



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

Vinícius Cechella Borba

**Manejo da dengue na Atenção Primária em Saúde: aspectos norteadores do
cuidado**

Florianópolis

2024

Vinícius Cechella Borba

**Manejo da dengue na Atenção Primária em Saúde: aspectos norteadores do
cuidado**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Graduação em Medicina do Centro De Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador(a): Prof. Fabrício Augusto Menegon, Dr.

Presidente do Colegiado: Prof.º Edevard José de Araújo, Dr.

Florianópolis

2024

Borba, Vinícius Cechella

Manejo da Dengue na Atenção Primária em Saúde: aspectos norteadores do cuidado/ Vinícius Cechella Borba; orientador, Fabricio Augusto Menegon, 2024. 44 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1.Medicina. 2.Dengue. 3. Manejo. 4. Atenção Primária em Saúde. 5. Diagnóstico Clínico. I. Menegon, Fabricio Augusto. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Medicina. III. Título.

Vinícius Cechella Borba

Manejo da dengue na Atenção Primária em Saúde: aspectos norteadores do cuidado

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Médico e aprovado em sua forma final pelo Curso de Medicina.

Local Florianópolis - SC, 19 de novembro de 2024.



Coordenação do Curso

Banca examinadora



Prof. Fabrício Augusto Menegon, Dr.
Orientador



Prof.(a) Lilian Elizabeth Diesel, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.(a) Lizandra da Silva Menegon, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 2024.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, minha esposa Queli Raupp Trajano, minha filha Maria Gabriely Trajano Cechella pelo amor e compreensão pelos dias, noites e finais de semana e superação de dificuldades para desenvolver este trabalho e em especial ao meu orientador Professor, Fabrício Augusto Menegon, Dr.

RESUMO

A dengue se trata de uma arbovirose que é considerada uma endemia devido aos altos índices de pacientes infectados. No Brasil, a Atenção Primária em Saúde é considerada a principal estratégia para diminuir os casos de morte devido à dengue, uma vez que o manejo adequado dos pacientes infectados busca a ação rápida contra a doença e, com isso, a diminuição dos óbitos. **Objetivo:** Descrever, a partir da literatura da área, quais são as características do manejo da Dengue na Atenção Primária em Saúde, com relação aos aspectos clínicos, diagnóstico e condutas adotadas. **Método:** Revisão bibliográfica simples utilizando as plataformas, SciELO, BDTD e PubMed como meio de obtenção dos dados. **Resultados:** Tem-se que nos últimos anos, foi identificado aumento dos focos e casos de dengue por todo o país, fortalecendo o caráter endêmico da doença. No primeiro semestre de 2024, o Brasil atingiu um novo recorde de óbitos causados pela dengue, atingindo o total alarmante de 2.197 mortes confirmadas. Com isso, é necessário o enfoque no quadro clínico dos pacientes que procurarem as unidades de saúde para atendimento. São três as fases clínicas que a dengue pode apresentar: febril, crítica e de recuperação. Devido aos altos índices de pacientes infectados, o Ministério da Saúde elaborou uma tabela de Classificação de Risco com o objetivo de orientar os profissionais da APS ao manejo adequado dos pacientes para reduzir o número de mortes e indicar o tratamento adequado. Essa classificação diferencia os grupos em quatro, sendo o Grupo A e B sem sinais de alarme, o Grupo C com sinal de alarme e o Grupo D com dengue grave. A conduta do cuidado irá depender da classificação do paciente de acordo com o grupo de risco. **Conclusão:** que é esperado que a APS seja capaz de manejar de forma adequada e eficiente cada grupo de paciente conforme a necessidade e o risco. Com isso, a APS se tornou a principal porta de entrada para resposta à dengue por ser decisiva quanto ao diagnóstico, conduta e tratamento adequados.

Palavras-chave: Dengue, Atenção Primária, Manejo, Diagnóstico Clínico.

ABSTRACT

Dengue is an arbovirus that is considered endemic due to the high rates of infected patients. In Brazil, Primary Health Care is considered the main strategy to reduce cases of death due to dengue, since the adequate management of infected patients seeks rapid action against the disease and, therefore, the reduction of deaths. **Objective:** To describe, based on the literature in the area, what are the characteristics of Dengue management in Primary Health Care, in relation to clinical aspects, diagnosis and adopted procedures. **Method:** Simple bibliographic review using the platforms, SciELO, BDTD and PubMed as a means of obtaining data. **Results:** It has been identified that in recent years, an increase in foci and cases of dengue has been identified throughout the country, strengthening the endemic nature of the disease. In the first half of 2024, Brazil reached a new record of deaths caused by dengue, reaching the alarming total of 2,197 confirmed deaths. Therefore, it is necessary to focus on the clinical condition of patients who seek care at health units. Dengue fever can present in three clinical phases: fever, critical, and recovery. Due to the high rates of infected patients, the Ministry of Health developed a Risk Classification table with the aim of guiding PHC professionals on the appropriate management of patients to reduce the number of deaths and indicate the appropriate treatment. This classification differentiates the groups into four, with Groups A and B showing no warning signs, Group C showing warning signs, and Group D showing severe dengue. The care provided will depend on the classification of the patient according to the risk group. **Conclusion:** PHC is expected to be able to adequately and efficiently manage each group of patients according to their needs and risk. With this, PHC has become the main gateway for responding to dengue fever, as it is decisive in terms of diagnosis, conduct, and appropriate treatment..

Keywords: Dengue, Primary Health Care, Management, Clinical Diagnosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Síntese de cada etapa realizada durante a metodologia	19
Tabela 2 – Classificação de Risco	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CNM	Confederação Nacional de Municípios
DIVE	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. MÉTODOS	18
2. RESULTADOS	21
2.1. ETIOLOGIA DA DENGUE	21
2.2. CARÁTER ENDÊMICO DA DENGUE	23
2.3. QUADRO CLÍNICO	25
2.4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, CONDUTA E TRATAMENTO	28
3. CONCLUSÃO	35
4. REFERÊNCIAS	37

1. INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença viral conhecida há décadas, sendo descrita pela primeira vez em 1780 por Benjamin Rush durante um surto na Filadélfia, EUA. No século XX, descobriu-se que o vetor de transmissão é o mosquito *Aedes aegypti*, também transmissor da febre amarela, o que representou um avanço significativo no entendimento da doença (Fonseca e Figueiredo, 2020). Apesar de a humanidade ter conhecimento sobre a dengue desde o século XX, sua incidência mundial tomou dimensões drásticas nas últimas décadas devido ao aumento considerável do número de casos e óbitos, principalmente em regiões tropicais e subtropicais em todo o mundo (Azevedo et al., 2023).

No Brasil, a dengue está presente em todas as unidades da federação, representando um grave problema de saúde pública. Caracteriza-se como uma arbovirose urbana, com transmissão vinculada ao ciclo do *Aedes aegypti*, vetor responsável pela disseminação do vírus, e à suscetibilidade do ser humano, seu principal hospedeiro (Ribeiro, 2019). A doença apresenta comportamento endêmico, com padrões sazonais que registram maior incidência nos períodos chuvosos e quentes, agravando a sobrecarga dos serviços de saúde durante esses períodos (Brasil, 2021).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde publicou o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) que deu início às principais medidas de políticas públicas voltadas à prevenção, controle e manejo de casos de dengue por todo o país. Os principais aspectos apontados pelo programa foram a incorporação de princípios de gestão que integrassem na Atenção Primária em Saúde (APS) a tentativa de melhorar a qualidade do atendimento nas unidades de saúde (Pessoa et al. 2016). Desde então, ano após ano o governo brasileiro vem adotando medidas relacionadas ao serviço prestado pela APS com o propósito de evitar óbitos por meio do manejo e conduta adequada dos pacientes que procuram por atendimento.

Segundo Edilio et al. (2024), em contextos epidêmicos de arbovirose, a atuação da APS é fundamental por ordenar todo o fluxo de resposta em combate e controle da epidemia. São os diversos atributos utilizados nas unidades de saúde com o intuito de ser a principal porta de entrada e o meio de comunicação entre os serviços de saúde pública e a população como “integralidade do cuidado,

abrangendo aspectos biológicos, psicológicos, ambientais e sociais; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; orientação familiar; orientação comunitária; e resguardo de competências culturais” (Edilio et al., 2024, p. 1).

Assim, a APS, por ser um elemento fundamental no sistema de saúde brasileiro, deve ser orientada a partir de atributos essenciais que correspondem ao atendimento do primeiro contato do paciente com a unidade de saúde, à longitudinalidade, à interação integral entre pacientes e profissionais da saúde e à coordenação do local buscando sempre a melhoria do atendimento tanto quanto ao atendimento, manejo e cuidado adequados quanto ao fornecimento de insumos (Araújo et al. 2018). Com isso, conforme afirmado por Brasil (2019), a APS é uma das principais maneiras encontrada pelos administradores públicos de garantir a promoção da saúde como direito humano fundamental.

O sistema de saúde baseado na APS tem como propósito promover o acesso e a cobertura dos cuidados relacionados à saúde da população com foco na atenção, prevenção de doenças, atenção clínica e promoção da saúde (Schenker e Costa, 2019). Nesse contexto, os procedimentos de atenção e cuidado na APS devem estar alinhados ao oferecimento de atenção integral não apenas ao processo de atendimento, mas também com relação ao caráter biopsicossocial das doenças em geral. Em relação à dengue, o principal aspecto apontado para a atenção e cuidado integral dos pacientes diagnosticados com a doença estão relacionados ao manejo adequado e atenção integral ao paciente para que as condutas adotadas pela equipe médica tenham sucesso (Vieira, et al., 2023).

A relevância deste estudo decorre do cenário endêmico da dengue no Brasil, que permanece como um desafio significativo à saúde pública. Essa arbovirose exige estratégias consistentes, incluindo o controle de vetores e o fortalecimento do monitoramento e manejo pela APS, para garantir a assistência adequada aos pacientes. Assim, a questão norteadora desta pesquisa é: Quais são as características do manejo da dengue na Atenção Primária em Saúde, considerando aspectos clínicos, diagnósticos e condutas adotadas?

Para tanto, este estudo foi realizado a partir de uma pesquisa bibliográfica simples, de cunho qualitativo segundo a análise dos dados coletados com foco em pesquisas científicas e documentos governamentais e não governamentais que abordam o manejo da dengue na atenção primária em saúde. Neste contexto, este

trabalho se inicia pela introdução com a identificação dos objetivos e métodos utilizados. Posteriormente são apresentados os resultados da pesquisa bibliográfica simples e apontados os principais aspectos referentes à etiologia, classificação de risco, aspectos clínicos, diagnóstico e as condutas adotadas.

O objetivo principal deste estudo é descrever, com base na literatura científica, as características do manejo da dengue na Atenção Primária em Saúde, com ênfase nos aspectos clínicos, diagnóstico e condutas adotadas. Este enfoque busca oferecer uma compreensão aprofundada e contribuir para a melhoria da assistência prestada aos pacientes no contexto da APS.

1.1. MÉTODOS

Para alcançar o objetivo estabelecido neste trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica simples. Segundo Gil (2008), a revisão bibliográfica envolve a utilização de materiais previamente publicados, como artigos científicos, dissertações, teses e livros acadêmicos. Além disso, o autor destaca que a revisão de literatura permite ao pesquisador não apenas sintetizar informações essenciais sobre o tema de estudo, mas também realizar uma análise abrangente, promovendo uma rápida atualização do conhecimento existente.

Conforme afirmado por Marconi e Lakatos (2003), a revisão bibliográfica se trata de:

[...] um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema. O estudo da literatura pertinente pode ajudar a planificação do trabalho, evitar publicações e certos erros, e representa uma fonte indispensável de informações para o trabalho (Marconi e Lakatos, 2003, p. 158).

Dessa forma, optou-se por dividir a metodologia de pesquisa em etapas com o objetivo de selecionar as publicações que mais se adequassem ao escopo proposto por essa pesquisa. Na Etapa 1 consistiu na coleta de dados nas plataformas online SciELO, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e PubMed, que oferecem uma ampla gama de periódicos e produções acadêmicas, enriquecendo a pesquisa. Os descritores escolhidos incluíram as seguintes combinações nas bases de dados: “Dengue” AND “Atenção Primária”; “Dengue” AND “Diagnóstico Clínico”; “Dengue” AND “Manejo”. Com o intuito de

delimitar a pesquisa com dados recentes, foi utilizado a delimitação temporal para arquivos publicados entre os anos de 2015 e 2024, em língua portuguesa e revisado pelos pares.

Na Etapa 2, foi realizada uma triagem preliminar das publicações identificadas na coleta inicial, baseada na leitura de títulos e resumos. Foram selecionadas apenas as publicações que abordavam diretamente os aspectos clínicos, diagnósticos e condutas relacionadas ao manejo da dengue na APS. Com isso, as publicações que fugissem do escopo do trabalho foram excluídas da seleção.

Além disso, foram incluídos os principais manuais de diagnóstico e manejo clínico produzidos por instituições governamentais, assim como sites oficiais que oferecem dados estatísticos para análise epidemiológica da dengue. Após essa seleção prévia, na Etapa 3 foi realizada a leitura na íntegra de todos os artigos com o intuito de selecionar as publicações que mais se adequassem ao escopo do trabalho. Após a seleção final, foram escolhidas 27 publicações para a etapa de análise e investigação como forma de descrever as principais características do manejo da dengue na atenção primária em saúde.

A Etapa 4 incluiu a incorporação de materiais complementares, como livros, manuais técnicos e protocolos oficiais, obtidos por meio de buscas adicionais em mecanismos de pesquisa, incluindo o Google Acadêmico. Esses materiais auxiliaram na composição final da base teórica, enriquecendo a análise com informações práticas e diretrizes atualizadas. A Tabela 1 apresenta um resumo quantitativo das etapas realizadas, destacando os achados em cada base de dados utilizada.

Tabela 1 – Síntese de cada etapa realizada durante a metodologia

Etapa	Critério de seleção	Achados
Etapa 1	Pesquisa nas plataformas SciELO, BDTD e PubMed utilizando os descritores: “Dengue” AND “Atenção Primária”; “Dengue” AND “Diagnóstico Clínico”; “Dengue” AND “Manejo”.	SciELO: 39 BDTD: 210 PubMed: 383
	Leitura de títulos e resumos	SciELO: 22 BDTD:36

Etapa 3	Leitura na íntegra de todas as publicações selecionadas na Etapa 2	PubMed: 58 SciELO: 9 BDTD: 1 PubMed: 5
Etapa 4	Inclusões	12

Fonte: elaborado pelo autor (2024)

2. RESULTADOS

Este capítulo se trata da parte de desenvolvimento da pesquisa em que serão apresentados os principais pontos encontrados pela análise de literatura sobre o manejo da dengue na atenção primária em saúde. Para tanto, buscou-se separar cada seção em temas específicos de modo a facilitar o entendimento sobre os principais aspectos que envolvem a caracterização da doença, o diagnóstico e avaliação clínica na atenção primária, as condutas e manejo da dengue e a vigilância epidemiológica e prevenção.

2.1. ETIOLOGIA DA DENGUE

A dengue se trata de uma questão de saúde pública mundial por ser uma arbovirose que coloca em risco cerca de 2,5 bilhões de pessoas em todo o planeta, causando grandes impactos para a saúde humana. Para que ocorra a transmissão dessa doença, é necessário que existam três componentes fundamentais: o hospedeiro, o vetor e o vírus (Ribeiro, 2019). Dessa forma, esses três componentes são conhecidos como os elos epidemiológicos que estão envolvidos na transmissão da doença os quais podem ser resumidos pela cadeia de interação entre mosquito infectado, homem suscetível, homem infectado e mosquito infectado.

Segundo Teixeira, Barreto e Guerra (1999), os microrganismos a serem classificados como vírus foram os agentes etiológicos da febre amarela e da dengue. Essa denominação ocorreu nos anos de 1902 e 1907, respectivamente. Apesar disso, segundo Azevedo et al. (2023), acredita-se que o vírus *Aegypti* seja de origem africana e foi descrito de maneira científica, pela primeira vez, ainda no ano de 1972.

Contudo, apenas no início do século XX, a humanidade foi capaz de identificar e isolar esse microorganismo. Esses agentes foram descritos como organismos minúsculos e capazes de atravessar filtros finos, características que ajudaram a distinguir os vírus de outros patógenos conhecidos. Somente quase quatro décadas depois, os avanços científicos e técnicos permitiram que se iniciassem estudos laboratoriais mais aprofundados com esses microrganismos.

De acordo com os autores, as décadas de 1940 e 1950 foram marcadas por grandes epidemias da dengue nos continentes africanos e asiáticos, o que estimulou cientistas do mundo todo a intensificarem seus estudos acerca do ciclo de transmissão da doença. No ano de 1956, o complexo dengue foi identificado por quatro sorotipos: DEN – 1, DEN – 2, DEN – 3 e DEN – 4.

Com os avanços das pesquisas científicas, mais características em relação ao mecanismo de transmissão foram descobertas e se tornaram fundamentais para o entendimento e do ciclo da doença. Nesse contexto, as informações etiológicas da dengue são essenciais para entender o mecanismo de ocorrência, controle e manejo.

Os vírus da dengue pertencem ao gênero *Flavivirus* da família *Flaviviridae*, abrangendo quatro sorotipos principais: dengue-1, dengue-2, dengue-3 e dengue-4 (Fonseca e Figueiredo, 2020). Esses vírus possuem estrutura esférica e são envelopados, com cerca de 50 a 60 nanômetros de diâmetro e uma composição de 6% RNA, 66% proteínas, 17% lipídios e 9% carboidratos. O RNA viral de cadeia única, com cerca de 11 mil nucleotídeos e polaridade positiva, atua como RNA mensageiro, permitindo a síntese de proteínas virais (Brasil, 2021).

A transmissão ocorre por mosquitos do gênero *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. O ciclo de transmissão inicia-se quando mosquitos infectados picam indivíduos virêmicos, contraindo o vírus e, após um período de incubação de 7 a 11 dias, transmitindo-o a outras pessoas (Fonseca e Figueiredo, 2020). O *Aedes aegypti*, adaptado ao ambiente urbano, é o principal vetor, prolifera-se em áreas domiciliares e peridomiciliares e deposita ovos em recipientes que acumulam água, como pneus e caixas d'água (Brasil, 2021). Outro mecanismo de transmissão importante é o transovariano, no qual o mosquito infectado passa o vírus aos seus descendentes via ovos, permitindo a persistência do vírus em períodos de baixa densidade de mosquitos adultos (Brasil, 2021).

A resposta imunológica envolve anticorpos contra proteínas virais, especialmente a proteína E do envelope e a proteína NS1, usada para diagnóstico na fase aguda (Fonseca e Figueiredo, 2020). Infecções múltiplas ao longo da vida aumentam o risco de formas graves da doença, como a dengue hemorrágica, devido à variabilidade dos sorotipos e à imunopatologia associada (Brasil, 2021). Nesse cenário, Azevedo et al. (2023) destacam que o principal vetor da dengue se adapta bem ao ambiente urbano, compartilhando os mesmos espaços habitacionais e

rotinas dos seres humanos. Essa proximidade facilita seu acesso ao sangue humano, sua fonte preferencial de alimentação, o que intensifica o desafio de controlar a propagação da doença.

2.2. CARÁTER ENDÊMICO DA DENGUE

No Brasil, os primeiros casos foram identificados no ano de 1986 Teixeira, Barreto e Guerra (1999) e, desde então, milhões de brasileiros já foram afetados (Brasil, 2024). É estimado que o início da propagação do vírus em território brasileiro se deu no final do século XX o que levou a presença da doença em todas as regiões do Brasil, passando a ser incluída na lista de doenças de notificação obrigatória. A elevada incidência dessa doença está profundamente associada a diversos fatores socioambientais, entre eles, a carência de infraestrutura sanitária, a falta de coleta de resíduos e as condições precárias de vida de populações de baixa renda (Azevedo et al., 2023).

Diante desse contexto, atualmente, o Ministério da Saúde define a dengue como sendo “[...] uma doença febril aguda, sistêmica e dinâmica, que pode apresentar amplo espectro clínico, podendo parte dos pacientes evoluir para formas graves, e inclusive levar a óbito” (Brasil, 2024, p. 9). Além disso, em nosso país, a dengue apresenta um caráter endêmico, manifestando-se ao longo de todo o ano, com um comportamento sazonal que se intensifica em épocas de calor e chuvas intensas. Durante esses períodos, observa-se um crescimento expressivo na quantidade de casos, acompanhado de um aumento considerável no risco de surtos epidêmicos (Brasil, 2024).

Entre os anos de 2018 a 2019, foi observado um aumento considerável no número de casos registrados, cerca de 340%. O número de óbitos de um ano para outro também foi alarmante, passando de 66 em 2018 para 123 em 2019, sendo um aumento de quase 190%. Já os primeiros meses do ano de 2020 foram marcados pelo intenso registro de casos de dengue em toda a América Latina. De acordo com Menezes et al. (2021), o total de infectados no continente americano chegou a mais de 1,6 milhão. O Brasil foi o grande destaque com cerca de 1 milhão de casos em poucos meses, representando aproximadamente 65% do total do continente (Borim et al., 2022).

Já no ano de 2024, segundo dados divulgados pela Confederação Nacional de Municípios (CNM), o Brasil registrou um novo recorde de mortes causadas por dengue, totalizando ainda no primeiro semestre do ano o número alarmante de 2.197 óbitos confirmados e outros 2.276 em investigação. Esses números foram os maiores desde o início do século XIX e a estimativa é que aumentem até o final do ano devido às enchentes originadas das chuvas intensas na região sul do país (CNM, 2024).

Os dados coletados pelo Painel de Monitoramento da Saúde indicaram que, nos primeiros quatro meses de 2024, aproximadamente 4,3 milhões de pessoas foram infectadas e tiveram dengue. Isso indica que, neste ano, a população brasileira vivenciou a pior epidemia de dengue desde o ano de 2015 com elevadas taxas de transmissão e mortes (CNM, 2024).

Em relação ao estado de Santa Catarina, o governo estadual divulga anualmente dados fundamentais de todos os municípios para o controle da doença através de um portal fornecido pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Segundo informações retiradas no relatório da DIVE, em 2024, a cidade de Florianópolis foi a segunda mais afetada do Estado de Santa Catarina em relação à quantidade total de focos de *Aedes aegypti*, com 3.540, ficando atrás apenas de Joinville que atingiu 13.436 focos. Em relação a todas as cidades do estado catarinense, os focos encontrados em Joinville representam aproximadamente 23% dos focos totais, enquanto que a cidade de Florianópolis 6% do total (Santa Catarina, 2024).

Isso quer dizer que, juntas, as duas cidades do estado com maior quantidade de focos do vírus da dengue compreendem cerca de 30% de toda Santa Catarina. Números altos de focos de *Aedes aegypti* estão intimamente ligados aos altos índices de incidência da doença o que gera superlotação das unidades de saúde, aumento expressivo de casos de infectados e, conseqüentemente, em uma elevação do número de óbitos, devido à sobrecarga dos sistemas de atendimento e à gravidade de alguns casos (Borim et al., 2022).

Esses dados mostram que, com o passar dos anos, não apenas o número de casos de doenças tem aumentado, mas também o número de óbitos colocando a dengue no radar de políticas públicas governamentais que buscam minimizar os efeitos negativos de sua transmissão. Assim, torna-se necessário a análise das principais características clínicas que servem como sinal de alerta e podem evitar

que o Brasil chegue novamente a números recordes de mortes causadas por essa doença.

2.3. QUADRO CLÍNICO

Segundo o Manual de Diagnóstico e Manejo Clínico em Adulto e Criança, publicado pelo Ministério da Saúde, a infecção causada pelo vírus da dengue pode ser sintomática ou assintomática (Brasil, 2024). De acordo com Seixas, Luz e Pinto Júnior (2024), na maior parte dos casos, a doença é assintomática e apenas 25% das pacientes que desenvolvem a doença podem evoluir para quadros febris e outros sintomas. Já conforme mencionado por Tejo et al. (2024), 5% dos pacientes diagnosticados com dengue podem evoluir para os casos mais graves. Em casos de doença sintomática, a doença evolui para o quadro sistêmico e dinâmico com amplo aspecto clínico e pode variar desde formas oligossintomáticas até quadros mais graves, podendo levar o paciente a óbito (Brasil, 2024).

São três as fases clínicas que a dengue pode apresentar: febril, crítica e de recuperação. A fase febril, também conhecida como fase aguda, é compreendida no início da doença e a principal manifestação é a febre com uma duração que varia entre dois e sete dias e frequentemente alcança temperaturas elevadas, entre 39°C e 40°C (Brasil, 2024). De acordo com Seixas, Luz e Pinto Júnior (2024), essa fase se inicia logo após o período de incubação que pode durar entre 3 a 14 dias com média de 5 a 7 dias.

De início, esse sintoma é frequentemente acompanhado de dor de cabeça intensa, cansaço extremo, dores musculares e articulares, além de desconforto na região ao redor dos olhos. Outros sinais incluem perda de apetite, náuseas e vômitos, além de episódios de diarreia com evacuações frequentes, geralmente entre três e quatro vezes ao dia, caracterizadas por fezes pastosas, o que auxilia no diagnóstico diferencial com gastroenterites de outras origens (Brasil, 2024).

Cerca de metade dos pacientes desenvolvem exantema, que se apresenta predominantemente como uma erupção maculopapular e afeta o rosto, o tronco e os membros, estendendo-se inclusive às palmas das mãos e plantas dos pés. O exantema pode aparecer em diferentes formas, com ou sem coceira, e frequentemente surge quando a febre começa a diminuir (Brasil, 2024).

De acordo com Sousa et al. (2023), o quadro clínico da dengue é facilmente confundido com o de outras doenças transmitidas por artrópodes que também ocorrem em regiões tropicais, como malária, leptospirose, hantavirose e riquetsioses, entre outras zoonoses. Embora manifestações respiratórias sejam raras na dengue, seus sintomas na fase febril podem levar à confusão com síndromes gripais ou viroses exantemáticas. Dessa forma, o boletim de vacinas do paciente e o histórico recente de viagens devem ser investigados, especialmente diante do aumento de casos autóctones de dengue na Europa.

Essa fase inicial da doença tem duração média de dois a sete dias, e aproximadamente metade dos pacientes pode apresentar um exantema macular transitório entre o dia 3 e 5 de sintomas. A maioria dos indivíduos experimenta uma melhora gradual, com resolução dos sintomas e recuperação sem intercorrências graves. Entretanto, em alguns casos, a fase aguda é sucedida por um período de convalescença que pode se estender por meses, marcado por sintomas não específicos, como sensação persistente de cansaço extremo (Seixas, Luz e Pinto Júnior, 2024).

A forma mais grave da dengue é chamada de fase crítica e pode levar o paciente a óbito. De acordo com Furtado et al. (2019), a fase crítica da dengue tem início quando a febre começa a diminuir, caracterizando o surgimento de uma síndrome de extravasamento capilar que resulta em hemoconcentração. Nesse estágio, é comum que se intensifiquem as manifestações hemorrágicas, com agravamento de sintomas como púrpura, sangramento gengival e hemorragias gastrintestinais.

Seixas, Luz e Pinto Júnior (2024) alertam para o aparecimento desses sinais clínicos: febre (intensidade), mialgia, exantema, artralgia, conjuntivite, choque, trombocitopenia, linfopenia, neutropenia, discrasia e cefaleia. De acordo com os autores, no caso de algum desses sinais clínicos, é necessária uma abordagem distinta da dengue clássica, devido ao risco de progressão para choque.

É essencial que os sinais de alerta sejam investigados de forma sistemática e tratados com a devida importância, orientando os pacientes a buscar atendimento médico caso esses sintomas se manifestem. Esses sinais, em sua maioria, decorrem do aumento da permeabilidade dos vasos sanguíneos, indicando o início de uma piora clínica que pode levar ao desenvolvimento de choque devido à perda de plasma para o espaço extravascular (Brasil, 2024).

Além desses sinais de alerta, Tejo et al. (2024) alertam para outros aspectos que devem ser observados uma vez que são fatores de riscos que podem levar a complicações graves. Segundo os autores,

Bebês e adultos mais velhos possuem grande risco de desenvolverem dengue grave em comparação com adultos de meia-idade. Além disso, crianças possuem até cinco vezes mais probabilidade de desenvolverem dengue grave devido à sua maior suscetibilidade à permeabilidade vascular, enquanto os idosos têm um risco maior de doença grave, provavelmente devido à presença de condições crônicas associadas. Pacientes com diabetes mellitus têm um risco quatro vezes maior de desenvolver doença grave, enquanto aqueles com hipertensão e distúrbios cardiovasculares têm um risco duas vezes maior. Da mesma forma, indivíduos com doença renal e indivíduos com asma têm um risco quatro vezes maior e duas vezes maior de desenvolver dengue grave, respectivamente. Além disso, estudos recentes também relacionaram a obesidade com um risco aumentado de dengue grave devido ao seu estado pró-inflamatório (Tejo et al., 2024, p. 19, tradução nossa).

O choque ocorre pela perda excessiva de líquido dos vasos capilares para o terceiro espaço, levando a uma queda da pressão arterial e uma redução na intensidade dos pulsos periféricos. Esse quadro provoca hipoperfusão dos órgãos, acidose metabólica e, em casos graves, falência múltipla de órgãos, o que pode resultar em óbito em questão de horas. A forma mais severa da dengue pode envolver complicações em órgãos como o fígado, coração e sistema nervoso central, contribuindo para uma evolução prolongada e mais crítica da doença Luz e Pinto Júnior (2024). Em relação ao choque, Brasil (2024) evidencia que:

O choque na dengue é de rápida instalação e tem curta duração. Pode levar o paciente ao óbito em um intervalo de 12 a 24 horas ou à sua recuperação rápida, após terapia antichoque apropriada. Quando prolongado, o choque leva à hipoperfusão de órgãos, resultando no comprometimento progressivo destes, acidose metabólica e coagulação intravascular disseminada (CIVD). Consequentemente, pode levar a hemorragias graves, causando diminuição de hematócrito e agravando-o ainda mais. As principais diferenças entre o choque da dengue e o choque séptico podem ser consultadas no Apêndice A. Podem ocorrer alterações cardíacas graves, que se manifestam com quadros de insuficiência cardíaca e miocardite (associados à depressão miocárdica), redução da fração de ejeção e choque cardiogênico. Síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), pneumonia e sobrecargas de volume podem ser a causa do desconforto respiratório (Brasil, 2024, p. 16).

Além do risco de choque, a ascite e o derrame pleural também podem ser consequências graves decorrente da evolução do quadro clínico da dengue. Essas condições podem ser diagnosticamente detectáveis em vista da quantidade excessiva de fluidos e a intensidade do extravasamento. O extravasamento de plasma pode ser identificado pela elevação dos níveis de hematócrito, onde uma

maior elevação indica um quadro mais grave, além da diminuição nos níveis de albumina e de sinais visíveis em exames de imagem. Outras manifestações graves da dengue incluem hemorragias significativas e danos a órgãos como coração, pulmões, rins, fígado e sistema nervoso central. As manifestações clínicas variam conforme o tipo de comprometimento em cada um desses órgãos e sistemas, aspecto que será explorado em detalhes posteriormente (Brasil, 2024).

Os pacientes que passaram pela fase crítica, a fase de recuperação também é chamada de fase de regressão em que ocorre a normalização da amplitude do pulso e da tensão arterial. Durante essa fase, o corpo inicia o processo de reabsorção do líquido que foi extravasado, é considerada rápida e resulta na normalização do hematócrito. Além disso, também ocorrem o retorno da diurese e a regressão dos sintomas gastrointestinais, normalmente sem sequelas. Em alguns casos, os pacientes podem desenvolver uma erupção purpúrica, acompanhada de coceira intensa, especialmente nas palmas das mãos e na sola dos pés. Durante o período de recuperação, é comum que surjam sintomas de fraqueza e sinais de depressão, que podem persistir por semanas e, em alguns casos, até meses (Seixas, Luz e Pinto Júnior, 2024).

2.4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, CONDUTA E TRATAMENTO

Conforme mencionado, a dengue se trata de uma arbovirose urbana de alto grau de transmissão que pode compartilhar quadro clínico semelhante a outras doenças. Isso pode ocasionar um manejo inadequado na atenção primária em saúde resultando na maior possibilidade de ocorrência de formas graves. Com isso, é recomendado a adoção de medidas de manejo clínico adequadas para a dengue, uma vez que a doença apresenta grande potencial de evoluir para complicações severas e morte.

Nesse contexto, de acordo com Gomes et al. (2015, p. 562), a APS é tratada como “porta de entrada das pessoas no sistema de saúde, responsável pela coordenação do cuidado e pela realização do primeiro atendimento da maioria dos casos de dengue, assim como o seguimento diário e domiciliar dos pacientes [...]”. Dessa maneira, o Ministério da Saúde elaborou, em 2014, a tabela de Classificação de Risco e Manejo do Paciente conforme recomendações da OMS com o intuito de

orientar o manejo clínico dos pacientes e identificar casos graves para melhor orientação e tratamento na Atenção Primária.

Assim, foi possível estabelecer critérios para uma triagem eficiente e segura dos pacientes com o intuito de diminuir tanto o tempo de espera de atendimento quanto a ocorrência de casos graves que podem evoluir para o óbito devido à dengue. Com isso, a partir da elaboração da tabela de Classificação de Risco e Manejo do Paciente, é possível ordenar o fluxo de pacientes diagnosticados com dengue de acordo com a priorização do atendimento conforme a gravidade.

Conforme apresentado pela Classificação de Risco e Manejo do Paciente, durante a triagem, é necessário investigar a suspeita de dengue considerando febre com duração entre 2 a 7 dias acompanhada de pelo menos dois dos sintomas: cefaléia, prostração, mialgia, dor retroorbitária, exantema ou artralgia. Deve ser levado em consideração toda criança que apresenta quadro de febre aguda e sem foco aparente de infecção. Além disso, a orientação é que sempre o profissional de saúde deve avaliar se há ou não sinais de alarme e/ou de choque, conforme mencionado anteriormente (Brasil, 2024).

Em caso negativo para sinais de alarme e/ou choque, o procedimento deve seguir para a pesquisa de sangramento de pele, prova de laço, condição clínica especial, risco social ou comorbidade. A partir dessa investigação, ainda durante a triagem, os pacientes devem ser classificados em quatro grupos distintos, Anexo A, que irá definir a conduta ideal de acordo com seu quadro clínico. A Tabela 2 indica a classificação de cada grupo.

Tabela 2 – Classificação de Risco

Grupo	Descrição
Grupo A	Dengue sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco 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. Principais sintomas: Dor abdominal intensa (referida ou à palpitação) e contínua; Vômitos persistentes; Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural); Hipotensão postural e/ou lipotimia; Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal; Sangramento de mucosa;

Grupo D	<p>Letargia e/ou irritabilidade; Aumento progressivo do hematócrito.</p> <p>Dengue grave. Principais sintomas: Extravasamento grave de plasma, levando ao choque evidenciado por taquicardia; extremidades distais frias; pulso fraco e filiforme; enchimento capilar lento (> 2 segundo); pressão arterial convergente (fase tardia do choque); cianose (fase tardia do choque); acumulação de líquidos com insuficiência respiratória; Sangramento grave; Comprometimento grave dos órgãos.</p>
---------	--

Fonte: Brasil (2024, Adaptado)

Após a classificação dos grupos de risco, deve ser orientada a hidratação imediata para todos os pacientes enquanto são realizados os exames laboratoriais. Para os pacientes dos Grupos A e B, deve ser prescrita hidratação oral. Enquanto que, para os pacientes classificados nos Grupos C e D, a hidratação deve ser venosa (Brasil, 2024).

Segundo Araújo et al. (2017), a hidratação é fundamental para pacientes que estão em suspeita de dengue por auxiliar na prevenção do surgimento de desidratação e, conseqüentemente, na melhora da recuperação. Conforme apresentado anteriormente, a saída de líquidos dos vasos sanguíneos configura sinais de alerta para dengue grave uma vez que provoca desidratação, queda da pressão arterial e choque. Assim, o estímulo à hidratação é fundamental independentemente da intensidade da doença.

A conduta do atendimento irá depender da classificação de cada paciente nos grupos indicados. Em relação ao Grupo A, é indicado a realização de exames laboratoriais complementares e a prescrição de paracetamol e/ou dipirona, além da hidratação. Segundo Freitas, Souza-Santos e Wakimoto (2019), não existe tratamento específico para os pacientes que são diagnosticados com dengue. O tratamento comumente adotado restringe a prescrição de medicamentos que atuam como mediadores de bem-estar entre os picos febris e de dor. Dessa forma, é primordial a indicação de intensificação da hidratação em conjunto com a ingestão de alimentos saudáveis.

No que diz respeito ao Grupo B, a conduta indicada é realizar exame de hemograma completo para que seja analisado, principalmente, a hemoconcentração

e, em casos de surgimento de sinais de alarme, o paciente deve ser redirecionado ao Grupo C. Em casos de hematócrito normal, o tratamento deve seguir como hidratação e reavaliação clínica após 48 horas da queda da febre ou com o surgimento de qualquer sinal de alerta. O paciente do Grupo B deve ser orientado a não se automedicar, permanecer em repouso e procurar os serviços de emergência em caso de suspeitas de alarme ou sangramento (Brasil, 2024).

Em relação a automedicação, Furtado et al. (2018) destacam que

Pacientes com dengue ou suspeita de dengue devem evitar medicamentos à base de ácido acetilsalicílico (aspirina), clopidogrel (antiplaquetário) ou os que contêm a substância associada. Esses medicamentos têm efeitos anticoagulantes (varfarina) e podem causar sangramentos. Outros anti-inflamatórios não hormonais (diclofenaco, ibuprofeno, cetoprofeno, piroxicam, nimesulida e outros) também devem ser evitados. O uso destas medicações pode aumentar o risco de sangramentos. O paracetamol e a dipirona são os medicamentos de escolha para o alívio dos sintomas de dor e febre devido ao seu perfil de segurança, sendo recomendado tanto pelo Ministério da Saúde como pela Organização Mundial da Saúde (Furtado et al., 2018, p. 200).

Assim, é fundamental que os profissionais de saúde da APS estejam preparados para orientar os pacientes a não ingestão de outros medicamentos além dos prescritos durante o atendimento. Os riscos de ingestão das substâncias citadas acima podem levar a piora do quadro clínico do paciente devido ao alto risco de sangramento e comprometimento dos órgãos.

Já em relação ao Grupo C, deve ser iniciado imediatamente a reposição volêmica de 10 ml/kg de soro fisiológico a 0,9% ainda na primeira hora de atendimento na APS. O acompanhamento do paciente em leito de internação deve ser feito por no mínimo 48 horas até que ele esteja estabilizado. Os exames obrigatórios a serem realizados são hemograma completo e dosagem de albumina sérica e transaminases. Outros exames podem ser realizados a critério médico como radiografia de tórax, ureia, creatinina, eletrólitos, ecocardiograma, ureia, dentre outros. O Ministério da Saúde indica a reavaliação clínica com atenção para os sinais vitais e diurese após duas horas de reposição volêmica (Brasil, 2024).

O Grupo D, por se tratar dos casos mais graves de dengue, deve iniciar imediatamente reposição volêmica com soro fisiológico a 0,9% de 20mL/kg em até 20 minutos de atendimento. Nesse caso, a reavaliação clínica deve ocorrer a cada 15 e 30 minutos e a realização de exame hematócrito a cada 2 horas (Brasil, 2024). O monitoramento desses pacientes deve ser contínuo. De acordo com Furtado et al.

(2018), o tratamento mais indicado é a internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para o melhor acompanhamento da evolução sistêmica da doença. É obrigatório a realização de hemograma completo, dosagem de albumina sérica e transaminases e demais exames complementares a critério médico.

Diante disso, conforme afirmado por Elidio et al. (2024), é essencial que, para que as medidas de prevenção e controle da dengue tenham sucesso e atinja o objetivo de diminuir os casos de dengue por todo o país, a Atenção Primária em Saúde seja priorizada e siga as instruções de diagnóstico, manejo e conduta indicadas pelo Ministério da Saúde. Em virtude do Brasil ser um país “com dimensões continentais, pluralidade geográfica, valores culturais multicêntricos e gestão político-administrativa autônoma” (Elidio et al., 2024, p. 1), a APS se torna o principal meio de vinculação entre a população e o benefício da saúde pública em termos de oferta de cuidado e amplificação da capacidade resolutiva.

Gomes et al. (2015) complementam a importância da APS no sentido de que o seu acesso garante não apenas o primeiro atendimento, mas também o monitoramento de consultas adicionais necessárias para os pacientes com suspeita de dengue, principalmente os que possuem ou podem vir a apresentar sinais de alerta. Contudo, os autores afirmam que, são fundamentais a gestão e o planejamento das unidades de saúde levando em consideração as demandas da população com o intuito de organizar o fluxo de atendimento, processo de trabalho das equipes e logística de apoio.

Nesse contexto, conforme afirmado por Vieira et al. (2023), para que a APS seja considerada efetiva em relação aos serviços prestados à população, é necessário que o sistema de saúde cumpra atribuições essenciais que são o atendimento de qualidade no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade das ações dos profissionais de saúde e a coordenação de todo o cuidado em envolve o paciente, seus familiares e sua cultura. Além dessas atribuições, Araújo et al. (2018), reitera que o sucesso de uma APS baseada nos atributos citados deverá desenvolver funções primordiais relativas à atenção que são a comunicação, a resolutividade e a responsabilização. Assim, o papel da APS se configura não apenas como porta de entrada ao serviço de saúde, mas também como “[...] entrada prioritária e capaz de prestar serviço para todas as pessoas e famílias da comunidade [...]” (Schenker e Costa, 2018, p. 1370).

Nesse sentido, o estado de Santa Catarina divulgou, em 2018, o Protocolo de Vigilância Epidemiológica, Anexo B, a ser seguido pelos profissionais da saúde em Atenção Primária de todos os municípios com o intuito de acompanhar a evolução sistêmica dos casos de dengue além de reduzir a amplitude de ocorrência dos focos de dengue por meio da identificação prévia das prováveis áreas de maior incidência dos casos. Com isso, o governo municipal buscava diminuir o número de óbitos em virtude da dengue através de estratégias tanto de prevenção quanto de manejo adequado dos pacientes diagnosticados (Santa Catarina, 2018).

Os principais pontos indicados por este Protocolo de Vigilância Epidemiológica estão de acordo com o que é descrito no Manual de Manejo Clínico Adulto e Criança em caso de Dengue. Dentre eles estão as definições e classificação dos casos de dengue com atenção especial para os casos suspeitos que apresentem qualquer sinal de alarme, assim como os casos graves da doença envolvendo choque e sangramento. Além disso, o protocolo indica a importância e necessidade de notificar e investigar todos os casos suspeitos de dengue, incluindo óbitos, sendo que a notificação deve ser realizada para a Vigilância Epidemiológica do município (Santa Catarina, 2018).

A prefeitura do município de Florianópolis, com o intuito de melhorar o nível de atendimento oferecido na APS também disponibiliza aos profissionais da saúde que atuam nas unidades de saúde documentos atualizados para auxiliar no cuidado e manejo dos pacientes que são diagnosticados com dengue, Anexo B. Dentre esses documentos estão checklist de todos os insumos necessários para o diagnóstico e cuidado integral ao paciente, carta de encaminhamento para casos graves que precisam ser direcionados a outra unidade de saúde, cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue indicando recomendações fundamentais em situações que aparecem sinais de alerta e protocolo com os principais aspectos clínicos que devem ser investigados, assim como o manejo adequado do paciente diagnosticado com dengue.

Sendo assim, é possível reafirmar que a APS deve ser fundamentada na multiplicidade das equipes de saúde de modo a fornecer atendimento, recursos materiais e insumos completos para o manejo clínico dos pacientes com ou sem sinais de alerta. De acordo com Elidio et al. (2024),

[...] entre as semanas epidemiológicas 1 e 5 de 2024, dos 408 351 casos prováveis registrados, apenas 4 587 (1,1%) eram graves. Ou seja, em 98%

dos casos de dengue, provavelmente o primeiro atendimento se deu em uma UBS, que é responsável pelo manejo de casos do grupo A (dengue sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades), B (dengue sem sinais de alarme, com condição especial ou com risco social e com comorbidades) e primeiros atendimentos do grupo C (sinais de alarme presentes e sinais de gravidade ausentes) e D (dengue grave) (Edilio et al., 2024).

Com isso, no Brasil, a melhor aliada à resposta de sucesso contra a dengue é a estruturação da APS com profissionais e recursos capacitados para atuar no manejo adequado dos pacientes. A abordagem assertiva do manejo adequado do paciente diagnosticado com dengue permite que a APS reforce seu papel de cuidado ao facilitar a triagem, o diagnóstico e o tratamento dos pacientes, evidenciando sempre a necessidade de acompanhamento contínuo não apenas dos pacientes graves, mas de toda a população afetada.

3. CONCLUSÃO

A elaboração do trabalho possibilitou a análise de publicações previamente selecionadas a partir da delimitação do escopo da pesquisa. Dessa forma, o objetivo geral de descrever, a partir da literatura da área, quais são as características do manejo da Dengue na Atenção Primária em Saúde, com relação aos aspectos clínicos, diagnóstico e condutas adotadas foi alcançado.

Além disso, a pergunta problema norteadora desta pesquisa foi: Quais são as características do manejo da dengue na atenção primária em saúde, incluindo os aspectos clínicos, de diagnóstico e as condutas adotadas? Como resposta para a questão de pesquisa é possível evidenciar que o manejo da dengue na atenção primária em saúde é orientado por manuais específicos do governo federal que norteiam os profissionais da saúde em relação aos aspectos clínicos, diagnósticos e condutas de cuidado que devem ser adotadas para que, em casos graves da doença, o paciente não evolua para o óbito.

Assim, as características do manejo da dengue na atenção primária em saúde são de priorizar o atendimento e o cuidado de acordo com a classificação nos grupos de risco. com isso, o manejo dos sujeitos diagnosticados com dengue busca sempre o acompanhamento contínuo do paciente para evitar que pacientes com sinais de alerta tenham o atendimento adequado.

No que diz respeito aos aspectos clínicos, é esperado que os profissionais da saúde saibam diferenciar os sintomas da dengue com os de outras doenças. Crianças e idosos são considerados como grupos de risco para a dengue e devem possuir maior atenção em relação ao quadro clínico. Além disso, é fundamental que, desde a triagem, seja identificado a possibilidade ou a presença de sinais de alerta que possam vir a causar sangramento e/ou choque.

Após a etapa de diagnóstico da dengue, é necessário que o paciente seja classificado nos grupos de risco de acordo com o quadro clínico e histórico apresentado. A partir de então, as condutas adotadas pelo médico deverão seguir conforme a gravidade na qual o paciente se encontra buscando sempre atenção em relação aos sinais de alerta.

Com isso, foi possível evidenciar a importância do manejo adequado do paciente com dengue na APS. Como sugestão de pesquisa futura, proponho a

análise de dados de unidades de APS com o intuito de identificar os casos de dengue que evoluíram para grave e não foram a óbito devido a ação adequada do manejo e condutas de cuidado.

4. REFERÊNCIAS

Araújo, Valdelaine Etelvina Miranda de; Bezerra, Juliana Maria Trindade; Amâncio, Frederico Figueiredo; Passos, Valéria Maria de Azeredo; Carneiro, Mariângela. Aumento da carga de dengue no Brasil e unidades federadas, 2000 e 2015: análise do *Global Burden of Disease Study 2015*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 205 – 2016. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-843762>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Azevedo, Isaquiel de Moura Ribeiro; Moura, Emilli Juliane de Azevedo Neves; Dias, Ana Luiza Machado; Pereira, Juciele da Conceição; Plaza, Tarik Godoy Dangl; Brito, Marilha Vieira de; Souza, Fabrício Soares de; Silva, Junielson Soares. Variação temporal da dengue no Estado do Piauí: incidência epidemiológica pré-pandemia e durante a pandemia de Covid-19. **Journal of Research In Medicine and Health**, v. 1, 2023. Disponível em: <https://bio10publicacao.com.br/jormed>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Borim, Maria Luiza Costa; Paulo, Pedro Henrique Alves de; Lentsck, Maicon Henrique; Stevanato, Kely Paviani; Christinell, Heloa Costa Borim; Westphal, Greice; Costa, Maria Antônia Ramos, Alexandrino, Wesley Gabriel da Silva. Desenvolvimento de ferramenta para triagem de dengue e covid-19 na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Atual IN DERME**, v. 96, n. 40. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1428623>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adultos e criança. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca/view>. Acesso em: 14 nov. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Fluxograma do Manejo Clínico da Dengue [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Confederação Nacional de Municípios. CNM. Brasil tem 2,2 mortes por dengue; e o cenário pode piorar por conta do desastre ocorrido no RS. Disponível em: <https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/brasil-tem-2-2-mil-mortes-por-dengue-e-o-cenario-pode-piorar-por-conta-do-desastre-ocorrido-no-rs>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Elidio, Guilherme; Sallas, Janaína; Pacheco, Flávia Caselli; Oliveira, Cesar de; Guilherm, Dirce Bellezi. Atenção primária à saúde: a maior aliada na resposta à epidemia da dengue no Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, n. 48. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10993801/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Fonseca, B. A. L.; Figueiredo, L. T. M. Dengue. In: Focaccia, R., editor. Tratado de infectologia. 5ª ed. São Paulo: Atheneu; 2020. p. 427-431.

Freitas, Danielle Amaral de; Souza-Santos; Reinaldo; Wakimoto, Mayumi Duarte. Acesso aos serviços de saúde por pacientes com suspeita de dengue na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Repositório Institucional da Fiocruz. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33360>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Furtado, Amanda Naiala Ribeiro; Lima, Ana Sheila Ferreira; Oliveira, Anderson Silva de; Teixeira, Andréa Bessa; Ferreira, Deyviane dos Santos; Oliveira, Estephania da Costa; Cavalcanti, Gleydiane Barroso; Sousa, Wlândia Araújo de; Lima, Wladiany Medeiros. Dengue e seus avanços. **Revista Brasileira de Análise Clínicas**, p. 196 – 201. 2019. Disponível em: <https://www.rbac.org.br/artigos/dengue-e-seus-avancos/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Gil, Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo, SP: Atlas, 6ª ed. 2008.

Gomes, Kilma Wanderleu Lopes; Mesquita, Lyvia Patrícia Soares; Caprara, Andrea; Benevides, Bruno Souza; Gonçalves, Ronaldo Pinheiro. Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste. **Saúde debate**, n. 39, v. 105, p. 561 – 569. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-753188>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Marconl, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo, SP: Atlas, 5ª ed. 2003.

Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010. doi:10.1590/S1413-81232010000500005.

Menezes, Ana Maria Fernandes; Almeida, Kaic Trindade; Amorim, Amanda dos Santos; Lopes, Cássia Milene Ribeiro. Perfil epidemiológico da dengue no Brasil entre os anos de 2010 à 2019. **Brasilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 1307 – 13058. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/31260>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Pessoa, João Paulo de Moraes; Oliveira, Ellen Synthia Fernandes de; Teixeira, Ricardo Antônio Gonçalves; Lemos, Cristiane Lopes Simão; Barros, Nelson Filice de. Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JBKZ36RQVP8rmssLkQJmvVs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Ribeiro, Izabella de Lourdes Gattini. Saberes e práticas sobre dengue na atenção primária em saúde: um estudo qualitativo. Dissertação. Universidade Federal de Lavras. Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias. Lavras. 2019. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFLA_98efc1cc630d8a8beab6b308030626d9. Acesso em: 13 nov. 2024.

Santa Catarina. Governo de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica: DIVE. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/index.php/dengue>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Santa Catarina. Governo de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica: DIVE. Protocolo de Vigilância Epidemiológica. 2018.

Seixas, Jorge; Luz, Kleber Giovanni; Pinto Junior, Vitor Laerte. Atualização Clínica sobre Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Dengue. **Revista Científica da Ordem dos Médicos**, v. 37, n. 2, p. 126 – 135. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/20569/15311>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Sousa, Sêmilly Suélen da Silva; Cruz, Ana Cecília Ribeiro; Oliveira, Romário de Sousa; Pinheiro, Valéria Cristina Soares Pinheiro. Características clínicas e epidemiológicas das arboviroses epidêmicas no Brasil: Dengue, Chikungunya e Zika. **Electronic Journal Collection Health**, v. 23, n. 7. 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/13518>. Acesso em: 13 nov. 2024.

Teixeira, Maria da Glória; Barreto, Maurício Lima; Guerra, Zouraide. Epidemiologia e Medidas de Prevenção do Dengue. Informe Epidemiológico do SUS, v. 8, n. 4, p. 5 – 33. 1999.

Tejo, Alexandre Mestre; Hamasaki, Debora Toshie; Menezes, Letícia Mattos; Ho, Yeh-Li. Severe dengue in the intensive care unit. **Journal of Intensive Medicine**, v. 4, p. 16 – 33. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10800775/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

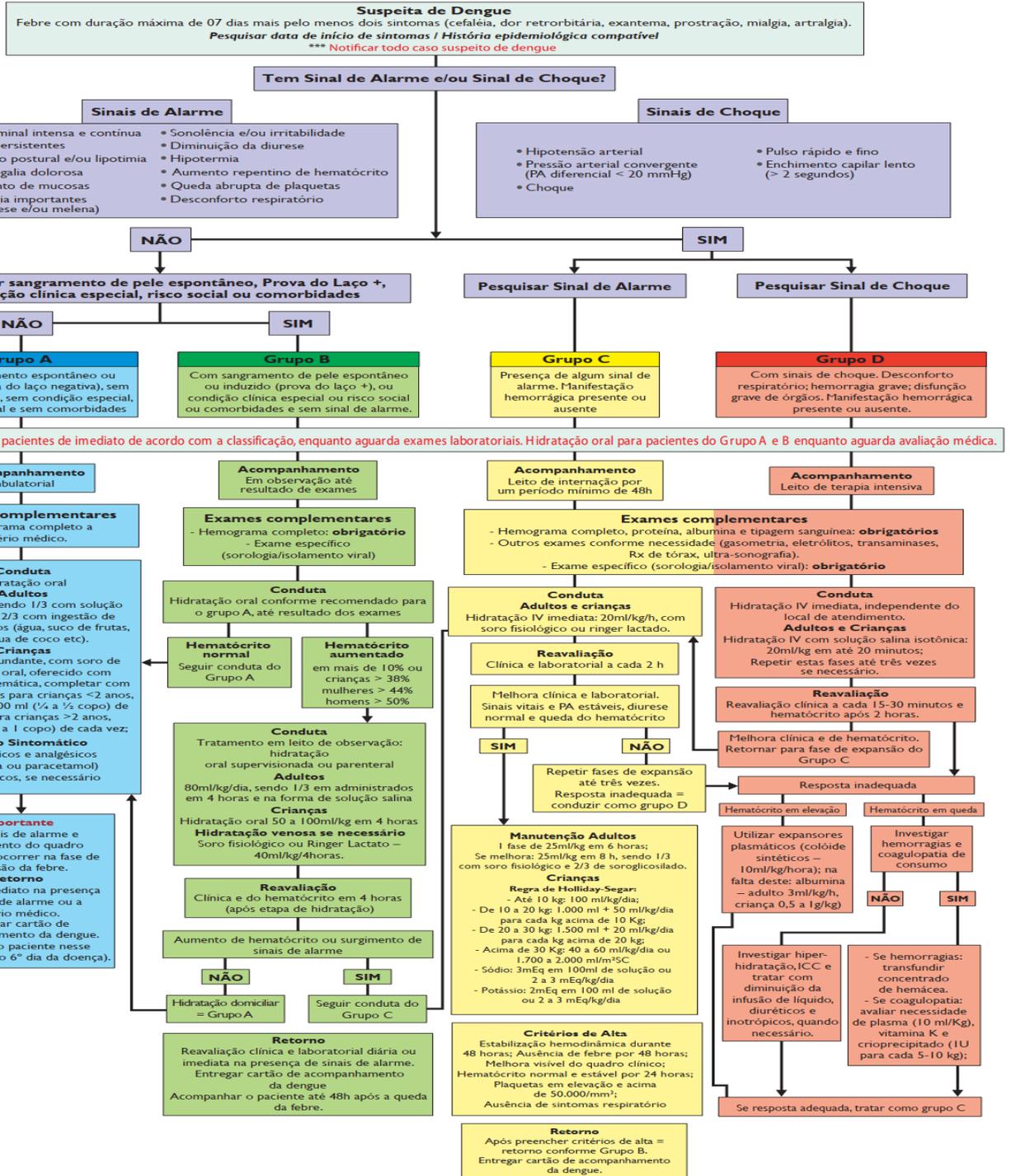
Schenker, Miriam; Costa, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção primária à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciências & Saúde Collection**, v. 24, n. 4. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjqYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/>. Acesso em: 16 nov. 2024.

Vieira, Nayara Figueiredo; Lanza, Fernanda Moura; Araújo, Diego Dias; Cunha, Élide de Sousa. Atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Projeto Formação QualiDNCT: Cuidar & Aprender. 2023. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/688/o/MODULO_03_22_03_2023_1_.pdf. Acesso em: 16 nov. 2024.

Araújo, Juliane Pagliari; Viera, Cláudia Silveira; Oliveira, Beatriz Rosana Gonçalves; Gaiva, Maria Aparecida; Rodrigues, Rosa Maria. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1447 – 1457. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/46TyRwg84HzMRVmKsSTDv5d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2024.

ANEXO A – Tabela de Classificação de Risco e Manejo do paciente

DENGUE Classificação de Risco e Manejo do paciente



Condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades: lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença acidopéptica e doenças auto-imunes. Estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento diferenciado.

Exames complementares: hemograma obrigatório e outros exames laboratoriais de acordo com a condição clínica associada.

Reclassificar os pacientes após cada avaliação clínica e resultado de exames seguindo protocolo da dengue e vigilância clínica específica (condições associadas).

Obs: consultar manual do MS para conduta em condições clínicas especiais.

Prova do Laço
Verificar a PA (deitada ou sentada); Calcular o valor médio: (PA sistólica + PA diastólica)/2;
Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por cinco minutos em adulto (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento de micro petéquias ou equimoses;
Desenhar um quadrado de 2,5 cm (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço.
Contar o número de micro petéquias no quadrado. A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado à vigilância epidemiológica, sendo imediata a notificação das formas graves.



Ministério da Saúde





GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

PROTOCOLO

Vigilância epidemiológica de casos suspeitos de dengue no estado de Santa Catarina.

Santa Catarina

Janeiro/2018

Revisão em outubro/2020



1 INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença febril aguda causada por um vírus do gênero *Flavivirus*, que pode apresentar grande espectro clínico, desde casos leves e autolimitados, como graves. Até o momento são conhecidos 04 sorotipos virais: DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4.

O período médio de incubação da doença é de 5 a 6 dias (podendo variar de 4 a 10 dias). O período de viremia no ser humano pode perdurar até o 5º dia da doença e geralmente inicia um dia antes do aparecimento dos sintomas.

No Brasil, a dengue se caracteriza por um cenário de transmissão endêmico-epidêmica em grande parte do país, determinada principalmente pela circulação simultânea de vários sorotipos virais e a presença disseminada do *Aedes aegypti*.

Esse cenário de intensa transmissão tem contribuído para a mudança no perfil da doença, com a ocorrência cada vez maior de suas formas graves e óbitos.

De acordo com Martinez (2006), “[...] tão importante como evitar a transmissão da dengue é a preparação dos serviços de saúde para atender adequadamente os pacientes suspeitos e evitar os óbitos”.

2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Acompanhar sistematicamente a evolução temporal da incidência de casos em cada localidade do município, comparando com os índices de infestação vetorial;
- Organizar discussões conjuntas com equipes de controle de vetores, assistência e todas as instâncias envolvidas na prevenção e controle da dengue, visando à adoção de medidas capazes de reduzir (impedir) a circulação viral;
- Reduzir a magnitude de ocorrência de dengue por meio da identificação precoce de áreas com maior probabilidade de ocorrência de casos, visando orientar ações integradas de prevenção, controle e organização da assistência;
- Realizar monitoramento para detecção precoce da circulação viral e mudança no padrão dos sorotipos;
- Construir, manter e alimentar sistemas de informações, visando o acompanhamento de tendência e à construção de indicadores epidemiológicos, com o objetivo de orientar ações, avaliar a efetividade dos programas de prevenção e controle, bem como apoiar estudos e pesquisas voltadas ao aprimoramento da vigilância e controle;
- Reduzir a ocorrência de óbitos evitáveis por dengue mediante identificação dos seus possíveis determinantes e definição de estratégias para aprimoramento da assistência aos casos.



2.1 Definições e classificação dos casos de dengue

Desde 2014, o Brasil utiliza a seguinte classificação para os casos da doença: dengue, dengue com sinais de alarme e dengue grave.

A classificação é retrospectiva e, para sua realização, devem ser reunidas todas as informações clínicas, laboratoriais e epidemiológicas do paciente conforme descrito a seguir:

a) Caso suspeito de dengue

Pessoa que viva em área onde se registram casos de dengue, ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão de dengue (ou presença de *Aedes aegypti*). Deve apresentar febre, usualmente entre 02 e 07 dias e duas ou mais das seguintes manifestações:

- mialgias, artralgias, cefaleia, dor retro orbital, náuseas, vômitos, exantema, petéquias, prova do laço positiva ou leucopenia.

Também pode ser considerado caso suspeito toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 02 e 07 dias, e sem sinais e sintomas indicativos de outra doença.

b) 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 e contínua, ou dor a palpação do abdome;
- vômitos persistentes;
- acumulação de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico);
- sangramento de mucosa;
- letargia ou irritabilidade;
- hipotensão postural e/ou lipotímia;
- hepatomegalia maior do que 2cm;
- aumento progressivo do hematócrito.

c) Caso suspeito de dengue grave

É todo caso que apresenta um ou mais dos resultados abaixo:

- Choque devido ao extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou maior a 03 segundos, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente ≤ 20 mmHg; hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória;
- Sangramento grave, segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa, sangramento do sistema nervoso central);



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

- Comprometimento grave de órgãos, tais como: dano hepático importante (AST/ALT>1.000), sistema nervoso central (alteração da consciência), coração (miocardite) ou outros órgãos.

2.2 Notificação e investigação de casos e óbitos

Todo **caso suspeito** de dengue deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica (VE) municipal, conforme rotina de notificação de doenças, e, concomitantemente ao Programa de Controle da Dengue (PCD) municipal para que as ações de controle vetorial sejam realizadas em tempo oportuno.

A notificação realizada no momento da suspeição, precisa ser digitada no SINAN ONLINE em até **07 dias**, com intuito de agilizar as rotinas epidemiológicas e acompanhamento de casos (Ficha de notificação/ investigação disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/zoonoses/publicacoes/FICHA_DENGUE_ONLINE_131213-1.pdf).

A investigação é realizada concomitantemente à suspeição com o objetivo de se verificar autoctonia e tomar medidas eficazes de impedir ou reduzir a transmissão. Ressalta-se a importância da investigação com dados de deslocamentos entre os períodos de incubação e período de viremia, que respectivamente fornecem informações sobre o Local Provável de Infecção (LPI) e indica risco de possíveis casos na área (Figura 1). É importante que a definição da autoctonia dos casos ocorra conjuntamente entre o município, a Gerência Regional de Saúde e a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE).

Figura 1: Esquema de investigação de casos de dengue.

Período de incubação*														Ações de controle vetorial e investigar novos casos na área				
14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1- Início dos sintomas	2	3	4	5	
Investigar LPI												Período de viremia**						

* Período de incubação: 4 a 10 dias, média de 5 a 6 dias, porém a investigação precisa ser retroativa aos 14 dias anteriores do início dos sintomas.

** Período de viremia: período em que o vírus está na corrente sanguínea sendo passível de infectar o mosquito.

Fonte: DIVE, 2017.



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Com intuito de auxiliar na investigação de outras doenças semelhantes à dengue, na Figura 2 é possível observar a frequência dos principais sinais e sintomas que estão presentes nas infecções ocasionadas pelos vírus da dengue, febre de chikungunya e zika vírus.

Figura 2: Frequência dos principais sinais e sintomas ocasionados pela infecção pelos vírus da dengue, febre de chikungunya e zika vírus.

Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre	>38°C	Sem febre ou subfebril ($\leq 38^\circ\text{C}$)	Febre alta >38°C
Duração	4 a 7 dias	1-2 dias subfebril	2-3 dias
Rash	Surge a partir do quarto dia	Surge no primeiro ou segundo dia	Surge 2-5 dias
Frequência	30% a 50% dos casos	90% a 100% dos casos	50% dos casos
Mialgia (frequência)	+++	++	+
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intenso
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Hipertrofia ganglionar	+	+++	++
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+
Risco de morte	+++	+*	++
Acometimento Neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	+++	+++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+++	Ausente (raro)	++

Fonte: Brito; Cordeiro (2016).

* Pode haver risco de morte nos casos neurológicos como a SGB decorrente de Zika ou para crianças com malformações congênicas graves.

Todos os **óbitos** suspeitos e/ou confirmados de dengue devem ser investigados imediatamente após a notificação através de instrumento de coleta de dados,



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

conforme orientação técnica para investigação de óbitos suspeitos e/ou confirmados de dengue e/ou febre de chikungunya (CHIKV) e/ou febre do zika vírus (ZIKAV) (http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/notas_tecnicas/nota_tecnica_formulario.pdf). Os formulários preenchidos deverão ser digitalizados e encaminhados a Gerência de Saúde correspondente, que repassará para a área técnica do Programa de Vigilância e Controle do *Aedes aegypti* por meio do e-mail dengue@saude.sc.gov.br, para análise e discussão do caso. Após isso, o caso deverá ser encerrado no sistema de notificação, como óbito confirmado por um dos agravos ou descartado.

2.3 Diagnóstico Laboratorial

Em caso de suspeita, proceder com a coleta de amostra biológica para diagnóstico de dengue, que deverá ser encaminhada ao LACEN, conforme tabela disponível no Anexo 1.

2.4 Classificação final dos casos e óbitos de dengue

a) Caso confirmado de dengue

É todo caso suspeito de dengue confirmado laboratorialmente (RT-PCR em tempo real, detecção do antígeno Ns1 ou detecção de anticorpos IgM).

A detecção dos primeiros casos autóctones de dengue em determinada área do município deverá obrigatoriamente ser confirmada laboratorialmente pelo LACEN.

Nota

Os casos graves devem ser preferencialmente confirmados por laboratório. Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica, considerar confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente.

A partir do momento em que há transmissão sustentada em uma determinada área do município, com aumento no número de casos detectados por duas semanas consecutivas, a confirmação deverá ocorrer pelo critério clínico-epidemiológico. Assim, deverá ser realizada coleta de somente 10% dos casos suspeitos para o monitoramento viral, exceto gestantes, casos graves e óbitos, que devem ocorrer preferencialmente por critério laboratorial, conforme definido na Estratégia Operacional para a prevenção e controle da dengue, febre de chikungunya e zika vírus no estado de Santa Catarina (http://dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/Estrategia_operacional_para_prevencao_e_controle_da%20dengue_febre_de_chikungunya_zika_SC_2019.PDF).

b) Óbito



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Todo paciente que atenda os critérios da definição de caso suspeito ou confirmado que morreu como consequência da dengue. Pacientes com dengue e comorbidades que evoluírem para óbito no curso da doença, deverão ter como causa básica a dengue.

c) Descartado

Todo caso suspeito de dengue que possui um ou mais dos critérios a seguir:

- 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;
- diagnóstico laboratorial negativo para dengue e positivo para outra doença;
- caso sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com outras doenças;
- todo caso suspeito, principalmente gestantes, casos 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.

3 TRATAMENTO

O tratamento e o manejo de casos de dengue seguem as recomendações descritas no Guia de manejo clínico adulto e criança do Ministério da Saúde (2016) (http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/zoonoses/publicacoes/dengue_manejo-adulto-crianca-5d_2016.pdf)

4 CONTROLE VETORIAL

Deverá seguir a Estratégia Operacional para a prevenção e controle da dengue, febre de chikungunya e do zika vírus no estado de Santa Catarina (http://dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/Estrategia_operacional_para_prevencao_e_controle_da%20dengue_febre_de_chikungunya_zika_SC_2019.PDF).

5 TELEFONES ÚTEIS

- Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVE: (48) 3664-7400
 - GEZOO/DIVE - Programa de Controle da Dengue: (48) 3664-7490/ 7493
 - DIVE - Sobreaviso: (48) 9105-5450 (durante a semana das 19h às 7h e sábados, domingos e feriados)
- LACEN - Recepção: (48) 3664-7801
- Hospital Nereu Ramos: (48) 3216-9300



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DIVE/SUV/SES/SC



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: MS, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico Adulto e criança**. 4ed. Brasília: MS, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Dengue: Manual de Enfermagem**. 2ed. Brasília: MS, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue**. 1 ed. Brasília: MS, 2013.

BRITO, Carlos Alberto Antunes de; CORDEIRO, Marli Tenorio. One year after the Zika virus outbreak in Brazil: from hypotheses to evidence. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 49, n. 5, p. 537-543, 2016.

TORRES, Eric Martinez. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. **Rev. Panam. Salud Publica [online]**, v. 20, n. 1, pp. 60-74. 2006.



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

ANEXOS

Anexo 1 – Procedimentos para coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas*.

Doença/Agravo Exame/ Metodologia	Amostra Biológica	Período ideal da Coleta	Acondicionamento/ Volume/Temperatura de armazenamento e Transporte	Prazo de envio ao Lacen após coleta	Critério de Rejeição	Prazo de liberação do exame	Requisição GAL
DENGUE • Detecção do antígeno NS1 ELISA	Sangue (soro)	Do 1º ao 5º dias do início dos sintomas (febre)	<ul style="list-style-type: none">• Coletar sangue em tubo (5 ml) sem anticoagulante com gel separador (tampa amarela);• Aguardar 30 minutos a temperatura ambiente para retração do coágulo;• Centrifugar para separação do soro a 3000 rpm – 10 minutos;• Enviar no tubo original na posição vertical• Transportar sob refrigeração (2 °C a 8 °C);• Se a amostra for congelada (-20°C), deve ser fracionada para criotubo e transportada mantendo esta condição.	<ul style="list-style-type: none">• Até 5 dias manter sob refrigeração (2 c a 8°C);• Para períodos maiores (Máximo 15 dias) fracionar o soro e congelar.	<ul style="list-style-type: none">• Amostra malconservada (sem refrigeração),• Tubos quebrados, derramados;• Amostra com hemólise e lipemia intensa.• Tubo inadequado• Volume insuficiente	10 dias	Pesquisa: Dengue < 5 dias de sintomas – Imunologia
DENGUE • Detecção de anticorpos IgM ELISA	Sangue (soro)	Amostra coletada Após 6º dia de início dos sintomas.	<ul style="list-style-type: none">• Coletar sangue em tubo (5 ml) sem anticoagulante com gel separador (tampa amarela);• Aguardar 30 minutos a temperatura ambiente para retração do coágulo;• Centrifugar para separação do soro a 3000 rpm – 10 minutos;• Enviar no tubo original na posição vertical	<ul style="list-style-type: none">• Até 5 dias. Manter sob refrigeração (2 °C a 8 °C);• Para períodos maiores (máximo 15 dias) fracionar o	<ul style="list-style-type: none">• Amostra malconservada (sem refrigeração), transportada inadequadamente (tubos quebrados, derramados);• Amostra com hemólise e lipemia	07 dias	Pesquisa: Dengue > 5 dias de sintomas - Imunologia



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

			<ul style="list-style-type: none">• Transportar sob refrigeração (2 °C a 8 °C);• Se a amostra for congelada (-20°C), deve ser fracionada para criotubo e transportada mantendo esta condição.	soro e congelar.	intensa. <ul style="list-style-type: none">• Tubo inadequado;• Volume insuficiente.		
DENGUE Tipagem do vírus Den 1, 2, 3, 4 <ul style="list-style-type: none">• RT-PCR em tempo real	Sangue (soro)	Do 1º ao 5º dias do início dos sintomas (febre)	<ul style="list-style-type: none">• Coletar sangue em tubo (5 ml) sem anticoagulante com gel separador (tampa amarela);• Aguardar 30 minutos a temperatura ambiente para retração do coágulo;• Centrifugar para separação do soro a 3000 rpm – 10 minutos;• Enviar no tubo original na posição vertical refrigerado;• Para período maior, transferir o soro para um criotubo, livre de DNA/RNAse e conservar em câmara de congelamento (-70° C);• Transportar em gelo seco ou balão de nitrogênio, evitando descongelamento.	<ul style="list-style-type: none">• Até 24 horas no tubo original sob refrigeração (2 a 8° C);• Após 24 horas. Em gelo seco.	<ul style="list-style-type: none">• Amostra malconservada (sem refrigeração);• Tubos quebrados, derramados;• Amostra com hemólise e lipemia intensa;• Tubo inadequado;• Volume insuficiente;• Armazenamento e Transporte inadequado.	30 dias	Pesquisa: <ul style="list-style-type: none">• Dengue, PCR – Biologia molecular

*Maiores informações sobre coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas podem ser obtidas em contato com o LACEN pelo telefone: (48)3664-7801.

CHECKLIST



Insumos
DENGUE



Março/2023

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agulha 40 x 12 CX | <input type="checkbox"/> Aparelho de pressão adulto |
| <input type="checkbox"/> Agulha 25 x 7 CX | <input type="checkbox"/> Aparelho de pressão adulto obeso |
| Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Aparelho de pressão infantil |
| <input type="checkbox"/> Álcool gel | Estetoscópio adulto |
| Algodão rolo | <input type="checkbox"/> Estetoscópio infantil |
| <input type="checkbox"/> Luva de procedimento P M G | <input type="checkbox"/> Garrote |
| Abocath nº 18, 20, 22, 24 | <input type="checkbox"/> Régua 30cm |
| <input type="checkbox"/> Equipo macrogotas | <input type="checkbox"/> Suporte de Soro |
| Polifix - conexão duas vias | Copo Descartável |
| Esparadrapo | <input type="checkbox"/> Frasco de 1l para preparo SRO |
| <input type="checkbox"/> Micropore | Tubo Seco ou Com Gel |
| <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso | Separador (Tampa Vermelha ou Amarela) |
| Cadeira de hidratação | <input type="checkbox"/> Scalp (todos os calibres) |
| <input type="checkbox"/> Suporte de descarpack 20l | <input type="checkbox"/> Seringa 5ml |
| Descarpack 20 l | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Termômetro | |
| <input type="checkbox"/> Seringa 10 ml | |
| <input type="checkbox"/> Seringa 20 ml | |



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

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

Unidade de Referência



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

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

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

Unidade de Referência



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

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

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

Unidade de Referência



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



Paciente: _____

Conforme o Plano Municipal de Contingência para as Doenças Transmitidas pelo Aedes, encaminho o paciente em suspeita clínica, conforme a avaliação a seguir:

Grupo B – PARA AVALIAÇÃO DO HEMOGRAMA

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva | <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> Doença autoimune |
| <input type="checkbox"/> Criança menor de 2 anos | <input type="checkbox"/> DM | <input type="checkbox"/> Sinais de sangramento cutâneo espontâneo (inclui petéquias, equimoses e hematomas) |
| <input type="checkbox"/> Gestante | <input type="checkbox"/> DPOC | |
| <input type="checkbox"/> Idoso > 65 anos | <input type="checkbox"/> Doença hematológica crônica | |
| <input type="checkbox"/> Úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Doença renal crônica | |

Grupo C - PARA AVALIAÇÃO NA EMERGÊNCIA

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desconforto respiratório | <input type="checkbox"/> Hipotermia | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia dolorosa |
| <input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa | <input type="checkbox"/> Diminuição da diurese | <input type="checkbox"/> Hipotensão postural ou lipotimia |
| <input type="checkbox"/> Queda abrupta na contagem de plaquetas | <input type="checkbox"/> Sangramento digestivo alto ou baixo | <input type="checkbox"/> Vômitos persistentes |
| <input type="checkbox"/> Aumento repentino do hematócrito | <input type="checkbox"/> Sangramento de mucosas | <input type="checkbox"/> Sonolência ou irritabilidade |

Em anexo seguem o Cartão da Dengue devidamente preenchido pela Equipe de Saúde da Família, com o número de notificação, resultado da Prova do Laço, CNS e RG.

Carimbo e assinatura do profissional avaliador