



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

OFÍCIO Nº SMS-OFI-2025/07371

Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 2025.

Assunto: NORMATIZAÇÃO. REGULAMENTAÇÃO. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Às Coordenadorias Gerais de Atenção Primária, com vistas aos profissionais da rede de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.

Em atualização ao SMS-OFI-2024/10943,

A Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde publica a Nota Técnica que dispõe sobre a **organização do atendimento às arboviroses pelas equipes de atenção primária no município do Rio de Janeiro**.

Para ampla divulgação nas Unidades de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.

LARISSA CRISTINA TERREZO MACHADO  
SUPERINTENDENTE  
Matrícula: 3243623  
S/SUBPAV/SAP

GISLANI MATEUS OLIVEIRA AGUILAR  
SUPERINTENDENTE  
Matrícula: 2952687  
S/SUBPAV/SVS

EMANUELLE PEREIRA DE OLIVEIRA CORREA  
SUPERINTENDENTE  
Matrícula: 3264504  
S/SUBPAV/SIAP

Classif. documental: 00.01.00.01



Assinado com senha por LARISSA CRISTINA TERREZO MACHADO - 25/02/2025 às 14:38:10, GISLANI MATEUS OLIVEIRA AGUILAR - 26/02/2025 às 08:55:08, EMANUELLE PEREIRA DE OLIVEIRA CORREA - 26/02/2025 às 08:55:15, ALINE RODRIGUES DE AGUIAR - 26/02/2025 às 08:55:41 e RENATO CONY SERODIO - 26/02/2025 às 10:38:46.  
Documento Nº: 9377827-7228 - consulta à autenticidade em <https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar?n=9377827-7228>



SMSOFI202507371A

SIGA

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

ALINE RODRIGUES DE AGUIAR  
SUPERINTENDENTE  
Matrícula: 3219128  
S/SUBPAV/SPS

RENATO CONY SERODIO  
SUBSECRETARIO  
Matrícula: 3243748  
S/SUBPAV



Assinado com senha por LARISSA CRISTINA TERREZO MACHADO - 25/02/2025 às 14:38:10, GISLANI MATEUS OLIVEIRA AGUILAR - 26/02/2025 às 08:55:08, EMANUELLE PEREIRA DE OLIVEIRA CORREA - 26/02/2025 às 08:55:15, ALINE RODRIGUES DE AGUIAR - 26/02/2025 às 08:55:41 e RENATO CONY SERODIO - 26/02/2025 às 10:38:46.  
Documento Nº: 9377827-7228 - consulta à autenticidade em <https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar?n=9377827-7228>



SMSOFI202507371A

**Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde**  
**NOTA TÉCNICA SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS ARBOVIROSES**  
**PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

*VERSÃO 25 DE FEVEREIRO DE 2025*

*Cenário de risco moderado para dengue*

---

**VOCÊ JÁ SABE, MAS NÃO CUSTA LEMBRAR:**

- O município do Rio de Janeiro apresenta, na publicação desta nota, um cenário de atenção para a dengue, com circulação de 2 sorotipos (DENV1 e DENV2), além de chikungunya e febre Oropouche.
- O quadro clínico das infecções por dengue, chikungunya e febre Oropouche na fase aguda é muito semelhante, devendo, nessa fase, ser priorizado o fluxograma da dengue, devido ao maior risco de complicações graves.
- A particularidade da abordagem da chikungunya é o manejo da dor. Além disso, se houver confirmação laboratorial de chikungunya, pode ser interrompida a hidratação.
- O paciente com suspeita de arbovirose deve ser **identificado logo que chega na unidade**, permitindo avaliação de sinais de gravidade e de alarme, pronto início da hidratação e, quando indicada, solicitação de vaga zero.
- As equipes devem estar aptas para realizarem o manejo clínico dos casos suspeitos, seguindo os fluxogramas elaborados pelo Ministério da Saúde e pela SMS-Rio.
- Os pacientes com sintomas de arboviroses devem ser atendidos por profissional de saúde, sendo realizada a estratificação de risco para seguimento dos protocolos de atendimento.
- A gravidade da dengue deve-se ao extravasamento plasmático que resulta em acúmulo de líquido em serosas (derrame pleural, ascite, derrame pericárdico) e sinais de choque. A maior causa de óbito na dengue é o choque hipovolêmico.
- O extravasamento de plasma leva à hemoconcentração, o que torna o hematócrito de suma importância para acompanhar evolutivamente o quadro clínico do paciente.
- Todos os atendimentos devem ser registrados no prontuário eletrônico (PEP), com preenchimento dos campos parametrizados da consulta rápida ou da aba de arboviroses, acionando o CID correspondente (A90 para dengue, A92.0 para chikungunya e A93 para febre Oropouche).
- Todos os casos suspeitos devem ser **notificados** no Sinan *online*, incluindo-se a necessidade de encerramento oportuno dos casos com o registro dos resultados de exames laboratoriais diagnósticos para confirmação ou descarte do caso.
- **Considerando a circulação de outros sorotipos no país e que o MRJ não está em epidemia, casos suspeitos até o 5º dia de início dos sintomas devem ter coleta de soro para exame de biologia molecular RT-PCR no LACEN RJ.**
- Os casos notificados na unidade também devem ser reportados ao Agente de Vigilância em Saúde do território para a realização do bloqueio vetorial e prevenção de novos casos.



SMSOFI202507371A

## 1. INTRODUÇÃO

As arboviroses urbanas são transmitidas, principalmente, pela picada da fêmea do *Aedes aegypti* e têm sido responsáveis por sucessivas epidemias ao longo das últimas décadas, causando grande impacto na saúde pública. Entre essas doenças, a dengue, causada por quatro sorotipos virais (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4), destaca-se pelo maior número de casos e epidemias. Nos casos graves, a dengue pode evoluir para extravasamento plasmático, levando a choque hipovolêmico e risco de óbito.

Além da dengue, outras arboviroses apresentam relevância epidemiológica. A chikungunya é notável pela associação com artralgia persistente e dor crônica, impactando a qualidade de vida dos pacientes. Já a Zika, embora sem circulação confirmada atualmente, ganhou notoriedade pela sua relação com malformações congênitas, especialmente a microcefalia associada à infecção congênita.

O ano de 2024 foi marcado por uma grande epidemia de dengue no município do Rio de Janeiro. No entanto, devido à eficiência da resposta do sistema de saúde, a letalidade permaneceu significativamente inferior à de epidemias anteriores. Além disso, foram registrados os primeiros casos de febre Oropouche no município, uma arbovirose clinicamente semelhante à dengue, mas transmitida pelo *Culicoides paraensis* (mosquito-pólvora). Embora a febre Oropouche não esteja associada ao extravasamento plasmático ou a formas graves como a dengue, há preocupação em relação à possível transmissão vertical, cujas repercussões clínicas ainda não foram plenamente estabelecidas.

Diante deste cenário, o objetivo desta nota técnica é orientar a conduta clínica e a organização dos serviços de saúde na atenção primária para o enfrentamento das arboviroses urbanas em 2025, a fim de reduzir as dificuldades decorrentes da sazonalidade e minimizar o risco de epidemias. O foco principal será a dengue, mas também serão abordadas a chikungunya e a febre Oropouche.

## 2. AVALIAÇÃO E MANEJO CLÍNICO DAS ARBOVIROSES NA APS

Em fevereiro de 2024, o Ministério da Saúde (MS) lançou a 6ª edição do manual “Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico – Adulto e Criança,” que atualizou as orientações para o manejo clínico da dengue, bem como o fluxograma. A Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância (SUBPAV) da SMS-Rio adaptou esse fluxograma de modo a dar destaque à avaliação clínica, ao manejo específico na Atenção Primária à Saúde (APS) e ao processo de encaminhamento dos pacientes para avaliação em serviços de urgência e emergência. A seguir, será descrita a abordagem clínica na APS, com foco em dengue, mas também abordando chikungunya.

A sequência seguirá a da abordagem clínica, em que primeiramente se identificam e manejam sinais de gravidade, que requerem atenção imediata, para então aprofundar a avaliação diagnóstica e a conduta não-emergencial.



## 2.1. AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL E IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE GRAVIDADE

Deve-se suspeitar de arbovirose em todo paciente com **quadro febril agudo**, especialmente na ausência de sintomas respiratórios. É importante explorar a história e o exame físico, com especial atenção no primeiro momento para **sinais de choque (Quadro 1)**, que requerem manejo imediato e solicitação de vaga zero.

**Quadro 1:** Sinais de choque da Dengue

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Taquicardia</li> <li>■ Extremidades distais frias</li> <li>■ Pulso fraco e filiforme</li> <li>■ Enchimento capilar lento (&gt; 2 seg)</li> <li>■ Pressão arterial convergente (&lt; 20 mmHg)</li> <li>■ Taquipneia</li> <li>■ Oligúria (&lt; 1,5 ml/kg/h)</li> <li>■ Hipotensão arterial (fase tardia do choque)</li> <li>■ Cianose (fase tardia do choque)</li> <li>■ Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória</li> <li>■ Sangramento grave</li> </ul>
--

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

Para todo caso com sinais de choque, deve ser solicitada **vaga zero, modalidade emergência/UTI móvel**, sendo indicada hidratação endovenosa (EV) enquanto aguarda a chegada da ambulância (solução salina isotônica 20 ml/kg em até 20 minutos, podendo repetir até 3x se necessário). Adiante, na seção 7.2, está listado o conteúdo descritivo mínimo para a solicitação da vaga zero. A seguir (Quadros 2 e 3), estão listados os valores normais para os parâmetros que são considerados nos sinais de gravidade.

**Em crianças, a apresentação dos sintomas pode ser ainda mais inespecífica. Portanto, deve-se redobrar a atenção aos sintomas de sonolência, inapetência e irritabilidade. A instituição de tratamento efetivo deve ocorrer de forma oportuna a fim de evitar complicações, que podem ser graves.**

**Quadro 2:** Frequência cardíaca normal

FREQUÊNCIA CARDÍACA (em batimentos por minuto – bpm)			
Idade	FC acordado	Média	FC dormindo
0 a 2 meses	85-205	140	80-160
3 a 23 meses	100-190	130	75-160
2 a 10 anos	60-140	80	60-90
> 10 anos	60-100	75	50-90

Fonte: Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico - Adulto e Crianças, 6ª edição, Ministério da Saúde, p. 72, com dados da American Heart Association (2024)



**Quadro 3:** Frequência respiratória normal

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	
Idade	Frequência respiratória (em respirações por minuto – rpm)
< 2 meses	até 60 rpm
2 meses a 1 ano	até 50 rpm
1 a 5 anos	até 40 rpm
5 a 8 anos	até 30 rpm
Adultos	12 rpm a 20 rpm

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

## 2.2. AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO

Após serem descartados ou manejados os sinais de gravidade, o próximo passo é explorar mais detalhadamente o quadro clínico para avaliar se o paciente preenche critérios para definição de caso de alguma arbovirose.

### CASO SUSPEITO DE DENGUE

Indivíduo que resida em área onde se registram casos de dengue ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão ou presença de *Aedes aegypti*, que apresente:

1. Febre (alta, podendo variar de 38°C a 40°C), usualmente com duração entre 2 e 7 dias; **e**
2. Duas ou mais das seguintes manifestações:
  - a. Náusea/vômitos;
  - b. Exantema;
  - c. Mialgia/artralgia;
  - d. Cefaleia/dor retroorbital;
  - e. Petéquias/Prova do laço positiva;
  - f. Leucopenia.

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



**CASO SUSPEITO DE CHIKUNGUNYA**

Indivíduo que resida em área onde se registram casos de chikungunya ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão ou presença de *Aedes aegypti* ou tenha vínculo epidemiológico com caso importado confirmado, devendo apresentar:

1. Febre de início súbito maior que 38,5°C; e
2. Artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicada por outras condições.

Sinais e sintomas como febre, rash cutâneo, cefaléia, mialgia, artralgia e alterações hematológicas são comuns nas duas infecções. Entretanto, a intensidade e frequência varia entre elas, como pode ser observado no quadro abaixo. Cumpre destacar que, pelo seu maior risco de complicações agudas, deve ser dada prioridade ao protocolo de manejo da dengue.

Atualmente, a suspeição clínica de Oropouche está relacionada ao deslocamento do indivíduo para áreas com transmissão comunitária sustentada comprovada da doença. Todavia, considerando a possibilidade de co-circulação de dengue e Oropouche, deve-se priorizar o manejo clínico inicial conforme o fluxograma da dengue. O teste diagnóstico para Oropouche é feito automaticamente pelo LACEN RJ em parte das amostras de RT PCR ZDC de pessoas com suspeita de arbovirose. Mesmo nos casos com história de deslocamento para áreas com transmissão comunitária sustentada comprovada de Oropouche, também se realiza o RT PCR ZDC, além do RT PCR para Oropouche.

Para fins de conhecimento da sintomatologia, são listados abaixo os critérios de definição de caso de Oropouche.

**CASO SUSPEITO DE OROPOUCHE**

Indivíduo que apresenta febre de início agudo (ou histórico de febre) de até 5 dias de duração, associada a cefaleia intensa e duas ou mais das seguintes manifestações: mialgia ou artralgia; calafrios; fotofobia; tontura; dor retro-ocular; náuseas, vômitos ou diarreia, ou qualquer manifestação do sistema nervoso (diplopia, parestesia, meningite, encefalite, meningoencefalite);

E

Histórico de exposição em áreas endêmicas ou com registro de surto/epidemia ou exposição à situação de risco, como áreas infestadas pelo vetor.

O Quadro 4, a seguir, ilustra as diferenças entre as manifestações clínicas da Dengue, da Chikungunya e da Zika. Os dados atualmente disponíveis na literatura não permitem uma diferenciação clara das manifestações clínicas da febre de Oropouche.



**Quadro 4:** Diagnóstico diferencial: dengue *versus* chikungunya *versus* febre Oropouche

SINAIS / SINTOMAS	Dengue	Chikungunya	Zika
Febre (duração)	> 38°C, 2 a 7 dias	Febre alta > 38°C, 2-3 dias	Sem febre ou subfebril (≤38°C), 1-2 dias
Exantema	Surge do 3o ao 6o dia	Surge do 2o ao 5o dia	Surge no primeiro ou segundo dia
Mialgia (frequência)	+++	++	++
Artralgia (frequência)	+	+++	++
Intensidade da dor articular	Leve	Moderada/Intensa	Leve/Moderada
Edema de articulação	Raro e leve	Frequente e de moderado a intenso	Frequente
Conjuntivite	Raro	30% dos casos	50-90%
Cefaleia	+++	++	++
Linfadenomegalia	+	++	+++
Discreta hemorragia	++	+	Ausente
Acometimento neurológico	+	++	+++
Leucopenia	+++	++	++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Incomum
Trombocitopenia	+++	++	+

Fonte: Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico - Adulto e Crianças, 6ª edição, Ministério da Saúde, p. 21, 2024, com base em Brito e Cordeiro (2016).

### 2.3. SINAIS DE ALARME

É importante estar atento aos sinais de alarme descritos no quadro abaixo.

**Quadro 5:** Sinais de alarme na dengue

- 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

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

Em relação ao **hematócrito**, considera-se aumento uma elevação de 10% em relação ao hematócrito basal. Ele pode ser obtido a partir dos resultados de exames anteriores. Quando esse não estiver disponível, usar os valores absolutos de hematócrito listados abaixo:

**Quadro 6:** Valores de referência do hematócrito basal para avaliação de hemoconcentração

Hematócrito	Valor
<b>Crianças</b>	<b>&gt; 38%</b>
<b>Mulheres</b>	<b>&gt; 44%</b>
<b>Homens</b>	<b>&gt; 50%</b>

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

Para todo paciente com sinal de alarme, deve ser solicitada vaga zero e iniciada imediatamente a hidratação venosa, com volume de 10 ml/kg/h em 2 horas. Para casos suspeitos para chikungunya, outro sinal de alarme relevante é o acometimento neurológico.

## 2.4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Todo paciente com suspeita de dengue deve ser classificado em grupos de A a D, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), levando em consideração sinais de alarme ou gravidade, condições especiais, risco social, comorbidades e resultado da prova do laço. A seguir, estão descritos os grupos:

**Grupo A:** Dengue sem sinais de alarme ou de gravidade, sem comorbidades, sem condição especial, sem risco social e com prova do laço negativa;

**Grupo B:** Dengue sem sinais de alarme ou de gravidade, porém com comorbidades ou com condição especial ou com risco social (ver Quadro 7, a seguir) ou com prova do laço positiva;

**Grupo C:** Dengue sem sinais de gravidade porém com sinal de alarme (já abordado na seção 2.3);

**Grupo D:** Dengue com sinal de gravidade (já abordado na seção 2.1).



**Quadro 7:** Condições clínicas especiais

CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS, COMORBIDADES E CRITÉRIO DE RISCO SOCIAL	
<b>Condições clínicas especiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactentes (&lt; 2 anos)</li> <li>• Idosos (≥ 65 anos)</li> <li>• Gestantes</li> </ul>
<b>Comorbidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão arterial</li> <li>• Doença cardiovascular grave</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)</li> <li>• Asma</li> <li>• Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>)</li> <li>• Doenças hematológicas crônicas</li> <li>• Doença renal crônica</li> <li>• Doença ácido-péptica</li> <li>• Hepatopatias</li> <li>• Doenças autoimunes</li> </ul>
<b>Risco social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condição social que dificulta o cuidado (p.ex., idoso com rede de apoio frágil)</li> </ul>

Certos pacientes, embora não apresentem sinais de alarme evidentes, possuem condições especiais que impedem seu monitoramento seguro apenas na APS. Dessa forma, a SMS optou por subdividir o grupo B – originalmente composto por casos de dengue sem sinais de alarme, mas com comorbidades, condições especiais ou risco social – em dois subgrupos:

**Grupo B1:** Pacientes que devem ser acompanhados ambulatorialmente com atendimentos diários;

**Grupo B2:** Pacientes que necessitam de vaga zero para observação em leito clínico, devido ao maior risco de evolução rápida para complicações da dengue ou de exacerbação da doença crônica de base.

Essa diferenciação tem como objetivo assegurar que aqueles com maior potencial de deterioração clínica recebam uma intervenção mais intensiva e adequada, enquanto os demais possam ser monitorados de forma ambulatorial.

Os critérios definidos neste município para vaga zero de grupo B2 são:

- a. Gestantes
  - Com comorbidades, independente da idade gestacional
  - Com plaquetas abaixo de 100.000, independente da idade gestacional
- b. Pessoas com alguma das comorbidades listadas no quadro, que tenham levado a comprometimento respiratório (dor torácica, dificuldade respiratória, diminuição do murmúrio vesicular ou outros sinais de gravidade)
- c. Hepatopatias crônicas com cirrose



- d. Insuficiência cardíaca com classificação funcional NYHA 3 e 4
- e. Doença falciforme ou coagulopatias
- f. Doença renal crônica estágios IV e V
- g. Asma descompensada (uso de broncodilatador de alívio em frequência maior que 2x/semana)
- h. Uso de dupla antiagregação plaquetária ou AAS em vigência de plaquetas < 50.000
- i. Risco social que dificulte a hidratação e a identificação de sinais de alarme (p.ex., idoso frágil sem rede de apoio, pessoa em situação de rua)
- j. Outros critérios compatíveis ou risco de sangramento ou de deterioração clínica rápida, desde que bem justificados.

A classificação do risco considera não apenas o manejo imediato, mas também o risco de evolução clínica desfavorável. Assim, o risco não deve ser reclassificado para um grupo inferior devido à melhora do quadro clínico. Por exemplo, um paciente classificado como Grupo C devido a dor abdominal intensa deve manter essa classificação e ser manejado como tal conforme os fluxogramas vigentes, mesmo se houver melhora da dor abdominal após analgesia e hidratação.

## 2.5. PRESCRIÇÃO DE HIDRATAÇÃO ORAL

Para os grupos A e B, deve ser prescrita hidratação, preferencialmente oral. O volume a ser prescrito é descrito a seguir:

- Adultos
  - 60 a 80 ml/kg/dia;
- Crianças:
  - até 10 kg: 130 ml/kg/dia;
  - 10 a 20 kg: 100 ml/kg/dia;
  - Acima de 20 kg: 80 ml/kg/dia.

É recomendado que o volume total seja dividido em:

- 1/3 com soro de reidratação oral, sendo que no primeiro dia sugere-se que ele seja administrado de forma mais rápida, nas primeiras 4 a 6 horas;
- Os 2/3 restantes com ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, chás, água de coco, etc.).

É importante que a prescrição da hidratação seja detalhada por escrito, como no exemplo a seguir, para um adulto de 70 kg. Também é importante detalhar a forma de preparo e armazenamento do soro.

Volume total por dia: 4200 ml

Volume por soro de reidratação oral: 1400 ml (p.ex. 7 copos de 200 ml). No primeiro dia, ingerir esse volume nas primeiras 4 a 6 horas. Para o preparo do soro, 1 sachê deve ser diluído em 1 litro de água fervida e/ou filtrada, podendo ser guardado na geladeira por até 24 horas.

Volume ingerido em líquidos caseiros (água, suco de frutas, chás, água de coco, etc.): 2800 ml (p.ex., 14 copos de 200 ml).



A calculadora de hidratação está disponível no site <https://subpav.org/aps/arboviroses/calculadora> e permite calcular o volume a ser administrado por paciente, com a possibilidade de gerar uma prescrição personalizada. Existe também uma versão disponível ao público no site <https://subpav.org/aps/publico/calculadora>.

## 2.6. SOLICITAÇÃO DE EXAME DIAGNÓSTICO

O Município do Rio de Janeiro segue as diretrizes diagnósticas para arboviroses do Ministério da Saúde, seja pelo fluxo do LACEN ou por laboratórios contratualizados pelo município para realização de sorologia.

Estrutura e fluxo laboratorial para exames diagnósticos em **período não epidêmico**:

Laboratório Executor	Tipo de exame	Indicação	Material biológico, volume mínimo e condições de armazenamento
Laboratório de Saúde Pública - LACEN	Biologia Molecular - RT PCR	<u>Todos os casos suspeitos</u> de DENV, CHIKV, ZIKAV e OROV, até o 5º dia de início dos sintomas.	Soro = 4 ml  Caso o transporte não ocorra no mesmo dia, centrifugar a amostra de sangue até 2h após a coleta e armazenar o soro em geladeira em +2°C a +8°C por até 3 dias.
	Sorologia - IGM	A partir do 6º dia de início dos sintomas. Elegíveis: Óbitos, Casos Graves, Gestantes, Menores de 05 anos, Maiores de 65 anos (portadores de comorbidades).	
Laboratórios Contratualizados pelo Município	Sorologia - IGM	A partir do 6º dia de início dos sintomas ( <i>desconsiderando os elegíveis para realização de exame no LACEN</i> ).	

Em período não epidêmico, como está o MRJ no momento, todos os casos suspeitos idealmente devem realizar exame RT PCR até o 5º dia de início dos sintomas.

Quando o exame diagnóstico for realizado, ao receber seu resultado, a ficha de notificação deve ser posteriormente atualizada com o resultado, para confirmação ou descarte do caso (ver seção 5).

Neste momento, a Vigilância Laboratorial de Febre Oropouche estará baseada na BAL (Busca Ativa Laboratorial), executada pelo LACEN RJ (a partir das amostras de RT PCR ZDC), nas orientações presentes no [SMS-OFI-2024/44173](#), que trata da Vigilância de Oropouche em Gestantes, Síndromes Congênitas e Óbito fetal; e na investigação de casos suspeitos com histórico de exposição em áreas endêmicas ou com registro de surto/epidemia.

Até o momento, não há orientação para uso de testes rápidos para dengue (NS1) na APS.



## 2.7 SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Para todos os pacientes, é necessário monitorar o resultados dos exames, incluindo o exame diagnóstico (quando solicitado), além de realizar uma avaliação clínica para identificar sinais de piora clínica e reforçar as orientações aos usuários, aprofundadas na seção 6.

Os pacientes do grupo A devem ser orientados a retornar após cessada a febre ou passados 5 dias do início do quadro, ou imediatamente, se surgir sinal de alarme. Na reavaliação, é importante avaliar cuidadosamente a presença de sinais de alarme. A solicitação de hemograma nesse grupo não é obrigatória, porém, se solicitado, isso deve ser feito após passado o período febril, quando inicia a chamada fase crítica.

Os pacientes do grupo B devem retornar diariamente para reavaliação clínica e para a realização do hemograma. Isso também inclui os pacientes do grupo B2, após receberem alta da observação.

Todos os pacientes atendidos em outras unidades, incluindo os pacientes dos grupos C e D (que devem ter sido internados), devem manter o seguimento ambulatorial na sua unidade de APS de referência.

O cartão de acompanhamento ambulatorial (ver seção 7.4) permite o acompanhamento sistemático dos parâmetros clínicos relacionados à dengue.

Orienta-se que os atendimentos para reavaliação sejam realizados de preferência de manhã, logo na abertura da unidade. Isso facilita a logística de realização do hemograma, bem como agiliza o fluxo da ambulância para a vaga zero caso sejam identificados sinais de alarme.

## 2.8 PARTICULARIDADES DOS ASPECTOS CLÍNICOS NA CRIANÇA

Pela semelhança com uma síndrome febril clássica e pela presença de sinais e sintomas inespecíficos (adinamia, sonolência, recusa da alimentação e de líquidos, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas), é preciso considerar os aspectos epidemiológicos para ajudar no diagnóstico clínico.

Menores de dois anos de idade comumente apresentam choro persistente, adinamia e irritabilidade. O agravamento na criança costuma ser mais súbito que no adulto, sendo muitas vezes o quadro grave identificado como primeira manifestação clínica.

Os Quadros 8 apresenta o tamanho da bolsa do manguito para a prova do laço e mensuração da pressão arterial em crianças. O Quadro 9 apresenta os valores normais da pressão arterial na faixa etária pediátrica. Já o Quadro 10 apresenta fórmulas para estimativa do peso.



**Quadro 8:** Tamanho da bolsa de látex do manguito, segundo a faixa etária

Faixa de idade	Bolsa do manguito (cm)
0-1 m	3 cm
2-23 m	5 cm
2-4 a	7 cm
5-10 a	12 cm
> 10 a	18 cm

Fonte: Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico - Adulto e Crianças, 6ª edição, Ministério da Saúde, p. 21, com base em Behrman, R.E.; Kliegman, H.B.J. (eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 16ª ed., W.B. Saunders Co., 2000.

**Quadro 9:** Valores de referência da pressão arterial de acordo com a idade

Idade	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Recém-nascido	60-70	20-60
Lactente	87-105	53-66
Pré-escolar	95-105	53-66
Escolar	97-112	57-71

**Quadro 10:** Cálculo aproximado do peso de acordo com a idade

Fórmula para utilização caso não seja possível aferir peso em crianças
Lactentes de 3 a 12 meses: $P = \text{idade em meses} \times 0,5 + 4,5$
Crianças de 1 a 8 anos: $P = \text{idade em anos} \times 2 + 8,5$

Fonte: Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico - Adulto e Crianças, 6ª edição, Ministério da Saúde, p. 21, com base em Pediatric Advanced Life Support. 1997; Murahovschi, J. 2003.

## 2.9. ASPECTOS CLÍNICOS NA GESTANTE

No caso de gestantes, a vigilância deve ser constante independentemente da gravidade, por conta dos riscos à mãe e ao feto. É importante lembrar que ocorre a transmissão vertical e, quanto mais próximo ao parto houver a infecção, maior a chance de o recém-nascido ter infecção por dengue.



RISCOS	
Gestante	Feto
Aumento de sangramentos de origem obstétrica (abortamento, descolamento prematuro de placenta, aumento do sangramento no parto ou pós-parto).	Risco aumentado de aborto no primeiro trimestre e de natimorto.
As alterações fisiológicas da gravidez podem mascarar as alterações provocadas pela dengue.	Risco aumentado de baixo peso ao nascer.

**IMPORTANTE:** gestantes com sangramento, independentemente do período gestacional, devem ser questionadas quanto à presença de febre ou ao histórico de febre nos últimos sete dias.

Por conta das modificações fisiológicas já esperadas durante o ciclo gestacional, as manifestações do extravasamento plasmático (como taquicardia, hipotensão postural e hemoconcentração), serão percebidas em uma fase mais tardia. Para as gestantes, não deve ser usado o parâmetro de hematócrito relacionado ao sexo listado na seção 2.3 (Quadro 6); deve-se verificar se houve um aumento de 10% em relação ao hematócrito mais recente do pré-natal.

A reposição volêmica da gestante deve ser igual à dos demais pacientes em caso de alarme ou choque, atentando-se para evitar a hiper-hidratação, especialmente nas gestantes ou puérperas com comorbidades. Além disso, gestantes em uso de AAS devem ter esse medicamento suspenso.

As indicações de vaga zero por dengue em gestantes estão listadas na seção 2.4.

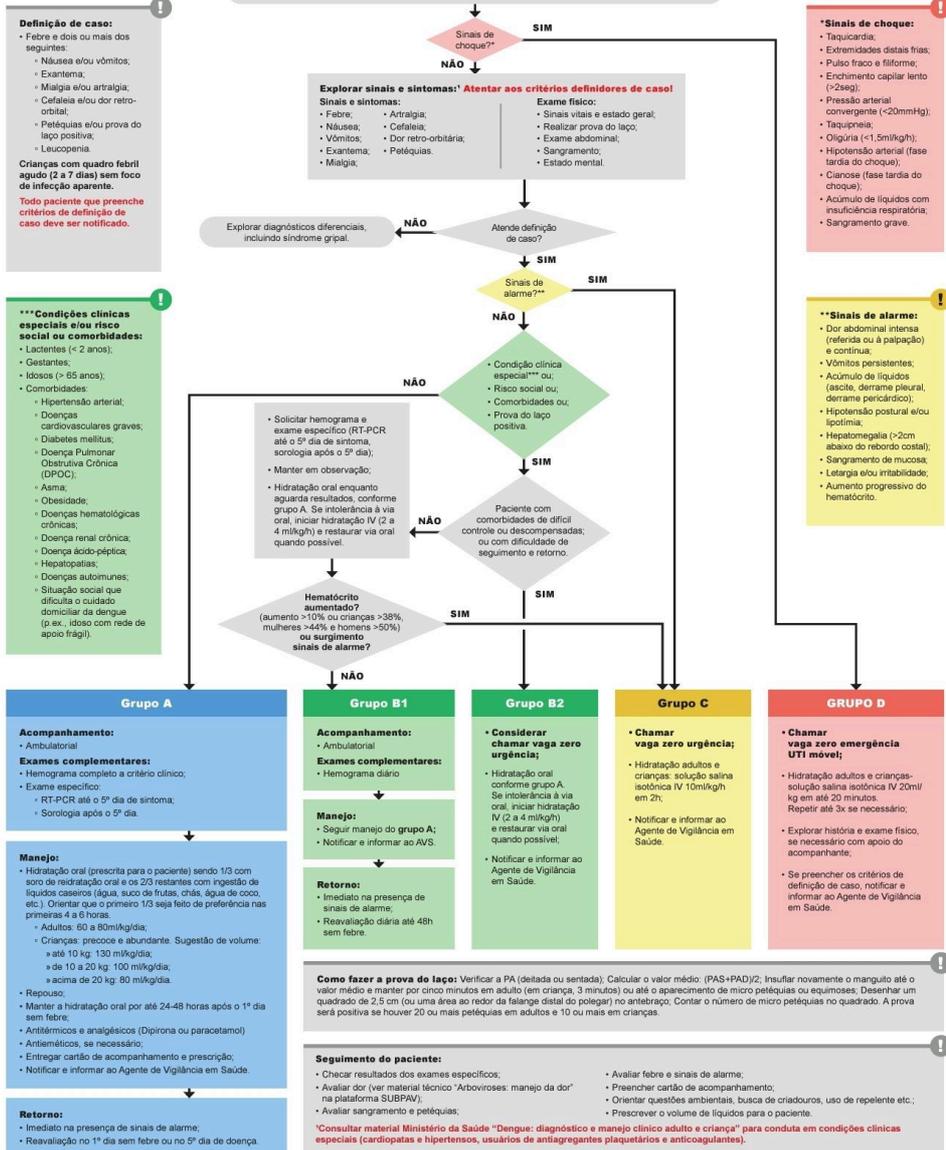
### 3. FLUXOGRAMA MANEJO DO PACIENTE NA APS

O fluxograma a seguir resume a abordagem clínica da dengue na APS.



# DENGUE: MANEJO DO PACIENTE NA APS

## PACIENTE COM FEBRE AFERIDA OU RELATADA



Fonte: Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde  
Arte: Ascsm/SMS-Rio - Atualizado em março de 2024



4. FLUXOGRAMA DO MANEJO DA DOR

# ARBOVIROSES: MANEJO DA DOR

Atualização: 13/12/2022 - Anísio Amorim S&A

**DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO:**

- 1) Adultos e crianças > 12 anos: febre elevada (temperatura axilar maior ou igual a 38°C ou retal, de duração maior de 10 dias ou exantema, associado a, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: cefaleia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, conjuntivite, náuseas, vômitos e edema de membros.
- 2) Neonatos e 2 anos: febre persistente ou não, prostração, dorosa (dor difusa e dificuldade de sugar) ou choro contínuo, manifestações cutâneas diversas (exantema, eritematoso e bolhas com descamação e foliculite), com ou sem edema de extremidades, convulsões e sinais meníngeos, com vínculo epidemiológico com arbovirose.
- 3) Crianças de 2 a 12 anos: febre por até 7 dias, acompanhada de artralgia intensa, mialgia e/ou cefaleia, na criança apresentando apenas convulsão e sinais de alteração neurológica, acompanhada ou não de febre.

**Seguir o algoritmo de dengue para os grupos A, B, C e D.**

Todos os casos de dor articular na fase aguda devem ser conduzidos de acordo com a Escala de Dor.

Prescritando a dor articular após o término da fase crítica da dengue (24 a 48 horas após a defervescência), seguir o protocolo de tratamento farmacológico da dor em Chikungunya — Avaliar intensidade e aplicar EVA.

**NOTIFICAR TODO CASO SUSPEITO**

ATENÇÃO COM:

- Histórico de viagens até 15 em áreas de ocorrência de outras arboviroses;
- Histórico de vacinação contra febre amarela nos últimos 30 dias.

### CRIANÇA

**0-10 dias**

**TRATAR COMO DENGUE**

**GRUPO A**

**GRUPO B**

**GRUPO C**

**GRUPO D**

**DOR 1-2**

Dipirona ou Paracetamol (15mg/kg/dose) VO

Reavaliar após 48 horas na APS

Com dor: Manter medicação/ 5 dias e reavaliar APS

**DOR 3-4**

Dipirona 6 Paracetamol intercalado a cada 3h

Reavaliar após 48 horas

Com dor: Escala dor < 4: Alta, manter medicação da internação e reavaliar na APS em 5 dias

**DOR 5-6**

Internar: Dipirona 6, Paracetamol associado a codeína 15mg/kg/dose (dose máxima 60mg/dia)

Reavaliar após 24h

Com dor: Escala dor < 4: Alta, manter medicação da internação e reavaliar na APS em 5 dias

Com dor: Associar Amitriptilina ou Carbamazepina ou Gabapentina (> 6 anos). Investigar outros diagnósticos.

**> 10 dias**

Dipirona ou Paracetamol 15mg/kg/dose 6/6h VO

Reavaliar após 7 dias na APS

Com dor: Reavaliar após 7 dias na APS

Com dor: Prednisona 0,5mg/kg/dia (dose máxima 40mg/dia) 2-4 semanas. Se mais de 15 dias, fazer desmame.

Reavaliar semanalmente na APS

Com dor: Encaminhar para unidade de referência

**APÓS 15 DIAS DE USO DE PREDNISONA**

- Se remissão dos sintomas e corticoide < 14 dias, suspender sem desmame.
- Se remissão dos sintomas ou persistência da dor com avaliação para corticoide < 14 dias, desmame com diminuição da dose em 20% a cada 5 dias até a suspensão completa.

### ADULTO

**0-7 dias de dor**

**TRATAR COMO DENGUE**

**GRUPO A**

**GRUPO B**

**GRUPO C**

**GRUPO D**

**EVA 1-3**

EVA 4-6

Aplicar questionário de dor neuropática (DN)

**EVA 7-10**

Aplicar questionário de dor neuropática (DN)

**> 7 dias de dor**

Reavaliar

Com dor: Suspender a medicação

Com dor: EVA: Questionário de DN; Avaliar sinais de artrite (dor articular ou periartricular, calor e impotência funcional).

**Melhora de EVA 4-6 para EVA 1-3:** Manter tratamento EVA 4-6

**EVA 4-6 & DN > 4 = sinais de artrite:** EVA 4-6 + Corticoide 0,5mg/kg + Amitriptilina 25mg/dia (dose máxima 50mg) OU Gabapentina 300mg 1/2/2h (dose máxima 1,2g)

**EVA 7-10 & DN > 4 = sinais de artrite:** manter EVA 7-10 + Corticoide + Amitriptilina + Gabapentina

**ATENÇÃO:** Prescrição de repouso com atestado médico. Uso de gelo nas articulações. Alertar para o risco de queda. Considerar acupuntura.

**APÓS 14 dias de dor**

Reavaliar

Com dor: Refazer os passos de 0-7 dias > 7 dias

**21 dias de dor**

Reavaliar

Com dor: Refazer os passos de 0-14 dias

**45 dias de dor**

Reavaliar

Alta ou seguir o protocolo de dor crônica

**DOR NEURAL**

Amitriptilina 25mg/dia ou Gabapentina 300mg 1/2/2h (dose máxima 1.200mg/dia)

**SE ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: EVA > 7**

- Acosmeses + suor frio/taquicardia + Dipirona 30mg/kg IV (dose máxima 5g/dia). Reavalia em 60 min;
- EVA < 4 Alta com prescrição de sintomáticos;
- EVA > 4 Tramadol 50mg IV + diclofenaco 15mg VO;
- Sem melhora avaliar outros drogas e internação.

**GESTANTE**

- Gabapentinol em baixas doses (até 20mg/dia de prednisona) podem ser administrados;
- ANE não usar próximo à concepção (risco de aborto espontâneo) e no terceiro trimestre de gravidez (risco de fechamento prematuro do ducto arterial);
- Amamentação: ANE (exceto ácido acetilsalicílico), glicocorticoide (prednisona até 20mg/dia), sulfasalazina e hidaloxiquina podem ser empregados;
- Codeína e Tramadol, Gabapentina e Amitriptilina na gestação e amamentação avaliar risco/benefício.

**PREDNISONA**

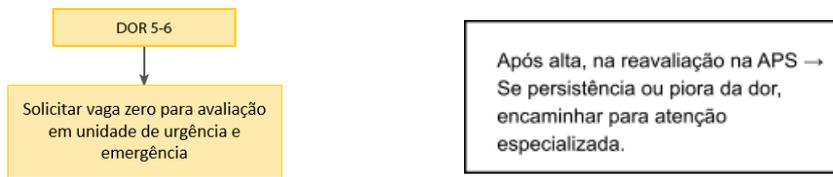
0,5mg/kg/dia, usar por 3 semanas no máximo. No terceiro dia após a resolução dos sintomas, reduzir a dose para 20mg e manter por 1 dia. A cada 7 dias diminuir 5mg da dose de 20mg até a dose de 5mg/dia, quando o corticoide deve ser interrompido.

**OBSERVAÇÃO**

Não utilizar ANES, AAS e corticoide na fase aguda.

Tendo em vista que o Fluxograma de Manejo da Dor é proposto para a rede, pode-se considerar as seguintes alterações para atendimento na APS:

Para CRIANÇA



O questionário para diagnóstico de dor neuropática (DN) citado no Fluxograma de Manejo da Dor se encontra disponível na plataforma da SUBPAV, no link [dn4.pdf \(subpav.org\)](#)



## 5. ASPECTOS FUNDAMENTAIS À NOTIFICAÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS

- **QUANDO NOTIFICAR?**

A partir da suspeita inicial do caso durante atendimento, devem ser notificados dentro do prazo de **24 (vinte e quatro) horas** os casos em gestantes, casos graves e óbitos. Os casos sem gravidade devem idealmente seguir o mesmo prazo para as ações de bloqueio da vigilância ambiental e acompanhamento oportuno do cenário epidemiológico. Não sendo possível, os casos sem gravidade deverão ser notificados tão logo possível e em até 07 (sete) dias.

- **ONDE NOTIFICAR?**

Os casos suspeitos ou confirmados de DENGUE e FEBRE CHIKUNGUNYA podem ser notificados por meio do sistema SINAN online (<https://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>). Caso a unidade de APS ainda não tenha acesso ao sistema, é necessária a habilitação de acesso de usuário junto à Divisão de Vigilância em Saúde do território da Unidade.

Na impossibilidade de o estabelecimento executar a notificação de DENGUE e FEBRE CHIKUNGUNYA diretamente no SINAN online, a ficha física do SINAN deve ser preenchida e encaminhada à Divisão de Vigilância em Saúde do território da unidade. Para as unidades sem acesso ao SINAN Online, as **notificações imediatas** de casos graves, gestantes e óbitos no período da noite, finais de semana e feriados devem ser comunicadas ao Plantão CIEVS através do endereço eletrônico: [cievs.rio@gmail.com](mailto:cievs.rio@gmail.com).

Os casos suspeitos ou confirmados de Febre Oropouche devem ser notificados por meio do sistema on-line eSUS Sinan. Caso a unidade de APS ainda não tenha acesso ao sistema é necessária a habilitação de usuário junto a Divisão de Vigilância em Saúde do território da unidade.

Na impossibilidade de o estabelecimento executar a notificação de Febre Oropouche diretamente no eSUS Sinan, a ficha física do eSUS Sinan deve ser preenchida e encaminhada à Divisão de Vigilância em Saúde do território da unidade. Para as unidades sem acesso ao eSUS Sinan, as **notificações imediatas** de casos graves, gestantes e óbitos no período da noite, finais de semana e feriados devem ser comunicadas ao Plantão CIEVS através do endereço eletrônico: [cievs.rio@gmail.com](mailto:cievs.rio@gmail.com).

- **ONDE ACESSAR AS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO?**

Pelo Portal da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro:  
<https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agrivos-transmissiveis-agudos/>

A ficha de notificação de dengue também é gerada no prontuário eletrônico VitaCare quando ativado o CID do agravo. Uma vez gerada, devem ter o preenchimento dos dados clínicos necessários e seguir com a entrada no sistema SINAN online.



### COMO ATUALIZAR ALGUM DADO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO?

Uma vez digitada, pode-se acessar a ficha no sistema, para atualização dos campos necessários. Por exemplo: campo de evolução quando paciente vai a óbito; campo de dados laboratoriais quando a unidade receber os resultados.

Para além da notificação do caso no SINAN online, também é necessário reportar a infecção ao Agente de Vigilância em Saúde, para ações de bloqueio vetorial e prevenção de novos casos.

### 6. ORIENTAÇÕES AOS USUÁRIOS

- Orientar sobre eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*;
- Orientar sobre a importância de retorno para reavaliação clínica;
- Orientar uso de repelentes a ele e a sua família, exceto para crianças com menos de 2 anos de idade;
- Orientar ingestão hídrica durante todo o período febril, e até após 48 horas sem febre.

### 7. ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A seguir, serão orientados aspectos que precisam ser assegurados nos fluxos de atendimento nas Unidades de Atenção Primária (UAP), para garantir a qualidade do atendimento relacionado às arboviroses e evitar desfechos desfavoráveis.

A prova do laço deve ser realizada, obrigatoriamente, em todo o paciente que apresente suspeita.

#### 7.1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E TEMPO ADEQUADO ATÉ A CONDUTA CLÍNICA

A unidade deve acolher, com agilidade, todo paciente que chega à unidade com quadro suspeito de arbovirose para avaliação inicial, classificação no grupo de risco e início de hidratação. A seguir, estão as orientações sobre o tempo adequado para a conduta conforme o grupo de risco.

**GRUPO A:** o atendimento pode ser feito de acordo com o horário de chegada e a hidratação por via oral deve ser feita ainda na sala de espera.

**GRUPO B:** devem ter prioridade não urgente para atendimento, receber hidratação conforme grupo A, mas com realização obrigatória de **hemograma**, em período de 2 a 4 horas após entrada na unidade de saúde. Pacientes com comorbidade de difícil controle ou descompensada ou elevado risco social que comprometa o acompanhamento devem ter solicitação de vaga zero (ver seção 2.4, nas páginas 7 e 8).



**GRUPO C:** devem ser atendidos com urgência e receber hidratação EV 10 ml/kg de soro fisiológico na 1ª e na 2ª hora, com solicitação de vaga zero para atendimento em Clínica Geral. Necessitam de reavaliação clínica (sinais vitais, pressão arterial e diurese) a cada hora ou conforme necessário.

**GRUPO D:** devem ter atendimento imediato, compatível com a emergência clínica, e receber hidratação EV fase de expansão com solução salina isotônica 20 ml/kg em até 20 minutos, com solicitação de vaga zero (UTI móvel) para atendimento em Clínica Geral. Necessitam de reavaliação clínica (sinais vitais, pressão arterial e diurese) a cada 15 a 30 minutos. Se houver melhora dos parâmetros avaliados, conduzir o caso como GRUPO C. Se o paciente permanecer grave, repetir fase de expansão rápida (até 3 vezes).

## 7.2. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA A SOLICITAÇÃO DA VAGA ZERO

A solicitação de vaga zero pelas UAP para remoção de pacientes para serviços de urgência/emergência deve incluir as informações necessárias para a tomada de decisão pela regulação. Abaixo está listado um roteiro que inclui o conteúdo descritivo mínimo esperado:

Paciente de \_\_ anos, apresentando quadro clínico compatível com dengue, classificado como grupo \_\_, apresentando as comorbidades \_\_\_\_\_. Queixa-se de \_\_\_\_\_ (listar sinais de alarme existentes). Ao exame, apresenta como sinais de alerta \_\_\_\_ (listar achados do exame físico, incluindo valores de PA sentado e em pé). Realizado durante o atendimento \_\_\_\_ (listar volume realizado, oral e/ou parenteral) e \_\_\_\_\_ (medicações administradas). Resultados de exames: Ht= \_\_\_\_ (data).

## 7.3. ADEQUAÇÕES DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ATENDIMENTO DE ARBOVIROSES

- A abordagem e o manejo clínico das pessoas com suspeição de arboviroses devem ser realizados nas UAP. Contudo, futuramente, na dependência do cenário epidemiológico, podem ser criados polos de hidratação para a redução da pressão assistencial, o que não é realidade no momento da divulgação desta nota.
- Neste momento, todas as CAP possuem um fluxo específico para a realização do hemograma completo para os casos suspeitos de arboviroses, com resultado em até duas horas, realizado no território em unidades parceiras.



- As equipes devem manter o contato com seus pacientes adscritos que apresentem quadro de arboviroses, até passadas 48 horas do início dos sintomas, com especial atenção para a vigilância de pacientes em risco social.
- Criação de uma escala de profissionais de saúde para ocupar o papel de “Posso Ajudar,” a fim de identificar as pessoas que procuram a unidade com sintomas de arboviroses. O número de profissionais nessa função deve ser determinado de acordo com a demanda, pelo gestor local da unidade. Esse profissional deve estar atento aos sinais de gravidade para sinalizar ao técnico, enfermeiro ou médico da equipe (ou outro que esteja disponível) ou da Equipe de Resposta Rápida (se ativa na unidade) para dar celeridade à consulta deste usuário.
- Distribuição de hidratação oral (preferencialmente SRO preparado na unidade de saúde) para as pessoas que estiverem aguardando o primeiro atendimento pela equipe de saúde por quadro suspeito de arbovirose.
- Avaliar, junto à CAP, segundo a procura pela UAP de pacientes com sintomas de arbovirose, a criação de uma **Equipe de Resposta Rápida** para dar celeridade ao atendimento. Essa equipe deve ser composta por:
  - Profissional habilitado para verificação de pressão arterial, prova do laço e direcionamento ao atendimento médico segundo presença de sinais de alarme (técnico de enfermagem ou enfermeiro), captando precocemente casos mais graves;
  - Médico voltado para a demanda de arboviroses.

OBS: o quantitativo de cada categoria profissional por unidade voltado para essas atividades deve ser estabelecido pela gerência em parceria com a CAP, conforme demanda de atendimento de arboviroses na unidade.

- Definir, com a CAP, fluxo para realização do hemograma.
- Definir, localmente, fluxo para agilizar a reavaliação dos pacientes, devendo-se atentar para o horário em que as amostras do hemograma serão levadas para o laboratório.

#### 7.4. CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE ARBOVIROSES

A unidade deve assegurar estoque suficiente de cartões de acompanhamento de pacientes com suspeita de arboviroses, e os profissionais devem estar capacitados para seu uso correto. O cartão deverá ser entregue para o paciente no primeiro contato dele com a unidade de saúde e deverá ser preenchido durante todo o acompanhamento do caso até a alta. O paciente deverá ser orientado a portar o cartão em todas as consultas subsequentes, incluindo eventuais visitas a



serviços de urgência nos horários em que as unidades de atenção primária não estiverem em funcionamento.

<b>Hidratação:</b> Peso: _____ kg Soro de reidratação oral: _____ ml Outros líquidos: _____ ml	<b>Soro caseiro:</b> Água fervida ou filtrada (um litro) Açúcar (duas colheres de sopa) Sal de cozinha (uma colher de café)
---	--

A calculadora de hidratação oral está disponível na plataforma SUBPAV.

**A hidratação é muito importante para prevenir complicações.** No entanto, fique alerta ao aparecimento de um ou mais dos seguintes  **sinais de alarme/alerta**:

- Diminuição do volume de urina
- Dor muito forte e contínua na barriga
- Tontura quando muda de posição (deita/senta/levanta)
- Vômitos frequentes
- Dificuldade em respirar
- Sangramento do nariz e boca (em mulheres, observar aumento do fluxo menstrual)
- Agitação ou muita sonolência
- Suor frio
- Fraqueza

**Orientações:**

- Hidrate-se conforme orientado (ver acima). A dengue pode causar perda "invisível" de líquidos do sangue para tecidos do corpo (chamado de perda para o terceiro espaço), levando a complicações graves. A maioria dos óbitos ocorre por falta de hidratação adequada.
- Retorne para atendimento na periodicidade informada no atendimento.
- A fase com maior risco de complicações é quando encerra a febre, chamada de fase crítica.
- Procure atendimento urgente em caso de sinais de alarme.
- Use apenas paracetamol ou dipirona para febre e dor, na dose recomendada. Evite anti-inflamatórios (como ibuprofeno ou diclofenaco), pois aumentam o risco de sangramento.
- Risco de queda: ter cuidado ao levantar da cama ou cadeira e no uso do banheiro.

Arte: Ascom/SMS-Rio • Atualizado em fevereiro de 2025

PREFEITURA <b>RIO</b> SUS Saúde		CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DE CASO SUSPEITO DE ARBOVIROSE
<b>Unidade de saúde:</b>		
<b>Nome:</b>	<b>Idade:</b>	
<b>Apresenta algum desses itens:</b> <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Criança ≤ 2 anos <input type="checkbox"/> Idoso ≥ 65 anos <input type="checkbox"/> Comorbidade(s). Qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> Risco social: _____		
Outras informações relevantes:		
<b>Data do início dos sintomas:</b>		
<b>Data da notificação:</b>		
<b>Nº do SINAN:</b>		
Apresente esse cartão sempre que retornar à unidade de saúde.		

	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta	4ª Consulta	5ª Consulta
Local do atendimento					
Data					
PA (mmHG)					
Tax (°C)					
Prova do laço	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo				
<b>Resultado</b>					
Data					
Leucócitos					
Ht/Hb	_____%/____	_____%/____	_____%/____	_____%/____	_____%/____
Plaquetas	_____.000mm <sup>3</sup>				
	<b>Data</b>		<b>Resultado</b>		
Sorologia					
RT-PCR					

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	
Apresenta sinais de alarme/alerta (ver listagem no verso)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   Se sim, qual: _____	
Classificação de risco na primeira avaliação: Grupo: _____	
Conduta conforme o grupo:	
<b>Grupo A</b>	Hidratação ambulatorial (ver verso). Retornar no dia da melhora da febre (início da fase crítica). Caso a febre persista, reavaliar no 5º dia da doença. Retorno imediato se sinais de alarme.
<b>Grupo B</b>	Hidratação ambulatorial (ver verso). Retorno diário para reavaliação clínica e laboratorial. Retorno imediato se sinais de alarme. Se critérios de grupo B2, considerar internação.
<b>Grupo C ou D</b>	Observação em leito de internação até estabilização (mínimo 48h).
Apresentou prova do laço positiva, sinais de alarme ou alerta que alterou a classificação de risco após o primeiro atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   Se sim, qual: _____	
Nova classificação de risco: Grupo: _____	

O link para acesso ao cartão é:

[https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/CartaoDeAcompanhamentoDeArboviroses\\_PDFDiital\\_20250219.pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/CartaoDeAcompanhamentoDeArboviroses_PDFDiital_20250219.pdf)

### 7.5. PROVA DO LAÇO

A prova do laço deve ser realizada na triagem em pacientes sintomáticos para dengue que não apresentem sangramento de pele. Ela tem especial relevância para casos sem sinais de alarme



ou de gravidade e sem comorbidade ou condição especial, pois é um critério adicional para classificar o paciente como grupo B. O quadro a seguir descreve as etapas para a sua realização:

PROVA DO LAÇO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar a pressão arterial</li> <li>- Calcular o valor médio através da fórmula: <math>(PAS + PAD)/2</math></li> <li>- Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças</li> <li>- Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço (ou usar um cartão com buraco desse tamanho) e contar o número de petéquias formadas dentro dele</li> </ul>	
<p><b>Considerar resultado POSITIVO se:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Adultos: 20 ou mais petéquias</b></li> <li>- <b>Crianças: 10 ou mais petéquias</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atentar para surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.</li> <li>• Se a prova do laço positivar antes do tempo, ela pode ser interrompida</li> </ul>	

Fonte: BRASIL, 2016.

#### 7.6. REGISTRO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Os atendimentos devem ser registrados no prontuário eletrônico de forma parametrizada, usando o módulo de consulta rápida ou a aba do objetivo correspondente a arboviroses no módulo SOAP. Os dados relevantes relacionados ao atendimento devem estar todos registrados, inclusive os sintomas, a classificação de risco e a conduta. O CID a ser usado para dengue é A90, para chikungunya, A92.0 e, para febre Oropouche, A93.

#### 8. ORGANIZAÇÃO DOS ESPAÇOS PARA ATENDIMENTO DE ARBOVIROSE

##### Materiais para Equipe de resposta rápida

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luva de procedimento</li> <li>• Álcool gel</li> <li>• Estetoscópio</li> <li>• Esfigmomanômetro (infantil, adulto e obeso)</li> <li>• Termômetro clínico digital</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material para registro (computador/ impressora ou formulário para posterior digitação)</li> <li>• Roteiro para classificação de risco</li> <li>• Régua ou cartão para delimitar a área da prova do laço</li> </ul> |
|---|---|



**Materiais para sala de atendimento /**

**hidratação / observação clínica**

- Luva de procedimento
- Álcool gel
- EPI
- Estetoscópio
- Termômetro clínico digital
- Esfigmomanômetro (infantil, adulto e obeso)
- Oxímetro
- Glicosímetro (com lanceta + fita, uso exclusivo da sala)
- Cilindro de O2
- Suporte de soro
- Medicções diversas (urgência, analgésicos)
- Soro de reidratação oral
- Jarra para diluição de solução de reidratação
- Materiais para punção endovenosa e hidratação:
  - Dispositivos de punção periférica de diversos calibres (scalp e cateter de punção periférica)
  - Equipo (macro e microgotas)
  - Soro Fisiológico 0,9%, Soro Glicosado 5% e Soro Ringer Lactato)

- Esparradrapo
- Algodão
- Garrote de látex
- Poltronas para hidratação
- Maca
- Material para registro (computador/ impressora ou formulário para posterior digitação, em caso de contingência)
- Cartão arboviroses
- Fluxograma "dengue: manejo do paciente na APS"

**Materiais para sala de coleta**

- Luva de procedimento
- Agulha hipodérmica de diversos calibres
- Seringas descartáveis de diversos calibres
- Tubos de coleta
- Algodão
- Álcool
- Braçadeira
- Cadeira de coleta
- Aparelho de hematócrito
- Vacutainer
- Scalp

Uma hora antes do fechamento da unidade, avaliar a necessidade de transferência de pacientes sem condições de alta imediata para continuar hidratação venosa em unidade de emergência.

**Realizar o monitoramento diário dos insumos necessários ao atendimento, fazendo contato com a CAP e a Organização Social de Saúde responsável pelo território para abastecimento.**



Durante o final de semana, a realização dos exames laboratoriais será feita nas unidades de pronto atendimento/urgência e emergências, que registrarão os resultados de exames no cartão do paciente.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança** [recurso eletrônico], 6. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 81 p. : il. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca>. Acesso em: 14 mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue: manual de enfermagem**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 64 p. : il. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue\\_manual\\_enfermagem.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue_manual_enfermagem.pdf). Acesso em: 17 jan 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Chikungunya: manejo clínico**. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 65 p. : il. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya\\_manejo\\_clinico.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico.pdf). Acesso em: 17 jan 2024.

MURAHOVSKI, J. Pediatria: diagnóstico e tratamento. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.  
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano de contingência para resposta às emergências em Saúde Pública por dengue, chikungunya e Zika [recurso eletrônico]**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. - Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Ofício nº SMS-OFI-2024/44173, 06 de dezembro de 2024**. Disponível em: . Acesso em: 13 fev. 2025.

