

16. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À DENGUE

Leandro Nascimento da Silva¹

Grécia Carolina Pessoni²

Ivaneusa Gomes de Ávila Maciel³

Samira Nascimento Mamed⁴

Wênia Carla Costa⁵

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente.

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 661/2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

1. INTRODUÇÃO

A dengue é a arbovirose urbana mais prevalente nas Américas, como também no Brasil. É uma doença febril aguda, que pode variar de casos assintomáticos a graves, e, é transmitida pela picada de fêmeas infectadas da espécie *Aedes aegypti*. A situação epidemiológica da dengue permanece sendo caracterizada pelo número crescente de casos graves e óbitos, além dos novos desafios impostos pela circulação dos vírus da febre de Chikungunya e Zika, cujo vetor de transmissão é o mesmo e, os sintomas são parecidos com os da dengue, e fazem com que o tema se torne ainda mais importante para a assistência (BRASIL, 2016).

Trata-se de uma doença viral transmitida por mosquito de propagação mais rápida no mundo. O vírus da dengue (DENV), é representado por quatro sorotipos, DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 e,

1 Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

3 Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

5 Enfermeira. Especialista, Secretaria Estadual de Saúde de Goiás

sua transmissão é feita pelo mosquito *Aedes aegypti*. Atualmente, no Brasil, essa doença é caracterizada pela transmissão endêmica e epidêmica determinada, principalmente pela circulação simultânea dos quatro sorotipos virais, e se constitui como um sério problema de saúde pública (BRASIL, 2022).

As infecções por dengue podem apresentar três fases clínicas: fase febril (a primeira manifestação é a febre, que tem duração de 2 a 7 dias e que, geralmente, o paciente se recupera gradativamente); fase crítica (inicia com o declínio da febre, entre o terceiro e sétimo dia da doença, podendo aparecer os sinais de alarme, marcando o início da piora clínica); e fase de recuperação (ocorre após 24 a 48 horas da fase crítica, ocorrendo uma reabsorção do líquido extravasado e retorno progressivo dos sintomas, com melhora do estado geral) (BRASIL, 2021).

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*. Deve apresentar febre, usualmente entre dois e sete dias, e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea/vômitos, exantema, mialgia/artralgia, cefaleia/dor retro orbital, petéquias/prova do laço positiva e leucopenia.

O Ministério da Saúde (MS) também considera caso suspeito: “toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias, e sem sinais e sintomas indicativos de outra doença”, (BRASIL, 2021, p. 700) inclusive Zika e/ou Chikungunya (Quadro 1).

QUADRO 1 - PRINCIPAIS DIFERENÇAS NOS SINAIS, SINTOMAS E LABORATORIAIS ENTRE DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

SINAIS/SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA
Febre (duração)	Febre (duração) Acima de 38°C (2 a 7 dias)	Afebril ou subfebril ≤ 38°C (1 a 2 dias subfebril)	Febre alta > 38,5°C (2 a 3 dias)
Manchas na pele - Exantema	A partir do 3º ao 6º dia	Surgem no 1º ou 2º dia	Surgem 2 a 5 dias
Dor nos músculos (frequência)	+++ /+++	++ /+++	+ /+++
Dor na articulação (frequência)	+ /+++	++ /+++	+++ /+++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/Moderado	Moderado/Intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente de leve a moderada intensidade	Frequente de moderada a intenso
Conjuntivite	Raro	50-90% dos casos	30% dos casos
Dor de cabeça (intensidade)	+++	++	++
Prurido (coceira)	Leve	Moderada/Intensa	Leve
Hipertrofia ganglionar	Leve	Intensa	Moderada
Discrasia hemorrágica	Moderada	Ausente	Leve
Acometimento Neurológico (frequência)	+	+++ (mais frequente que Dengue e Chikungunya)	++ (predominante em neonatos)
Leucopenia	+++	++	++
Trombocitopenia	+++	+	++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente

Fonte: Adaptado de Brasil (2021).

A infecção pode ser assintomática ou com sinais e sintomas inespecíficos, como: astenia, sonolência, recusa da alimentação e de líquidos, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas. Em menores de 2

anos de idade, os sinais e os sintomas de dor podem se manifestar por choro persistente, adinamia e irritabilidade, e podem se confundir com outros quadros infecciosos, podendo passar despercebido. O agravamento nessas crianças, em geral, é mais rápido que no adulto, no qual os sinais de alarme são mais facilmente detectados (BRASIL, 2021).

Em 2014, o Ministério da Saúde aderiu a nova classificação de casos de dengue, atendendo os critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, os casos de dengue podem ser classificados de três formas: dengue, dengue com sinais de alarme ou dengue grave.

- **Dengue com sinais de alarme:** É todo caso de dengue que, no período de efervescência da febre, apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme: Dor abdominal intensa (referida ou à palpação), e contínua ou sensibilidade, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico), hipotensão postural e/ou lipotimia, hepatomegalia, maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal, letargia/irritabilidade, sangramento de mucosa e aumento progressivo do hematócrito (BRASIL, 2021).

- **Dengue grave:** É todo caso de dengue que apresenta uma ou mais das condições a seguir: Choque ou desconforto respiratório, em função do extravasamento grave de plasma; choque evidenciado por taquicardia, pulso débil ou indetectável, taquicardia, extremidades frias e tempo de perfusão capilar >2 segundos, e pressão diferencial convergente < 20 mmHg, indicando hipotensão em fase tardia. Sangramento grave, segundo avaliação do médico (ex: hematêmese, melena, metrorragia volumosa e sangramento do SNC). Comprometimento grave de órgãos, a exemplo de dano hepático importante (AST/ALT >1.000 U/L), do sistema nervoso central (alteração da consciência), do coração (miocardite) ou de outros órgãos (BRASIL, 2021, p 697).

2. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/ ENTOMOLÓGICA

Cabe à equipe de enfermagem, bem como a todo profissional da área de saúde, NOTIFICAR E INVESTIGAR, oportunamente, todo caso suspeito de dengue para auxiliar no acompanhamento contínuo da evolução temporal da doença e, detectar, efetivamente, as mudanças no padrão de ocorrência, surtos e epidemias, bem como auxiliar nas ações de controle, para que sejam desenvolvidas, oportunamente, visando quebrar ou diminuir a cadeia de transmissão.

Considerando, também, que a dengue se encontra na lista de agravos de notificação compulsória, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 420, de 2 de março de 2022, cabe ao enfermeiro a notificação/investigação de todos os casos suspeitos, sendo que, para casos que evoluem para óbito, essa ação deve ser feita imediatamente, em até 24 horas, ao serviço de vigilância epidemiológica municipal, estadual e federal.

3. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A equipe de enfermagem exerce um papel fundamental na detecção e acompanhamento dos casos suspeitos de dengue e na atualização constante do estadiamento clínico, buscando identificar, precocemente, sinais de agravamento e agir em consonância com o protocolo para evitar o óbito (COREN, 2014). Uma vez que, na fase crítica ou antes que ocorra o agravamento da doença, alguns sinais de alarme podem surgir, marcando o início da piora clínica do paciente e sua possível evolução para o choque, por extravasamento plasmático e/ou hemorragias. Sem a identificação e o correto manejo nessa fase, alguns pacientes podem evoluir para as formas graves e óbito (BRASIL, 2021).

Cabe, também, ao profissional de Enfermagem orientar, realizar, encaminhar, coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no prontuário do paciente ou ficha de atendimento. Esses dados são necessários para o planejamento e a execução dos serviços de assistência de Enfermagem (COREN, 2014).

4. ENTREVISTA E EXAME FÍSICO

Executados por enfermeiros, a entrevista e o exame físico são etapas essenciais da assistência de enfermagem. Por meio desses, busca-se avaliar o paciente por meio de sinais e sintomas detectando alterações. As informações abaixo, que direcionam a entrevista e o exame físico, são baseadas nas orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; 2016) e pelo COREN-GO (2014).

Entrevista

Deve-se investigar e registrar em prontuários e em fichas de investigação:

- a) Data do início e cronologia dos sintomas;
- b) Antecedentes e histórico epidemiológico e vacinal;
- c) Investigar comorbidades, situações de risco e deslocamento para outras áreas no período de 15 dias anterior à doença;
- d) Solicitar hemograma completo, de acordo com o estadiamento clínico (O hematócrito e a contagem de plaquetas auxiliam na avaliação e no monitoramento dos pacientes, especialmente os que apresentarem sinais de alarme ou gravidade);
- e) Preencher ficha de notificação e investigação específica para dengue, com endereço residencial completo, a fim de que as ações de controle possam ser desenvolvidas.

Exame físico, incluindo sinais e sintomas

No paciente com suspeita de dengue deve-se avaliar:

- a) Estado hemodinâmico: ocorrência de hemorragias como epistaxe, hematêmese, petéquias, entre outros sinais;
- b) Pressão arterial e realizar prova do laço (se houver hemorragias, não é necessário) - Considera-se hipotensão: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg, ou pressão arterial média < de 70 mmHg em adultos;
- c) Sinais de alarme e sinais de choque;
- d) Temperatura corporal (referida ou medida) e peso;
- e) Sistema nervoso: estado de consciência (escala de Glasgow), força muscular e reflexos;
- f) Segmento da pele: coloração e hidratação de pele e mucosas;
- g) Sistema cardiopulmonar: avaliação de frequência cardíaca, pulso, ausculta cardíaca e pulmonar;
- h) Sinais de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC): como taquicardia, dispneia, turgência jugular e estertoração;
- i) Segmento abdominal: presença de dor abdominal, hepatomegalia, ascite, timpanismo, maciez e outros;
- j) Sistema musculoesquelético: mialgia, artralgia, edema de articulações, simetria dos sintomas e outros;

k) Sistema genito-urinário e gastrointestinal: presença e quantidade de diurese, presença e frequência de diarreia e vômitos, presença de sangramentos como metrorragia, hematêmese, melena e hematúria.

ATENÇÃO! O profissional de enfermagem deve estar atento às outras arboviroses: Zika e Chikungunya que também são transmitidos pelo mesmo vetor e possuem sinais e sintomas semelhantes aos da dengue, mas algumas características podem ajudar a diferenciá-las, conforme indicado no Fluxograma (ver final deste capítulo)

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ESTADIAMENTO CLÍNICO

A classificação de risco é de extrema importância para o correto estadiamento da doença, e consequente tratamento prioritário e oportuno para os casos com sinais de alarme e para os casos graves (BRASIL, 2016). As pessoas com suspeita de dengue devem receber o primeiro atendimento em qualquer unidade que procurarem assistência. Após o acolhimento responsável, o enfermeiro deverá realizar a avaliação do paciente e conduta inicial, mesmo que o paciente seja posteriormente encaminhado para outros níveis de serviços de saúde. Deve-se garantir o suporte de vida adequado para encaminhamento e prestar orientações quanto à rede assistencial.

Durante os primeiros dias da doença, quando não se é possível diferenciar dengue de outras viroses, recomenda-se a adoção de medidas para manejo clínico de dengue, uma vez que esse agravo apresenta elevado potencial de complicações e morte, quando comparado à Zika e Chikungunya (BRASIL, 2016).

O enfermeiro pode classificar os casos de dengue em quatro grupos referenciados pelas cores azul, verde, amarelo ou vermelho, de acordo com o estadiamento clínico e a gravidade do caso, sintetizados no (ver final deste capítulo).

5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

As condutas praticadas pela equipe de enfermagem, na atenção primária, dependerão do estadiamento dos casos (ver final deste capítulo). Entretanto, um caso suspeito de dengue pode evoluir para o agravamento de seu quadro e ser reclassificado para outro grupo. As condutas descritas a seguir, conforme cada grupo do estadiamento (A, B, C e D), são baseadas nas orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, 2016), e pelo COREN-GO (2014).

5.1. Condutas gerais frente a um caso suspeito de dengue, independente do estadiamento

1. Notificar na ficha de investigação específica (dengue, zika e chikungunya) e preencher o Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue (para casos do grupo A e B);
2. Solicitar e agendar exames complementares (hemograma e outros, conforme necessidade);
3. Solicitar e agendar exames específicos, de acordo com a data do início dos sintomas (NS1, isolamento viral, PCR e sorologia), e a situação epidemiológica - Grupo C e D são obrigatórios;
4. Preencher o prontuário do paciente com as informações geradas no atendimento de enfermagem;
5. Orientar sobre a limpeza e a eliminação domiciliar dos criadouros do *Aedes aegypti* e notificar o caso para a Vigilância ambiental municipal (zoonoses), para verificarem a presença de focos e criadouros do *Aedes aegypti* no local e nas proximidades;

6. Providenciar visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde (ACS) para acompanhamento dos pacientes febris e seus familiares em seu território de abrangência.
7. Atentar para diagnósticos diferenciais da dengue (zika, chikungunya, síndromes febris, síndromes exantemáticas, síndromes hemorrágicas, entre outros).

5.2. Condutas específicas frente a um caso suspeito de dengue, de acordo com o estadiamento

5.2.1. Condutas no Grupo A – Acompanhamento ambulatorial

1. Orientar repouso, dieta e hidratação oral. Na unidade, iniciar hidratação oral enquanto aguarda avaliação médica;
2. Administrar medicamentos prescritos (atentar para a não utilização de salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides, pois são contraindicados);
3. Orientar sobre a possibilidade da ocorrência de sinais de alarme e/ou sinais de gravidade e, caso aconteçam, retorno imediato, de preferência à unidade de saúde com serviço de urgência;
4. Solicitar e agendar exames complementares (hemograma a critério médico);
5. Agendar retorno para reavaliação clínica entre o terceiro e o sexto dia da doença (fase crítica), ou a critério médico;

5.2.2. Condutas no Grupo B – Paciente em observação na unidade até os resultados dos exames

1. Solicitar, agilizar e realizar a coleta de sangue para o hemograma (obrigatório para todos os pacientes) e, em crianças até 10 anos, sugere-se manter o acesso venoso permeável com solução salina.
2. Enquanto o paciente estiver aguardando atendimento clínico e/ou exames, ele deve permanecer em observação e recebendo hidratação oral, conforme recomendado para o Grupo A até o resultado de exames;
3. Administrar medicamentos prescritos (atentar para a não utilização de salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides, pois são contraindicados);
4. Verificar, no mínimo de 2 em 2 horas, a pressão arterial em duas posições, temperatura corporal enquanto o paciente aguarda resultado do hemograma.
5. Manter a observação contínua para detecção precoce dos sinais de alarme, pesquisa de hemoconcentração e, observar resposta à terapia de hidratação.
6. Reavaliar o paciente de acordo com o resultado do hemograma (hemoconcentração) e exame físico, encaminhando para avaliação médica:
 - a. Hematócrito normal: seguir as condutas para o Grupo A, agendando retorno diário até 48h após a queda da febre ou imediatamente, na presença de sinais de alarme, para reavaliação clínica e laboratorial;
 - b. Hematócrito aumentado em mais de 10% (crianças > 38%, mulheres > 44%, homens > 50%) ou paciente com sinais de alarme e/ou gravidade: seguir conduta dos grupos C ou D.

ATENÇÃO!

Em caso de vômitos e recusa da ingestão do soro oral, recomenda-se a administração da hidratação venosa, conforme prescrição médica.

5.2.3. Conduitas no Grupo C – Acompanhamento no leito de internação por um período mínimo de 48 h.

1. Iniciar a reposição volêmica imediata para adultos e crianças, 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. A reposição volêmica deverá ser: 10 ml/kg/h em 2 horas com SF ou SRL, controlando rigorosamente o gotejamento da infusão venosa de 30 em 30 minutos;
2. Solicitar e coletar hemograma (obrigatório), para avaliação de hematócrito ao final da primeira fase de expansão;
3. Verificar a solicitação de dosagem de albumina sérica e transaminases (obrigatórios), e monitorar os resultados;
4. Verificar a solicitação de outros exames conforme necessidade: glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TPAE e gasometria) e, conforme o existente na unidade.
5. Reavaliar o paciente continuamente (de hora em hora – FC, FR, PA e perfusão periférica), descrevendo sinais e sintomas clínicos e laboratoriais, e na presença de qualquer sinal de agravamento ou choque, a reavaliação médica deve ser imediata;
6. Instituir controle de diurese e balanço hídrico de 2 em 2 horas;
7. Se houver melhora clínica e laboratorial, SSVV estáveis, diurese normal e queda do hematócrito, iniciar fase de manutenção da hidratação venosa:
 - a) **1ª fase: SF 25 ml/kg em 6 horas.** Se melhora, iniciar 2ª fase;
 - b) **2ª fase: 25 ml/kg em 8 horas,** sendo 1/3 com SF e 2/3 com soro glicosado).Em crianças (Regra de *Holliday-Segan*):
 - a) até 10 kg: 100ml/kg/dia;
 - b) de 10 a 20kg:1000 ml + 50 ml/kg/dia para cada kg acima de 10kg;
 - c) de 20 a 30 kg: 1500ml + 20 ml/kg/dia para cada kg acima de 20kg;
 - d) acima de 30 kg: 40 a 60 ml/kg/dia ou 1700 a 2000 ml/
8. Se não houver melhora clínica e laboratorial ou dos sinais hemodinâmicos, repetir a fase de expansão até três vezes. Reavaliar o paciente (sinais vitais, diurese) após uma hora, e de hematócrito em duas horas;
9. Solicitar e coletar hemograma para avaliação de hematócrito ao final da terceira fase de expansão. Após, reavaliar novamente o paciente no final da terceira fase de expansão e encaminhar para avaliação médica. Se não houver melhora clínica e do hematócrito, reclassificar o paciente, iniciando a conduta do Grupo D;
10. Solicitar ao paciente e/ou acompanhante que mantenha a equipe de Enfermagem informada com qualquer alteração dos sinais e sintomas;
11. Monitorar paciente até sua internação e no pós-alta:
 - a) Critérios de alta: estabilização hemodinâmica durante 48 horas, ausência de febre por 48h, melhora visível do quadro clínico, hematócrito normal e estável por 24 h, plaquetas em elevação e acima de 50000/mm³, ausência de sintomas respiratórios;
12. Após preencher todos os critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação conforme grupo B.

Tendo em vista o dinamismo da doença, manter monitoramento contínuo para novo estadia-
mento do paciente, pois ele pode evoluir para piora clínica rapidamente (Grupo D).

5.2.4. Condutas no Grupo D – Acompanhamento em leito de terapia intensiva

ATENÇÃO!

Todos os pacientes do grupo D devem ser atendidos, inicialmente, em qualquer nível de complexidade sendo obrigatória a reposição volêmica imediata.

1. Providenciar, rapidamente, dois acessos venosos periféricos calibrosos, preferencialmente nas veias antecubitais;
2. Iniciar, imediatamente, a fase de expansão rápida parenteral, independentemente do local de atendimento, com solução salina isotônica: 20 ml/kg em até 20 minutos, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares. Repetir essa fase até três vezes, se necessário;
3. Solicitar e coletar hemograma (obrigatório) para avaliação de hematócrito após 2 horas da primeira fase de expansão;
4. Verificar a solicitação de dosagem de albumina sérica e transaminases (obrigatórios), e monitorar os resultados;
5. Reavaliar a clínica a cada 15 – 30 minutos e hematócrito, após 2 horas;
6. Se houver melhora clínica e laboratorial, retornar para a fase de expansão do Grupo C;
7. Se não houver melhora clínica e houver persistência do choque deve-se avaliar:
 - a) se o hematócrito estiver em ascensão, após a reposição volêmica adequada – utilizar expansores plasmáticos;
 - b) se o hematócrito estiver em queda e houver persistência do choque – investigar hemorragias e avaliar a coagulação;
 - c) se o hematócrito estiver em queda com resolução do choque, ausência de sangramento, mas com o surgimento de outros sinais de gravidade, observar sinais de desconforto respiratório, de insuficiência cardíaca congestiva e investigar hiper-hidratação - tratar com diminuição importante da infusão de líquido, uso de diuréticos e drogas inotrópicas, quando necessário;
 - d) a infusão de líquido deve ser interrompida ou reduzida a velocidade mínima necessária se houver término do extravasamento plasmático, normalização da PA, do pulso e da perfusão periférica, diminuição do hematócrito, na ausência de sangramento, diurese normalizada e resolução dos sintomas abdominais.
8. Iniciar oxigenoterapia em todas as situações de choque (máscara, CPAP, cateter nasal, ventilação não invasiva), definindo a escolha em função da tolerância e da gravidade;
9. Monitorar a saturação de oxigênio, por meio de oximetria de pulso, acompanhando parâmetro mínimo em 96%;
10. Se a resposta for adequada, tratar como grupo C;
11. Monitorar paciente até sua internação e no pós-alta;
12. Após preencher critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação conforme grupo B;

Pacientes dos grupos C e D podem apresentar edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários pela perda capilar, o que não significa, a princípio, hiper-hidratação, e que pode aumentar após hidratação satisfatória. O acompanhamento da reposição volêmica é feito pelo hematócrito, diurese e sinais vitais.

Obs 1: Deve-se manter avaliação clínica contínua de todos os pacientes hospitalizados, registrando-se sinais vitais, diurese, controle hídrico, assim como os sinais de alarme. O estadiamento do paciente determina as decisões clínicas, laboratoriais, de hospitalização e terapêuticas, pois o paciente pode, durante a evolução da doença, passar de um grupo a outro em curto período (BRASIL, 2021).

Obs 2: Para mais informações do manejo do paciente, consultar: Dengue – diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança (BRASIL, 2016).

6. EXAMES ESPECÍFICOS

É importante que o enfermeiro solicite e interprete os exames específicos para o diagnóstico de Dengue. Esses exames são obrigatórios para todos os casos graves (Grupo C e D) e, para os demais casos, devem ser solicitados conforme a situação epidemiológica da região e, também, de acordo com o plano municipal e/ou estadual de contingência para epidemias de dengue. Para os casos hospitalizados, mesmo não graves, a coleta é importante para elucidar o diagnóstico. Independentemente do teste, a amostra deverá ser enviada com uma via da Ficha Epidemiológica (Notificação/Investigação, modelo Sinan On-line), devidamente preenchida, incluída no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), ou conforme protocolo municipal.

O Quadro 2 apresenta os principais exames específicos para o diagnóstico de dengue, bem como quais amostras devem ser colhidas e em quais situações.

QUADRO 2. PRINCIPAIS EXAMES ESPECÍFICOS DE DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE DENGUE

Exame	Período para coleta (considerando a data de início dos sintomas)	Material de coleta	Deteção	Conservação e transporte
Sorologia por <i>Elisa</i> IgM – infecção aguda	A partir do 6º dia (preferencialmente entre o 7º e 14º dia)	Soro	Anticorpos IgM (infecção aguda)	Conservar entre 2 e 8°C até no máximo 48h, -20°C até 7 dias e, após este período, manter a -70°C. Transportar em caixa térmica com gelo reciclável
Sorologia por <i>Elisa</i> IgG (Recomendada 2 amostras pareadas com intervalos de 7 dias entre elas.)	> 9 dias na infecção primária Desde 1º dia na infecção secundária	Soro	Anticorpos IgG (infecção tardia)	Obs: Não é disponibilizado na rede pública de saúde

Teste imunocromatográfico para detecção simultânea de IgM e IgG (teste rápido)	Não há período específico recomendado	Sangue total ou soro	Anticorpos IgM e IgG	Obs: Não é disponibilizado na rede pública de saúde
Detecção da proteína NS1 do vírus (NS1 teste rápido - imunocromatográfico e NS1 Elisa)	1 a 5 dias: (preferencialmente no 3º dia)	Soro	Presença de antígeno viral NS1	Conservar entre 2 e 8°C até no máximo 48h, -20°C até 7 dias e, após este período, manter a -70°C. Transportar em caixa térmica com gelo reciclável
Isolamento Viral	1 a 5 dias	Sangue total, líquido e fragmentos de vísceras	Identificação do sorotipo da dengue	Exame mais específico (padrão ouro). Manter amostra sob temperatura -70°C.
RT-PCR	1 a 5 dias	Sangue total, soro, líquido e fragmentos de vísceras	Detecção de antígenos virais	Manter amostra sob temperatura -70°C.
Histopatológico e Imuno-histoquímica	Pós-óbito	Fragmentos de vísceras (coletado no SVO – Serviço de verificação de óbitos)	Análise de lesões anátomopatológicas e detecção de antígenos virais	Diagnóstico presuntivo

Fonte: Brasil (2021).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 420, de 2 de março de 2022**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, Edição: 43, p 56, publicado em: 04/03/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia por arboviroses** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 5. ed. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

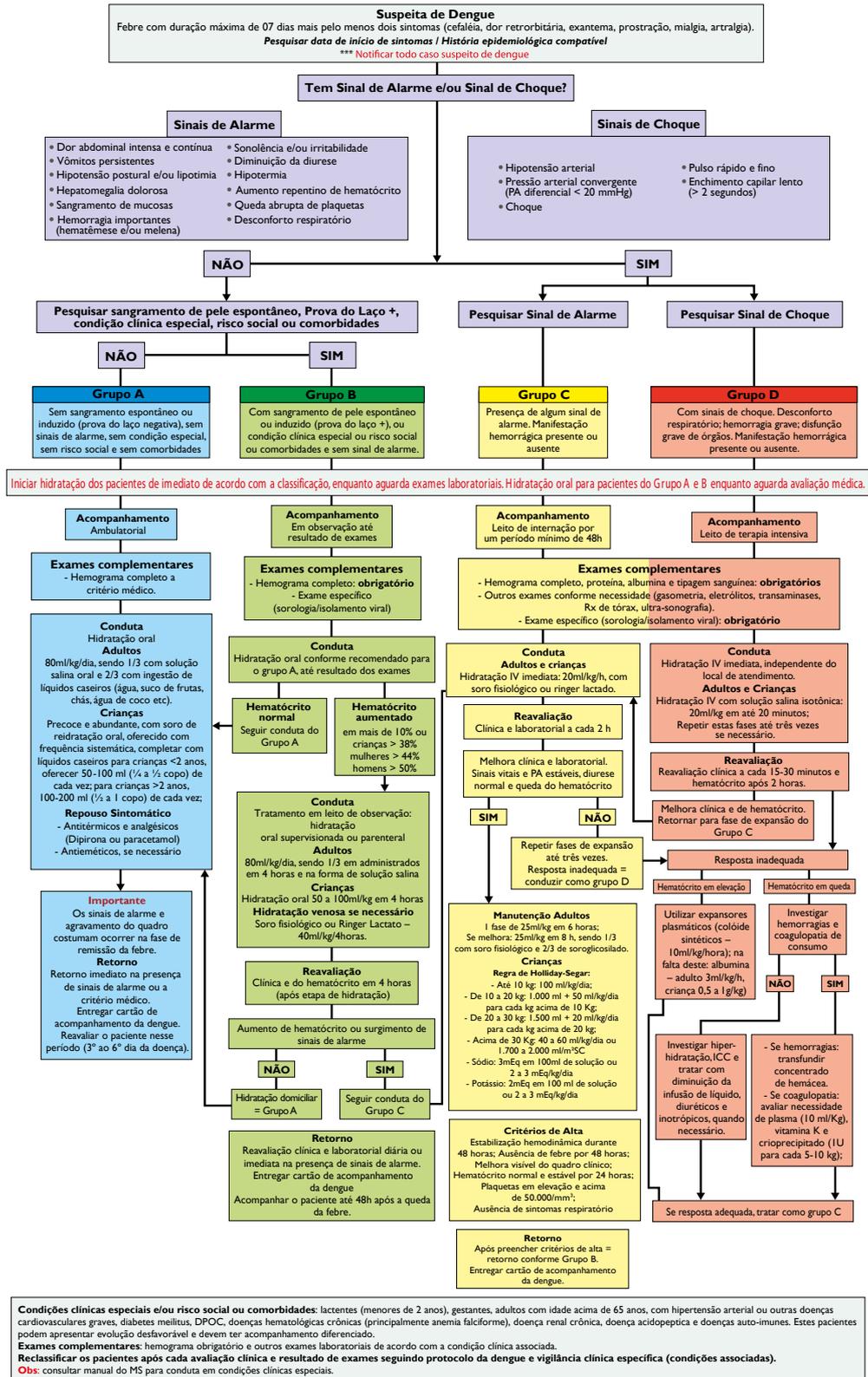
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021 – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Dengue: manual de enfermagem**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 64 p.

COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado de Goiás**. Organizadores Claci Fátima Weirich Rosso *et al.* Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336 p.

FLUXOGRAMA I – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE COM DENGUE

DENGUE Classificação de Risco e Manejo do paciente



Fonte: Brasil (2021, p. 22).