



Tipo do documento	Protocolo Clínico	PRT/PMCD	Versão: 02
		Pág.: 1/20	
Título do documento	PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DA DENGUE	Data de emissão: 14/10/2022	
		Revisão: 31/01/2024	

1. Introdução

A dengue é uma doença única, dinâmica e sistêmica. Isso significa que a doença pode evoluir para remissão dos sintomas, ou pode agravar-se exigindo constante reavaliação e observação, para que as intervenções sejam oportunas e que os óbitos não ocorram.

No entanto, antes que ocorra o agravamento da dengue, alguns sinais de alarme podem surgir, por meio destes sinais se tem conseguido identificar os pacientes que podem evoluir para uma forma grave da doença, com a intenção de prevenir gravidade e reduzir a mortalidade por dengue no município de Aparecida de Goiânia.

2. Objetivo

O protocolo apresentado baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde é uma ferramenta para lidar com casos de dengue, desde o nível primário em saúde até as unidades de maior complexidade com a principal finalidade de evitar mortes por dengue.

3. Definições

CASO SUPEITO DE DENGUE: Relato de febre, usualmente entre dois e sete dias de duração, e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos; exantema;



mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias; usualmente entre dois e sete dias de duração, e sem foco de infecção aparente.

CASO SUSPEITO DE DENGUE EM CRIANÇAS: É toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias, e sem foco de infecção aparente.

4. Atendimento ao paciente CASO SUSPEITO DE DENGUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Se paciente preenche critérios para caso suspeito seguir com as seguintes

orientações:

- a) Triagem com enfermeiro triagem e solicitar hemograma com 48 horas de início de sintomas;
- b) Notificação dos casos suspeitos de dengue;
- c) Atendimento médico e estadiamento clínico do caso suspeito de dengue (conforme fluxograma para classificação de risco do dengue item 5);
- d) Se Grupo A e B manter atendimento na atenção Primária;

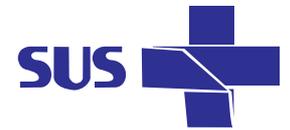
O médico deverá orientar a data do retorno e entregar pedido de exame.

- e) Se Grupo C e D encaminhar para rede de urgência e emergência (prestar o primeiro atendimento médico e encaminhar o paciente);

5. Atendimento ao paciente CASO SUSPEITO DE DENGUE NA URGENCIA E

EMERGENCIA, conforme fluxo de classificação de risco de dengue (ANEXO-1)

- a) Atendimento com enfermeiro na classificação de risco: solicitar hemograma com 48 horas de início de sintomas;
- b) Notificação dos casos suspeitos de dengue;
- c) Atendimento médico e estadiamento clínico do caso suspeito de dengue (conforme fluxograma para classificação de risco da dengue item 5).
- d) Se estadiamento A e B, realizar primeiro atendimento e referenciar retorno na atenção primária;



- e) Se estadiamento C e D, primeiro atendimento manter seguimento na Unidade de Urgência e Emergência;

O médico deverá orientar a data do retorno na atenção primária e entregar pedido de exame.

6. Classificação de risco conforme estadiamento clínico

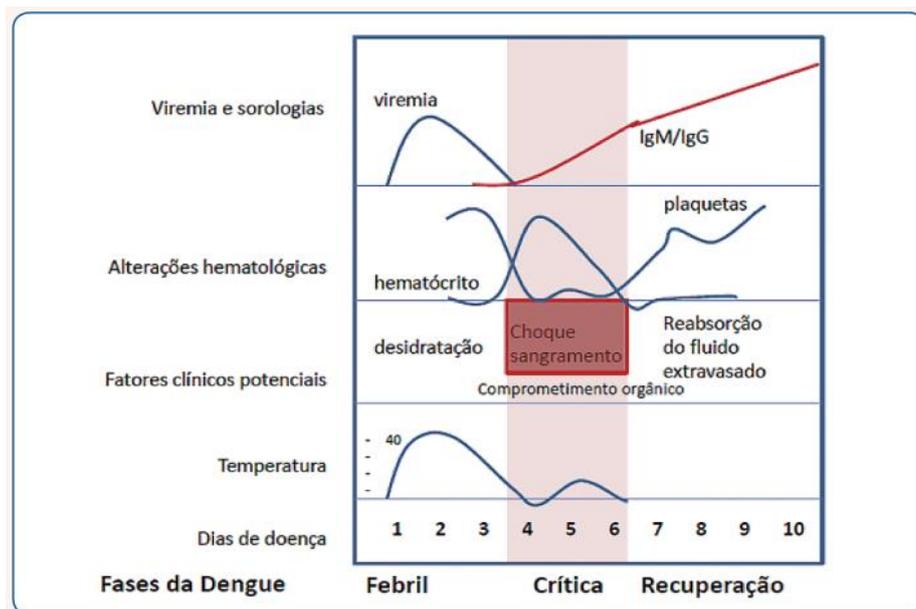
Quadro 1- Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas

	Azul: Grupo A - atendimento de acordo com horário de chegada
	Verde: Grupo B - prioridade não-urgente
	Amarelo: Grupo C - urgência, atendimento o mais rápido possível
	Vermelho: Grupo D - emergência, atendimento imediato

7. Espectro Clínico

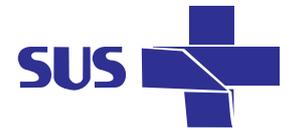
A infecção pelo vírus dengue pode ser assintomática ou sintomática. Três fases clínicas podem ocorrer: **febril, crítica e de recuperação**

Figura 1: fases clínicas da dengue



7.1. Fase Febril

- A primeira manifestação é a febre que tem duração de 2 a 7 dias, geralmente alta (39°C a 40°C), de início abrupto, associada a cefaleia, a adinamia, a mialgia, artralgia e a dor retroorbitária;
- O exantema está presente em 50% dos casos, é predominantemente do tipo máculo-papular, atingindo face, tronco e membros de forma aditiva, não



poupando plantas de pés e palmas de mãos, podendo apresentar-se sob outras formas com ou sem prurido, frequentemente no desaparecimento da febre;

- Anorexia, náuseas e vômitos podem estar presentes;
- A diarreia está presente em percentual significativo dos casos, habitualmente não é volumosa, cursando apenas com fezes pastosas numa frequência de três a quatro evacuações por dia, o que facilita o diagnóstico diferencial com gastroenterites de outras causas;

Após a fase febril, grande parte dos pacientes recupera-se gradativamente com melhora do estado geral e retorno do apetite.

7.2. Fase crítica

Esta fase pode estar presente em alguns pacientes, podendo evoluir para as formas graves e, por esta razão, medidas diferenciadas de manejo clínico e observação devem ser adotadas imediatamente. Tem início com a defervescência da febre, entre o terceiro e o sétimo dia do início da doença, acompanhada do surgimento dos sinais de alarme.

7.2.1- Dengue com sinais de alarme

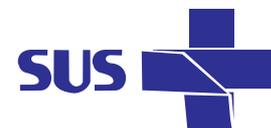
A maioria dos sinais de alarme é resultante do aumento da permeabilidade vascular, a qual marca o início do deterioramento clínico do paciente e sua possível evolução para o choque por extravasamento de plasma.

Sinais de alarme na dengue

- a) Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua;
- b) Vômitos persistentes;
- c) Acúmulo de líquidos (ascite, derrama pleural, derrame pericárdico);
- d) Hipotensão postural e/ou lipotimia;
- e) Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal;
- f) Sangramento de mucosa;
- g) Letargia e/ou irritabilidade;
- h) **Aumento progressivo do hematócrito;**

7.2.2- Dengue grave

- As formas graves da doença podem manifestar-se com: extravasamento de plasma, levando ao choque ou acúmulo de líquidos com desconforto respiratório, sangramento



grave ou sinais de disfunção orgânica como o coração, os pulmões, os rins, o fígado e o sistema nervoso central (SNC);

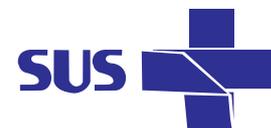
- Derrame pleural e ascite podem ser clinicamente detectáveis, em função da intensidade do extravasamento e da quantidade excessiva de fluidos infundidos;
- O extravasamento plasmático também pode ser percebido pelo aumento do hematócrito, quanto maior sua elevação maior será a gravidade, pela redução dos níveis de albumina e por exames de imagem (exemplo: RX de pulmão, USG de abdome).

7.2.3- Choque

- O choque ocorre quando um volume crítico de plasma é perdido através do extravasamento, o que geralmente ocorre entre os dias 4 ou 5 (com intervalo entre três a sete dias) de doença, geralmente precedido por sinais de alarme;
- Período de extravasamento plasmático e choque leva de 24 a 48 horas, devendo a equipe assistencial estar atenta à rápida mudança das alterações hemodinâmicas.

Tabela 1- Avaliação hemodinâmica: sequência de alterações hemodinâmicas			
Parâmetros	Choque ausente	Choque compensado (fase inicial)	Choque com hipotensão (fase tardia)
Frequência cardíaca	Normal	Taquicardia	Taquicardia intensa, com Bradicardia no choque tardio
Extremidades	Temperatura normal e rosados	Distais, frias	Frias, úmidas, pálidas ou cianóticas
Intensidade do Pulso periférico	Pulso forte	Pulso fraco e filiforme	Tênue ou ausente
Enchimento capilar	Normal (<2 segundos)	Prolongado (> segundos)	Muito prolongado Pele mosqueada
Pressão arterial	Normal para idade e pressão de pulso normal para a idade	Redução de pressão do pulso (≤ 20 mmHg)	Hipotensão (ver a seguir). Pressão de Pulso < 10 mmHg. Pressão arterial não detectável. Pressão arterial convergente.
Ritmo respiratório	Normal para idade	Taquipnéia	Acidose metabólica Hiperpneia ou respiração de Kussmaul
Diureses	Normal 1,5 a 4 mg/kg/h	Oligúria < 1,5 ml/kg/h	Oligúria persistente < 1,5 ml/kg/h

- Considera-se hipotensão: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial média < de 70 mmHg em adultos, ou uma diminuição da pressão arterial sistólica maior que 40 mmHg ou menor que 2 desvio-padrão abaixo do intervalo normal para



idade. Pressão de pulso ≤ 20 mm Hg. Em adulto é muito significativa a diminuição da PAM associada a taquicardia;

- O choque na dengue é de rápida instalação e tem curta duração. Podendo levar o paciente ao óbito em um intervalo de 12 a 24 horas ou a sua recuperação rápida, após terapia antichoque apropriada;

7.2.4- Hemorragias graves e disfunções graves em órgãos

- Em alguns casos pode ocorrer hemorragia massiva sem choque prolongado e este sangramento massivo é critério de dengue grave. Este tipo de hemorragia, quando é do aparelho digestivo, é mais frequente em pacientes com histórico de úlcera péptica ou gastrites, assim como também pode ocorrer devido a ingestão de ácido acetil salicílico (AAS), anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e anticoagulantes;
- O grave comprometimento orgânico, como hepatites, encefalites ou miocardites pode ocorrer sem o concomitante extravasamento plasmático ou choque;
- Elevação de enzimas hepáticas de pequena monta ocorre em até 50% dos pacientes, podendo nas formas graves evoluir para comprometimento severo das funções hepáticas expressas pelo acréscimo das aminotransferases em 10 vezes o valor máximo normal, associado à elevação do valor do tempo de protrombina;

7.3- Fase de recuperação

- Nos pacientes que passaram pela fase crítica haverá reabsorção gradual do conteúdo extravasado com progressiva melhora clínica;
- É importante estar atento às possíveis complicações relacionadas à hiper-hidratação;
- Nesta fase o débito urinário se normaliza ou aumenta, podem ocorrer ainda bradicardia e mudanças no eletrocardiograma;
- Alguns pacientes podem apresentar um *rash* cutâneo acompanhado ou não de prurido generalizado;

8. Estadiamento Clínico e Conduta em Adultos e Crianças



8.1- Grupo A

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Ausência de sinais de alarme;
- c) Prova do laço negativa e ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas;
- d) Sem comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais;
- e) Sem risco social.

Conduta

- Exames laboratoriais complementares a critério médico;
- Prescrever paracetamol e/ou dipirona;
- Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides;
- Orientar repouso e prescrever dieta e hidratação oral;

Hidratação Oral

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

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

Crianças e adolescentes: Orientar hidratação no domicílio, de forma precoce e abundante, com soro de reidratação oral, complementado com líquidos caseiros tais como água, sucos de frutas naturais, chás e água de coco; evitar uso de refrigerantes e líquidos escuros (para não mascarar vômitos sanguíneos, se presentes).

Calcular o volume de líquidos em 60 a 80 ml/kg/dia, sendo um terço contendo sais de reidratação oral e os dois terços restantes formados por líquidos caseiros.

Orientações aos pacientes e familiares da criança:

- Deve-se informar claramente à mãe ou responsável pelo menor sobre os sinais de alarme e a importância de retornar imediatamente a uma unidade de saúde, na ocorrência destes;



- Orientar sobre as manifestações hemorrágicas como petéquias, gengivorragia, epistaxe e hemorragia conjuntival; atenção para a presença de sangue nos vômitos e nas fezes;

Obs.: A diarreia na criança pode ser um sinal de agravamento da dengue

ATENÇÃO: Os anti-inflamatórios não-hormonais (Cetoprofeno, Ibuprofeno, Diclofenaco, Nimesulida e outros) devem ser evitados nos quadros de dengue.

Importante: Os sinais de alarme e agravamento do quadro costumam ocorrer na fase de remissão da febre. Retorno Imediato na presença de sinais de alarme ou no dia da melhora da febre (possível não haja defervescência, retornar no 5º dia da doença. Entregar cartão de acompanhamento de dengue.

8.2 Grupo B

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Ausência de sinais de alarme;
- c) Prova do laço positiva ou manifestações hemorrágicas espontâneas, sem repercussão hemodinâmica;
- d) Lactentes menores de 2 anos, gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, risco social ou comorbidades (hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica-DPOC, doenças hematológicas crônicas, principalmente anemia falciforme e púrpuras, doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias, doenças autoimunes e condições clínicas especiais;
- e) Pacientes com risco social.

Conduta

- Solicitar exames complementares:
 - Hemograma, obrigatório para todos os pacientes;
 - Liberar o resultado em até duas horas, ou no máximo quatro horas.
 - Avaliar a hemoconcentração (valor do hematócrito conforme [anexo 2](#));
 - Outros exames deverão ser solicitados de acordo com a condição clínica associada ou a critério médico.
- O paciente deve permanecer em acompanhamento e observação até o resultado dos exames;



- Prescrever hidratação oral conforme recomendado para o grupo A, até o resultado dos exames;
- Seguir conduta conforme reavaliação clínica e resultados laboratoriais.

Se paciente com hematócrito normal:

1. Tratamento em regime ambulatorial com reavaliação clínica diária;
2. Orientar o paciente para não se automedicar, permanecer em repouso e procurar imediatamente o serviço de urgência em caso de sangramentos ou sinais/sintomas de alarme;
3. Liberar o paciente para o domicílio com orientações conforme o plano A

Se pacientes > 75 anos, presença de comorbidades de difícil controle OU descompensada.

- 1- Manter em leito de hidratação/internação por 24 horas.
- 2- Exames em 24 horas.

RETORNO: a critério médico e retorno imediato na presença de sinais de alarme.

Se paciente com surgimento de sinais de alarme: seguir conduta do grupo C.

Crianças e Adolescentes

- Em caso de vômitos e recusa da ingestão do soro oral, recomenda-se a administração da hidratação venosa;
- Hidratação venosa - caso ocorra hemoconcentração e o paciente não aceitar o soro oral:
 - Fase de expansão:
 - Soro fisiológico: 10 ml/kg por hora, podendo ser repetida até três vezes.
 - Repetir o hemograma em seguida; após a segunda ou a terceira fase de expansão sem uma boa resposta, com piora do hematócrito, recomenda-se a conduta do Grupo C;
 - Fase de manutenção (necessidade hídrica basal, segundo a regra de Holliday-Segar):
 - Até 10 Kg: 100 ml/kg/dia;
 - De 10 a 20 kg: 1.000 ml + 50 ml/kg/dia para cada kg acima de 10 Kg;
 - Acima de 20 kg: 1.500 ml + 20 ml/kg/dia para cada kg acima de 20 kg;

8.3 Grupo C ■

a) Caso suspeito de dengue;

b) Presença de algum sinal de alarme.

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

Conduta

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

Conduta adultos e crianças na primeira hora: Iniciar reposição volêmica imediata (10ml/kg de soro fisiológico na primeira hora), em qualquer ponto de atenção, independentemente do nível e complexidade, mesmo na ausência de exames complementares.

REAVALIAÇÃO COM 1 HORA

Conduta adultos e crianças após uma hora: reavaliar o paciente (sinais vitais, PA, avaliar diurese – desejável 1 ml/kg/h). Manter hidratação IV 10 ml/kg/h (soro fisiológico a 0,9%) na segunda hora. Até avaliação do hematócrito (que deverá ocorrer em até duas horas da reposição volêmica).

REAVALIAR APÓS 1 HORA



- Realizar exames complementares obrigatórios:
 - Hemograma completo.
 - Dosagem de albumina sérica, TGO, TGP.
 - Os exames de imagem recomendados são radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e ultrassonografia de abdome (o exame ultrassonográfico é mais sensível para diagnosticar derrames cavitários, quando comparados à radiografia);
 - Outros exames poderão ser realizados conforme necessidade: glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TAP e TTPA e ecocardiograma;
 - Proceder a reavaliação clínica (após as duas primeiras horas de hidratação venosa):
 - Se não o houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos, repetir a fase de expansão até três vezes. Seguir a orientação de reavaliação clínica (sinais vitais, PA, avaliar diurese) após uma hora, e de hematócrito em duas horas (após conclusão de cada etapa).
 - Se houver melhora clínica e laboratorial após a (s) fase (s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:
 - Primeira fase: 25 ml/kg em 6 horas. Se houver melhora iniciar segunda fase;
 - Segunda fase: 25 ml/kg em 8 horas.
- Se não houver melhora clínica e laboratorial conduzir como grupo D.
 - Pacientes do grupo C precisam de avaliação contínua.
 - Na presença de qualquer sinal de agravamento ou choque a reavaliação médica deve ser imediata.
- Exames para confirmação de dengue (sorologia) são obrigatórios para os pacientes do grupo C, mas não são essenciais para conduta clínica. Na primeira coleta de sangue, solicitar realização destes exames, atentando para a necessidade de acondicionamento adequado:
 - 20°C para realização da sorologia (após o quinto dia início dos sintomas) e



-70°C para realização do isolamento viral ou PCR (até o quinto dia de doença).

- Prescrever paracetamol e/ou dipirona;
- Após preencher critérios de alta (item 12), o retorno para reavaliação clínica e

Os pacientes do Grupo C devem permanecer em leito de observação e o médico deve solicitar vaga de internação hospitalar.

laboratorial segue orientação conforme grupo B.

8.4- Grupo D ■

- a) Caso suspeito de dengue;
- b) Presença de sinais de choque;

Sinais de Choque

- Extravasamento grave de plasma, levando ao choque evidenciado por taquicardia; extremidades distais frias; pulso fraco e filiforme, enchimento capilar lento (< 2 segundos); pressão arterial convergente (< 20 mm Hg); taquipneia; oligúria (< 1,5 ml/kg/h); hipotensão arterial (fase tardia do choque); acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória; cianose (fase tardia do choque).
- Sangramento grave.
- Comprometimento grave de órgãos.

- c) Acompanhar em leito de estabilização ou UTI;
- d) Realizar exames complementares obrigatórios: hemograma completo; dosagem de albumina sérica, TGO e TGP.
- e) Conduta:

Conduta adultos e crianças na primeira hora: Reposição volêmica (adulto e criança). Iniciar imediatamente fase de expansão rápida parenteral, com SF 0,9% 20ml/kg em 20 minutos, em qualquer nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.

Reavaliação clínica a cada 15-30 minutos e de hematócrito em 2h. **A reavaliação deve acontecer após cada etapa de expansão. Estes pacientes precisam ser continuamente monitorados.**



- Repetir fase de expansão até três vezes.
- Se houver melhora clínica e laboratorial após fases de expansão, retornar para a fase de expansão do grupo C e seguir a conduta recomendada para o grupo.

Estes pacientes devem permanecer em acompanhamento em leito de estabilização e o médico deve ser solicitada vaga de UTI.

- Os exames de imagem recomendados são radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e ultrassonografia de abdome (o exame ultrassonográfico é mais sensível para diagnosticar derrames cavitários, quando comparados à radiografia).
- Outros exames poderão ser realizados conforme necessidade: glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TAP e TTPA e ecocardiograma.
- Exames para confirmação de dengue (sorologia) são obrigatórios, mas não são essenciais para conduta clínica.

No caso de resposta inadequada, caracterizada pela persistência do choque, deve-se avaliar:

- Se o hematócrito estiver em ascensão, após a reposição volêmica adequada – utilizar expansores plasmáticos (albumina 0,5-1 g/kg); preparar solução de albumina a 5% (para cada 100 ml desta solução, usar 25 ml de albumina a 20% e 75 ml de SF a 0,9%); na falta desta, usar coloides sintéticos, 10 ml/kg/hora.
- Se o hematócrito estiver em queda e houver persistência do choque – investigar hemorragias e avaliar a coagulação.
- Na presença de hemorragia, transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 ml/kg/dia).
- Na presença de coagulopatias avaliar necessidade de uso de plasma fresco (10 ml/kg), vitamina K endovenosa e crioprecipitado (1 U para cada 5-10 kg).



- **Considerar a transfusão de plaquetas nas seguintes condições:**
sangramento persistente não controlado, depois de corrigidos os fatores de coagulação e do choque, e com trombocitopenia e INR maior que 1,5 vezes o valor normal.
- Se o hematócrito estiver em queda com resolução do choque, ausência de sangramentos, mas com o surgimento de outros sinais de gravidade, observar:
 - Sinais de desconforto respiratório, sinais de insuficiência cardíaca congestiva e investigar hiperhidratação.
 - Deve-se tratar com diminuição importante da infusão de líquido, uso de diuréticos e drogas inotrópicas, quando necessário.
- A infusão de líquidos deve ser interrompida ou reduzida à velocidade mínima necessária se:
 - Houver término do extravasamento plasmático;
 - Normalização da pressão arterial, do pulso e da perfusão periférica;
 - Diminuição do hematócrito, na ausência de sangramento;
 - Diurese normalizada;
 - Resolução dos sintomas abdominais.
- Após preencher critérios de alta (item 11), o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação conforme grupo B.
- Orientar o retorno após a alta.

9. Critérios de alta hospitalar

Os pacientes precisam preencher todos os seis critérios a seguir:

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

10. Diagnóstico Diferencial de Dengue



	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA	
PRINCIPAIS SINTOMAS	FEBRE	Sempre presente: alta e de início imediato	Quase sempre presente: alta e de início imediato	Pode estar presente: baixa
	ARTRALGIA (DORES NAS ARTICULAÇÕES)	Quase sempre presente: dores moderadas	Presente em 90% dos casos: dores intensas	Pode estar presente: dores leves
	RASH CUTÂNEO (MANCHAS VERMELHAS NA PELE)	Pode estar presente	Pode estar presente: se manifesta nas primeiras 48 horas (normalmente a partir do 2º dia)	Quase sempre presente: se manifesta nas primeiras 24 horas
	PRURIDO (COCEIRA)	Pode estar presente: leve	Presente em 50 a 80% dos casos: leve	Pode estar presente: de leve a intensa
	VERMELHIDÃO NOS OLHOS	Não está presente	Pode estar presente	Pode estar presente

Dengue, chikungunya e zika são transmitidas pelo mesmo vetor, o mosquito *Aedes aegypti*. E, embora zika, chikungunya e dengue apresentem sinais clinicamente parecidos, como febre, dores de cabeça, dores nas articulações, enjojo e exantema (rash cutâneo ou machas vermelhas pelo corpo), há alguns sintomas marcantes que as diferem. A principal manifestação clínica de chikungunya, por exemplo, são as fortes dores nas articulações, a artralgia. Essa artralgia pode se manifestar em todas as articulações, mas, em especial, nas dos pés e das mãos, como dedos, tornozelos e pulsos. Na chikungunya, essas dores são decorrentes de um processo inflamatório nas articulações e podem ser acompanhadas de edemas e rigidez.

Também é possível haver esse tipo de dores na dengue e no zika, mas a diferença está, segundo especialistas, na intensidade da dor. Enquanto o paciente com dengue ou zika pode apresentar dores de leves a moderadas, o paciente infectado com chikungunya apresenta dores de nível elevado, tendo como consequência a redução da produtividade e da qualidade de vida. Na fase subaguda ou crônica da doença, as dores podem persistir por meses ou até mesmo anos, particularmente em pacientes mais velhos.

Com relação à febre, dengue e chikungunya são marcadas pela febre alta, geralmente acima de 39°C e de início imediato. Já os pacientes de zika apresentam febre baixa ou, muitas vezes, nem apresentam febre. Os sintomas relacionados ao vírus zika costumam se manifestar de maneira branda e o paciente pode, inclusive, estar infectado



e não apresentar qualquer sintoma. Mas uma manifestação clínica que pode aparecer logo nas primeiras 24 horas e é considerada uma marca da doença é o rash cutâneo e o prurido, ou seja, manchas vermelhas na pele que provocam intensa coceira. Há, inclusive, relatos de pacientes que têm dificuldade para dormir por conta da intensidade dessas coceiras.

Outro sintoma que pode servir nos diagnósticos clínicos dessas doenças é a vermelhidão nos olhos. Enquanto a dengue provoca dores nos olhos, o paciente infectado com zika ou chikungunya pode apresentar olhos vermelhos, com uma conjuntivite sem secreção.

Anexo 1: Tabela de FC e FR

Frequência cardíaca (bpm) por faixa etária			
Idade	FC acordado	Média	FC dormindo
0-2 meses	85-205	140	80-160
3-23 meses	100-190	130	75-160
2-10 anos	60-140	80	60-90
> 10 anos	60-100	75	50-90

Valores normais da frequência respiratória
<2 meses =até 60 rpm
2 meses- 1 ano= até 50 rpm
1-5 anos = até 40 rpm
5-8 = até 30 rpm
Adultos= 12 a 20 rpm



Anexo 2: Hematócrito

Valores normais de hematócrito	
Homens: >45% e 50%	
Mulheres: 40%	
Crianças	
<1 mês: 51%	6 meses a 2 anos incompletos: 36%
1 mês: 43%	2 a 6 anos incompletos: 37%
2 a 6 meses: 35%	6 a 12 anos: 38%

ATENÇÃO ao aumento do valor do hematócrito igual ou superior a 10% em relação ao valor de referência!!

REFERÊNCIAS

1-Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adultos e crianças. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis,5. Ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

2-Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Infectologia (2016-2018), Departamento Científico de Emergência (2016-2018) e Departamento Científico de Terapia Intensiva (2016-2018): setembro,2019

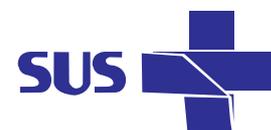
3-Zika, chikungunya e dengue: entenda as diferenças. Agência Fiocruz de Notícias. Saúde e Ciência para todos.

Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/zika-chikungunya-e-dengue-entenda-diferen%C3%A7as>

4-Protocolo de Atendimento aos Pacientes com suspeita de dengue. Prefeitura de Belo Horizonte.2013

5- Fluxograma de manejo clínico da dengue. Ministério da Saúde, 2023.

6-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Departamento de Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.



	Nome	cargo	Área de Atuação
Elaboração	Thais Kato de Sousa	Enfermeira	Apoiadora da Governança
	Hérica Sousa Leguizamon	Coordenadora	Governança Clínica
	Gabriela de Souza Castro Vieira	Coordenador médico	Superintendente de Atenção à Saúde
	Henrique do Carmo	Coordenador médico	Superintendente de Atenção à Saúde
	Katia Michelle dos Anjos Bomfim	Médica	Governança Clínica
Revisão	Murilo Moraes Castro	Coordenador Médico	Superintendente de Atenção à Saúde
	Frederico Ribeiro	Médico	Governança Clínica
	Giovane Melo	Diretor	Diretor de Atenção Básica
	Bruna de Castro Fernandes	Diretora	Diretora de Regulação
	Maria do Ducarmo da Silva	Apoiadora da Atenção Básica	Superintendente de Atenção à Saúde
	Renata Costa Marcelino	Diretora	Diretora de Urgência e Emergência
	Katia Sena da Costa	Chefe do Programa de Doenças Transmissíveis	Superintendência de Vigilância em Saúde
	Thaís Alarcon Duarte Braga	Médica Infectologista SMS	
Aprovação	Gustavo Amoury	Superintendente de Atenção à Saúde	Superintendente da SMS
	Carlos Eduardo de Paula Itacaramby	Superintendente Executivo de Saúde	Superintendente da SMS
	Alessandro Magalhães	Secretário de Saúde	Secretário de Saúde
Atualização	Thaís Alarcon Duarte Braga	Médica Infectologista SMS	SAS
	Henrique do Carmo	Coordenador	SAS

ANEXO-1

Fluxo de classificação de risco de dengue

SUSPEITA DE DENGUE

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

Notificar todo caso suspeito de dengue

