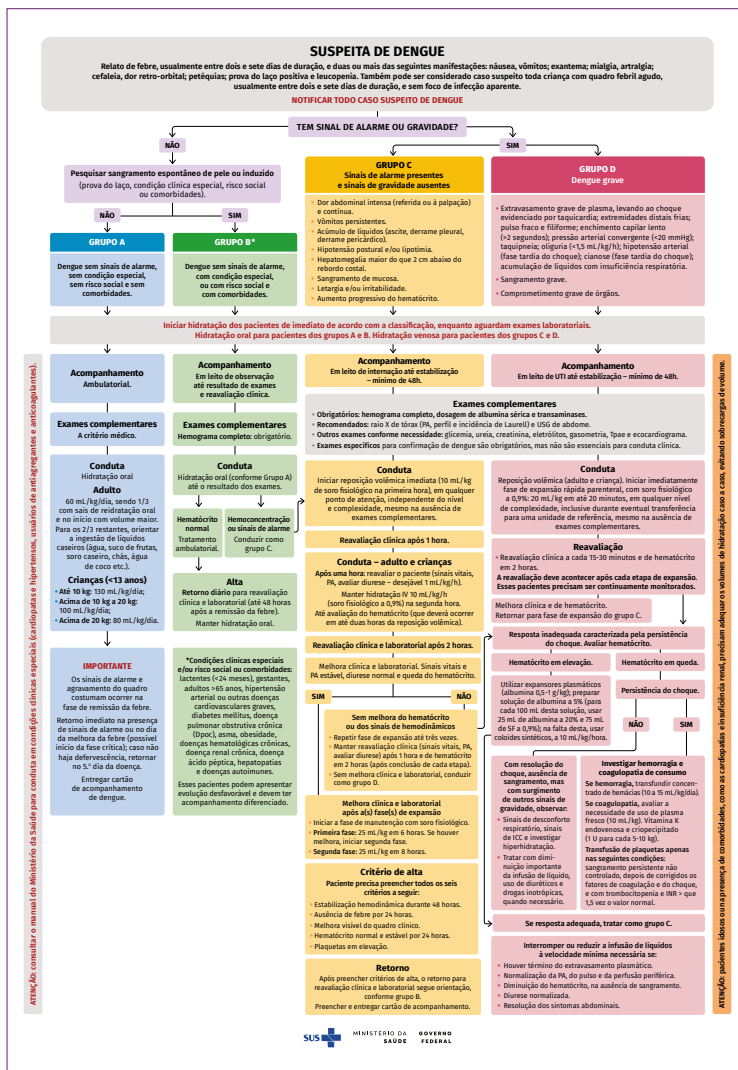
3.1.1 Passo a passo do acolhimento e classificação de risco

Para a realização do acolhimento com classificação de risco inicial nos serviços de “porta-aberta”, o enfermeiro acolhe o paciente, realiza a escuta qualificada, identifica os sinais e sintomas e, de acordo com suas necessidades de saúde e o potencial de risco, classifica os pacientes em grupos: A, B, C e D; em seguida orienta sobre sua condição de saúde e o tempo de espera para ser atendido (Brasil, 2024c).

Considerando que a dengue é uma doença dinâmica, a classificação da dengue muda a cada reavaliação, portanto, os dados avaliados na classificação inicial devem ser investigados ativamente durante a consulta e a cada reavaliação do paciente. Recomenda-se que, na transferência entre serviços, o estadiamento inicial realizado no local de origem não seja refeito com rebaixamento da gravidade no serviço de destino. Considerando que o paciente já foi classificado e iniciou tratamento, é esperado que chegue em melhores condições clínicas. No entanto, durante a evolução da doença, o paciente pode transitar entre diferentes grupos de gravidade em curto intervalo de tempo, tornando essencial uma reavaliação clínica criteriosa, baseada em parâmetros objetivos.

O estadiamento do paciente, em relação ao quadro clínico apresentado, determina as decisões clínicas, laboratoriais, de hospitalização e terapêuticas. De posse do fluxograma de classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue (Brasil, 2024b), serão identificados os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando a gravidade clínica e o potencial de risco, Figura 2.

Figura 2 Fluxograma de estadiamento e manejo clínico da dengue



Fonte: Brasil, 2025b.

3.1.2 Caso suspeito de dengue

Caso suspeito de dengue é definido como paciente que apresenta febre, usualmente entre dois e sete dias de duração, e duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas; vômitos; exantema; mialgia; artralgia; cefaleia; dor retro-orbital; petéquias; prova do laço positiva e leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito toda criança com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias de duração, e sem foco de infecção aparente (Figura 3).

Figura 3 Definição de caso suspeito de dengue

SUSPEITA DE DENGUE

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

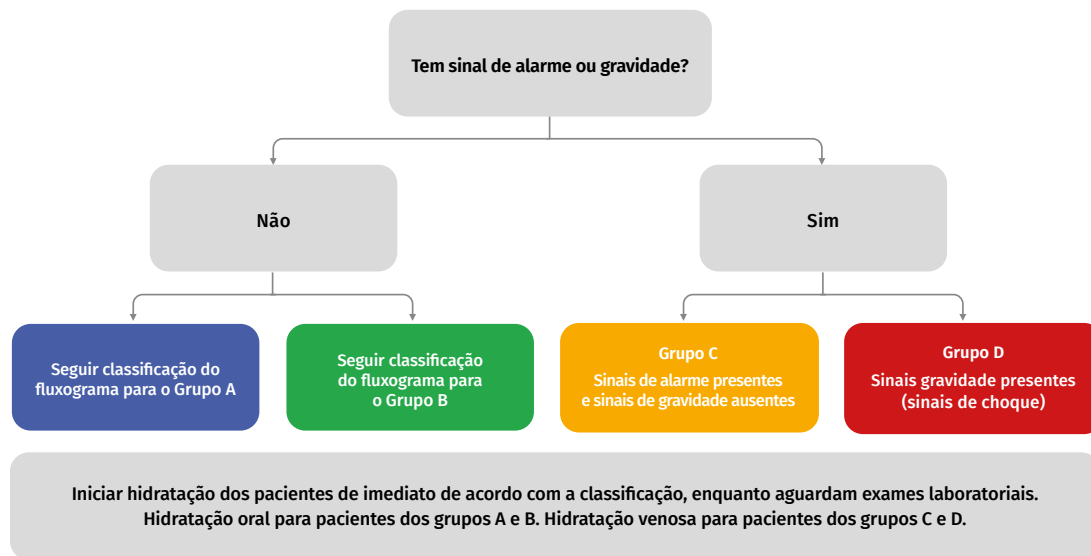
NOTIFICAR TODO CASO SUSPEITO DE DENGUE

Fonte: Brasil, 2025b, adaptado.

O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos sinais de gravidade, do acompanhamento, do reestadiamento dos casos e da pronta reposição volêmica, quando necessária. Com isso, torna-se de fundamental importância a revisão e atualização da história clínica, acompanhada de exame físico completo a cada reavaliação do paciente, com o devido registro em instrumentos pertinentes, por exemplo: prontuários, ficha de atendimento, ficha de evolução clínica, cartão de acompanhamento.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco de todo caso suspeito ou confirmado de dengue inicia-se com uma pergunta essencial, conforme mostra a Figura 4.

Figura 4 Fluxograma de classificação inicial de pacientes com suspeita de dengue

Fonte: Brasil, 2024c, adaptado.

A classificação de risco dos casos de dengue, Quadro 2, é fundamental para orientar o manejo clínico adequado e deve ser realizado no momento do atendimento inicial ao paciente, com base nos sinais e sintomas apresentados Figura 1.

Quadro 2 Classificação de risco

| | | |
|----------|----------------|--|
| AZUL | Grupo A | Dengue sem sinais de alarme e sem : condições especiais, risco social e comorbidades. |
| VERDE | Grupo B | Dengue sem sinais de alarme e com : condições especiais, risco social e comorbidades. |
| AMARELO | Grupo C | Dengue com sinais de alarme e sem sinais de gravidade. |
| VERMELHO | Grupo D | Dengue com sinais de gravidade – sinais de choque. |

Fonte: Brasil, 2024c, adaptado.

Deve-se garantir o acesso venoso calibroso e iniciar a reposição volêmica imediata para os casos classificados nos grupos C e D, 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 fluxograma de estadiamento e manejo clínico da dengue. As principais alterações hemodinâmicas observadas nesses casos estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 Alterações hemodinâmicas na dengue

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

Fonte: Brasil, 2024c.

A maioria dos sinais de alarme resulta do aumento da permeabilidade vascular, que marca o início da deterioração clínica do paciente e sua possível evolução para o choque por extravasamento plasmático (Brasil, 2024c).

- a. Verificar pressão arterial em duas posições para identificação de hipotensão postural e pressão arterial convergente.
- b. Verificar temperatura corporal e peso.

3.2.1 Grupo A

Pacientes com quadro febril e sintomas leves (mialgia, cefaleia, exantema), sem sinais de alarme e gravidade e com boa aceitação de líquidos, devem ser acompanhados em nível ambulatorial, com hidratação oral e vigilância dos sinais de alarme e cartão de acompanhamento (Anexo B), conforme Figura 5.

Hipotensão postural: é a diferença entre as duas pressões sistólicas aferidas em duas posições (intervalo mínimo de dois minutos entre as aferições) com valor igual ou maior que 20 mmHg. Constitui um sinal de alarme.

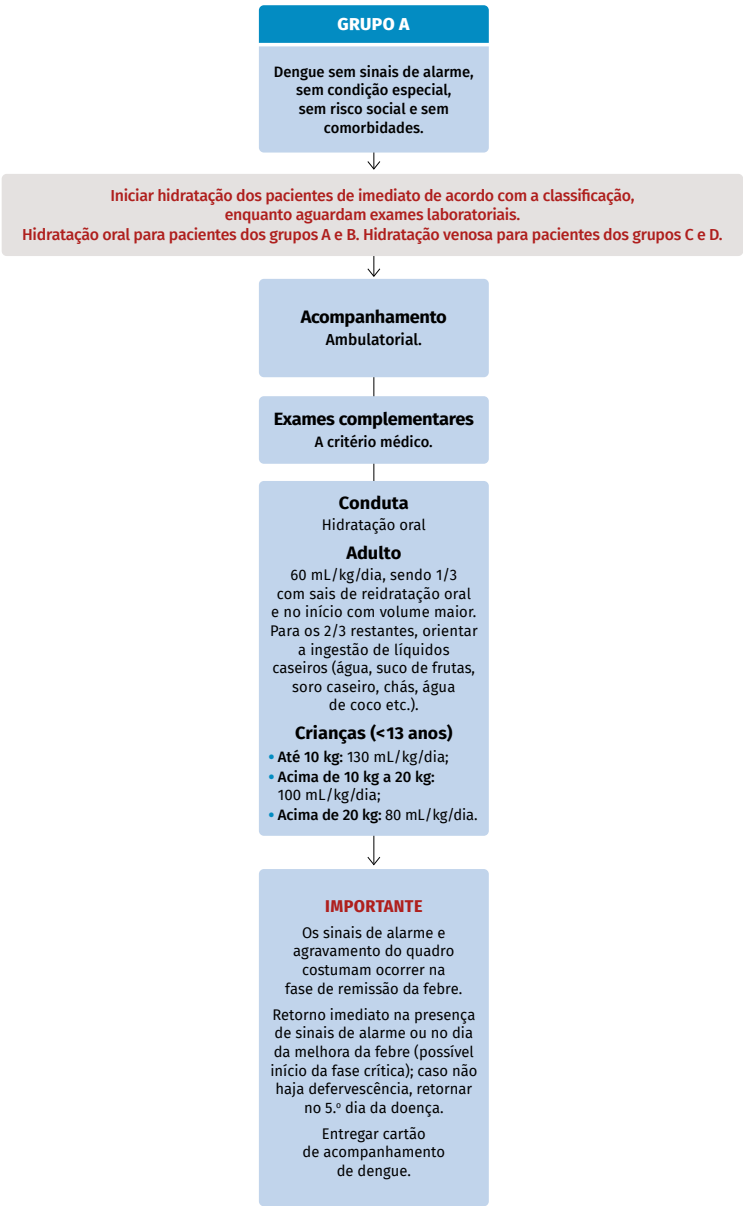
Convergência da pressão arterial: é a diferença da pressão arterial sistólica e diastólica menor ou igual a 20 mmHg (pinçamento da PA). Constitui um sinal precoce de choque.

Observação:

- Utilizar o manguito adequado para o grupo etário.
- Evitar a insuflação exagerada do manguito.
- Registrar os valores reais da PA com seus respectivos decimais.

Ex.: 125 x 75 mmHg.

Figura 5 Classificação de risco de dengue grupo A, sem sinais de alarme



- a. Pesquisar sinais de alarme ou gravidade e de sangramentos espontâneos conforme fluxograma manejo clínico da Figura 2.
- b. Pesquisar condição clínica especial, risco social: paciente sem rede de apoio e comorbidade.
- c. Observação: pacientes com comorbidades, condições clínicas especiais ou em risco social devem ser classificados como grupo B, mesmo sem sinais de alarme ou gravidade.

ATENÇÃO!

Define-se paciente em risco social como aquele que apresenta pelo menos uma das seguintes situações: reside sozinho e tem limitação para hidratação oral ou para o autocuidado; reside distante de locais de assistência à saúde, ou tem limitação para contato de pedido de ajuda, ou em local com falta de transporte; apresenta distúrbio mental; pobreza extrema; é pessoa em situação de rua; ou está em situação de negligência ou abandono. Situações que impossibilitam o seguimento assistencial domiciliar ou o retorno à unidade de saúde.

- d. Dados de identificação do paciente.
- e. Data do início e cronologia dos sintomas: caracterizar a febre (duração e intensidade), avaliar a ocorrência de cefaleia, dor retro-orbital, exantema, prostração, mialgia e artralgia, verificar definição de caso suspeito contido no fluxograma de classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue (Figura 2).

- f. Histórico epidemiológico: pesquisar e registrar presença de casos semelhantes na família, vizinhança e local de trabalho; história de deslocamento nos últimos 14 dias – viagens. Ficar atento ao diagnóstico diferencial Quadro 1 e levantar informações de histórico vacinal¹.
- g. Registrar no prontuário e/ou ficha de atendimento as condutas de enfermagem.
- h. Verificar o peso.
- i. Prova do laço.

¹As orientações referentes à vigilância em indivíduos vacinados são aquelas contidas em documentos oficiais do Ministério da Saúde.

A prova do laço deve ser realizada na triagem, obrigatoriamente, em todo paciente com suspeita de dengue que não apresente sinal de alarme e/ou choque e nem apresente sangramento espontâneo. A prova do laço deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.

Passo a passo:

Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula:

$$\text{Média da pressão arterial} = \frac{\text{Pressão Arterial Sistólica} + \text{Pressão Arterial Diastólica}}{2}$$

- Insuflar o manguito do esfigmomanômetro até o valor médio, manter durante cinco minutos em adultos ou três minutos em crianças.
- Demarcar uma área de aproximadamente 2,5 cm x 2,5 cm abaixo 5 cm da dobra do cotovelo, delimitando-a como um quadrado na pele com caneta ou outro marcador.
- Contabilizar o número de petéquias no quadrado.
- Avaliar o resultado: a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.



Atenção!

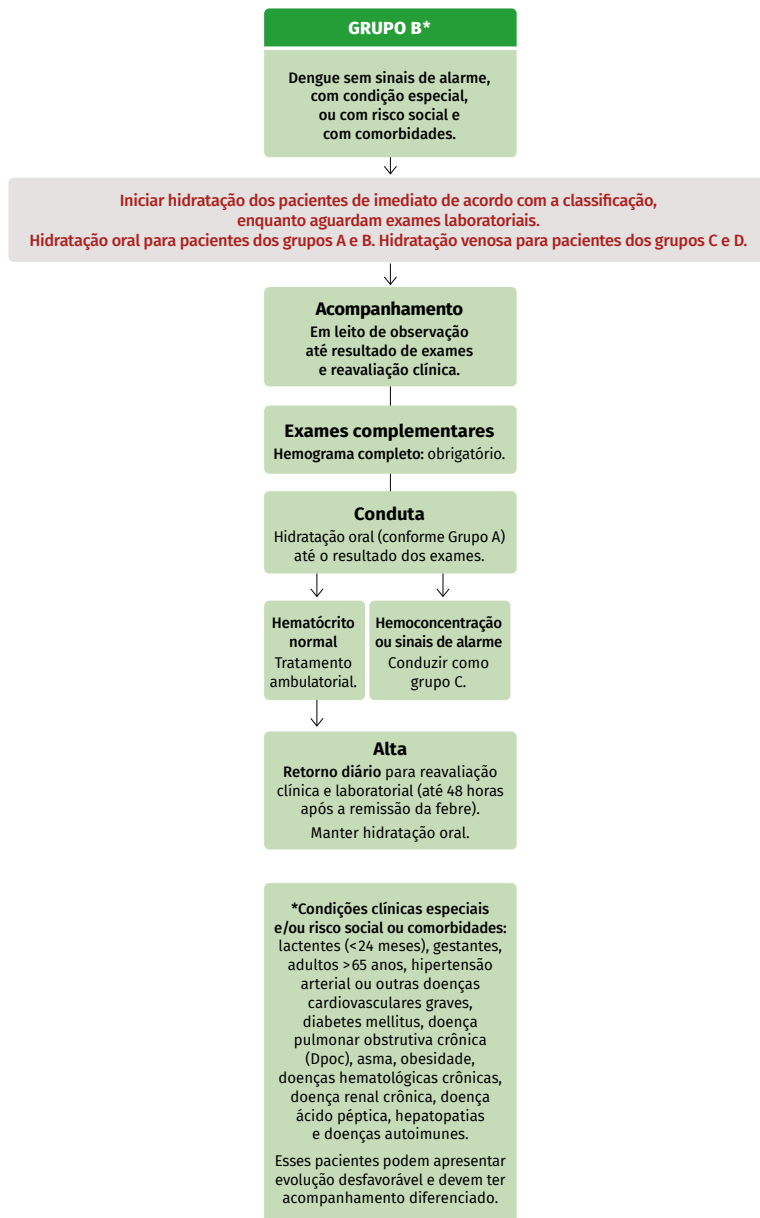
Se a prova do laço se apresentar positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, ela pode ser interrompida.

A prova do laço, frequentemente, pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque.

Fonte: UFRGS, 2020.

3.2.2 Grupo B

Inclui gestantes, lactentes, idosos, pacientes com comorbidades e risco social (ex.: diabetes, hipertensão, obesidade) ou com sinais laboratoriais de alerta (plaquetopenia, hematócrito elevado). Requerem observação clínica e possível hidratação venosa conforme Figura 6.

Figura 6 Classificação de risco de dengue grupo B

Fonte: Brasil, 2025b, adaptado.

ATENÇÃO!

Todos os pacientes classificados no grupo B deverão permanecer acomodados em cadeira/poltrona/leito para observação, enquanto aguardam resultado do hemograma e consulta.

- a.** Solicitar, agilizar e realizar a coleta de sangue para o hemograma; e em crianças até 10 anos sugere-se manter o acesso venoso permeável com solução salina.
- b.** Verificar o peso.
- c.** Hidratação oral: iniciar hidratação até o resultado do hematócrito.
- d.** Se hemoconcentração: garantir acesso venoso calibroso e o início da hidratação venosa de acordo com o fluxograma de manejo clínico.
- e.** Registrar no prontuário e/ou ficha de atendimento às condutas realizadas de enfermagem.

Em caso de vômitos e recusa da ingestão do oral, recomenda-se a administração da hidratação venosa, conforme fluxograma de manejo clínico Figura 2.

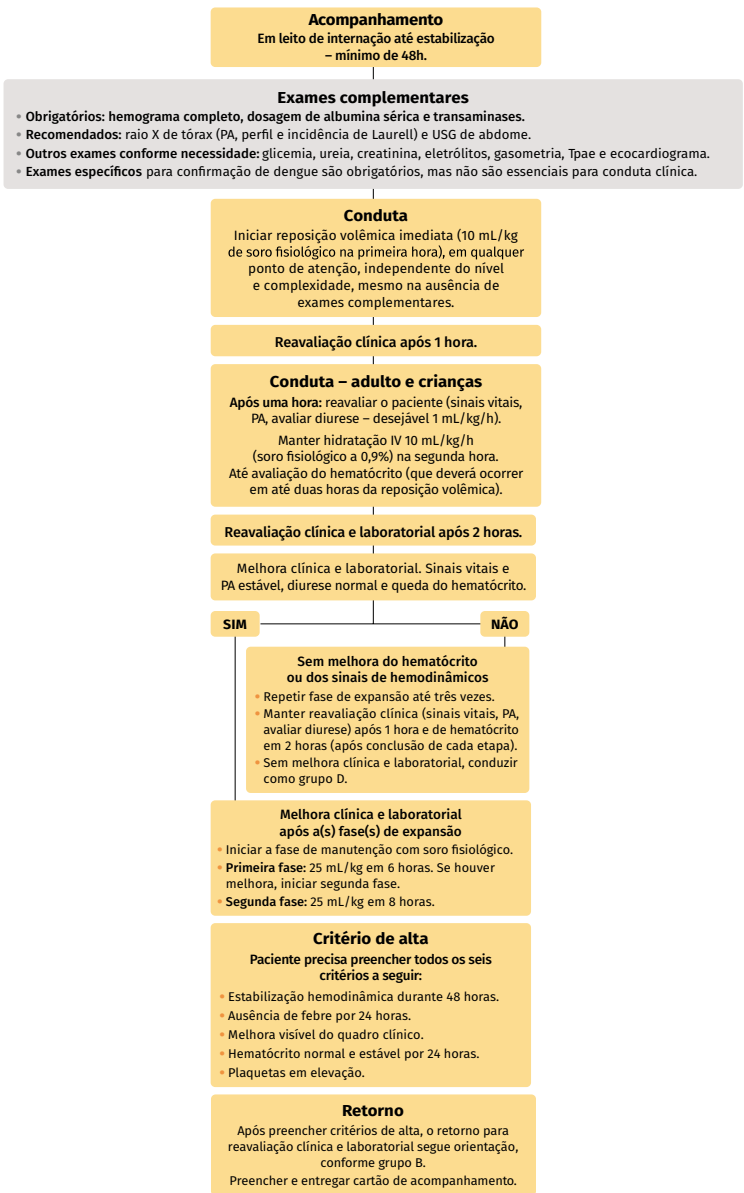
Perguntas a serem respondidas pelo enfermeiro na classificação de risco em caso de suspeita de dengue. Com base na anamnese, exame físico e resultados laboratoriais (hemograma completo), o enfermeiro responsável na classificação de risco deve ser capaz de responder às seguintes perguntas:

- O paciente tem dengue?
- Em que fase se encontra? febril/crítico/em recuperação)
- Existem sinais de alarme?
- Qual o estado hemodinâmico e de hidratação do paciente?
- O paciente está em estado de choque?
- Existem distúrbios coexistentes?
- É necessária internação?

3.2.3 Grupo C

Presença de dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hipotensão postural, hepatomegalia dolorosa, sangramentos leves, irritabilidade, sonolência ou queda abrupta de plaquetas. Necessitam de hidratação venosa imediata e observação em unidade hospitalar, conforme Figura 7.

Figura 7 Classificação de risco de dengue grupo C – casos com sinais de alarme



Fonte: Brasil, 2025b.

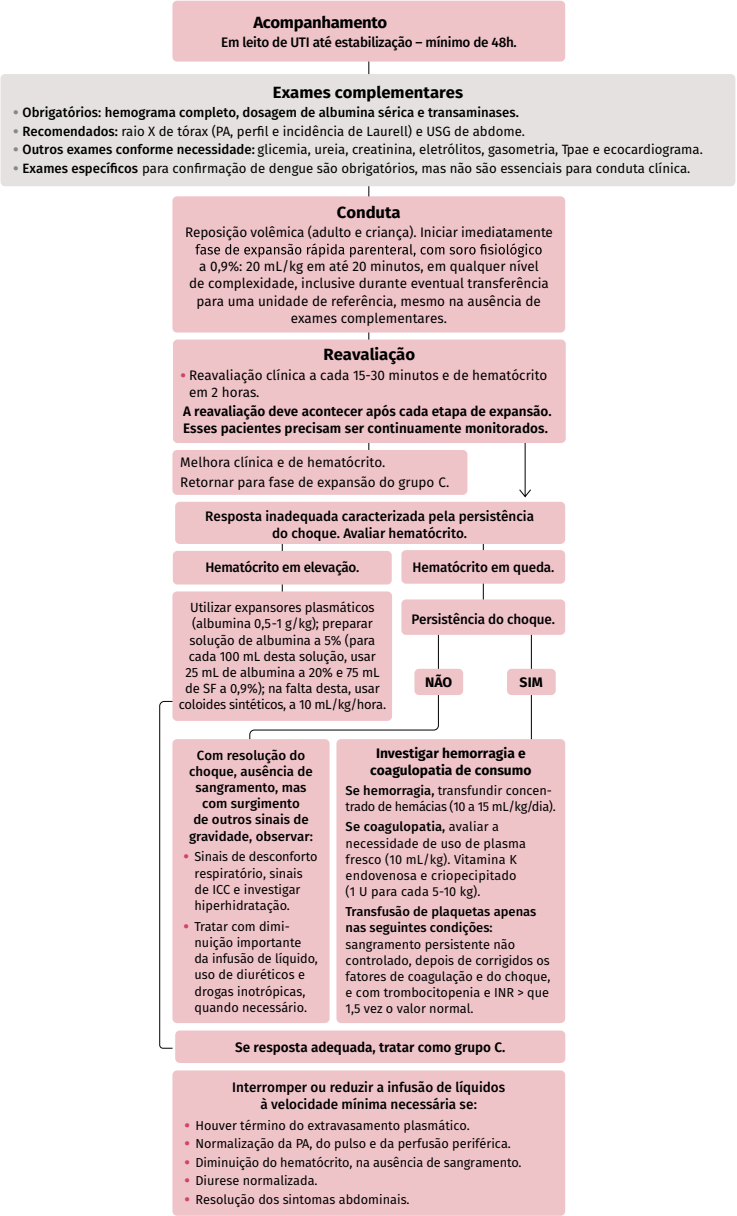
Enquanto se inicia a hidratação venosa, é fundamental registrar dados clínicos importantes:

- a. Dados de identificação do paciente.
- b. Data do início e cronologia dos sintomas: caracterizar a febre (duração e intensidade), avaliar a ocorrência de cefaleia, dor retro-orbital, exantema, prostração, mialgia e artralgia, verificar definição de caso suspeito contido no fluxograma de classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue (Figura 2).
- c. Histórico epidemiológico: pesquisar e registrar presença de casos semelhantes na família, vizinhança e local de trabalho; história de deslocamento nos últimos 14 dias – viagens. Ficar atento ao diagnóstico diferencial (Quadro 1) e levantar informações de histórico vacinal.
- d. Verificar peso.
- e. Garantir acesso venoso.
- f. Supervisionar a reposição volêmica dos pacientes.
- g. Registrar no prontuário e/ou ficha de atendimento as condutas de enfermagem e continuidade do cuidado.

3.2.4 Grupo D

Presença de choque hipovolêmico, sangramento grave, disfunção orgânica ou extravasamento plasmático importante. Requerem manejo emergencial, reposição volêmica e suporte intensivo.

Figura 8 Classificação de risco de dengue grupo D



Fonte: Brasil, 2025b.

Enquanto se inicia a hidratação venosa, é fundamental registrar dados clínicos importantes:

- a. Dados de identificação do paciente.
- b. Data do início e cronologia dos sintomas: caracterizar a febre (duração e intensidade), avaliar a ocorrência de cefaleia, dor retro-orbital, exantema, prostração, mialgia e artralgia – verificar definição de caso suspeito contido no fluxograma de classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue (Figura 2).
- c. Histórico epidemiológico: pesquisar e registrar presença de casos semelhantes na família, vizinhança e local de trabalho; história de deslocamento nos últimos 14 dias – viagens. Ficar atento ao diagnóstico diferencial (Quadro 1) e levantar informações de histórico vacinal.
- d. Verificar peso.
- e. Garantir acesso venoso.
- f. Supervisionar a reposição volêmica dos pacientes.
- g. Registrar no prontuário e/ou na ficha de atendimento todas as condutas de enfermagem realizadas, conforme o grupo clínico do paciente.

4 Consulta de enfermagem – entrevista e exame físico

Executadas por enfermeiros, a entrevista e o exame físico são etapas essenciais da assistência de enfermagem. Nesses momentos, busca-se avaliar o paciente com base nos sinais, nos sintomas e no histórico, identificando possíveis alterações. Essa etapa ocorre após a classificação de risco.

EXAME FÍSICO

No paciente com suspeita de dengue deve-se investigar:

Sistema nervoso: estado de consciência (irritabilidade, sonolência, inquietação, torpor etc.), cefaleia, sinais de irritação meníngea, sensibilidade, força muscular e reflexos osteotendíneos, bem como o exame da fontanela anterior em lactentes.

Segmento da pele:

Coloração de pele e mucosas: pesquisar palidez, cianose, temperatura, enchimento capilar, sinais de desidratação e sudorese de extremidades.

Manifestações hemorrágicas: pesquisar petéquias, epistaxe, sufusões hemorrágicas em locais de punção venosa e equimoses; examinar conjuntivas (edema subcutâneo palpebral, hemorragia conjuntival), cavidade oral (petéquias em palato, gengiva, orofaringe e gengivorragia) e exantema (tipo, distribuição e data do aparecimento).

Edema subcutâneo: de face, de parede torácica e abdominal, de membros (superiores e inferiores) e de saco escrotal. Grau de hidratação, temperatura e peso.

Sistema cardiopulmonar: pesquisar sinais clínicos de desconforto respiratório: taquipneia, dispneia, tiragens subcostais, intercostais, supraclaviculares, de fúrcula esternal, batimentos de asa de nariz, gemidos, estridor e sibilos; avaliação da simetria torácica e presença de enfisema subcutâneo.

Sinais de ICC: taquicardia, dispneia, turgência jugular, estertoraço e hepatomegalia.

Derrame pericárdico: sinais de tamponamento cardíaco (abafamento de bulhas, turgência jugular e síndrome de baixo débito cardíaco).

Sistema musculoesquelético: pesquisar mialgia, artralgias e outros.

Sistema genito-urinário e gastrointestinal: metrorragia, hematêmese, melena e hematúria.

4.1 Consulta de enfermagem grupo A

- a. Manter hidratação oral supervisionada (água e sais de reidratação oral).
- b. Reavaliar os pacientes durante a espera da consulta com profissional de saúde e atentar para possível reestadiamento.
- c. Prescrever analgésico e antitérmico por via oral, se necessário, conforme orientações do Quadro 5, alertando para o risco da automedicação.
- d. Não utilizar salicilatos, o uso deve ser restrito apenas aos casos indicados, conforme orientações do *Manual de Manejo Clínico da Dengue* em adultos e crianças.

- e. 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.
- f. Administrar medicamentos prescritos, avaliando a resposta terapêutica.
- g. Orientar sobre a possibilidade da ocorrência de sinais de alarme ou gravidade (sinais de choque) que costumam surgir com o declínio (defervescência) da febre, e a necessidade de retorno imediato à unidade de saúde.
- h. 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.
- i. Registrar as condutas de enfermagem no prontuário e/ou ficha de atendimento.
- j. Preencher o cartão de acompanhamento da dengue ao liberar o paciente para o domicílio (Anexo B).
- k. Orientar sobre a necessidade de repouso, fornecer atestado de afastamento laboral e prescrever a hidratação oral no domicílio, conforme Quadro 4.
- l. Orientar sobre a limpeza e a eliminação domiciliar dos criadouros do *Aedes aegypti*.
- m. Solicitar exames específicos conforme situação epidemiológica (Anexo A).
- n. Providenciar visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde (ACS) e de agente de combate a endemias ou de outro profissional de saúde, para acompanhamento dos pacientes febris e seus familiares em seu território de abrangência.
- o. Notificar o caso, se esta for a primeira unidade de saúde a realizar o atendimento do paciente.

Quadro 4 Volume diário de hidratação oral para adultos e crianças com suspeita ou confirmação de dengue

| |
|---|
| <p>Iniciada ainda na sala de espera, enquanto os pacientes aguardam por consulta médica</p> |
| <p>VOLUME DIÁRIO DA HIDRATAÇÃO ORAL</p> |
| <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: Brasil, 2024c.

Com fundamento nas competências legais da enfermagem, conforme disposto na Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, e regulamentado pelo Decreto n.º 94.406, de 25 de junho de 1987, além das prerrogativas estabelecidas pela Resolução Cofen n.º 736, de 17 de janeiro de 2024, que dispõe sobre a implementação do processo de enfermagem em todo contexto socioambiental, no qual ocorre o cuidado de enfermagem, e alinhado aos protocolos institucionais e às diretrizes do Ministério da Saúde, recomenda-se a seguinte padronização para a prescrição de medicamentos sintomáticos no manejo da dengue, conforme Quadro 5.

Quadro 5 Recomendações de medicamentos para pacientes sintomáticos

| USO DE MEDICAMENTOS PARA DENGUE |
|---|
| Dipirona – adultos 4 a 20 gotas ou 1 comprimido (500 mg) até de 6/6 horas. |
| Dipirona – crianças 410 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar a dose máxima por peso e idade). |
| Gotas 4.500 mg/ml (1 mL = 20 gotas). |
| Solução oral – 450 mg/mL. |
| Solução injetável – 4.500 mg/ML |
| Comprimidos – 4.500 mg por unidade. |
| Paracetamol – adultos 440 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). |
| Paracetamol – crianças 410 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. |
| Gotas – 4.200 mg/mL (1 mL = 20 gotas). |
| Comprimidos – 4.500 mg por unidade. |

Fonte: Brasil, 2024c.

4.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM GRUPO B

Todos os pacientes classificados neste grupo deverão permanecer acomodados em cadeira/poltrona/leito para observação, enquanto aguardam resultado do hemograma e consulta.

- a. Agilizar o resultado do hemograma em 2 horas e no máximo 4 horas, e avaliar a presença de hemoconcentração tão logo o hemograma seja liberado.
- b. Oferecer e manter hidratação oral ou venosa (quando indicada) supervisionadas, enquanto aguarda o resultado dos exames, conforme fluxograma de manejo clínico.
- c. Verificar, no mínimo de 2 em 2 horas, a pressão arterial em duas posições (sentado e em pé), temperatura corporal e sinais de alarme enquanto o paciente aguarda resultado do hematócrito, e avaliar a resposta à terapia de hidratação.
- d. Hematócrito aumentado em mais de 10% do valor basal ou, na ausência deste, de acordo com os valores de referência do **Quadro 6**: continuar conduta como grupo C.
- e. Hematócrito normal: seguir as condutas para o grupo A, agendando retorno diário até 48 horas após a queda da febre ou imediatamente na presença de sinais de alarme para reavaliação clínica e laboratorial.
- f. Registrar as condutas de enfermagem no prontuário e/ou ficha de atendimento.
- g. Preencher o cartão de acompanhamento da dengue ao liberar o paciente para o domicílio (Anexo B).
- h. Orientar sobre a necessidade de repouso, fornecer atestado de afastamento laboral e prescrever a hidratação oral no domicílio Quadro 4.
- i. Orientar sobre a limpeza e a eliminação domiciliar dos criadouros do *Aedes aegypti*.

- j. Solicitar exames específicos conforme situação epidemiológica Anexo A.
- k. Providenciar visita domiciliar dos ACS e ACE ou de outro profissional de saúde, nos casos indicados.
- l. Notificar o caso, caso seja a primeira unidade de saúde em que o paciente foi assistido.

Quadro 6 Valores de referência para hematócrito

| Valores de referência do eritrograma | | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------|----------------------|------------------|
| Idade | Ao nascer*** | 1º dia | 3º dia | 15 dias |
| Eritrócitos (M/ μ L) | 5,1 \pm 1,0 | 5,6 \pm 1,0 | 5,5 \pm 1,0 | 5,2 \pm 0,8 |
| Hemoglobina (g/dL) | 16,8 \pm 3,5 | 18,8 \pm 3,5 | 17,5 \pm 3,5 | 17,0 \pm 3,0 |
| Hematócrito (%) | 54 \pm 10 | 58 \pm 10 | 56 \pm 10 | 52 \pm 8 |
| VCM (fL) | 106 \pm 5 | 103 \pm 6 | 102 \pm 6 | 98 \pm 6 |
| Idade | \approx 3 meses | \approx 6 meses | \approx 1 a 2 anos | \approx 5 anos |
| Eritrócitos (M/ μ L) | 4,5 \pm 0,5 | 4,5 \pm 0,5 | 4,5 \pm 0,5 | 4,5 \pm 0,5 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,5 \pm 1,5 | 11,3 \pm 1,5 | 11,8 \pm 1,2 | 12,3 \pm 1,2 |
| Hematócrito (%) | 37 \pm 4 | 35 \pm 4 | 36 \pm 4 | 37 \pm 4 |
| VCM (fL) | 82 \pm 6 76 \pm 6 78 \pm 6 80 \pm 6 | | | |

continua

conclusão

| Valores de referência do eritrograma | | | | |
|--------------------------------------|----------------|--------------------|------------------|----------------|
| Idade | ≈ 10 anos | Mulheres adultas** | Homens adultos** | >70 anos** |
| Eritrócitos (M/ μ L) | 4,6 \pm 0,5 | 4,7 \pm 0,7 | 5,3 \pm 0,8 | 4,6 \pm 0,7 |
| Hemoglobina (g/dL) | 13,2 \pm 1,5 | 13,6 \pm 2,0 | 15,3 \pm 2,5 | 13,5 \pm 2,5 |
| Hematócrito (%) | 40 \pm 4 | 42 \pm 6 | 46 \pm 7 | 41 \pm 6 |
| VCM* (fL) | 87 \pm 7 | 89 \pm 9 | 89 \pm 9 | 89 \pm 9 |

Fonte: adaptado Brasil, 2024c.

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

** Adultos brancos; 5% abaixo em negros.

***Sangue do cordão umbilical.

Pacientes com comorbidades necessitam de acompanhamento clínico e laboratorial complementar de acordo com a doença de base.

Pacientes com risco social devem permanecer em observação clínica e laboratorial até 48 horas após a queda da febre. Solicitar apoio do serviço social para acompanhamento do caso.

Gestantes: taquicardia, hipotensão postural e hemoconcentração são manifestações de extravasamento plasmático que podem demorar mais tempo para surgirem e, quando presentes, podem ser confundidas com alterações fisiológicas da gravidez.

Observação: consultar o manual do Ministério da Saúde Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança (Brasil, 2024c) e Manual de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Dengue na Gestação e no Puerpério (Febrasgo; Brasil, 2024) para conduta em condições clínicas especiais.

4.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM GRUPO C

A utilização de instrumentos para o controle rigoroso do gotejamento da infusão pode garantir o sucesso do tratamento instituído e prevenir complicações.

- a. Agilizar o resultado do hemograma e avaliar a presença de hemoconcentração tão logo o hemograma seja liberado.
- b. Manter a hidratação venosa supervisionada.
- c. Reavaliar a cada hora a pressão arterial, a temperatura corporal, os sinais de choque, a diurese horária e a melhora ou piora dos sinais de alarme enquanto o paciente permanece em hidratação venosa na unidade, independentemente de ser ou não transferido para outra unidade.
- d. Solicitar e colher o hematócrito ao final da primeira etapa de hidratação (após a primeira hora), sem melhora clínica e laboratorial, conduzir como grupo D.
- e. Se houver melhora clínica e laboratorial, manter paciente em hidratação venosa com reavaliação a cada hora da pressão arterial, da temperatura corporal, dos sinais de choque, da diurese horária e da melhora ou piora dos sinais de alarme.
- f. Solicitar e colher o hematócrito ao final da segunda hora de hidratação, sem melhora clínica e laboratorial, conduzir como grupo D.
- g. Se houver melhora clínica e laboratorial, manter paciente em hidratação venosa com reavaliação a cada hora da pressão arterial, da temperatura corporal, dos sinais de choque, da diurese horária e da melhora ou piora dos sinais de alarme, e solicitação de hematócrito a cada duas horas, até completar o tempo de avaliação, ser liberado ou transferido para outra unidade.

- h.** Em caso de remoção do paciente, garantir a hidratação venosa em curso e preencher os formulários com as informações assistenciais do paciente para a continuidade do cuidado na unidade de destino.
- i.** Em caso de liberação, checar se o paciente preenche critérios de alta, conforme fluxograma de manejo clínico (Figura 2), preencher o cartão de acompanhamento da dengue (Anexo B) ao liberar o paciente para o domicílio.
- j.** Orientar repouso, fornecer atestado de afastamento laboral e prescrever a hidratação oral no domicílio, conforme Quadro 4.
- k.** Orientar sobre o risco de infecção bacteriana pós-alta. Caso presente, em até 72 horas, febre, desconforto respiratório, alteração neurológica e mal-estar geral, procurar a unidade de saúde imediatamente.
- l.** Certificar-se do preenchimento da Ficha de Notificação e Investigação (FNI) do caso suspeito de dengue, caso seja a primeira unidade de saúde em que o paciente foi assistido.
- m.** Providenciar visita domiciliar dos agente comunitário de saúde (ACS) e agente de combate às endemias (ACE) para acompanhamento, se necessário.
- n.** Registrar as condutas de enfermagem no prontuário e/ou na ficha atendimento.

ATENÇÃO!

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, em busca de sinais de edema pulmonar (crepitação à ausculta) (Brasil, 2024c).
- Garantir uma amostra de sangue para exames específicos e de diagnóstico diferencial, considerando a possibilidade de agravamento do caso e de óbito (Anexo A).

4.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM GRUPO D

Todos os pacientes classificados neste grupo devem ser atendidos, inicialmente, em qualquer nível de atenção, sendo obrigatória a reposição volêmica imediata, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência com leito de terapia intensiva.

A utilização de instrumentos para o controle rigoroso do gotejamento da infusão pode garantir o sucesso do tratamento instituído e prevenir complicações.

Na impossibilidade do acesso venoso periférico ou no tratamento do choque descompensado, recomenda-se a utilização da via intraóssea e/ou cateter venoso central de inserção periférica (PICC) por profissional habilitado.

Observação: na ausência de médico na unidade, estabelecer contato com o Serviço de Saúde de Urgência/Emergência para condução do caso.

- a. Providenciar acesso venoso periférico calibroso imediatamente com cateter de média duração, de preferência na fossa antecubital, independentemente de ter ou não exames laboratoriais.
- b. Realizar observação sistemática nos locais de punção venosa quanto ao sangramento, ao descolamento da fixação, à infiltração, às sufusões hemorrágicas e à obstrução do cateter.
- c. Iniciar oxigenioterapia em todas as situações de choque (máscara Pressão Positiva Contínua nas vias aéreas (Cpap), cateter nasal, ventilação não invasiva), definindo a escolha em função da tolerância e da gravidade.
- d. Monitorar a saturação de oxigênio, por meio de oximetria de pulso, acompanhando parâmetro mínimo em 96%.
- e. Instituir controle de diurese e densidade urinária de 2 em 2 horas Quadro 7.
- f. Instituir balanço hídrico de 30 em 30 minutos.
- g. Solicitar, colher e avaliar hematócrito ao final de 2 horas.
- h. Se não houver melhora clínica e do hematócrito, seguir as orientações do fluxograma de manejo clínico.
- i. Registrar as condutas de enfermagem no prontuário e/ou ficha atendimento, a cada (re)avaliação.

O Quadro 7 a seguir apresenta os critérios clínicos para avaliação da diurese, incluindo os limites para diurese normal, oligúria e poliúria, além da densidade urinária esperada.

Quadro 7 Parâmetros para avaliação da diurese

| Classificação | Volume (ml/kg/h) | Observação |
|----------------|------------------|------------|
| Diurese Normal | 1,5 a 4,0* | - |
| Oligúria | < 1,5 | ATENÇÃO |
| Poliúria | > 4,0 | - |

Fonte: Brasil, 2011.

*Sendo a densidade urinária normal: 1.004 a 1.008.

- j. Solicitar ao paciente e/ou acompanhante que mantenha a equipe de enfermagem informada de novos sinais e sintomas.
- k. Avaliar e registrar ocorrência de sangramentos ativos (localização e volume) e sinais de choque.
- l. Certificar-se do preenchimento FNI do caso suspeito de dengue, caso seja a primeira unidade de saúde em que o paciente foi assistido.
- m. Iniciar oxigenioterapia em todas as situações de choque (máscara, Cpap cateter nasal, ventilação não invasiva), definindo a escolha em função da tolerância e da gravidade.
- n. Monitorar a saturação de oxigênio, por meio de oximetria de pulso, acompanhando parâmetro mínimo em 96%. O Quadro 8, a seguir, resume os dispositivos de oxigenoterapia disponíveis, com os parâmetros de fluxo e concentração de oxigênio, essenciais para garantir níveis adequados de saturação.

Quadro 8 Dispositivos de ventilação e concentração de oxigênio suplementar

| Dispositivo | Fluxo em litros (l/min.) | Concentração de Oxigênio* (%) |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| Cânula nasal | 1-6 | 24-45 |
| Boca-máscara | 10 | 50 |
| Máscara facial simples | 8-10 | 40-60 |
| Bolsa-máscara sem reservatório | 8-10 | 40-60 |
| Bolsa-máscara com reservatório | 10-15 | 90-100 |
| Máscara sem reinalação com reservatório | 10-15 | 90-100 |

Fonte: PHTLS, 2012.

*As porcentagens indicadas são aproximadas.

- o.** Providenciar material e equipamento para ventilação artificial em função da gravidade do paciente.
- p.** Realizar a aspiração de secreções oronasofaríngeas e traqueais, se necessário, observando sinais de sangramento.
- q.** Agilizar a realização de exames complementares e obrigatórios.
- r.** Reavaliar clinicamente a cada 15 minutos e registrar: nível de consciência; frequência, ritmo e amplitude cardíaca (monitorização); frequência, ritmo e amplitude da respiração; perfusão periférica; PO₂ (oximetria de pulso); pressão arterial e diurese (volume, coloração) **Anexo C.**
- s.** Aumentar a vigilância para pacientes que apresentem insuficiência cardíaca, insuficiência renal e hemofilia, bem como os que fazem uso de medicações como antiagregantes plaquetários e anticoagulantes.

- t. Observar e registrar sinais de descompensação de doenças crônicas.
- u. Avaliar hemograma detectando precocemente hemoconcentração, plaquetopenia, tempo de ativação da protrombina (TAP), tempo de ativação parcial da tromboplastina (TTPA).
- v. Hematócrito em ascensão e choque após hidratação adequada: instalar expansores plasmáticos (albumina e/ou coloides sintéticos), conforme prescrição médica.
- w. Hematócrito em queda e paciente em choque:
 - » suspeitar e inspecionar presença de hemorragias e sinais de hipovolemia (alteração do nível de consciência, hipotensão arterial, taquicardia, oligúria ou anúria);
 - » investigar sinais clínicos que evidenciam a presença de CIVD.
- x. Hematócrito em queda, paciente instável e sem sangramentos: investigar sinais que evidenciem hiper-hidratação e insuficiência cardíaca congestiva.
- y. Hematócrito em queda, paciente estável e sem sangramentos: sinaliza melhora clínica, iniciar conduta do grupo C, conforme prescrição médica.
- z. Reavaliar o paciente após a estabilização do choque, de hora em hora: nível de consciência, sinais vitais (Anexo C), perfusão periférica, controle de diurese, balanço hídrico, sangramentos, edema, dor e sinais de alarme.
 - » Administrar medicação, conforme prescrição médica: inotrópicos (dopamina, dobutamina, milrinona), diuréticos, outros medicamentos e hemoterapia.
 - » Utilizar a técnica em “Z” com aplicação prévia de gelo no local da punção, em caso de administração de medicamentos por via intramuscular.

- » Aplicar gelo no local da punção antes da administração de medicamentos por via subcutânea (ex.: insulina).
- » Registrar as condutas de enfermagem na guia de encaminhamento, na ficha de atendimento e/ou no prontuário.
- » Certificar-se do preenchimento da FNI do caso suspeito de dengue, caso seja a primeira unidade de saúde em que o paciente foi assistido.
- » Realizar a comunicação terapêutica com paciente e família/acompanhante.

É fundamental garantir uma amostra de sangue para exames específicos e de diagnóstico diferencial, considerando a possibilidade de agravamento do caso e risco de óbito (Anexo A). Além disso, deve-se manter vigilância contínua diante de manifestações hemorrágicas, uma vez que estas podem evoluir para hemorragia maciça.

Todos os óbitos suspeitos de dengue devem ser notificados e investigados em até 24 horas. Nas unidades de saúde onde ocorrerem esses óbitos, é imprescindível o preenchimento adequado do Protocolo de Investigação de Óbitos.

Pacientes classificados nos grupos C e D podem apresentar edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários decorrentes da perda capilar. Importante destacar que esse quadro não indica, necessariamente, hiper-hidratação, embora possa se intensificar após reposição volêmica satisfatória.

O acompanhamento da reposição deve ser realizado por meio da avaliação do hematócrito, da diurese e dos sinais vitais.

5 Organização dos serviços de saúde no caso de epidemias de dengue

A organização dos serviços de saúde demanda uma atuação articulada entre os setores de vigilância e assistência, tanto no âmbito interno das secretarias estaduais e municipais quanto entre elas. Essa integração, conforme preconiza a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), fortalece a resposta às demandas sanitárias e contribui para a efetividade das ações. As experiências com Salas de Situação Integradas têm demonstrado resultados positivos, ao promoverem o compartilhamento de informações estratégicas e a tomada de decisões em tempo oportuno.

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) atua como facilitadora do manejo clínico, interferindo diretamente na prevenção de casos graves e óbitos. Isso ocorre ao promover a adoção e a institucionalização, nos pontos de atenção, dos protocolos, das diretrizes e dos fluxogramas assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

As ações assistenciais a serem implementadas para atender pacientes com suspeita de dengue, pautadas na reorganização do modelo assistencial, com foco na reestruturação dos sistemas de gestão, assistência e capacitação. O Quadro 9 descreve as ações necessárias à organização do processo de trabalho de cada um dos pontos de atenção da RAS. O Quadro 10 descreve as ações necessárias à organização do processo de trabalho na RAS.

Quadro 9 Ações necessárias para a organização do processo de trabalho de cada um dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde

| | |
|-------------------------------|---|
| Organização da unidade | <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento e horário de funcionamento. • Ampliar, se necessário, o aumento do quantitativo de profissionais de acordo com o planejamento para situações de incremento da demanda ou epidemia. • Contratar profissionais para atuarem nos polos de hidratação ou polos de hidratação instaladas. |
| Registro e notificação | <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar a realização oportuna da notificação e investigação de todos os casos suspeitos ou confirmados de dengue, estabelecendo um fluxo de notificação diária dos casos suspeitos e imediata dos casos graves. • Preencher e atualizar as informações no cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue e nos demais sistemas em uso na unidade, ou em formulário específico para dengue, anotando os dados relevantes, os sinais e sintomas, os sinais de gravidade ou de alarme, a classificação de risco e a conduta. |

continua

| | |
|---|---|
| Acolhimento e classificação de risco | <ul style="list-style-type: none"> • Sinalizar o ambiente interno das unidades, de forma a direcionar visualmente os fluxos de atendimento. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Implementar o acolhimento com classificação de risco específico a pessoas com suspeita de dengue, padronizando a realização da prova do laço e a mensuração do peso e da PA sentado e de pé. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar hidratação oral e venosa nas unidades da RAS – na impossibilidade de alguma das unidades, deve-se estabelecer um fluxo de referência local por meio de encaminhamento rápido e seguro. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Garantir a organização de fluxo para vaga zero para os casos graves, por meio da comunicação direta com a Central de Regulação (CR). |
| Sala de espera | <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar a oferta de hidratação oral (cálculo – peso da pessoa X volume da hidratação) na sala de espera a todas as pessoas acolhidas com suspeita de dengue, mantendo atenção e cuidado contínuo e permanente Quadro 4. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar a presença de profissional que possa, além de oferecer a hidratação oral, detectar oportunamente o aparecimento de sinais de alarme e sinais de choque. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Instituir estratégias de atendimento rápido das pessoas com suspeita de dengue de acordo com o POP (tipo fast track) do planejamento para situação de incremento da demanda ou epidemia. |

continua

| | |
|--|---|
| Previsão e provisão de insumos | <ul style="list-style-type: none"> • Prever o provisionamento de insumos necessários a todas as ações assistenciais para situações de incremento da demanda ou epidemia. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Prever o provisionamento de insumos necessários a todas as ações assistenciais das polos de hidratação instaladas. |
| Educação permanente | <ul style="list-style-type: none"> • Implementar estratégias de educação permanente, utilizando os recursos disponíveis na plataforma UnaSUS e no AvaSUS para treinamento e educação continuada das equipes, bem como implementar estratégias de capacitação em serviço. |
| Fluxo assistencial e protocolos | <ul style="list-style-type: none"> • Implementar e difundir a todas as equipes os protocolos de manejo clínico, as diretrizes e o fluxograma de atendimento, bem como os parâmetros de hidratação oral e endovenosa em adultos e crianças, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde para o manejo da dengue. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Afixar, nas mesas e em locais de fácil consulta, o fluxograma de atendimento de casos suspeitos de dengue do Ministério da Saúde. |

continua

**Acompanhamento
longitudinal**

- Manter atualizadas, junto à CR, todas as informações necessárias à regulação dos pacientes atendidos e que necessitam de internação hospitalar em leito de enfermaria ou UTI.
- Garantir o transporte adequado para os pacientes que necessitam de transferência para outra unidade.
- Reavaliar as pessoas classificadas como risco grupo A até o 5º dia e risco grupo B diariamente, até a melhora clínica, ou até seu encaminhamento para a unidade de referência.
- Garantir o início da reposição volêmica e estabilização hemodinâmica dos pacientes classificados como grupo D.
- Orientar o retorno para continuidade de cuidado da comorbidade já em acompanhamento na APS para todas as pessoas com dengue atendidas e acompanhadas nas unidades da RAS.

Fonte: Brasil, 2013a, 2022a.

Quadro 10 Ações necessárias para a organização do processo de trabalho de cada um dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde

| | |
|---------------------------------|--|
| Atenção Primária à Saúde | Organização da unidade: <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o horário de funcionamento das unidades conforme necessário, incluindo finais de semana e feriados. • Ajustar agendas das equipes/profissionais para equilibrar atendimentos programados e demandas espontâneas, priorizando casos suspeitos de arboviroses, em fluxo assistencial específico. |
| | Registro e notificação: <ul style="list-style-type: none"> • Manter atualizados prontuários no e-SUS APS. |
| | Previsão e provisão de insumos: <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar coleta de exames específicos e inespecíficos na unidade, assegurando resultados em tempo hábil ($\leq 2h$ ou $\leq 1h$ para pacientes em hidratação venosa). Caso necessário, assegurar transporte seguro para laboratórios de referência. |
| | Educação permanente: <ul style="list-style-type: none"> • Participar dos cursos/treinamentos ofertados (on-line ou presenciais). • Discutir continuamente com a equipe sobre manejo clínico, protocolos de hidratação e identificação de sinais de alarme. • Estabelecer parcerias com lideranças locais e instituições para integrar estratégias comunitárias de controle. • Promover ações educativas com participação ativa da população em campanhas de prevenção e combate às arboviroses • Disponibilizar materiais educativos claros e visíveis sobre prevenção, controle e fluxogramas de atendimento. |

continua

| | |
|--------------------------------------|---|
| Rede de Urgência e Emergência | Acompanhamento longitudinal: <ul style="list-style-type: none"> • Programar retornos para pacientes de acordo com o risco clínico (grupo A até o 5º dia; grupo B diariamente até melhora). • Mobilizar ACS e ACE para busca ativa de grupos vulneráveis e monitoramento contínuo. • Estimular a utilização pelos profissionais de saúde o atendimento pelo módulo videochamadas e-SUS APS, especialmente para as pessoas que encontram dificuldade de deslocamento até a unidade. |
| | Atendimento e horário de funcionamento: <ul style="list-style-type: none"> • Organizar os consultórios, para dedicar profissionais médicos para os atendimentos específicos das pessoas com suspeita de dengue. |
| | Previsão e provisão de insumos: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar coleta de exames específicos e inespecíficos (hemograma) na unidade para outras unidades da rede de acordo com o planejamento para situação de incremento da demanda ou em caso de epidemia, e garantir o resultado do hemograma em $\leq 2h$ para o primeiro atendimento e em $\leq 1h$ para os casos em hidratação venosa. |

continua

conclusão

| | |
|--|---|
| Polo/centro/ unidade temporária de hidratação | Atendimento e horário de funcionamento: <ul style="list-style-type: none">• Funcionará 12h ou 24h de acordo com o planejamento para situações de incremento da demanda ou epidemia.• Dimensionar o pessoal de acordo com a demanda a ser atendida. |
| | Previsão e provisão de insumos: <ul style="list-style-type: none">• Realizar coleta de exames específicos e inespecíficos (hemograma) na unidade para outras unidades da rede de acordo com o planejamento para situação de incremento da demanda ou em caso de epidemia e garantir o resultado do hemograma em $\leq 2h$ para o primeiro atendimento e em $\leq 1h$ para os casos em hidratação venosa. |
| Atenção hospitalar | Atendimento e horário de funcionamento: <ul style="list-style-type: none">• Receber os pacientes regulados.• Manter o Número de Identificação de Registro (NIR) funcionando e integrado à Central de Regulação.• Realizar cuidados para o giro de leito de acordo com o NIR.• Ampliar os leitos dengue quando do incremento da demanda, observando a manutenção do cuidado qualificado e a segurança do paciente. |

Fonte: Brasil, 2013a, 2022a.

No Quadro 11 estão descritas as funções e responsabilidades dos profissionais que atuam nas diferentes etapas do atendimento aos pacientes com suspeita de dengue, desde a porta de entrada até a hidratação venosa e retaguarda assistencial. O quadro detalha as atribuições específicas de cada categoria enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos generalistas, auxiliares administrativos e técnicos de laboratório, conforme o protocolo de manejo clínico da dengue, estabelecendo um fluxo assistencial organizado

e integrado, que visa garantir a agilidade no atendimento, a segurança do paciente e a efetividade das ações de vigilância em saúde.

Quadro 11 Organização das portas de entrada das unidades da RAS

| Funções e responsabilidades |
|---|
| Porta de entrada e sala de espera: |
| <ul style="list-style-type: none">• Preferencialmente realizado em um só espaço, para agilizar a assistência e otimizar a vigilância clínica. Enfermeiro (1 e 2) <ul style="list-style-type: none">• Classificar o risco de acordo com o fluxograma da dengue do Ministério da Saúde.• Realizar consulta de enfermagem, colher a história, fazer a anamnese direcionada para dengue, observando os sinais e sintomas de dengue, bem como os sinais de alarme.• Encaminhar o paciente para a sala de hidratação ou sala de estabilização, de acordo com o risco, grupo C e D do manejo clínico da dengue => atendimento médico imediato.• Iniciar a reposição volêmica imediata para pacientes dos grupo C e D, conforme o que está indicado no fluxograma de manejo clínico, enquanto aguarda o atendimento médico, a exceção das limitações apontadas no fluxograma relacionadas à pessoa idosa, na presença de comorbidades e pacientes com cardiopatias insuficiência renal, cujos volumes devem ser adequados caso a caso.• Agilizar a solicitação do hemograma obrigatório para pacientes dos grupos C e D.• Orientar e supervisionar a hidratação oral na sala de espera.• Realizar observação contínua e ativa na espera, reclassificando o risco. |

continua

Atenção: o exame de sangue inespecífico (hemograma), é solicitado e colhido logo na entrada, por ser fundamental para a avaliação e conduta. O aumento progressivo do hematócrito faz parte dos sinais de alarme e pode traduzir a presença de hemoconcentração, sem que existam ainda outros sinais de alarme ou gravidade.

Enfermeiro (3)

- Orientar e supervisionar a hidratação oral na sala de espera.
- Realizar observação contínua e ativa na espera, reclassificando o risco.
- Supervisionar a coleta de sangue, a verificação dos sinais vitais e a realização da prova do laço pelos técnicos.

Auxiliar administrativo (1)

- Preencher os dados iniciais do paciente na porta de entrada.
- Atenção: para agilizar a assistência, bem como a classificação de risco pelo enfermeiro, o técnico verifica os sinais vitais e faz a prova do laço.

Técnico de enfermagem (1)

- Verificar os sinais vitais e peso.
- Realizar a prova do laço, conforme protocolo.
- Anotações em prontuário eletrônico.

Técnico de enfermagem (2)

- Colher o sangue.

Técnico de enfermagem (3)

- Auxiliar o enfermeiro a orientar a hidratação oral na sala de espera.
- Reavaliar os sinais vitais.
- Encaminhar os exames colhidos ao laboratório.
- Recolher junto ao laboratório o resultado dos exames.

Auxiliar administrativo, ou outro profissional (2)

- Realiza as notificações via Sinan dos casos suspeitos de dengue.

continua

Consultórios e estabilização:

Enfermeiro (2)

- Apoiar as ações assistenciais.
- Atuar na sala de estabilização e na HV quando necessário.

Técnico de enfermagem (3)

- Apoiar o enfermeiro nas ações assistenciais.
- Atuar na sala de estabilização quando necessário.

Médico generalista (1), (2), (3), (4)

- Prestar assistência ao paciente.
- Colher história, realizar exame físico.
- Solicitar os exames complementares.
- Fazer a prescrição médica assistencial:
 - » pacientes liberados;
 - » pacientes encaminhados para a hidratação venosa;
 - » pacientes em HV.

Hidratação venosa:

Enfermeiro (4)

- Receber o paciente encaminhado à hidratação venosa.
- Supervisionar a execução do que foi prescrito e planeja o plano de cuidados de enfermagem.
- Registrar a evolução e os cuidados prestados ao paciente.
- Reavaliar o paciente em hidratação conforme o protocolo.
- Solicitar o hemograma de reavaliação.
- Incentivar e monitorar a ingesta hídrica oral dos pacientes em hidratação venosa-HV.
- Atualizar o censo dos pacientes em hidratação a cada 12 horas.

continua

Técnico de enfermagem (4), (5), (6), (7)

- Atuar junto ao enfermeiro no recebimento do paciente encaminhado à hidratação venosa.
- Puncionar acesso venoso e administrar os medicamentos prescritos.
- Prestar assistência direta aos pacientes.
- Verificar os sinais vitais.
- Observar o paciente durante a hidratação venosa e comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência.
- Auxiliar na alimentação e deambulação de pacientes.

Médico generalista (1), (2), (3), (4)

- Reavaliar os pacientes em hidratação.
- Anotar a evolução do paciente.
- Fazer a prescrição para o paciente liberado.
- Orientar quanto às informações contidas no cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue.
- Fornecer atestado médico de afastamento do trabalho.
- Fornecer declaração de comparecimento.
- Anotar o resultado dos exames no cartão de acompanhamento de dengue (Anexo B).

Acolhimento, espera, consultórios, estabilização, laboratório e hidratação venosa:

Enfermeiros (1), (2), (3), (4)

- Organizar e gerenciar o local, a equipe de enfermagem e a assistência prestada, relatando as intercorrências no livro de ordens e ocorrências.
- Relatar em formulário próprio os pacientes transferidos, colocando a unidade de destino e o acompanhante.
- Supervisionar a assistência prestada pelos técnicos de enfermagem.
- Solicitar a alimentação dos pacientes em hidratação.
- Acompanhar a transferência dos pacientes.
- Atentar para o tempo de espera da liberação dos exames laboratoriais.

continua

- Orientar quanto ao retorno do paciente em 24 horas para reavaliação e garantir que ele porte o cartão de acompanhamento de dengue (Anexo B).
- Encaminhar ao administrativo o boletim de atendimento, após alta ou liberação do paciente, para a notificação no Sinan.
- Realizar a conferência dos materiais e medicamentos trazidos para abastecimento.

Técnico de enfermagem (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7)

- Organizar o local, relatando as intercorrências ao enfermeiro.
- Acompanhar a transferência dos pacientes.
- Participar da conferência dos materiais e medicamentos trazidos para abastecimento.
- Orientar quanto ao retorno do paciente em 24 horas para reavaliação.

Médico generalista (1), (2), (3), (4)

- Orientar quanto ao retorno do paciente em 24 horas para reavaliação e garantir que ele porte o cartão acompanhamento de dengue Anexo B.
- Acompanhar a transferência do paciente.
- Confeccionar o relatório para a regulação e transferência do paciente e atualizar as informações à regulação sempre que solicitado.

Técnico de laboratório

- Receber, preparar e processar as amostras biológicas sanguíneas, coletadas pelos técnicos de enfermagem.
- Imprimir e entregar ao técnico de enfermagem o resultado dos exames.
- Manter os registros dos exames realizados.

Retaguarda assistencial das unidades da RAS:

- Central de regulação de leitos e de transporte inter-hospitalar.
- Ampliação do quantitativo de ambulâncias.
- Ampliação do quantitativo de leitos.
- Ampliação de recursos humanos.

6 Prevenção e medidas de controle

Para a Atenção Primária à Saúde (APS), desde a equipe de Saúde da Família até os ACE e ACS, compete também orientar estratégias de prevenção e controle dos vetores das arboviroses, além da promoção da saúde e atenção ao paciente. Atividades de educação em saúde e mobilização social, a partir da integração da Vigilância em Saúde (VS) com a APS e os parceiros de diferentes setores nos territórios, são práticas para a prevenção e o controle de doenças transmissíveis. A partir do território, considerando sobretudo as alterações ambientais e seus efeitos para transmissão das doenças, o olhar do profissional de saúde deve ser ampliado sobre o que condiciona e determina a transmissão das doenças e a saúde das pessoas, de forma a orientar o trabalho e a atuação da APS em articulação com a VS.

No que se refere à dengue e a outras arboviroses, a medida mais efetiva de prevenção continua sendo o controle dos vetores, com ênfase na eliminação mecânica de criadouros e na redução da proliferação de mosquitos do gênero *Aedes*² (Brasil, 2022b, 2025b; WHO, 2024). Nesse aspecto, os levantamentos entomológicos³ indicam o aumento da presença do *Aedes* spp. próximo a períodos chuvosos e, ainda, indicam que a maioria dos criadouros está em ambiente domiciliar, tais como (Brasil, 2013b, 2025a): bebedouros,

²Vetor é o organismo responsável por transportar patógenos e disseminar para outros seres vivos, como insetos, moluscos, aracnídeos (Brasil, 2022b).

³Os levantamentos das populações de mosquitos são denominados de levantamentos entomológicos e podem ser realizados por meio de armadilhas e por meio de levantamentos de índices específicos, conforme o tipo do vetor, como para mosquitos transmissores da dengue – *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* – tem-se o Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* – LIRAA/LIA (Brasil, 2013b).

pingadeiras, pratinhos, frascos com água, gavetas de degelo de geladeira e freezer, tanques em obras de construção civil, borracharias, hortas, calhas, lajes e toldos em desnível, ralos, sanitários em desuso, piscinas não tratadas, fontes ornamentais; cacos de vidro em muros, outras obras e adornos arquitetônicas e depósitos naturais (bromélias, buracos em árvores e em rochas e afins).

A partir das informações dos levantamentos entomológicos no território, são obtidas informações para direcionar os enfoques das atividades de educação em saúde realizadas pela equipe de saúde no território, desde a observação dos domicílios e dos espaços comunitários para orientar na identificação, remoção, eliminação ou vedação de potenciais criadouros (Brasil, 2025a). Importante destacar nos territórios que a alta quantidade de resíduos/lixo ou o armazenamento inadequado de água geram alterações no ambiente que propiciam criadouros de mosquitos, sendo necessário realizar ações de controle mecânico e manejo ambiental⁴.

Nessas atividades, as equipes que atuam na APS e na VS, devem estimular uma nova prática voltada ao cuidado, individual ou coletivo, do ambiente interno e do entorno de sua residência e de sua comunidade, no sentido de desenvolver na população o compromisso e o papel de protagonista da realidade em que vive, conferindo maior sustentabilidade para prevenção e controle dos casos de dengue.

Na busca da integralidade da atenção em saúde, a intersetorialidade e a territorialização são elementos fundamentais na prevenção de casos de dengue. A intersetorialidade é prioritária para obter a sensibilização da população e dos setores externos ao âmbito da saúde, tornando-os aliados na correta disposição de resíduos

⁴Ações de controle mecânico e manejo ambiental: são práticas para a proteção, a eliminação ou a destinação adequada de qualquer tipo de potencial criadouro que possa acumular ou armazenar água, tais como pneus, vasos e pratos de plantas, materiais recicláveis e outros resíduos (Brasil, 2025e).

para evitar o acúmulo de água em objetos/recipientes ou deixá-los devidamente vedados e limpos para alcançar a interrupção do ciclo de vida do mosquito⁵ e, por consequência, a redução dos casos. Já a territorialização tem a relevância para integrar de forma qualificada as ações de vigilância e de atenção à saúde, promovendo maior articulação entre os diferentes componentes da Rede de Atenção à Saúde e potencializando as respostas frente às necessidades do território.

A equipe de saúde é responsável de orientar a população no autocuidado, trazer visibilidade sobre os sinais e sintomas da doença, identificar pessoas doentes e conscientizar sobre a importância de recorrer à UBS ou unidade de referência para dengue como principal ponto de atendimento, bem como a importância da hidratação (Brasil, 2022a). As principais medidas preventivas realizadas são:

- ▶ Adoção de estratégias para promoção da saúde e prevenção das doenças, com eliminação de criadouros e das condições ambientais que favorecem a proliferação dos vetores das doenças.
- ▶ Organização de atividades de educação em saúde na comunidade, com participação de profissionais de saúde e outros setores para palestras, rodas de conversa e exposições.
- ▶ Adoção de estratégias para prevenção das doenças e identificação de sinais e sintomas nas atividades profissionais, de lazer e esportivas, entre outras no território.
- ▶ Orientar a população para sinais e sintomas, além da busca do diagnóstico e adesão ao tratamento.

⁵O ciclo de vida do mosquito leva de sete a dez dias para se tornar adulto, a depender das condições ambientais, como temperatura e disponibilidade de alguma matéria orgânica na água. As ações de controle vetorial almejam impedir que o mosquito chegue na fase adulta, fase propícia para transmissão do vírus para circulação humana (Fiocruz, [202-]).

- ▶ Orientar medidas de proteção individual para as pessoas, como o uso de repelentes a base de DEET (N-N-dietilmetatoluamida), IR3535 ou de Icaridina nas partes expostas do corpo, além de roupas que minimizem a exposição e proporcionem proteção a picadas de vetores, de mosquiteiros e de telas em portas e janelas, principalmente ao amanhecer e entardecer que são horários de pico de alimentação do mosquito. Não há restrição de indicação de uso de repelentes por gestantes, desde que os repelentes estejam devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- ▶ Conscientização do cidadão que pode, em dez minutos por semana, eliminar focos de reprodução dos mosquitos vetores presentes no ambiente, sejam *Aedes aegypti* ou *Aedes albopictus*, conforme a localização do imóvel no território. Em tais estratégias de educação ambiental em saúde, a participação dos ACE e ACS são primordiais no processo informacional sobre as arboviroses, uma vez que atuam junto aos domicílios durante as visitas nos imóveis, além do conhecimento dos territórios. Acesse o folder disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/dengue/folder.pdf> (Fiocruz, [202-]).

Cabe salientar que o enfermeiro e a equipe de enfermagem são essenciais no desenvolvimento das ações de educação em saúde e mobilização social junto à comunidade. Essas ações devem ser promovidas de maneira permanente, até que a comunidade adquira conhecimentos e consciência do protagonismo diante do cenário de arboviroses, principalmente a dengue, e passe a modificar o comportamento com verificação dos efeitos na realidade local, além de manter os imóveis livres dos potenciais criadouros dos vetores.

6.1 INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Conforme preconizado pela Política Nacional de Vigilância em Saúde e pela Política Nacional de Atenção Básica, a integração entre as ações de VS e de APS é fator essencial para o atendimento das reais necessidades de saúde da população. Nesse sentido, o trabalho conjunto e complementar entre os ACE e os ACS, em uma base territorial comum, é estratégico e desejável para identificar e intervir oportunamente nos problemas de saúde-doença da comunidade, facilitar o acesso da população às ações e aos serviços de saúde e prevenir doenças (Brasil, 2019).

Integrar implica discutir ações a partir da realidade local, aprender a olhar o território e identificar prioridades, assumindo o compromisso efetivo com a saúde da população, desde o planejamento e a definição de prioridades, as competências e as atribuições até o cuidado efetivo das pessoas, sob a ótica da qualidade de vida (Brasil, 2008).

A integração das áreas de atuação dos ACS e dos ACE é fator essencial para o sucesso do trabalho de controle do vetor. Para alcance deste não basta somente a integração das bases territoriais e o domínio dos aspectos técnicos e operacionais do controle da dengue, mas a fomentação por parte do enfermeiro instrutor/supervisor dos ACS e supervisor de área dos ACEs de um processo de trabalho que assegure a coordenação e o monitoramento dessas atividades, com vistas a um funcionamento harmonioso do trabalho de campo, que será destacado a seguir (Brasil, 2025a).

A integração entre a VS e a APS pode fortalecer significativamente a atuação dos ACE e dos ACS. Essa colaboração permite a implementação de uma abordagem mais integral no cuidado à saúde, potencializando a capacidade de ambos os agentes de saúde para identificar, prevenir e tratar doenças de maneira mais coordenada e abrangente. Ao unirem esforços, os ACE e ACS

podem promover ações de saúde pública que considerem tanto os aspectos clínicos quanto os determinantes sociais e ambientais da saúde, resultando em comunidades mais saudáveis (Brasil, 2025a).

É importante incentivar a participação regular de todos os profissionais nas reuniões da equipe, conforme a organização de cada unidade, promovendo o diálogo entre os integrantes da atenção à saúde e convidando a equipe de controle vetorial a participar ativamente, de forma integrada.

A Lei Federal n.º 13.595, de 5 de janeiro de 2018 (Brasil, 2018), também define algumas ações a serem desenvolvidas de forma integrada com os ACS (art. 4º-A), em especial no âmbito das atividades de mobilização social por meio da educação popular, dentro das respectivas áreas geográficas de atuação, a saber (Brasil, 2019, 2025a):

- ▶ Orientar a comunidade quanto à adoção de medidas simples e eficazes de manejo ambiental para o controle de vetores, além de medidas de proteção individual, coletiva e de promoção da saúde para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses e arboviroses. É fundamental incentivar a população a adotar os “10 minutos contra a dengue” semanalmente, realizando ações como tampar caixas-d’água, esvaziar recipientes que acumulam água e descartar corretamente o lixo. Essas práticas são essenciais para interromper o ciclo de vida do mosquito e proteger milhares de vidas.
- ▶ Planejamento, programação e desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de Saúde da Família.
- ▶ Identificação e comunicação, à unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica.
- ▶ Realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e outros agravos.

- Durante as visitas domiciliares, oriente a comunidade e, sempre que possível, aproveite a oportunidade para efetivar o controle mecânico de criadouros de mosquitos para prevenir doenças como dengue, chikungunya e Zika. Além disso, converse com os moradores sobre a importância de manter os quintais limpos e de adotar medidas preventivas no dia a dia. Com o envolvimento de todos, a luta contra os vetores se torna mais eficaz, garantindo um ambiente mais seguro para todos.

Em áreas estratificadas como de alto risco para determinados problemas de saúde e com maior vulnerabilidade socioambiental, pode ser necessária a mobilização de um número maior de agentes de saúde. Nessas localidades, recomenda-se a intensificação das ações de prevenção e controle para enfrentar os desafios de forma mais eficaz (Brasil, 2025a).

A reorganização do processo de trabalho dos ACE e ACS, tão necessária enquanto estratégia para promover e fortalecer a integração entre VS e APS, perpassa pelo planejamento conjunto das ações de intervenção clínica e sanitária no território. Para que seja efetivada, no entanto, é necessário que esses processos sejam previstos e pactuados nos instrumentos de gestão regulamentados, principalmente no Plano Municipal de Saúde (bem como nos Planos Estaduais e Nacional de Saúde) e na Programação Anual, conforme a realidade e necessidade de cada território (Brasil, 2025a).

6.2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A notificação oportuna dos casos é medida essencial para que a vigilância seja capaz de acompanhar o padrão de transmissão da doença na área e a curva endêmica. A rápida coleta de informações nas unidades de saúde e a qualidade desses dados são fundamentais para o desencadeamento oportuno de ações de controle e prevenção no nível local. Dessa forma, é indispensável a boa comunicação entre as equipes dessas unidades, a vigilância epidemiológica e a entomológica, considerando a rápida disseminação da doença.

Nesse contexto, a assistência de enfermagem na vigilância epidemiológica torna-se essencial para o enfrentamento de doenças como a dengue, atuando na identificação precoce e notificação imediata de casos suspeitos, além de orientar a coleta laboratorial. O profissional também é responsável por investigar o local provável de infecção, monitorar os casos conforme protocolos estaduais e municipais, capacitar as equipes e mapear diariamente os principais pontos de risco no território.

- ▶ Notificar e investigar todos casos suspeitos e enviar informação conforme fluxo estabelecido.
- ▶ Orientar a identificação de casos suspeitos de dengue ao ACS e ACE e o procedimento de notificação imediata.
- ▶ Orientar a colheita de material para sorologia a partir do sexto dia, após o início dos sintomas, e encaminhar ao laboratório de referência.
- ▶ Realizar o monitoramento, conforme rotina estabelecida pela vigilância epidemiológica municipal.
- ▶ Investigar o caso para detectar o local provável de infecção.
- ▶ Encerrar oportunamente a investigação dos casos notificados (até 60 dias após a data de notificação).

- ▶ Analisar semanalmente os dados do território de atuação, acompanhando a tendência dos casos por meio do diagrama de controle, verificando as variações entre as semanas epidemiológicas.
- ▶ Participar da investigação dos óbitos suspeitos de dengue hospitalar e domiciliar.
- ▶ Consolidar os dados do território e produzir boletins semanais e mensais, disponibilizando informações para as unidades de saúde e pacientes.
- ▶ Capacitar as equipes das unidades de saúde em vigilância epidemiológica.
- ▶ Mapear diariamente as notificações e investigações de sua área de abrangência e as principais situações de risco de seu território, como os principais pontos de criadouros e pontos estratégicos (floriculturas, borracharias, bicicletarias), bem como os principais tipos de depósitos encontrados.

Referências

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a organização, as atribuições e a formação dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 5, p. 1, 8 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com classificação de risco**: um paradigma ético, estético e político. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Triagem clínica de doadores de sangue**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz nacional para atuação integrada dos agentes de combate às endemias e agentes comunitários de saúde no território**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_atuacao_integrada_agentes_combate_endemias.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou epidemia de dengue**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou epidemia por arboviroses**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fluxograma do manejo clínico da dengue**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/respostaaemergencias/coes/arboviroses/publicacoes/fluxograma-do-manejo-clinico-da-dengue.pdf/view>. Acesso em: 29 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Acesso em: 3 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Guia prático de arboviroses urbanas: atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_arboviroses_urbanas_aps.pdf. Acesso em: 28 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. **Nota Técnica n.º 24/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS**. Estratégia temporária para vacinação contra dengue (atenuada) das doses remanescentes com validade até os próximos dois meses. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-24-2025-cgici-dpni-svsa-ms.pdf>. Acesso em: 4 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca>. Acesso em: 15 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 5. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-5a-edicao-revisada-e-atualizada-2022/view>. Acesso em: 3 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Levantamento Rápido de Índices para Aedes Aegypti (LIRAA) para vigilância entomológica do Aedes aegypti no Brasil:** metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial e tipo de recipientes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_liraa_2013.pdf. Acesso em: 3 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. **Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas:** Vigilância Entomológica e Controle Vetorial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025d. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_arboviroses_urbanas.pdf. Acesso em: 3 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Território e processo de trabalho:** caderno de educação popular em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 27-29, 14 jun. 2011.

BRASIL. Resolução nº 57, de 16 de dezembro de 2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 241, p. 119, 17 dez. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 564, de 6 de novembro de 2017. Atualiza a normatização da prescrição de medicamentos por enfermeiros no âmbito da atenção à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 6 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 661, de 9 de março de 2021**. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Brasília, DF: Cofen, 2021. Disponível em: <https://www.Cofen.gov.br/resolucao-Cofen-no-661-2021/>. Acesso em: 29 maio 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 735, de 17 de janeiro de 2024**. Normatiza a atuação do enfermeiro na assistência a pacientes em situações de arboviroses e outras emergências de saúde pública. Brasília: COFEN, 2024a. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-735-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2024b. Disponível em: <https://www.Cofen.gov.br/resolucao-Cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 29 maio 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e no puerpério**. São Paulo: Febrasgo, 2024.

FERREIRA, M. A.; GRACIO, M. C. C.; SILVA, L. B.; GONÇALVES, L. S. O papel do enfermeiro nas situações de urgência e emergência em saúde coletiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 5, p. 890-897, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Oswaldo Cruz. **Dengue: prevenir é a melhor maneira de combater**. Rio de Janeiro: Fiocruz, [202-]. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/dengue/folder.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2025.

SILVEIRA, L.T.C; SOUZA, I. A.G.; SANTOS; A.C.B, OLIVEIRA, A.B. desenvolvimento de modelo assistencial para resposta a emergências de saúde pública: uma abordagem focada na gestão de epidemias de dengue. *In: OLIVEIRA, A. B. (org.). Hospitais seguros de resilientes*. Curitiba: CVR, 2024. p. 247-263.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. **Como realizar a prova do laço para avaliação de casos suspeitos de dengue?** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaudeRS/perguntas/como-realizar-prova-do-laco-para-avaliacao-de-casos-suspeitos-de-dengue>. Acesso em: 3 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategic preparedness, readiness and response plan for dengue and other Aedes-borne arboviruses**. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ntds/global-sprp-for-dengue-and-other-aedes-borne-arboviruses.pdf>. Acesso em: 3 set. 2025.

Bibliografia consultada

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes de RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência de 2020**. Dallas: AHA, 2020.

BARROS, A. L. B. L. *et al.* **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para a prevenção e controle da dengue**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico – criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 3. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

CAPAZZOLO, A. A. (org.). **2º caderno de apoio ao acolhimento: orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade**. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 2004.

CARIDE, G. *et al.* **Guia de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2000.

CARVALHO, W. B.; HIRSCHHEIMER, M. R.; MATSUMOTO, T. **Terapia intensiva pediátrica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

CIANCIARULLO, T. I. I. *et al.* **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. 5. ed. São Paulo: Ícone, 2012.

GUBLER, D. J.; KUNO, G. **Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever**. New York: CABI Publishing, 1997.

JYH, J. H.; NÓBREGA, R. F.; SOUZA, R. L. (coord.). **Atualizações em terapia intensiva pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 2007.

KALAYANAROOJ, S.; NIMMANNITYA, S. **Guidelines for Dengue Hemorrhagic Fever Case Management**. Bangkok: Bangkok Medical Publisher, 2004.

KAZANOWSKI, M. K.; LACCETTI, M. S. **Dor: fundamentos, abordagem clínica e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MARON, G. M. *et al.* Characterization of Dengue Shock Syndrome in Pediatric Patients in El Salvador. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, Dallas, v. 30, n. 5, p. 449-450, 2011.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Opas, 2011.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria: diagnóstico e tratamento**. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ORGANIZACION PAN-AMERICANA DA LA SALUD. **Guías de atención para enfermos de dengue en la región de las Américas**. La Paz: OPS/OMS, 2010.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI. **Revista brasileira de hipertensão**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 4, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 3, p. 1-83, 2016. Supl. 3.

SOUZA, J. L. **Dengue**: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção. Rio de Janeiro: Rubio, 2007.

SPRINGHOUSE (ed.). **As Melhores Práticas de Enfermagem**: Procedimentos Baseados em Evidências. Tradução de Regina Machado Garcez. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STEDMAN. **Dicionário Médico**. 25. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

TOPJIAN, Alexis A. et al. Parte 4: Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátrico: Diretrizes de 2020 da American Heart Association para Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência. **Circulation**, Dallas, v. 142, p. S469-S523, 2020. Supl. 2.

TORRES, E. M. **Dengue Hemorrágico em Crianças**. [S. l.]: José Martínez, 1990.

TORRES, E. M. **Dengue**. Tradução de Rogério Dias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TRALDI, M. C. **Fundamentos de Enfermagem na Assistência Primária de Saúde**. Campinas: Alinea, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue Haemorrhagic Fever:** Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. 2. ed. Geneva: WHO, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue:** guidelines for diagnosis, treatment, prevention, and control. Geneva: WHO, 2009. Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.

Anexos



EXAMES LABORATORIAIS

Os exames laboratoriais de dengue podem ser divididos em dois grupos: inespecíficos, os quais auxiliam no manejo clínico do paciente, e específicos, que são utilizados para confirmação diagnóstica.

A realização de exames laboratoriais específicos não é necessária para a condução do manejo clínico do paciente com suspeita de dengue.

EXAMES INESPECÍFICOS

O hemograma com contagem de plaquetas é o exame laboratorial inespecífico mais importante, o qual tem como finalidade principal avaliar o hematócrito para identificação de hemoconcentração. A presença de hemoconcentração indica provável alteração de permeabilidade capilar (extravasamento plasmático), define a necessidade de hidratação e permite reavaliar a resposta à terapia de reposição realizada. A realização do hemograma é facultativa para o grupo A e obrigatória para os grupos B, C e D.

Exames adicionais podem ser solicitados, quando necessários, conforme estadiamento do caso, tais como: dosagem de albumina sérica e transaminases; glicose, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA), ecocardiograma, radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e ultrassonografia de abdome.

EXAMES ESPECÍFICOS

O diagnóstico laboratorial dos pacientes com suspeita de dengue pode ser realizado por meio de vários procedimentos, tais como: sorologia, isolamento viral, detecção de genoma viral, detecção de antígenos NS1, estudos histopatológicos e imuno-histoquímicos. O diagnóstico laboratorial é de grande importância para a vigilância epidemiológica, pois pode sinalizar o início de uma epidemia e a circulação e/ou a reintrodução de determinado sorotipo na região. A solicitação desses exames é indicada de acordo com a situação epidemiológica de cada área:

- ▶ Em períodos não epidêmicos, a solicitação de exame específico é obrigatória para todos casos suspeitos.
- ▶ Em períodos epidêmicos, proceder conforme orientação da vigilância epidemiológica local. A realização de exame para diagnóstico específico é obrigatória para todo paciente grave, grupos especiais e/ou em risco social e casos que evoluíram para óbito.

Sorologia para detecção de anticorpos: é o método mais utilizado para confirmação laboratorial na rotina da vigilância. O período adequado para realização da sorologia é a partir do sexto dia de início dos sintomas da dengue. Para a detecção de anticorpos, diversos métodos podem ser usados:

- ▶ **Método Elisa IgM:** detecta infecções atuais ou recentes; positiva após o sexto dia do início dos sintomas. No entanto, um resultado negativo em amostra de soro coletada em fase recente (6-10 dias após o início dos sintomas) não exclui o diagnóstico de dengue, uma vez que, em alguns casos, os níveis de IgM tornam-se detectáveis pelo teste somente após esse período.
- ▶ **Método Elisa IgG:** costuma positivar a partir do nono dia de doença, na infecção primária, e já estar detectável desde o primeiro dia de doença na infecção secundária. Para confirmar

o caso, é necessário colher amostras pareadas com intervalo de pelo menos sete dias entre as duas, para verificar se houve soroconversão, o que inviabiliza seu uso na rotina da maioria dos serviços.

As amostras para sorologia devem ser armazenadas e conservadas entre 2°C e 8°C até no máximo 48 horas; -20°C até 7 dias; após este período, manter a -70°C. Ressalta-se que os testes Elisa IgG não são disponibilizados na rede pública pelo Ministério da Saúde.

É importante observar que os *point-of-care test* (POCT), também conhecidos como testes rápidos imunocromatográficos, possuem caráter de triagem e seus resultados não devem ser utilizados como critério de confirmação laboratorial dos casos suspeitos.

Isolamento viral: é a técnica pelo qual se inocula amostras biológicas/espécimes clínico em um cultivo celular (C6/36; Vero etc.), com a finalidade de se obter uma replicação viral (massa viral). A amostra biológica/espécime clínico deve ser coletada na primeira semana da doença, durante o período de viremia, preferencialmente até o quinto dia do início dos sintomas. O sucesso desse método depende da preservação da amostra biológica/espécime clínico, sendo recomendado mantê-la sob baixas temperaturas (-70°C) e preferencialmente com criopreservantes para proteger membrana viral e integridade dos vírions. Apresenta resultado positivo/negativo observando-se a presença/ausência do efeito citopático e, subsequente, viabilidade infecciosa do vírus.

Deteção do ácido nucleico viral pelo método da Transcrição Reversa seguida da Reação em Cadeia da Polimerase (RT-PCR): o método pode ser realizado em amostras de sangue, soro, urina, líquido cefalorraquidiano (LCR), fragmentos de vísceras (fígado, baço, linfonodos, coração, pulmão, rim, cérebro, placenta e anexos fetais). Essa técnica permite a detecção de ácido nucleico viral presente nas amostras biológicas, pela amplificação do DNA complementar (cDNA) obtido a partir do RNA viral. A elevada

sensibilidade e especificidade, junto à detecção de quantidades mínimas de material genético em amostras de paciente, fazem do RT-PCR um método sensível para o diagnóstico na fase aguda da infecção por DENV. Como na técnica anterior, é ideal que as amostras clínicas sejam coletadas no período de viremia, até o quinto dia do início dos sintomas e conservadas em baixas temperaturas (-70°C).

Detecção de antígenos NS1: o NS1 é um importante marcador de viremia e está presente no soro de pacientes infectados com o DENV durante a fase clínica inicial da doença, até o quinto dia do início dos sintomas. Esse teste apresenta sensibilidade variável, e a especificidade deve ser avaliada com cautela, de acordo com a cocirculação de outros Flavivirus, encontrados tanto na infecção primária quanto na secundária.

Pesquisa de anticorpos (sorologia): a captura de IgM/IgG por ELISA ou MAC-ELISA/GAG-ELISA são os métodos de escolha mais utilizados atualmente para detecção de infecções recentes (IgM) ou tardia (IgG) em amostras de pacientes de fase convalescente. Na maioria dos casos, somente uma amostra de soro é necessária para a confirmação diagnóstica, que deve ser coletada a partir do sexto dia de início de sintomas. No entanto, um resultado negativo em amostra de soro coletada não exclui o diagnóstico de dengue, chikungunya ou Zika, uma vez que, em alguns casos, os níveis de IgM podem não ser detectáveis pelo teste, sendo necessária a solicitação de uma segunda amostra para esclarecimento diagnóstico. Nas primoinfecções, os níveis de anticorpos IgM são mais elevados comparados com os presentes nas infecções secundárias.

Deve-se considerar a possibilidade de reações cruzadas. Nesse sentido, cumpre seguir as recomendações e as interpretações estabelecidas nos tópicos de confirmação laboratorial já citadas neste documento. Outras técnicas também podem ser utilizadas no diagnóstico sorológico, incluindo o Teste de Neutralização por Redução de Placas (PRNT) e o teste de Inibição de Hemaglutinação (IH), que exigem amostras do soro pareadas de casos suspeitos (fase convalescente com intervalo de 15 dias entre as duas coletas).

Diagnóstico histopatológico: é realizado em material obtido após a morte do paciente. As lesões anatomopatológicas podem ser encontradas no fígado, no baço, no coração, nos linfonodos, nos rins, nos pulmões, no cérebro, na placenta ou em anexos fetais. O diagnóstico é presuntivo. A imuno-histoquímica permite a detecção de antígenos virais em cortes de tecidos fixados em formalina e emblocados em parafina, com emprego de micropolímeros conjugados a enzimas. É um exame confirmatório, no entanto, em áreas de cocirculação de DENV, CHIKV e ZIKV é necessário realizar diagnóstico diferencial para melhor esclarecimento, em virtude da possibilidade de reação cruzada. Sugere-se que a coleta para diagnóstico por anatomia patológica seja realizada até 48 horas após decretado o óbito.

Imuno-histoquímica: é realizado em material obtido após a morte do paciente. As lesões anatomopatológicas podem ser encontradas no fígado, no baço, no coração, nos linfonodos, nos rins, nos pulmões, no cérebro, na placenta ou em anexos fetais. O diagnóstico é presuntivo. A imuno-histoquímica permite a detecção de antígenos virais em cortes de tecidos fixados em formalina e emblocados em parafina, com emprego de micropolímeros conjugados a enzimas. É um exame confirmatório, no entanto, em áreas de cocirculação de DENV, CHIKV e ZIKV é necessário realizar diagnóstico diferencial para melhor esclarecimento, em virtude da possibilidade de reação cruzada. Sugere-se que a coleta para diagnóstico por anatomia patológica seja realizada até 48 horas após decretado o óbito. A amostra deve ser acondicionada com volume de Formalina Tamponada dez vezes o volume total das vísceras e acondicionada em temperatura ambiente.

A confiabilidade dos resultados dos testes laboratoriais depende dos cuidados adotados durante a realização da coleta do exame, a coleta em tempo oportuno e as condições ideais de temperatura, acondicionamento e transporte das amostras.

Prazos para doação de sangue:

- ▶ **Dengue clássica** – após 30 dias.
- ▶ **Dengue grave** – 180 dias após cura.

Resolução RDC/Anvisa n.º 57, de 16 dezembro de 2010, Portaria MS/GM n.º 1.357, de 13 de junho de 2011, Triagem Clínica de Doadores de Sangue.

CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

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

SINAIS DE ALARME:

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

RECOMENDAÇÕES:

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

SORO CASEIRO

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

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

Nome (completo): _____

Nome da mãe: _____

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

Unidade de Saúde _____

APRESENTE ESTE CARTÃO SEMPRE QUE RETORNAR À UNIDADE DE SAÚDE

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS ____/____/____ NOTIFICAÇÃO () Sim () Não

12 Coleta de exames

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

CONTROLE SINAIS VITAIS

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PA mmHg (em pé) | | | | | | | | | | | |
| PA mmHg (deitado) | | | | | | | | | | | |
| Temp. axilar °C | | | | | | | | | | | |

24 Coleta de exames

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

36 Coleta de exames

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

SUS
 Ministério da Saúde
BRASIL
 SECRETARIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, [20-])¹.

¹BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de Dengue**. Brasília, DF: MS, [202-]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/coes/arboviroses/publicacoes/cartao-de-acompanhamento-do-paciente-com-suspeita-de-dengue>. Acesso em: 23 jan. 2024.

REFERÊNCIA DE NORMALIDADE PARA PRESSÃO ARTERIAL EM CRIANÇAS

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

Fonte: adaptado de Jyh; Nóbrega; Souza (2007)¹.

¹JYH, J. H.; NÔBREGA, R. F.; SOUZA, R. L. Atualizações em terapia intensiva pediátrica. São Paulo: Atheneu, 2007.

DIMENSÕES DA BOLSA DE BORRACHA PARA DIFERENTES CIRCUNFERÊNCIAS DE BRAÇO DE CRIANÇAS

| 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)¹.

¹BEHRMAN, R.; KLIEGMAN, R.; JENSON, H. **Nelson textbook of pediatrics**. 16. ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000.

VALORES NORMAIS PARA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

< 2 MESES = até 60 rpm

2 MESES A 1 ANO = até 50 rpm

1 A 5 ANOS = até 40 rpm

5 A 8 ANOS = até 30 rpm

ADULTOS = 12 rpm a 20 rpm

Fonte: elaborado a partir do *AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância* (Brasil; Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2003)¹.

¹BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação: tratar a criança: módulo 4. 2. ed. rev., 1. reimp. Brasília, DF: MS, 2003. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0066.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2024.

CHECKLIST: MONITORAMENTO DE PACIENTES INTERNADOS

| CHECKLIST: MONITORAMENTO DE PACIENTES INTERNADOS COM SUSPEITA DE DENGUE | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------------------------------|---|-------------------------|------------------------------|---|-------------------------|------------------------------|---|
| Nome: | | | | | | | | | |
| Idade: | | Peso: | | | | Sexo: () FEM () MASC | | | |
| Avaliação de Enfermagem do paciente | | | | | | | | | |
| Data: | __/__/__ | | __/__/__ | | __/__/__ | | | | |
| Hora: | | | | | | | | | |
| Rubrica: | | | | | | | | | |
| Valores de pressão arterial (PA): | __x__ mmHg | | __x__ mmHg | | __x__ mmHg | | | | |
| Pulso: | | | | | | | | | |
| Temperatura: | | | | | | | | | |
| Frequência cardíaca: | | | | | | | | | |
| Frequência respiratória: | | | | | | | | | |
| Desconforto respiratório (S/N): | | | | | | | | | |
| Avaliação Hemodinâmica | Estável | Choque Compensado | Choque c/hipotensão | Estável | Choque Compensado | Choque c/hipotensão | Estável | Choque Compensado | Choque c/hipotensão |
| Nível de consciência | () Claro e lúcido | () Claro e lúcido | () Agitação/agressividade | () Claro e lúcido | () Claro e lúcido | () Agitação/agressividade | () Claro e lúcido | () Claro e lúcido | () Agitação/agressividade |
| Enchimento capilar | () Rápido < 2s | () Prolongado > 2s | () Muito prolongado | () Rápido < 2s | () Prolongado > 2s | () Muito prolongado | () Rápido < 2s | () Prolongado > 2s | () Muito prolongado |
| Temperatura e coloração das extremidades | () Quente e rosadas | () Frias | () Cianose | () Quente e rosadas | () Frias | () Cianose | () Quente e rosadas | () Frias | () Cianose |
| Volume do pulso periférico | () Forte | () Fraco e fibroso | () Tênuo ou ausente | () Forte | () Fraco e fibroso | () Tênuo ou ausente | () Forte | () Fraco e fibroso | () Tênuo ou ausente |
| Ritmo cardíaco | () Normal para a idade | () Taquicardia | () Taquicardia intensa | () Normal para a idade | () Taquicardia | () Taquicardia intensa | () Normal para a idade | () Taquicardia | () Taquicardia intensa |
| Pressão arterial | () Normal para a idade | () PAS normal + PAD elevada | () Redução de pressão ≤ 20 mmHg | () Normal para a idade | () PAS normal + PAD elevada | () Redução de pressão ≤ 20 mmHg | () Normal para a idade | () PAS normal + PAD elevada | () Redução de pressão ≤ 20 mmHg |
| Ritmo respiratório | () Normal para a idade | () Taquipnéia | () Hipernéia ou respiração de Kussmaul | () Normal para a idade | () Taquipnéia | () Hipernéia ou respiração de Kussmaul | () Normal para a idade | () Taquipnéia | () Hipernéia ou respiração de Kussmaul |
| Exame Físico (Sim / Não) | | | | | | | | | |
| Dor abdominal contínua: | | | | | | | | | |
| Hepatomegalia dolorosa e/ou ascite: | | | | | | | | | |
| Vômito: | | | | | | | | | |
| Hematemese e/ou melena: | | | | | | | | | |
| Sangramento de mucosas: | | | | | | | | | |
| Edema: | | | | | | | | | |
| Resultados de exames laboratoriais (Registrar valores) | | | | | | | | | |
| Contagem de Plaquetas: | | | | | | | | | |
| Valor do hematócrito: | | | | | | | | | |
| Transaminases: | | | | | | | | | |
| Glicose: | | | | | | | | | |
| Ureia: | | | | | | | | | |
| Creatinina: | | | | | | | | | |
| Albumina sérica: | | | | | | | | | |
| Volume de hidratação por hora | | | | | | | | | |
| Volume oral (ml) | __ml | | __ml | | __ml | | __ml | | |
| Volume venoso | __ml | | __ml | | __ml | | __ml | | |
| Diurese | | | | | | | | | |
| Volume: | | | | | | | | | |
| Frequência (Quantidade): | | | | | | | | | |

CHECKLIST: GRUPOS A E B

CONDUTAS NO GRUPO A

REALIZAR

- () Exame físico.
- () PA em duas posições.
- () Temperatura corporal.
- () Frequência cardíaca.
- () Frequência respiratória.
- () Verificar peso e altura
- () Calcular índice de massa corporal.
- () Prova do laço na ausência de sinais hemorrágicos (na primeira consulta e nos retornos).
- () Hidratação oral precocemente com SRO e água filtrada.
- () Administração de medicamentos prescritos.
- () Reestadiamento clínico conforme protocolo.
- () Colheita de sangue para isolamento viral e sorologia de todos os pacientes com suspeita de dengue em período não epidêmico e em período epidêmico, conforme orientação da equipe de vigilância epidemiológica.
- () Colheita de sangue para exames inespecíficos conforme solicitação médica.

() Notificação e investigação do caso suspeito de dengue em período não epidêmico e em situação de epidemia, conforme orientação da vigilância.

() Ações de educação permanente na assistência em saúde.

() Ações de prevenção de infecções relacionadas aos serviços de saúde.

() Ações de segurança do paciente.

() Higienização das mãos.

() Vigilância pós-alta.

SOLICITAR

() Exames específicos conforme protocolo local.

IDENTIFICAR

() Sintomatologia atual.

() Medicações em uso de usos contínuo e sintomáticos.

() Automedicação.

() Data do início dos sintomas.

() Presença de comorbidades (doenças de base).

() Presença de coinfeções.

() Condições de risco e vulnerabilidades para agravamento.

() Status vacinal para dengue e outras doenças considerando diagnóstico diferencial.

() Intervenções nos serviços com vistas à melhoria da qualidade do cuidado.

ORIENTAR

() Sinais e sintomas clássicos (febre com duração máxima de sete dias mais pelo menos dois sintomas: cefaleia, dor retro-orbitária, exantema, prostração, mialgia e artralgia).

() Possibilidade de sangramento de mucosas e manifestações hemorrágicas como petéquias, epistaxe, hemorragia conjuntival, hematêmese, hematúria, melena ou enterorragia.

() Sinais de alarme especialmente no primeiro dia do desaparecimento da febre: dor abdominal intensa e contínua, dor no hipocôndrio direito, hipotensão arterial, hipotensão postural e/ou lipotímia, vômitos persistentes, taquicardia, sangramento de mucosas, hemorragia importante (hematêmese e/ou melena), sonolência e/ou irritabilidade, diminuição da diurese, pele fria e sudoreica e desconforto respiratório.

() Retorno de imediato na presença de sinais de alarme ou a critério médico.

() Retorno ao serviço de saúde se ocorrer sintomatologia de outra infecção ou descompensação de doenças de base.

() Hidratação oral no domicílio: SRO, líquidos caseiros (água, suco de frutas naturais, soro caseiro, chás, água de coco, sopas etc.); evitar refrigerantes e alimentos de coloração avermelhada como beterraba e açaí considerando a possibilidade de “confusão” com hematêmese.

() Manter alimentação.

() Manter o aleitamento materno.

() Risco da automedicação.

- () Contraindicação do uso de medicamentos anti-inflamatórios não hormonais (Cetoprofeno, Ibuprofeno, Diclofenaco, Nimesulida e outros) e fármacos com potencial hemorrágico (antiagregantes plaquetários e anticoagulantes), exceto manutenção destes sob prescrição médica).
- () Manutenção da medicação de uso contínuo sob prescrição médica e até nova avaliação médica.
- () Repouso relativo.
- () Medidas não medicamentosas de controle da febre: banho com água tépida e roupas leves.
- () Aquecimento do paciente na presença de calafrios.
- () Medidas não medicamentosas na presença de prurido: banho frio e compressas frias.
- () Medidas de prevenção da doença eliminação domiciliar dos criadouros do *Aedes aegypti*.
- () Atitudes e práticas favoráveis em saúde.
- () Condutas para aquisição de conhecimento cientificamente correto em fontes seguras.
- () Aplicar regras e conhecimentos sobre dengue para prevenção, controle, tratamento da doença.
- () Prazos para doação de sangue: dengue clássica – após 30 dias; e dengue grave – 180 dias após cura; se tiveram contato sexual com pessoas que apresentaram diagnóstico clínico e/ou laboratorial de dengue nos últimos 30 dias, são inaptos pelo período de 30 dias após o último contato sexual com essas pessoas.
- () Somente após 30 dias de vacinação de dengue.
- () Informações gerais pós-alta para paciente/família/cuidador.

CALCULAR

- () Volume de líquido a ser oferecido ao dia.
- () Gotejamento de soluções e hemoterápicos

AVALIAR

- () Efetividade de terapêuticas medicamentosas e de hidratação realizadas.

PRESCREVER

- () Analgésico e antitérmico por via oral se necessário.
- () Hidratação endovenosa se necessário

AGENDAR

- () Exames específicos conforme protocolo local.
- () Retorno para reavaliação clínica entre o terceiro e o sexto dia da doença (fase crítica) ou 24 horas após a defervescência da febre.

ENCAMINHAR

- () A ficha de notificação e investigação de dengue para a vigilância epidemiológica, o mais rápido possível.

CONFIRMAR

- () Preenchimento do Cartão de Acompanhamento do paciente com suspeita de dengue.
- () Notificação e investigação do caso, realizando se necessário.
- () Entendimento das orientações e esclarecimento de dúvidas.

PROVIDENCIAR

- () Visita domiciliar diariamente dos ACS e ACEs para acompanhamento dos pacientes febris e seus familiares em sua microárea de abrangência.

() Organização do serviço na unidade de saúde e nas visitas/ consultas domiciliares, adequadas às diversas circunstâncias encontradas qualificando assistência

() Consulta domiciliar (enfermeiro e/ou médico e/ou assistente social)

REGISTRAR

() As condutas de enfermagem no prontuário e/ou ficha de atendimento e no Cartão de Acompanhamento do paciente com suspeita de dengue.

CONDUTAS NO GRUPO B

GARANTIR

() Permanência em observação pacientes acomodados em cadeira/ poltrona/leito enquanto aguardam resultado do hemograma e reavaliação clínica.

() Hidratação venosa em curso durante a remoção dos pacientes, e, em caso de perda do acesso venoso, providenciar outro imediatamente.

() Medidas de segurança do paciente em instituições de saúde.

SOLICITAR

() Hemograma.

() Ao serviço social: vaga para pacientes do grupo especial, em alta, que necessitem de abrigo ou outro encaminhamento.

REALIZAR

() Sistematização da assistência de enfermagem.

() Colheita de sangue para o hemograma (em crianças até 10 anos, manter o acesso venoso permeável com solução salina).

- () Pressão arterial, em duas posições, no mínimo de 2 em 2 horas, enquanto aguarda o resultado do hemograma.
- () Temperatura corporal enquanto aguarda o resultado do hemograma.
- () Sinais vitais (se possível, a PA em duas posições) imediatamente e a cada 30 minutos, quando o hematócrito estiver aumentado em mais de 10% do valor basal ou na ausência deste.
- () Reestadiamento para os grupos C ou D, observando e registrando a presença de algum sinal de alarme, quando o hematócrito estiver aumentado em mais de 10% do valor basal ou na ausência deste.
- () Encaminhar o paciente para avaliação médica imediata, quando o hematócrito estiver aumentado em mais de 10% do valor basal ou na ausência deste.
- () Hidratação oral precocemente com SRO e água filtrada durante todo o período de observação.
- () Acesso venoso com cateter periférico de média duração, se necessário.
- () Hidratação venosa, em caso de vômito e/ou recusa do SRO.
- () Administração de medicamentos prescritos.
- () Reavaliação clínica e de hematócrito em quatro horas (após a etapa de hidratação).
- () Avaliação clínica sistemática para detecção precoce dos sinais de alarme, pesquisa de hemoconcentração e resposta à terapia de reidratação.
- () Reestadiamento do paciente de acordo com o resultado do hematócrito e avaliação clínica (exame físico), encaminhando para avaliação médica.

- () Condutas para o grupo A em caso de alta para o domicílio.
- () Acompanhamento do paciente até 48 horas após a queda da febre.
- () Reclassificação dos pacientes em condição clínica especial após cada avaliação clínica e resultado de exames, seguindo protocolo da dengue e vigilância clínica específica.

AGENDAR

- () Exames específicos.
- () Retorno diário para reavaliação clínica e laboratorial ou imediata na presença de sinais de alarme.

ORIENTAR

- () Sinais de alarme e, na presença desses, indicar a unidade de saúde que deve buscar atendimento (paciente/família/cuidador).
- () Informações gerais pós-alta para paciente/família/cuidador.

ENCAMINHAR

- () Pacientes com risco social para avaliação com assistente social.
- () Pacientes com risco social para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) da área de abrangência.

CONFIRMAR

- () Preenchimento do Cartão de Acompanhamento do paciente com suspeita de dengue.
- () Notificação e investigação do caso, realizando se necessário.
- () Entendimento das orientações e esclarecimento de dúvidas.

PROVIDENCIAR

() Estrutura para possível remoção para outra unidade/serviço, se necessário.

() Exames complementares, se necessário.

() Visita domiciliar diariamente de algum membro da equipe de Estratégia de Saúde da Família para acompanhamento dos pacientes e seus familiares com quadro febril em sua microárea de abrangência.

REGISTRAR

() As condutas de enfermagem no prontuário e/ou ficha de atendimento e no Cartão de Acompanhamento do paciente com suspeita de dengue.

Equipe técnica

Colaboração:

Alessandro Igor da Silva Lopes (Cgarb)
Aline Gonçalves Pereira (Saps)
Ana Paula Alves da Silva Ferreira (Saes)
Ana Paula Gonçalves de Lima Resende (Sesau-CG)
Ariane Nogueira de Oliveira (Cgarb)
Bárbara Campolina Barbosa (Saes)
Bianca Gonçalves de Almeida Pereira (Saes)
Danielle Cristine Castanha da Silva (CGVDI)
Denise Silva de Araújo (Cgadam)
Élena Ramos de Lima (Pmae)
Eline Ferreira Mendonca (Saps)
Fernanda Luiza Hamze (Saes)
Ivanise Arouche Gomes de Souza (SES-RJ)
Jaqueline Martins (CGVAM)
José Braz Damas Padilha (Cgarb)
Juliana dos Santos Oliveira (Saes)
Karina Ribeiro Leite Jardim Cavalcante (CGLAB)
Layza Nogueira Dias Dos Santos (Saps)
Leônidas Lopes Braga Júnior (HU/UFMA)
Livia Carla Vinhal Frutuoso (Cgarb)
Lucia Alves da Rocha (Ufam)
Lúcia Teresa Cortês da Silveira (Saes)
Luciana Pelúcio Ferreira (Cgesco)
Marcelle Araujo Ribeiro (Cgarb)

Maria Aparecida Farias de Souza (EBSERH)
Maria da Conceição Mendonça Costa (Saes)
Maria de Lourdes Ribeiro (Saps)
Maria do Socorro da Silva (Semus-MA)
Maria Gorette dos Reis (UFMS)
Marisa Dias Rolan Loureiro (UFMS)
Pamela Moreira Costa (Saes)
Paulo Afonso Martins Abati (Unicamp)
Priscila da Silva Reis (Cgarb)
Priscila Leal e Leite (CGCOVID)
Renata Bergamaschi (Saes)
Renata de Oliveira Peres Chaves (SES-TO)
Marília Santini de Oliveira (DEDT)
Ricardo Augusto dos Passos (Cgarb)
Rodrigo Carvalho Filizola (Saes)
Rodrigo Fabiano do Carmo Said (Opas)
Sarah Sampaio Py-Daniel (Cgarb)
Suelem Starlym Soares
Tarciana as Silva Suassuma (Saes)
Thaís Barbosa de Oliveira (Saps)
Virginia Kagure Wachira (Cgarb)

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
CLIQUE AQUI e responda à pesquisa.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmis.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal