



Assunto: Organização de serviços da Rede Distrital de Atenção de Urgências e Emergências do Distrito Federal (Unidade Básica de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento e Serviço Hospitalar de Emergência) para o enfrentamento à dengue e outras arboviroses.

1. CONTEXTO

1.1. O Brasil enfrenta epidemias de dengue desde 1986. A elevação no nível pluviométrico e as falhas nas ações de controle do mosquito vetor (*Aedes aegypti*) contribuem para o aumento de casos de Dengue. Considerando o advento da pandemia de COVID-19 pelo SARS-Cov-2, foi possível observar um decréscimo acentuado nas notificações de casos suspeitos e prováveis de arboviroses urbanas no ano de 2020, cenário que se manteve no início do ano de 2021, considerando o período sazonal para as Arboviroses (outubro/2020-maio/2021) assim como mais recentemente no início do período sazonal de 2021/2022. Como consequência, observou-se uma redução na coleta de amostras e direcionamento das mesmas para diagnóstico laboratorial (NOTA TÉCNICA Nº 427/2021-CGLAB/DAEVS/SVS/MS). A dengue é hoje a mais importante arbovirose que afeta o homem e constitui-se em sério problema de saúde pública no mundo, especialmente nos países tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti*, principal mosquito transmissor. Atualmente, são reconhecidos 4 sorotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4, os quais podem estar circulando simultaneamente em uma determinada área. A infecção com um dos quatro sorotipos de DENV (infecção primária) geralmente fornece imunidade duradoura à infecção por um vírus do mesmo sorotipo. Existe proteção cruzada transitória entre os quatro DENVs, que enfraquece e desaparece ao longo dos meses seguintes à infecção; portanto, indivíduos que vivem em uma área endêmica de dengue com todos os tipos circulando correm risco de infecção por todo e qualquer tipo de DENV.

1.2. O período de maior sazonalidade da dengue coincide com a chegada do período chuvoso em que as probabilidades de novos criadouros do mosquito transmissor aumentam, ativando o ciclo do *Aedes*. Com a maior incidência de chuvas nos primeiros meses do ano, no Distrito Federal, os serviços encontram-se em alerta com o crescimento de casos suspeitos de dengue e possível aumento de casos graves e hospitalizações, se não houver um manejo clínico oportuno e adequado.

1.3. Diante desse contexto, os serviços de saúde, especialmente os de APS, precisam se organizar para garantir um fluxo adequado de acolhimento, atendimento, tratamento, monitoramento e notificação de pessoas com sinais e sintomas compatíveis com o quadro de dengue.

2. OBJETIVO

2.1. Este documento tem como objetivo orientar a organização dos serviços da Rede Distrital de Atenção de Urgências e Emergências do Distrito Federal (Unidade Básica de Saúde - UBS, Unidade de Pronto Atendimento - UPA e Serviço Hospitalar de Emergência - SHE), de modo a garantir o manejo adequado dos casos suspeitos e confirmados de dengue e outras arboviroses.

3. DEFINIÇÃO DE CASO DE DENGUE

3.1. A dengue é uma doença febril aguda, sistêmica e dinâmica, que pode apresentar um amplo espectro clínico, variando de casos assintomáticos a graves. No curso da doença – em geral debilitante e autolimitada –, a maioria dos usuários apresenta evolução clínica benigna e se recupera. No entanto, uma parte pode evoluir para formas graves, inclusive óbitos.

3.2. A definição adotada para a caso suspeito de dengue é:

Caso suspeito de dengue: *Indivíduo que esteja em área onde se registrem casos de dengue ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão ou presença de *Ae.aegypti*. Deve apresentar febre (alta, podendo variar de 38°C a 40°C), usualmente entre dois e sete dias, e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos, exantema, mialgia/artralgia, cefaleia, dor retro-orbitária, petéquias/prova do laço positiva, leucopenia. Deve-se considerar também como caso suspeito toda criança com quadro febril agudo, entre 2 e 7 dias de duração, e sem foco de infecção aparente.*

4. APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA DENGUE

4.1. Pode apresentar três fases clínicas: febril, crítica e de recuperação (Figura 1)

4.1.1. Fase febril

Nesta fase, a primeira manifestação é a febre, geralmente acima 38°C (podendo variar também entre 39°C e 40°C), de início abrupto e com duração de dois a sete dias, associada à cefaléia, adinamia, astenia, mialgia, artralgia e dor retro-ocular. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia também podem se fazer presentes, havendo ocorrência desta última em um percentual significativo dos casos. O exantema, presente em grande parte dos casos, é predominantemente do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros, não poupando regiões palmares e plantares, também, podendo se apresentar sob outras formas – com ou sem prurido. Após a fase febril, grande parte dos usuários recupera-se gradativamente, com melhora do estado geral e retorno do apetite.

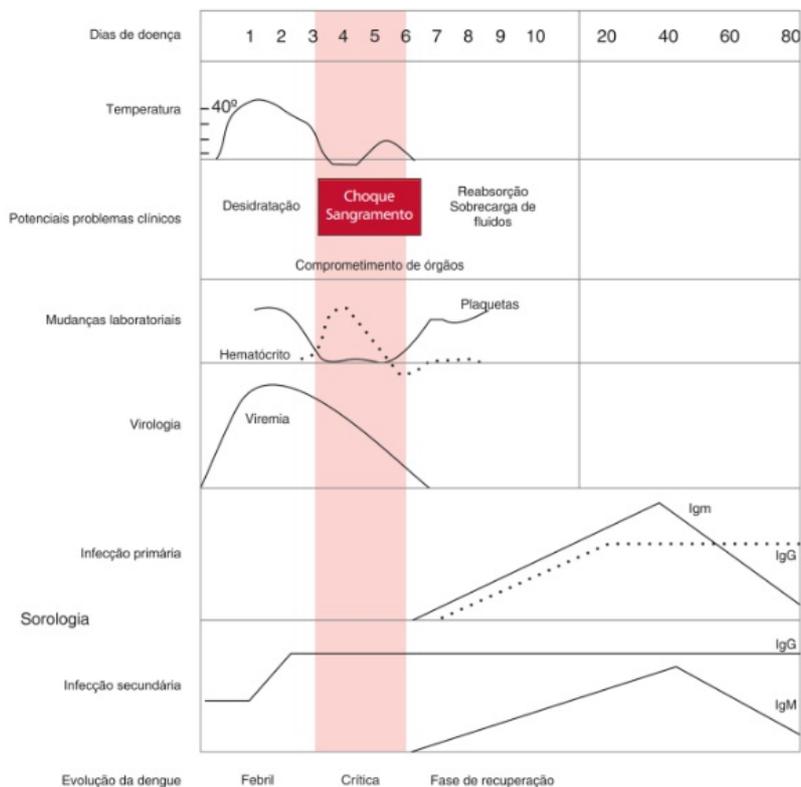
4.1.2. Fase crítica

A fase crítica tem início com o declínio da febre, entre o terceiro e o sétimo dia do início da doença. Os sinais de alarme, quando presentes, ocorrem nessa fase. A maioria deles é resultante do aumento da permeabilidade capilar. Sem a identificação e o correto manejo nessa fase, alguns usuários podem evoluir para as formas graves. Os sinais de alarme são assim chamados por sinalizarem o extravasamento de plasma e/ou hemorragias. Os sinais de gravidade, que caracterizam dengue grave, são o choque por extravasamento plasmático, hemorragias graves e disfunção grave de órgãos. Os sinais de alarme e gravidade podem levar o usuário a choque grave e óbito. Medidas diferenciadas de manejo clínico e observação do usuário devem ser tomadas imediatamente, diante da percepção de sinais de alarme e gravidade.

4.1.3. Fase de recuperação

A fase de recuperação ocorre, após as 24-48 horas da fase crítica, quando uma reabsorção gradual do fluido que havia extravasado para o compartimento extravascular, esse processo de reabsorção é continuado nas 48-72 horas seguintes. Observa-se melhora do estado geral do usuário, retorno progressivo do apetite, redução de sintomas gastrointestinais, estabilização do estado hemodinâmico e melhora do débito urinário. Alguns usuários podem apresentar um exantema, acompanhado ou não de prurido generalizado. Bradicardia e mudanças no eletrocardiograma são comuns durante esse estágio. É importante ressaltar que fatores de risco individuais podem determinar a gravidade da doença, a exemplo da idade, da etnia e de doenças associadas, como asma brônquica, diabetes mellitus, anemia falciforme, hipertensão, além de infecções prévias por outros sorotipos. Crianças mais novas podem ser menos competentes que os adultos para compensar o extravasamento capilar e, conseqüentemente, possuem maior risco de evoluir para o choque.

FIGURA 1. EVOLUÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL DA DENGUE



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico : Adulto e Criança. Brasília, 2016

4.2. **Caso suspeito de dengue com sinais de alarme:** É todo caso de dengue que, no período de defervescência da febre, apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme:

- dor abdominal intensa (referida ou à palpação) contínua ou sensibilidade;
- vômitos persistentes;
- acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico);

- hipotensão postural e/ou lipotímia;
- hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal;
- letargia/irritabilidade;
- sangramento de mucosa;
- aumento progressivo do hematócrito.

A pesquisa dos sinais de alarme deve ser rotina na prática clínica, e a população deve ser orientada a procurar o serviço de saúde imediatamente na ocorrência deles.

4.3. **Caso suspeito de dengue grave:** É todo caso de dengue que apresenta uma ou mais das condições abaixo:

- choque ou desconforto respiratório em função do extravasamento grave de plasma;
- choque evidenciado por taquicardia, pulso débil ou indetectável, extremidades frias e tempo de perfusão capilar > 2 segundos, e pressão diferencial convergente < 20 mmHg, indicando hipotensão em fase tardia; oligúria (< 1,5 ml/kg/h)
- sangramento grave segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa e sangramento do sistema nervoso central);
- comprometimento grave de órgãos, a exemplo de dano hepático importante (AST/ ALT>1.000), do sistema nervoso central (alteração da consciência), do coração (miocardite) ou de outros órgãos.

4.4. **Caso confirmado por critério laboratorial:** É aquele que atende à definição de caso suspeito de dengue e que foi confirmado por um ou mais dos seguintes testes laboratoriais e seus respectivos resultados:

- ELISA NS1 reagente;
- Isolamento viral positivo;
- RT-qPCR detectável (até o 5º dia de início de sintomas da doença);
- Detecção de anticorpos IgM ELISA (a partir do 6º dia de início de sintomas da doença);
- Aumento ≥ 4 (quatro) vezes nos títulos de anticorpos no PRNT ou teste IH, utilizando amostras pareadas (fase aguda e convalescente).

ATENÇÃO: os testes imunocromatográficos NS1 (como os testes rápidos) são testes de triagem e não são adequados para encerramento de casos. Os níveis de anticorpos IgM alcançam seu pico dentro de duas semanas após o início dos sintomas e podem ser detectados por até 90 dias. Por isso, mesmo que uma amostra tenha sido coletada em período adequado, de indivíduo que atenda à definição de caso suspeito, um resultado negativo não exclui de imediato o diagnóstico de dengue. Nesses casos, é indicada a coleta de uma segunda amostra do usuários.

4.5. **Caso confirmado por critério epidemiológico:** Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica ou para casos com resultados laboratoriais inconclusivos, deve-se considerar a confirmação por vínculo epidemiológico após avaliação da distribuição espacial e espaço-temporal dos casos confirmados laboratorialmente. Após a confirmação laboratorial dos primeiros casos de uma área, os demais casos de dengue podem ser confirmados por critério clínico-epidemiológico, exceto gestantes, casos graves e óbitos, que devem ocorrer preferencialmente por critério laboratorial.

ATENÇÃO: Durante uma epidemia, a confirmação pode ser feita pelos critérios clínico-epidemiológicos, exceto nos primeiros casos da área, os quais deverão ter confirmação laboratorial. Quando o resultado sorológico for inconclusivo, o PRNT pode ser utilizado em casos graves, óbitos, eventos adversos de vacina, entre outros, após avaliação dos laboratórios em conjunto com a Vigilância Epidemiológica.

5. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

5.1. Coleta de Amostra:

- O usuário deve ter a sua amostra para o diagnóstico etiológico de arboviroses coletada no primeiro acesso ao sistema de saúde.
- Isso é aplicável desde que atenda às definições de caso suspeito.

5.2. Priorização da Coleta:

- Se o usuário procura a unidade de saúde dentro dos cinco primeiros dias de sintomas, as amostras devem ser priorizadas para os testes virológicos e/ou de biologia molecular

5.3. Confirmação Laboratorial (Dengue):

- A confirmação laboratorial de infecção pelo vírus da dengue é realizada por meio de testes

sorológicos ou de Reação em Cadeia de Polimerase (PCR).

- Todos os exames solicitados devem ser obrigatoriamente cadastrados no Trakcare ou MVSOul.

5.4. Testes Sorológicos:

- Identificam a presença de anticorpos do vírus da dengue.
- A partir do 6º dia da doença, é possível detectar a presença de anticorpos no soro do usuário.
- IgM: é produzido na fase aguda.
- IgG: demora mais a ser produzido, geralmente detecta uma infecção antiga. Geralmente, o IgG detecta uma infecção antiga, mas, a partir do 8º a 10º dia de sintomas, já pode apresentar resultado positivo para uma doença recente.

5.5. Quanto aos testes de detecção viral, destacam-se o isolamento e a identificação de antígeno viral:

5.5.1. Isolamento Viral (PCR em Tempo Real):

- Método mais específico e considerado padrão ouro para isolamento e identificação do sorotipo do vírus da dengue.
- Pode ser realizado em amostras de sangue, líquido cefalorraquidiano (LCR) e fragmentos de vísceras (fígado, baço, coração, pulmão, rim e cérebro).
- Recomenda-se a coleta da amostra de sangue preferencialmente até o 5º dia do início dos sintomas, durante o período de viremia.

5.5.2. Detecção de Antígenos Virais (Imunocromatografia):

- Método presente nos testes rápidos para identificar casos positivos na fase inicial da transmissão da dengue.
- Possibilita a realização de bloqueios de transmissão de forma mais oportuna.
- Teste de TRIAGEM, com resultado em média em 30 minutos.
- Qualitativo, permitindo a detecção precoce a partir de 1 a 3 dias do início dos sintomas.
- Auxilia no diagnóstico sorológico da doença, sendo ideal que a amostra seja colhida no primeiro dia dos sintomas.

ATENÇÃO: Diante de um quadro suspeito de dengue, resultados positivos para NS1 ELISA ou NS1 Teste rápido (imunocromatografia) são indicativos de doença aguda e ativa, confirmando o caso. Porém, resultados negativos não excluem o diagnóstico de dengue, sendo recomendado a coleta de nova amostra a partir do 6º dia de início dos sintomas para realização do ELISA IgM. Cabe ressaltar que, sendo declarado o estado de epidemia, não há a necessidade do diagnóstico laboratorial para que os cuidados sejam orientados. Todos os serviços da Rede Distrital de Atenção de Urgências e Emergências (UBS, UPA e SHE) do DF devem estar aptas a realizar o diagnóstico por meio do exame clínico e da avaliação dos sinais e sintomas apresentados pelo usuário, sendo o NS1 Teste rápido um exame de triagem.

ATENÇÃO: Para complementar o acompanhamento de alguns usuários quanto ao risco de evolução para casos mais graves de dengue e para auxiliar na estratificação de risco à medida em que permanece o quadro, exames como hematócrito, contagem de plaquetas e dosagem de albumina sérica podem ser solicitados, embora não sejam exames diagnósticos para dengue. A periodicidade de repetição do exame ao longo do acompanhamento do usuário irá depender de sua classificação clínica (Grupos A, B, C e D).

QUADRO 1- VALORES DE REFERÊNCIA PARA INTERPRETAÇÃO DO HEMOGRAMA

Eritrograma: valores de Referência (média ± 2 desvios padrões); eritrócitos: M/ μ L; hemoglobina: g/dL; hematócrito: % VCM*: fL.				
Idade	Sangue do cordão	1º dia	3º dia	15 dias
Eritrócitos	5,1 ± 1,0	5,6 ± 1,0	5,5 ± 1,0	17,0 ± 3,0
Hemoglobina	16,8 ± 3,5	18,8 ± 3,5	17,5 ± 3,5	17,0 ± 3,0
Hematócrito	54 ± 10	58 ± 10	56 ± 10	52 ± 8
VCM	106 ± 5	103 ± 6	102 ± 6	98 ± 6
Idade	≈ 3 meses	≈ 6 meses	≈ 1-2 anos	≈ 5 anos
Eritrócitos	4,5±0,5	4,6±0,5	4,6±0,5	4,6±0,5
Hemoglobina	11,5±1,5	11,3±1,5	11,8±1,2	12,3±1,2
Hematócrito	37±4	35±4	36±4	37±4
VCM	82±6	76±6	78±6	80±6
Idade	≈ 10 anos	adultos**M	adultos**F	> 70 anos** M e F
Eritrócitos	4,6±0,5	5,3±0,8	4,7±0,7	4,6±0,7
Hemoglobina	13,2±1,5	15,3±2,5	13,6±2,0	13,5±2,5
Hematócrito	40±4	46±7	42±6	41±6
VCM	87±7	89±9	89±9	89±9

Fonte: Failace, Renato. Hemograma: manual de interpretação. 4ª ed. Porto Alegre, 2003.

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

**Adultos caucasóides; 5% abaixo em negros.

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-orbitária; petéquias; prova do laço positiva e leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito toda criança com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias de duração, e sem foco de infecção aparente.

Notificar todo caso suspeito de dengue

Tem sinal de alarme ou gravidade?

Não

Sim

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

Não

Sim

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

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

Grupo C
Sinais de alarme presentes e sinais de gravidade ausentes

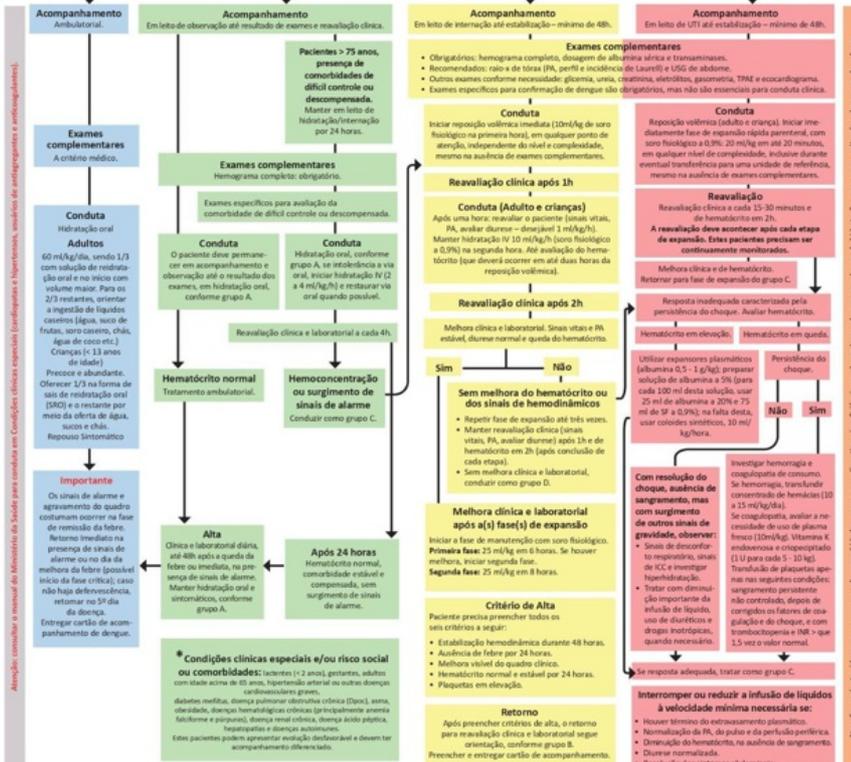
- Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua.
- Vômitos persistentes.
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericardial).
- Hipotensão postural e/ou hipotensão.
- Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal.
- Sangramento de mucosa.
- Letargia e/ou instabilidade.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

Grupo D
Dengue grave

- Extravasamento grave de plasma, levando ao choque evidenciado por taquicárdia; extremidades distais frias; pulso fraco e rítmico; enchimento capilar lento (> 2 segundos); pressão arterial convergente (< 20 mmHg); taquipneia; oligúria (< 1,5 mL/kg/h); hipotensão arterial (base torácica do choque); ólcose (base torácica do choque); acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória.
- Sangramento grave.
- Comprometimento grave de órgãos.

Iniciar hidratação dos pacientes de imediato de acordo com a classificação, enquanto aguardam exames laboratoriais.

Hidratação oral para pacientes dos grupos A e B. Hidratação venosa para pacientes dos grupos C e D.



Atenção: considerar o manual do Ministério da Saúde para condutas em condições clínicas especiais (gestantes e hipertensas, sinais de sangramento e desidratação).

Atenção: pacientes idosos ou na presença de comorbidades, como as cardiopatias e insuficiência renal, precisam adequar os volumes de hidratação caso a caso, evitando sobrecarga de volume.

7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM AS ARBOVIROSES CHIKUNGUNYA E ZIKA

QUADRO 2 – Diagnóstico diferencial entre dengue, chikungunya e Zika

SINAIS/SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA
Febre (duração)	Febre alta (>38°C) 2-7 dias	Sem febre ou febre baixa (<38°C) 1-2 dias subfebril	Febre alta (>38,5°C) 2-3 dias
Exantema	Surge do 3º ao 6º dia	Surge no 1º ou 2º dia	Surge no 2º ao 5º dia
Mialgias (frequência)	+++	++	++
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve/moderado	Moderado/intenso
Edema da articulação (frequência)	Raro	Frequente	Frequente
Edema da articulação (intensidade)	Leve	Leve	Moderado/intenso
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Linfonomegalia	+	+++	++
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+
Acometimento neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	++	++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+++	+	++

Fonte: Brito e Cordeiro, 2016, com adaptações.

8. MANEJO CLÍNICO DE ACORDO COM ESTADIAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

8.1. O manejo clínico baseia-se principalmente na reposição volêmica adequada, levando-se em consideração o estadiamento da doença (grupos A, B, C e D) segundo os sinais e sintomas apresentados pelo usuário, assim como no reconhecimento precoce dos sinais de alarme. É importante reconhecer precocemente os sinais de extravasamento plasmático, para correção rápida com infusão de fluidos. Quanto ao tipo de unidade de saúde adequada ao atendimento dos usuários de dengue, deve-se levar em consideração a classificação de risco e o estadiamento da doença, seguindo as indicações elencadas a seguir:

GRUPO A

CARACTERÍSTICAS (Sinais/Sintomas)

CONDUTA

LOCAL: Unidades Básicas de Saúde



CASO SUSPEITO DE DENGUE.

Ausência de sinais de alarme.

Ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas e prova do laço negativa.

Sem comorbidades, sem grupo de risco ou sem condições clínicas especiais.

OBS: nos lactentes, alguma irritabilidade e choro persistente podem ser a expressão de sintomas, como cefaleia e algias.

- EXAMES LABORATORIAIS COMPLEMENTARES A CRITÉRIO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE (VER VALORES DE REFERÊNCIA NO QUADRO 1);
- ORIENTAR REPOUSO E PRESCREVER DIETA E HIDRATAÇÃO ORAL (VER QUADRO 3);
- Prescrever paracetamol e/ou dipirona, conforme orientação:



ANALGÉSICOS

-Paracetamol:

» Adultos: 40-55 gotas ou 1 comprimido (500 mg) até de 6/6 horas.

» Crianças: 10 mg/kg/dose até de seis em seis horas (respeitar dose máxima para peso e idade);

Recomendado: Gotas: 200 mg/ml (1 ml = 20 gotas, vide bula) - fazer 1 gota/kg/dose; Comprimidos: 500 mg por unidade.

-Dipirona:

» Adultos: 20 à 40 gotas até de 6/6 horas.

» Crianças: 10-15 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade.

Gotas: 500 mg/ml (1 ml = 20 gotas); Solução injetável: 500 mg/ml.

Contra-indicações ao uso da dipirona:

- crianças menores de 3 meses de vida e com peso abaixo de cinco quilos pelo efeito na pressão arterial;

- gestantes;

- portadores de doença no fígado ou na medula óssea;
- alérgicos à dipirona.

ATENÇÃO:

Os salicilatos, como o AAS, são contraindicados e não devem ser administrados, pois podem causar ou agravar sangramentos. Os antiinflamatórios não-hormonais (Cetoprofeno, Ibuprofeno, Diclofenaco, Nimesulida e outros) e as drogas com potencial hemorrágico não devem ser utilizados.

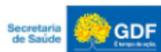
ANTIEMÉTICO, SE NECESSÁRIO:

-Ondansetrona:

Adultos: 1 comprimido VO de 8 mg até 3 vezes ao dia.

Crianças : 0,15mg/kg/dose até de 8/8h.

GRUPO B



DENGUE: ESTADIAMENTO CLÍNICO E CONDUTA



CARACTERÍSTICAS (Sinais/Sintomas)

CONDUTA

LOCAL: Unidades Básicas de Saúde



CASO SUSPEITO DE DENGUE.

Ausência de sinais de alarme.

Com sangramento espontâneo de pele (petéquias) ou induzido (prova do laço positiva).

Condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades:

- Lactentes < 2 anos;
- Gestantes;
- Adultos com idade acima de 65 anos;
- HAS ou outras doenças cardiovasculares graves;
- Diabetes mellitus;
- DPOC
- Doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpuras);
- Doença renal crônica
- Doença ácido péptica
- Hepatopatias e Doenças autoimunes.

SOLICITAR EXAMES COMPLEMENTARES:

- Hemograma completo, obrigatório para todos os pacientes. Colher amostra no momento do atendimento, se possível;
- Liberar o resultado em até duas horas, ou no máximo quatro horas. Avaliar a hemoconcentração (**ver quadro 1**);
- Outros exames deverão ser solicitados de acordo com a condição clínica associada ou a critério médico;
- O paciente deve permanecer em acompanhamento e observação até o resultado dos exames.

Prescrever hidratação oral conforme recomendado para o grupo A, até o resultado dos exames (**ver quadro 3**);

- Em caso de vômitos e recusa da ingestão do soro oral, recomenda-se a administração da hidratação venosa;
- Prescrever paracetamol e/ou dipirona (atenção aos casos onde não é indicada a prescrição de dipirona, como exemplo às gestantes);
- Seguir conduta conforme reavaliação clínica e resultados laboratoriais:
 - Paciente com hematócrito normal:
 - Tratamento em regime ambulatorial com reavaliação clínica diária.
 - Agendar o retorno para reclassificação do paciente, com reavaliação clínica e laboratorial diária, até 48 horas após a queda da febre ou imediato, na presença de sinais de alarme.
 - Orientar o paciente para não se automedicar, permanecer em repouso e procurar imediatamente o serviço de urgência em caso de sangramentos ou sinais/sintomas de alarme.

PACIENTE COM SURGIMENTO DE SINAIS DE ALARME:

- Seguir a conduta do **grupo C**;
- Encaminhar para unidades de referência a partir do surgimento de sinais de gravidade. ATENÇÃO: Os exames específicos para confirmação não são necessários para condução clínica. Sua realização deve ser orientada de acordo com a situação epidemiológica

ATENÇÃO: NOTIFICAR (**VER ITEM 9**) E PREENCHER CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO COM SUSPEITA DE DENGUE.

GRUPO C



DENGUE: ESTADIAMENTO CLÍNICO E CONDUTA



CARACTERÍSTICAS (Sinais/Sintomas)

CONDUTA

LOCAL: Unidades de Pronto Atendimento

CASO SUSPEITO DE DENGUE.

Presença de algum sinal de alarme:

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

Para os pacientes do grupo C, o mais importante é iniciar a reposição volêmica imediata, em qualquer ponto de atenção, independente do nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares conforme segue:

Reposição volêmica: SF 0,9% 10 mL/kg na primeira hora. Manter a hidratação de 10 mL/kg na segunda hora (enquanto aguarda exames). Respeitar hidratação máxima de 20 mL/kg nas primeiras 2 horas. Devem permanecer em acompanhamento em leito de internação até estabilização - mínimo 48 horas.

- Realizar **exames complementares obrigatórios:** Hemograma completo, dosagem de albumina sérica e transaminases.
- Os exames de imagem recomendados são radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e ultrassonografia de abdome. O exame ultrassonográfico é mais sensível para diagnosticar derrames cavitários, quando comparados à radiografia.
- Outros exames poderão ser realizados conforme necessidade: glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TPAE e ecocardiograma.

Proceder a reavaliação clínica (sinais vitais e PA estáveis, avaliar diurese: desejável 1 ml/kg/h) **e laboratorial (queda do hematócrito) a cada 2 horas:**

- **Se NÃO HOUVER melhora clínica e laboratorial:** repetir a fase de expansão (20 ml/kg/h com soro fisiológico ou ringer lactato em 2 horas) até três vezes. Seguir a orientação de reavaliação clínica e laboratorial a cada duas horas após a conclusão de cada etapa.

Se não houver melhora, conduzir como grupo D.

- **Se HOUVER melhora clínica e laboratorial** após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:

- **Primeira fase:** 25 ml/kg em 6h. Se houver melhora inicia-se a segunda fase. Se piora, conduzir como D;
- **Segunda fase:** 25 ml/kg em 8h, sendo 1/3 com soro fisiológico e 2/3 com soro glicosado. Atenção especial deve ser direcionada aos pacientes diabéticos, devendo a glicemia capilar ser monitorada a cada 2h, podendo ser corrigida com insulina regular conforme a necessidade.

- Exames para confirmação de dengue **são obrigatórios** para os pacientes do grupo C, mas não são essenciais para a conduta clínica. Na primeira coleta de sangue, solicitar realização destes exames, atentando para a necessidade de acondicionamento adequado: -20°C para realização da sorologia (após o quinto dia) e -70°C para realização do isolamento viral ou PCR (até o quinto dia de doença).

- Prescrever paracetamol e/ou dipirona.

- Os pacientes do Grupo C devem permanecer em leito de internação até estabilização e critérios de alta, por um período mínimo de 48 horas. Após preencher critérios de alta, o retorno na APS para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação conforme grupo B.

IMPORTANTE: NOTIFICAR (EM ATÉ 24H) E PREENCHER CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO COM SUSPEITA DE DENGUE.

		
GRUPO D	DENGUE: ESTADIAMENTO CLÍNICO E CONDUTA	
CARACTERÍSTICAS (Sinais/Sintomas)	CONDUTA	LOCAL: Unidades Hospitalares 
<p>CASO SUSPEITO DE DENGUE.</p> <p>Presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos.</p> <p style="text-align: center;">Sinais de choque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia. • Extremidades distais frias. • Pulso fraco e filiforme. • Enchimento capilar lento (>2 segundos). • Pressão arterial convergente (<20 mm Hg). • Taquipneia. • Oligúria (< 1,5 ml/kg/h). • Hipotensão arterial (fase tardia do choque). • Cianose (fase tardia do choque). 	<p>- Reposição volêmica (adultos e crianças): Iniciar imediatamente fase de expansão rápida parenteral, com solução salina isotônica: 20 ml/kg/h em até 20 minutos, em qualquer nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares. Caso necessário, repetir por até três vezes, de acordo com avaliação clínica.</p> <p>Reavaliação clínica a cada 15-30 minutos e de hematócrito em 2 horas. Estes pacientes necessitam ser continuamente monitorados. Se houver melhora clínica e laboratorial após as fases de expansão, retornar para a fase de expansão do grupo C e seguir a conduta recomendada para o grupo.</p> <p>-Realizar exames complementares obrigatórios: hemograma completo; proteína, dosagem de albumina sérica e tipagem sanguínea. -Exame específico (sorologia/isolamento viral): obrigatório. -Os exames de imagem recomendados são radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laorell) e ultrassonografia de abdome. O exame de USG é mais sensível para diagnosticar derrames cavitários, quando comparados à radiografia. -Outros exames poderão ser realizados conforme necessidade: transaminases, glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria e ecocardiograma. -Exames para confirmação de dengue são obrigatórios, mas não são essenciais para a conduta clínica. Na primeira coleta de sangue, solicitar realização destes exames, atentando para a necessidade de acondicionamento adequado: -20°C para realização da sorologia (após o quinto dia) e -70°C para realização do isolamento viral ou PCR (até o quinto dia de doença). -Acompanhamento em leito de terapia intensiva.</p> <p>No caso de resposta inadequada, caracterizada pela persistência do choque, deve-se avaliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se o hematócrito estiver em ascensão- utilizar expansores plasmáticos (colóides sintéticos - 10ml/kg/hora); na falta deste: albumina-adulto 3ml/kg/h, criança 0,5 a 1g/kg). • Se o hematócrito estiver em queda e houver persistência do choque- investigar hemorragias e avaliar a coagulação: • Na presença de hemorragia, transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 ml/kg/dia). • Na presença de coagulopatias avaliar necessidade de uso de plasma fresco (10 ml/kg), vitamina K endovenosa e crioprecipitado (1 U para cada 5-10 kg). • Considerar a transfusão de plaquetas nas seguintes condições: sangramento persistente não controlado, depois de corrigidos os fatores de coagulação e do choque, e com trombocitopenia e INR maior que 1,5 vezes o valor normal. <p>Se o hematócrito estiver em queda com resolução do choque, ausência de sangramentos, mas com o surgimento de outros sinais de gravidade, observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de desconforto respiratório, sinais de insuficiência cardíaca congestiva e investigar hiperhidratação. • Deve-se tratar com diminuição importante da infusão de líquido, uso de diuréticos e drogas inotrópicas, quando necessário. <p>A infusão de líquidos deve ser interrompida ou reduzida à velocidade mínima necessária se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Houver término do extravasamento plasmático; • Normalização da pressão arterial, do pulso e da perfusão periférica; • Diminuição do hematócrito, na ausência de sangramento; • Diurese normalizada; Resolução dos sintomas abdominais. <p>Após preencher critérios de alta, o retorno na APS para reavaliação clínica e laboratorial segue conforme grupo B.</p> <p>IMPORTANTE: NOTIFICAR (EM ATÉ 24h) E PREENCHER CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO COM SUSPEITA DE DENGUE.</p>	

Elaboração: José Ramos da Costa Júnior - RTD MFC - SES/SAIS/COAPS/DESF

8.2. O estadiamento do usuário em relação ao quadro apresentado determina as decisões clínicas, laboratoriais, terapêuticas e de hospitalização, pois o usuário pode, durante a evolução da doença, passar de um grupo a outro em curto período de tempo.

QUADRO 3 - ORIENTAÇÕES PARA HIDRATAÇÃO ORAL DE USUÁRIOS COM SUSPEITA DE DENGUE

A hidratação oral dos usuários com suspeita de dengue deve ser iniciada ainda na sala de espera enquanto aguardam consulta médica.

- Volume diário da hidratação oral:
 - » **Adultos:** 60 ml/kg/dia, sendo 1/3 com solução salina e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco etc.), utilizando-se os meios mais adequados à idade e aos hábitos do usuário.

Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para um adulto de 70 kg, orientar: 60 ml/kg/dia 4,2 L. Ingerir nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento: 1,4 L de líquidos e distribuir o restante nos outros períodos (2,8 L).

- » **Crianças (< 13 anos de idade):** orientar usuário e o cuidador para hidratação por via oral. Oferecer 1/3 na forma de soro de reidratação oral (SRO) e o restante através 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%):
 - Crianças até 10 kg: 130 ml/kg/dia
 - Crianças de 10 a 20 kg: 100 ml /kg/dia
 - Crianças acima de 20 kg: 80 ml/kg/dia

Nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento considerar a oferta de 1/3 deste volume. Especificar em receita médica ou no cartão da dengue o volume a ser ingerido.

- Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24-48 horas após a defervescência da febre.
- A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação e sim administrada de acordo com a aceitação dos usuários. O aleitamento materno deve ser mantido e estimulado.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico : Adulto e Criança. Brasília, 2016

QUADRO 4 - ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA PROVA DO LAÇO

<p>A prova do laço deve ser realizada na triagem, obrigatoriamente, em todo usuário com suspeita de dengue e que não apresente sangramento espontâneo. A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do usuário apenas se previamente negativa.</p> <ul style="list-style-type: none">• Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS + PAD)/2$; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então $100+60=160$, $160/2=80$; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg.• Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças.• Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele; a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças; atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.• Se a prova do laço apresentar-se 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.	
--	---

Para assistir ao vídeo ([clique aqui](#))

8.3. ATENÇÃO: Grupos Populacionais Específicos

- **Crianças:** a infecção pode ser assintomática, apresentar-se como uma síndrome febril aguda ou ainda com sinais e sintomas inespecíficos, tais como astenia, sonolência, recusa da alimentação e de líquidos, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas. Nesses casos, os critérios epidemiológicos ajudam no diagnóstico clínico.
- **Crianças menores de 2 anos de idade:** são classificadas com os critérios de condições especiais e por isso devem ser conduzidas pelas condutas para o Grupo B (verde). Os sinais e sintomas de dor podem se manifestar por choro persistente, adinamia e irritabilidade, podendo ser confundidos com outros quadros infecciosos frequentes nessa faixa etária. Consequentemente, o início da doença pode passar despercebido e o quadro grave ser identificado como a primeira manifestação clínica. O agravamento nessas crianças, em geral, é mais rápido que no adulto, no qual os sinais de alarme são mais facilmente detectados.
- **Gestantes:** devem ser tratadas de acordo com o estadiamento clínico da dengue e necessitam de observação rigorosa, independentemente da gravidade da doença. O médico deve estar atento aos riscos para a mãe e o concepto. Em relação à mãe, os riscos da infecção estão principalmente relacionados ao sangramento 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 histórico de febre nos últimos 7 dias.
- **Idosos:** indivíduos acima de 65 anos estão mais sujeitos à hospitalização e ao desenvolvimento de formas graves da doença. É importante lembrar que os idosos são mais vulneráveis às complicações decorrentes de dengue, entre outros aspectos, por possuírem sistema imunológico menos eficiente, pela possível existência de doenças associadas e pelo fato de se desidratarem com maior facilidade. Dessa forma, a avaliação clínica deve ser criteriosa, a fim de se evitarem complicações pela demora na identificação e tratamento da infecção grave por dengue, quando presente.

9. FLUXO ASSISTENCIAL

9.1. Todos os níveis de atenção devem acolher os casos suspeitos e/ou confirmados, estratificar o risco dos pacientes e/ou realizar acolhimento com classificação de risco, prestar assistência oportuna, encaminhando quando necessário para o serviço compatível com o quadro do usuário, responsabilizando-se por sua transferência.

9.2. Cada região de saúde deve pactuar localmente seus fluxos de oferta de exames de apoio diagnóstico, suporte e retaguarda para reposição volêmica nas UBS, UPAs e SHE, materiais e insumos.

9.3. Unidades Básicas de Saúde (UBS)

9.3.1. Compete à APS o acolhimento dos casos suspeitos de dengue, realização da prova do laço, avaliação clínica e laboratorial, quando necessário, e manejo dos casos conforme classificação clínica de risco. A entrega do cartão de acompanhamento do usuário com suspeita de dengue é essencial para a garantia da continuidade do cuidado. As equipes de saúde rurais devem estar atentas ao monitoramento dos casos com o intuito de prevenir agravamentos da condição, visto as distâncias entre as residências e as UBS.

9.3.2. Realizado o diagnóstico diferencial para outras doenças agudas febris, deve-se proceder com a notificação do caso e manejo clínico conforme classificação dos grupos para dengue. Nos casos onde há surgimento de sinais de alarme ou critérios de maior gravidade clínica, a equipe da APS deve dar início à reposição volêmica e, segundo o Grupo de Classificação de Risco, encaminhar aos outros níveis de atenção. O registro dos atendimentos e procedimentos no E-SUS APS, incluindo informações sobre a realização de exames, é parte fundamental para o acompanhamento e o

monitoramento dos casos.

9.3.3. Coleta e Transporte de amostras biológicas

9.3.3.1. A coleta das amostras para a realização dos exames complementares deve ser realizada, preferencialmente, na própria unidade de atendimento do usuário. A viabilidade desse fluxo depende das amostras já estarem cadastradas no Trakcare e do transporte (carro ou moto) providenciado pela unidade ou pela superintendência, que passe na UBS e encaminhe as amostras ao laboratório de referência da região.

9.3.3.2. Os usuários com suspeita de dengue classificados como grupo A (Azul) a coleta deve ser feita na UBS e as amostras poderão ser enviadas em até 24 horas ao laboratório hospitalar de referência para análise.

EXCLUSIVO PARA OS EXAMES DE DENGUE

ORDEM DE COLETA	COR DA TAMPA DO TUBO	EXEMPLOS DE EXAMES	CUIDADOS NA COLETA E CENTRIFUGAÇÃO	ARMAZENAMENTO DA AMOSTRA
1	AMARELA/VERMELHA	TGO, TGP, Teste Rápido de Dengue (NS1, IgG e IgM)	Pode não ser centrifugado	Até 24h em T.A.
2	ROXA	Hemograma, Hemoglobina glicada (HbA1C ou HbGlic)	Deve ser homogeneizado logo após a coleta. NÃO DEVE SER CENTRIFUGADO.	Até 24h em T.A.

9.3.3.3. Caso ocorra a impossibilidade de coleta na UBS, o usuário deve ser encaminhado ao laboratório hospitalar de referência mais próximo com os exames já cadastrados no Trakcare.

9.3.3.4. Os resultados deverão ser liberados em um prazo de até duas horas a contar da entrada da amostra no laboratório.

9.3.3.5. Devem ser estabelecidas estratégias para garantir um fluxo de encaminhamento das amostras laboratoriais, podendo ser viabilizado por um esquema alternativo (moto ou carro) de transporte do material biológico até o laboratório, a liberação do resultado em prazos oportunos, enquanto o usuário é mantido em observação por curto período.

9.4. Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSP)

9.4.1. Compete às UBSP a estratificação do risco oportunamente, uma vez que a maioria dos casos suspeitos de dengue é de baixa complexidade e os internos podem ser acompanhados adequadamente nas celas das unidades prisionais.

9.4.2. A identificação do caso e o pronto atendimento aumentam a possibilidade de detectar um estágio inicial da doença sem necessidade de internação e complicações decorrentes do agravamento pela falta de cuidado em saúde.

9.4.3. Uma abordagem rápida e com intervenção imediata deve ser adotada por todas as equipes. Os internos com queixas sugestivas de dengue devem ser encaminhados imediatamente para atendimento nas Unidades Básicas de Saúde Prisionais, sendo a comunicação feita diretamente aos policiais penais (agentes que estão em contato mais próximo e frequente com os internos) e à equipe de saúde.

9.4.4. Após avaliação e classificação, os internos azuis e verdes são de responsabilidade de manejo e cuidado da Atenção Primária, uma vez que suas condições de saúde têm possibilidade de serem monitorados com intervalos regulares, que podem variar de 1 a 3 dias. Contudo, se o interno apresentar sinais de alarme, deve ser protocolado e providenciado seu atendimento por uma unidade de internação para conduta clínica seguindo o fluxo de internação nas unidades pactuadas, já com a notificação realizada pela UBSP.

ATENÇÃO: Havendo situações de urgência/emergência aos finais de semana, horário noturno e/ou feriados, o gestor da unidade penal deve acionar o SAMU conforme fluxo pactuado com a Rede de Urgência e Emergência (RUE).

9.4.5. Os internos que necessitam de hidratação monitorada na UBSP e que porventura ainda aguardam resultados de exames, deverão ser removidos para SHE quando próximo do fechamento da unidade em que o interno está sendo atendido. Ademais, salvo esta condição em que se aguarda resultado de exame, as condições exclusivas que indicam remoção para um leito hospitalar são os sinais de alarme e sinais de choque de acordo com o fluxograma de manejo de Dengue. A constatação dessas condições que indicam internação para observação em leito hospitalar não impede a APS iniciar o manejo previsto em protocolo até o resgate do interno (Iniciar a terapia de hidratação endovenosa enquanto aguarda a remoção).

9.4.6. O material biológico coletado será transportado conforme fluxo já definido com a Secretaria de Administração Penitenciária. Os exames de urgência solicitados pelas UBSP devem ser cadastrados no sistema Trakcare como "EMERGÊNCIA". Os pedidos de urgência devem ser coletados no mesmo dia da solicitação, salvo os casos de acompanhamento de internos diagnosticados com dengue, que poderão ser coletados em até 72 horas (apenas hemograma completo), visto o prazo para a reavaliação médica. No caso da impossibilidade de transporte do material biológico até o

laboratório, deverá ser feito o cadastro do exame no Trakcare como "EMERGÊNCIA" e o transporte do(a) privado(a) de liberdade até o Laboratório do Hospital da Região para coleta do exame.

9.5. **Serviços de Urgências Hospitalares (SHE) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**

9.5.1. Compete aos Serviços de Urgências Hospitalares (SHE), e às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) efetuar o acolhimento com classificação de risco dos casos suspeitos conforme o preconizado no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco da Rede SES/DF, realização de avaliação clínica e laboratorial e manejo dos casos conforme classificação clínica de usuários que buscarem atendimento nestes serviços.

9.5.2. Os usuários classificados como grupo D, com sinais de choque, desconforto respiratório ou manifestações hemorrágicas graves, devem ter o manejo clínico adequado, visando a estabilização de sinais e sintomas e após ser regulado para leito de internação ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), conforme critérios clínicos.

9.6. **Transporte do usuário da APS para UPAs e SHE**

9.6.1. Os usuários classificados como Grupo C devem ser encaminhados obrigatoriamente da UBS às UPAs ou SHE após a estabilização.

9.6.2. Transferências serão realizadas, sendo avaliada a necessidade de acompanhamento médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem. Esta avaliação será realizada em conjunto entre equipe assistencial e equipe de remoção, de acordo com o perfil clínico, para a unidade direcionada pela Central de Regulação 192.

ATENÇÃO: Não poderá ocorrer interrupção da reposição volêmica durante o transporte do usuário.

9.6.3. O mesmo deverá ser realizado em transporte sanitário e ser direcionado pela central de regulação 192, portando as seguintes informações:

- Resumo clínico do dia do caso assinado pelo profissional que realizou o atendimento;
- Resultado de exames laboratoriais, e de imagem realizados, com ou sem laudo;
- Cópia da Ficha de Notificação ou Número da Notificação anotado no encaminhamento.

9.6.4. O transporte sanitário será realizado de forma responsável pelo Núcleo de Apoio e Remoção de Pacientes (NARP), Núcleo de Transporte (NT) da Região de Saúde, serviço contratualizado e, na ausência destes outros setores determinados pela Superintendência ou URD, pelo Serviço Móvel de Atendimento às Urgências (SAMU), preconizando o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco SES/DF como uma ferramenta para a priorização clínica dos usuários em situações de urgência.

9.6.5. Os usuários classificados como Grupo D com sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos devem ser encaminhados pelo SAMU ou serviço contratualizado para uma unidade de referência para manejo clínico e definição de conduta, lembrando de iniciar imediatamente a fase de expansão rápida parenteral, em qualquer ponto de atenção, inclusive durante a transferência para unidade de referência.

9.6.6. O SAMU deverá ser acionado exclusivamente nas seguintes situações:

- Usuários instáveis hemodinamicamente;
- Usuários após Intubação Orotraqueal (IOT), ou em ventilação com Bolsa Válvula-Máscara (AMBU)
- Usuários em uso de drogas vasoativas.

9.6.7. Ao proceder com a remoção pelo transporte sanitário, a equipe deverá atentar pela segurança do paciente, bem como a continuação da assistência prestada pela unidade de saúde.

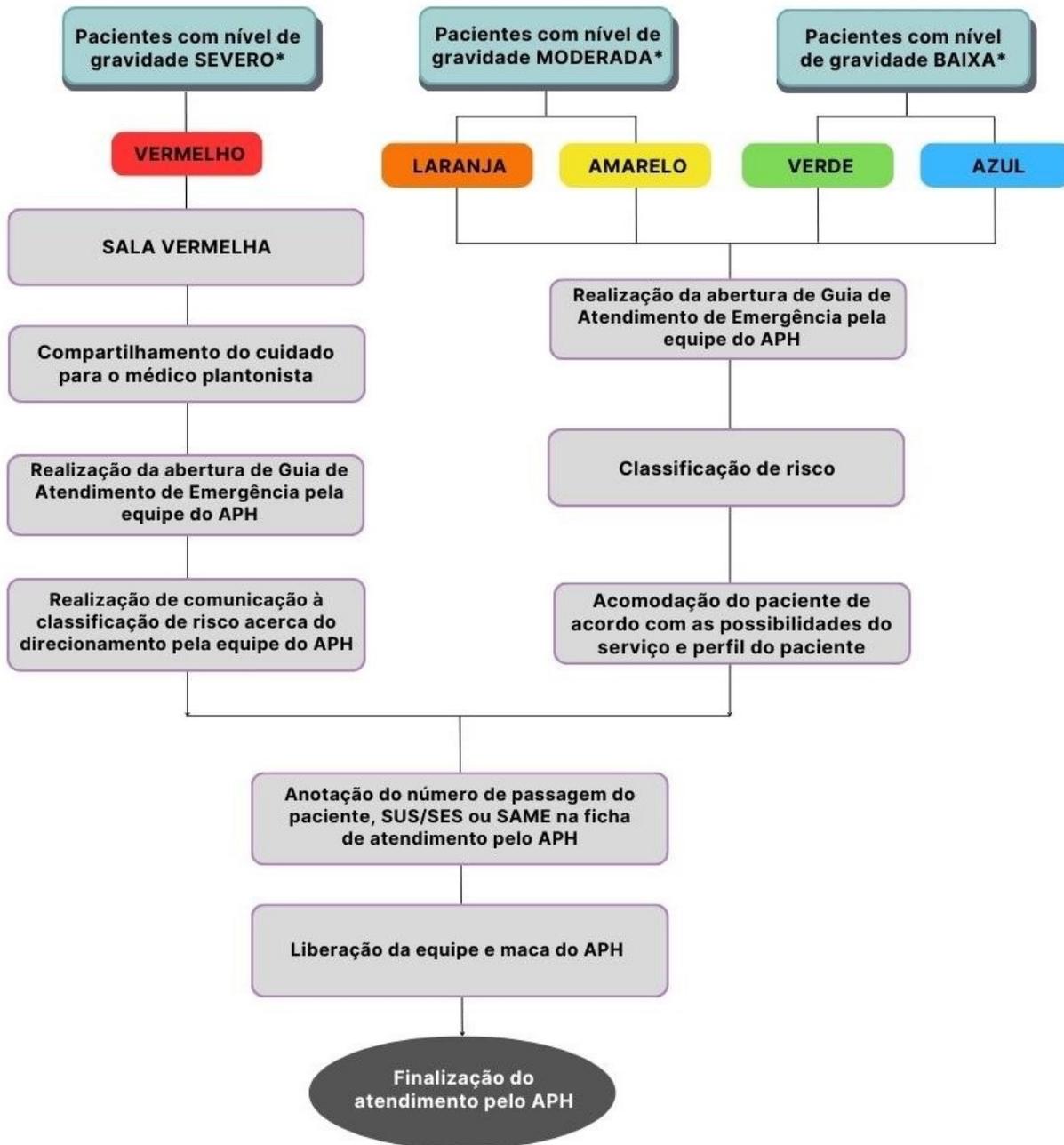
9.6.8. O preparo do usuário para remoção é de responsabilidade da unidade de origem que deverá se certificar sobre os seguintes itens:

- confirmar os documentos do paciente (RG, CPF e Cartão do SUS);
- separar o relatório médico, com o pedido de exame ou parecer ou guia de encaminhamento e a prescrição atual.

9.6.9. Na unidade de destino, a equipe deverá encaminhar-se ao Setor de Registro realizar a abertura de ficha de atendimento (GAE ou SAME), e acompanhar o usuário no Acolhimento.

9.6.10. Usuários em transferência pelo transporte sanitário terão prioridade no acolhimento a fim de dar fluxo no serviço e disponibilizar a viatura para novas remoções, e as equipes deverão seguir o fluxo de Atendimento de Pacientes Transportados pelo APH para SHE e UPAs Memorando Nº 12/2023 - SES/SAIS/ARAS/GCDRUE (112291290) abaixo:

Fluxo de atendimento de pacientes transportados pelo APH para SHE e UPAS



GLOSSÁRIO:
SHE - Serviço Hospitalar de Emergência
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
APH - Atendimento Pré-hospitalar
SUS/SES - Número de cadastro no Sistema SES/DF
SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

*Nível de gravidade de acordo com a classificação realizada pelo Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal

10. REGISTRO

10.1. Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue

10.1.1. O cartão de acompanhamento específico para pacientes com suspeita de dengue tem como objetivo garantir a continuidade do monitoramento dos sinais e sintomas da doença. Ele contempla informações como a data dos primeiros sintomas, resultados de exames laboratoriais, prova do laço e controle dos sinais vitais. Além disso, o cartão inclui orientações para os pacientes, as quais devem ser lidas e esclarecidas aos usuários no momento do preenchimento.

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;
- * Sangramento de nariz, boca ou outros tipos de hemorragias;
- * Tontura quando muda de posição (deita/senta/levanta);
- * Diminuição do volume da urina;
- * Vômitos frequentes ou com sangue;
- * Dificuldade de respirar;
- * Agitação ou muita sonolência;
- * Suor frio;
- * Pontos ou manchas vermelhas ou roxas na pele.

CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Nome(completo): _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Unidade de Saúde _____

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde

Recomendações:

- * Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chás 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

Unidade de Referência _____

Data do início dos sintomas ____/____/____

Notificação Sim Não

Prova do laço em ____/____/____ resultado: _____

1.ª Coleta de Exames

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

2.ª Coleta de Exames

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

3.ª Coleta de Exames

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

Controle de Sinais Vitais

	1.º dia	2.º dia	3.º dia	4.º dia	5.º dia	6.º dia	7.º dia
PA mmHg (em pé)							
PA mmHg (deitado)							
Temp. Axilar °C							

Informações complementares

10.2. Registro pela APS

10.2.1. Os atendimentos de casos suspeitos de dengue realizados pela APS, deverão ser registrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC e-SUS APS com os seguintes registro do CID10 [A90 - Dengue (dengue clássica), A91 - Dengue hemorrágica devida ao vírus da Dengue ou A92.0 - Febre de Chikungunya] ou CIAP2: A77 - Dengue e outras doenças virais NE, no campo Avaliação, conforme figura:

A Avaliação ^

B I U S " ↶ ↷

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

0/4000 caracteres

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento *

Pesquisar por problemas/condições ativos ou latentes do cidadão

CIAP 2

Incluir na lista de problemas/condições

CID 10

Adicionar

CIAP 2	CID 10	Lista de problemas/condições	
DENGUE E OUTRAS DOENÇAS VIRAIS NE - A77	-	Não incluído	⋮ ✎ 🗑
-	DENGUE [DENGUE CLÁSSICO] - A90	Não incluído	⋮ ✎ 🗑

11. CONTRARREFERÊNCIA PARA APS

11.1. Todos os casos C e D manejados nas UPAs e SHE devem ser contrarreferenciados para consulta de retorno na Atenção Primária à Saúde após a alta hospitalar, conforme normativas vigentes.

11.2. Para uma melhor identificação da UBS de referência, sugere-se a busca pelo endereço de moradia no site: <<https://info.saude.df.gov.br/buscasaudedfubs/>>.

DENGUE (RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS)

- Acolher e classificar os pacientes conforme fluxograma de classificação de risco para a Dengue e detectar oportunamente o aparecimento de sinais de alarme e sinais de choque;
- Manejar os usuários classificados como grupo A e B que não possuem sangramento espontâneo ou induzido (prova do laço negativa), sem sinais de alarme, e que não possuem comorbidades;
- Garantir a hidratação oral a todos os usuários suspeitos acolhidos na sala de espera pelo atendimento médico, com atenção contínua e permanente;
- Garantir o primeiro atendimento aos usuários classificados como grupo C e D que procurarem a Unidade Básica de Saúde, instituindo as terapêuticas iniciais como o acesso venoso e início da reposição volêmica, entre outras, antes de encaminhá-los para as unidades de referência;
- Realizar as notificações de todos os casos suspeitos de dengue, em até 7 dias, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Ressalta-se que os casos com sinal de alarme, casos graves e óbitos suspeitos por dengue devem ser notificados em até 24 horas;
- Desenvolver atividades relacionadas a educação em saúde no território, estimulando o autocuidado da população para a observação dos domicílios e espaços comunitários, orientando-os sobre a remoção e destruição de possíveis criadouros do mosquito *Aedes aegypti*.

12. NOTIFICAÇÃO

12.1. É obrigatório que os profissionais de saúde se mantenham sensíveis à notificação de todos os casos suspeitos de Dengue, considerando o cenário epidemiológico da doença.

12.2. A notificação é de grande importância, deve ser realizada no SINAN online, uma vez que possibilita aos gestores de saúde o conhecimento da ocorrência de agravos e doenças que acometem a população no seu território, permitindo o embasamento para a tomada de decisões coesas, e o subsídio epidemiológico para que o profissional da saúde possa fazer o encaminhamento correto, além de desencadear oportunamente ações de vigilância em saúde.

12.3. De acordo com a Portaria nº 1061 de 18 de maio de 2020, publicada pelo Ministério da Saúde, Dengue é uma doença de notificação compulsória. A notificação de doenças e agravos de saúde pública que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória é uma obrigação legal do profissional de saúde, bem como dos responsáveis por estabelecimentos públicos e particulares de saúde.

12.4. Assim, reitera-se a necessidade da notificação oportuna nos sistemas de vigilância epidemiológica, pois a inclusão tardia de casos novos, no sistema, distorce a real magnitude do perfil epidemiológico da doença, não permitindo, dessa forma, que os dados gerados auxiliem no planejamento em tempo hábil das ações de saúde para o enfrentamento dos agravos que têm impacto na saúde pública.

Todos os casos SUSPEITOS de Dengue, atendidos em unidades de saúde públicas ou privadas, devem ser notificados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN On line). Os casos graves e com sinais de alarme, assim como os óbitos são de comunicação imediata, ou seja, devem ser notificados em até 24 horas a partir da suspeita inicial.

ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA	ONDE NOTIFICAR	UNIDADES DE ATENDIMENTO (NOTIFICADORAS)
Todos os casos suspeitos de dengue	SINAN: http://sinan.saude.gov.br/sinan (Em até 7 dias)	Todos os estabelecimentos públicos e privados de saúde.
Casos graves	SINAN: http://sinan.saude.gov.br/sinan (Comunicação imediata, até 24h)	
Casos com sinais de alarme		
Óbitos por dengue		

13. ENCERRAMENTO DE CASOS DE DENGUE

13.1. O caso de dengue deve ser encerrado oportunamente em até 60 dias da notificação através do SINAN online. Considerando o cenário epidemiológico de circulação viral já conhecido no Distrito Federal dos sorotipos DENV I e DENV II, são apresentados procedimentos de vigilância epidemiológica, visando a padronização de orientação quanto ao encerramento de casos notificados. Os dados de notificação, junto com os resultados dos exames laboratoriais, trarão os subsídios para o diagnóstico final, considerando as definições de caso.

13.2. Segundo a Nota Técnica N.º 4/2023 - SES/SVS/DIVEP/GVDT (doc SEI nº 112575597), deve-se seguir a padronização de orientação quanto à notificação e ao encerramento de casos notificados.

13.3. Caso confirmado por critério laboratorial

13.3.1. Atende à definição de caso suspeito de dengue e foi confirmado por um ou mais dos seguintes testes laboratoriais e seus respectivos resultados:

- RT-PCR detectável (até o 5º dia de início de sintomas da doença);
- Deteção de anticorpos IgM ELISA (a partir do 6º dia de início de sintomas da doença);

13.3.2. Os testes sorológicos utilizados para o diagnóstico de dengue devem ter seus resultados interpretados com cautela. Cabe destacar que os níveis de anticorpos da classe IgM contra o DENV alcançam seu pico dentro de duas semanas após o início dos sintomas. Embora nas semanas subsequentes esses níveis diminuam, os anticorpos podem ser detectados por até 90 dias em infecções primárias. Por isso, mesmo que uma amostra tenha sido coletada em período adequado, de indivíduo que atenda à definição de caso suspeito, um resultado negativo não exclui de imediato o diagnóstico de dengue, dado que, em alguns casos, os níveis de IgM são detectáveis somente após o 10º dia de início de sintomas. Nesses casos, é indicada a coleta de uma 2ª amostra do usuário.

13.3.3. Para fins de vigilância, deve-se considerar a definição de caso vigente, os sinais e sintomas clínicos da doença e o histórico do paciente. Quanto às interpretações possíveis dos resultados de pesquisa de anticorpos IgM há as seguintes possibilidades:

- Os casos com sorologia IgM reagente para dengue e reagente para Zika podem ser interpretados como infecção recente por dengue e/ou Zika, reação cruzada ou coinfeção. Para o laboratório, esse caso é inconclusivo.
- Nos casos com sorologia IgM não reagente para dengue, chikungunya e Zika, descarta-se infecção recente por estas arboviroses e encerra-se a investigação.

13.3.4. Ademais, os seguintes casos deverão ser conduzidos com prioridade para confirmação laboratorial:

- Os primeiros casos de uma nova área;
- Casos de Dengue com sinais de alarme;
- Casos de Dengue grave;
- Casos de Dengue em populações especiais e condições específicas:
 - Idosos;
 - Recém-nascidos de mães virêmicas que tiveram a doença durante a gestação;
 - Crianças menores de 2 anos;
 - Gestantes: TODAS as amostras de gestantes suspeitas devem ser encaminhadas ao LACEN-DF para pesquisa de arbovírus, com enfoque na pesquisa de Zika vírus;
 - Todos os casos com suspeita de manifestações neurológicas e óbitos por Dengue.
 - Comorbidades

13.4. Caso confirmado por critério clínico-epidemiológico

13.4.1. Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica ou para casos com resultados laboratoriais inconclusivos, deve-se considerar a confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente, após avaliação da distribuição espacial dos casos confirmados.

13.4.2. Para fins de encerramento no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), os seguintes aspectos devem ser considerados pela equipe técnica de vigilância epidemiológica:

- a) Os casos que apresentarem resultado laboratorial sorológico ELISA IgM reagente para dengue devem ser exaustivamente investigados, antes de serem encerrados no SINAN. Para tanto, devem ser observadas as diferenças de manifestações clínicas, considerando-se a história clínica do indivíduo, assim como a situação epidemiológica local. Essa orientação auxiliará tanto no encerramento dos casos por critério laboratorial, como no encerramento por critério clínico-epidemiológico.
- b) Todos os casos de dengue com sinais de alarme, graves, óbitos e também em gestantes devem ser, obrigatoriamente, confirmados por laboratório.
- c) Os casos de dengue notificados que não puderem ser investigados devem ser considerados casos prováveis de dengue, em razão da suspeita clínica inicial e da situação epidemiológica.
- d) É importante lembrar que infecção recente por outros Flavivírus ou vacina recente de febre amarela podem resultar em sorologia IgM falso-positivo para dengue.

13.4.3. Após a confirmação laboratorial dos primeiros casos de uma área, os demais casos de dengue podem ser confirmados por critério clínico-epidemiológico, exceto gestantes, casos com sinais de alarme, graves e óbitos, que devem ocorrer preferencialmente por critério laboratorial.

13.5. **Caso descartado**

13.5.1. Todo caso suspeito de dengue que possui um ou mais dos seguintes critérios:

- a) Diagnóstico laboratorial não reagente/negativo, desde que as amostras tenham sido coletadas no período oportuno, além de armazenadas e transportadas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- b) Diagnóstico laboratorial negativo para dengue e positivo para outra doença,
- c) Caso sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com outras doenças;
- d) Todo caso suspeito, principalmente gestantes, casos com sinais de alarme, graves e óbitos, deve ser descartado a partir do resultado de duas sorologias não reagentes, em função da possibilidade de reação cruzada entre DENV e ZIKV.

13.6. **Teste Rápido**

13.6.1. O teste rápido, quando disponível na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), tem caráter de triagem segundo Nota Técnica nº 427/2021-CGLAB/SVS/SVS/MS:

"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." (Ministério da Saúde, 2021)

13.6.2. Portanto, o resultado do teste rápido não deve ser usado para classificação final da ficha de notificação por "critério de confirmação/descarte" laboratorial.

13.6.3. Durante os períodos epidêmicos de Dengue, o componente NS1 reagente do teste rápido poderá contribuir para eleição de amostras a serem enviadas para confirmação laboratorial e identificação do sorotipo circulante.

14. **MONITORAMENTO**

14.1. Considerando que a maioria dos casos de dengue ocorrem no primeiro semestre do ano, período que corresponde ao intervalo de sazonalidade da doença, o Ministério da Saúde propõe o monitoramento dos indicadores epidemiológicos, entomológicos e ambientais da dengue, principalmente em locais que apresentam alta vulnerabilidade para a ocorrência da doença.

14.2. Assim, esse monitoramento é realizado, no âmbito da SES- DF, por meio das seguintes instituições:

- A Vigilância Epidemiológica (DIVEP) com o monitoramento da incidência de casos prováveis por região de saúde, casos suspeitos, casos graves, casos com sinais de alarme e óbitos;
- Laboratório Central (LACEN) com o monitoramento do sorotipo circulante;
- Vigilância Ambiental (DIVAL) com o monitoramento do Levantamento Rápido de Índices para o *Aedes aegypti* – LIRA que permite o conhecimento de forma rápida, por amostragem, da quantidade de imóveis com a presença de recipientes (depósitos) com larvas de *Aedes aegypti*.

14.3. Estas informações permitem a realização de análises e elaboração de informes que devem ser apresentados em reuniões ampliadas com as diversas áreas envolvidas, visando estabelecer resposta coordenada e integrada para o fortalecimento das ações de controle da dengue.

14.4. O monitoramento deve funcionar independente da situação epidemiológica (período

epidêmico ou endêmico) para garantir que no período mais crítico para a ocorrência de casos, as estruturas para resposta frente a epidemia estejam preparadas.

14.5. Faz-se necessário, também, a (re)ativação dos Grupos Executivos Intersetoriais de Gestão do Plano de Prevenção e Controle da Dengue e outras doenças transmitidas pelo Aedes - GEIPLANDENGUE - nas sete regiões de saúde com o objetivo de planejamento sistemático e execução das ações de mobilização, prevenção e controle das doenças transmitidas pelo Aedes, conforme Decreto Nº 37.488, de 18 de julho de 2016.

14.6. Serão monitorados os casos de pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, registrados no PEC e-SUS APS, com os CID's A90, A91 e A920 ou CIAP A77, consolidados por semana epidemiológica. Os dados estão disponibilizados no Painel de Atendimentos Individuais de Dengue e Síndrome Gripal na APS, através do endereço: <https://info.saude.df.gov.br/atendimento-individual-dengue-gripal-na-aps-salasit-aba-aps/>.

15. ESTRUTURAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM SITUAÇÃO DE EPIDEMIA DE DENGUE

15.1. A atenção aos pacientes acometidos pela dengue, na maioria dos casos, tem como característica a utilização de tecnologias de cuidado que dispensam instalações e equipamentos de maior complexidade e custo. No entanto, a abordagem adequada do paciente e a correta classificação do caso e seu manejo são fatores essenciais para evitar a evolução para os casos graves, desde que haja a organização dos serviços para este fim.

15.2. O acesso aos insumos, aos exames laboratoriais, a hidratação precoce em volume e vias adequados pela classificação clínica, assim como o reconhecimento oportuno dos sinais de alarme, a garantia do acompanhamento do usuário nas horas e dias subsequentes ao primeiro atendimento e as orientações aos pacientes, garantem a boa evolução dos casos classificados como grupo A e B, evitando a evolução para os grupos C e D.

15.3. Já para os casos classificados como grupo C e D, são exigidos esforços de organização de serviços de maior complexidade e custo, saindo do campo da atenção primária e demandando articulação com outros níveis de atenção, como a rede hospitalar, necessidade de leitos de enfermaria e de terapia intensiva. Neste sentido, a capacidade de gestão é fundamental para que os serviços sejam articulados em rede, com garantia de acesso, acompanhamento do paciente e qualidade assistencial.

15.4. Dessa forma, considerando o pressuposto de que a estruturação das unidades de saúde e a maneira como a sua organização impacta na morbimortalidade da população em situações de aumento de casos de dengue, tem-se as seguintes orientações:

15.5. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

15.5.1. Acolhimento e classificação de risco:

- Recomenda-se a todas as UBS a instalação de uma sala de acolhimento que deverá contar com a presença de profissional que possa detectar oportunamente o aparecimento de sinais de alarme e sinais de choque e oferecer a hidratação oral o mais precocemente possível;
- Os pacientes devem ser acolhidos e classificados conforme fluxograma de classificação de risco para a Dengue (ver item 5);
- O fluxograma para a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue deve ser disponibilizado para todos os funcionários no maior número de salas possível;
- Se possível, cartazes com o fluxograma devem ser afixados nos diversos locais de atendimento da unidade;
- Recomenda-se, também, criar fluxos e processos diferenciados para o paciente que recebe o primeiro atendimento e para o paciente que retorna para avaliação;
- Reclassificar o paciente a cada retorno programado na unidade.

15.5.2. Hidratação:

- Garantir a hidratação oral a todos os pacientes do Grupo A e B acolhidos e que aguardam atendimento médico na sala de espera, com atenção contínua e permanente;
- Garantir o acesso venoso e início da reposição volêmica nos pacientes classificados como grupo C e D, antes de encaminhá-los para as unidades de referência;

15.5.3. Acompanhamento dos casos em suspeita de Dengue:

- Programar o acompanhamento específico para o paciente de primeira consulta e para os retornos em dias subsequentes;
- Entregar o cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue como uma estratégia importante para a garantia da continuidade do cuidado, registrando os dados clínicos, a data e local de retorno do paciente.

15.5.4. Exames laboratoriais:

- Garantir preferencialmente suporte para coleta de exames específicos e inespecíficos (definidos em protocolo vigente do Ministério da Saúde) na própria unidade;
- Estabelecer fluxo de encaminhamento de amostras e tempo limite para liberação do resultado para avaliação do paciente na própria unidade;
- Na impossibilidade de coleta dos exames na própria unidade, estabelecer um fluxo de encaminhamento responsável para coleta em laboratório da região, pactuando o retorno dos resultados em tempo hábil para o caso, no mínimo duas horas e máximo quatro horas.

15.5.5. Busca ativa:

- Realizar busca ativa de pacientes faltosos no retorno programado, pois são vinculados à área de abrangência da unidade.

15.5.6. Referência e contrarreferência

- Deve-se definir previamente a unidade assistencial para a referência dos casos atendidos na atenção primária e que necessitam encaminhamento para Hospital ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h);
- Garantir transporte adequado para referenciar o paciente durante todo o funcionamento do serviço;
- Garantir comunicação direta com a unidade assistencial definida previamente para a referência (Hospital ou Unidade de Pronto Atendimento) ou com algum dispositivo de regulação regional (Equipe de Gerenciamento de casos) do acesso dos pacientes a outros níveis de atenção;
- Garantir a contrarreferência dos pacientes vinculados ao seu território, com acompanhamento dos mesmos até a alta.

15.6. ESTRUTURA DO SERVIÇO

15.6.1. Além da organização do processo de trabalho, a unidade deve contar com uma estrutura adequada para o manejo eficiente do usuário com dengue. Assim, orienta-se:

15.6.2. Ambiente (de acordo com a unidade local)

- Recepção e registro do paciente; Espaço para acolhimento;
- Consultórios para os atendimentos;
- Sala de hidratação ou um espaço adequado; Espaço para observação dos pacientes.

15.6.3. Medicamentos

- Sais de Reidratação Oral (cloreto de sódio, glicose anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio di-hidratado);
- Dipirona sódica (500mg/ml solução oral, 500mg/ml solução injetável);
- Paracetamol (500mg comprimido, 200mg/ml solução oral);
- Soro fisiológico a 0,9% (para situações de necessidade imediata de reposição volêmica, até a chegada do usuário a unidade de saúde de maior complexidade)
- Solução ringer + lactato (lactato de sódio 3 mg/ml + cloreto de sódio 6 mg/ml + cloreto de potássio 0,3 mg/ml + cloreto de cálcio 0,2 mg/ml) solução injetável

15.6.4. Materiais e insumos

- Teste rápido para dengue;
- Material para acesso venoso (scalp, dispositivo intravenoso, equipos, agulhas de vários calibres, seringas, algodão, álcool, fita hipoalérgica, esparadrapo);
- Suporte de soro;
- Cilindros de O₂;
- Máscaras para uso do O₂;
- Oxímetro com sensor adulto e pediátrico;
- Esfigmomanômetro (com manguitos adequados para adultos, obesos e crianças);
- Termômetros;
- Estetoscópio;
- Glicosímetro;
- Balança (adulto e pediátrica);

- Negatoscópio;
- Cadeiras;
- Poltronas reclináveis (se a unidade fizer hidratação por período mais longo);
- Bebedouros/filtros/água mineral (disponibilizar água potável);
- Copos para disponibilizar soro oral na sala de espera e na sala de hidratação oral;
- Macas (apenas para usuários sem condições clínicas de aguardar a transferência em cadeira);
- Cartão de acompanhamento do paciente com Dengue;
- Ficha de notificação para dengue.

15.6.5. Transporte

- Pactuar fluxo para garantir transporte adequado no referenciamento de pacientes atendidos na UBS a outros níveis de atenção, durante todo o funcionamento do serviço.

15.7. APOIO DIAGNÓSTICO

15.7.1. Exames inespecíficos

- Realização do hemograma com contagem de plaquetas ;
- Criar estratégias regionais para garantir a realização do hemograma com liberação do resultado no mesmo dia (até 4 horas):
- Implantar posto de coleta nas Unidades Básicas de Saúde;
- Viabilizar esquema alternativo de transporte de material biológico (motocicleta, bicicleta, carro);
- Receber resultado por e-mail ou outro meio, como sistema de informação em rede;
- Pactuação de rota para fluxo de envio de amostra para os laboratórios dos hospitais regionais.

15.7.2. Exames específicos

- Garantir a coleta e o envio ao Lacen de material para sorologia (a partir do 6º dia de doença). Em situações já definidas como epidêmicas, deverá ser realizado por amostragem, isto é, para 10% dos pacientes atendidos;
- Seguir as orientações do serviço de vigilância epidemiológica;
- Acompanhar os resultados encaminhados ao Lacen e aos laboratórios regionais.

16. CAPACITAÇÕES

16.1. A capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento adequado aos usuários com suspeita de dengue é um dos principais componentes para garantir assistência em tempo oportuno e manejo adequado dos casos suspeitos.

16.2. No sentido de maximizar a capacidade de resposta integrada dos serviços de Assistência e de Vigilância do Distrito Federal no manejo da Dengue, cabe à gestão dos níveis de atenção na Administração Central e nas Superintendências regionais de saúde da SES-DF promover e divulgar capacitações/ treinamentos formativos, voltados para o manejo clínico dos casos de dengue, no formato online ou presencial (quando possível) para a temática das arboviroses, em parceria com atores estratégicos como profissionais matriciadores, EAPSUS, Universidades, entre outros.

17. CONSIDERAÇÕES FINAIS

17.1. A partir do estabelecimento desta Nota Técnica, prevendo recomendações específicas para o manejo da dengue no contexto das populações vulneráveis, será possível estabelecer as ações intersetoriais para a prevenção, além de definir o nível de resposta na Atenção Primária dos diversos territórios, bem como, fomentar a investigação oportuna sobre as evidências do fenômeno da dengue sob o aspecto assistencial, sanitário e/ou epidemiológico.

18. DA VIGÊNCIA DA NOTA TÉCNICA

18.1. Esta Nota Técnica terá vigência até que haja necessidade de uma nova revisão com as normativas vigentes e do fluxo proposto.

19. EQUIPE RESPONSÁVEL

19.1. Elaboradores

- Danielle Sampaio Lima - SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
- Enzo Ernani Souza e Silva - SES/SAIS/COAPS/DESF

- José Ramos da Costa Júnior - SES/SAIS/COAPS/DESF
- Livia Antunes Mariosi - SES/SAIS/COAPS/DESF
- Thaís da Silva Braga - SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE

19.2. Revisores

- Fernando Henrique Aires de Souza - SES/SAIS/COAPS
- Mirlene Guedes de Lima - SES/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM
- Sandro Rogério Rodrigues Batista - SES/SAIS/COAPS/DESF
- Jacqueline Coimbra Gonçalves Moser - SES/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG
- Alessandra Pinheiro de Medeiros - SES/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG
- Samuel Dias Araújo Júnior - SES/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG
- Kenia Cristina de Oliveira - SES/SVS/DIVEP/GVDT



Documento assinado eletronicamente por **SANDRA ARAUJO DE FRANCA - Matr.0173976-X, Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 29/12/2023, às 11:52, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MIRLENE GUEDES DE LIMA - Matr.1674074-2, Gerente da Estratégia Saúde da Família**, em 29/12/2023, às 11:53, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JACQUELINE COIMBRA GONCALVES MOSER - Matr.1684051-8, Gerente de Serviços de Apoio Diagnóstico**, em 29/12/2023, às 11:54, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JULIANA LEAO SILVESTRE DE SOUZA - Matr.1443738-4, Coordenador(a) de Atenção Especializada à Saúde substituto(a)**, em 29/12/2023, às 11:59, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **SANDRO ROGERIO RODRIGUES BATISTA - Matr.1681160-7, Diretor(a) da Estratégia Saúde da Família**, em 29/12/2023, às 13:13, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **THAIS DA SILVA BRAGA - Matr.1661788-6, Diretor(a) de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias substituto(a)**, em 29/12/2023, às 14:42, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LARA NUNES DE FREITAS CORREA - Matr.1675286-4, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 29/12/2023, às 15:11, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANO MORESCO AGRIZZI - Matr.1688993-2, Secretário(a) Adjunto(a) de Assistência à Saúde**, em 02/01/2024, às 13:26, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0
 verificador= **130237270** código CRC= **563C351D**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"
 SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF
 Telefone(s):
 Sítio - www.saude.df.gov.br