



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Doenças Transmissíveis

NOTA INFORMATIVA CONJUNTA Nº 5/2024 - SVSA, SAES, SAPS, SES/RS e COSEMS/RS

Informa e orienta sobre a suspeição, diagnóstico diferencial, manejo clínico e terapêutico da leptospirose, hepatite A e dengue e doenças diarreicas agudas sob uma abordagem sindrômica durante as inundações no Rio Grande do Sul.

1. **CONTEXTO**

1.1. Entre as consequências à saúde pública em decorrência das enchentes e alagamentos, espera-se a emergência de doenças infecciosas e seu impacto no campo da saúde e na demanda da rede de atenção, já afetada em sua estrutura física e de recursos humanos em consequência das enchentes.

1.2. Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) coordenou esta iniciativa, com a participação da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS), um processo de elaboração da resposta organizada para a rede de atenção do conjunto de municípios afetados pela situação de calamidade pública. Participaram deste processo, apresentando subsídios para a tomada de decisão do MS, SES/ER e COSEMS, diversas sociedades de especialidades, tais como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Sociedade de Medicina de Família, Sociedade de Infectologia, Sociedade de Nefrologia, Sociedade de Terapia Intensiva e Associação Gaúcha de Medicina de Família e Comunidade, além do Conselho Estadual de Saúde e o Telessaúde/RS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2. **ANÁLISE**

2.1. Particularmente no contexto mencionado em decorrência das enchentes, estima-se grande exposição a patógenos de veiculação hídrica, acarretando doença diarreica aguda (DDA). Agregam-se a esta, as síndromes febris agudas, como leptospirose, dengue e hepatite A, as quais representam um grande desafio para saúde pública, principalmente devido a inespecificidade dos sinais e sintomas.

2.2. Diante disso, é necessário reforçar a importância do reconhecimento dos sinais de alarme das síndromes febris agudas e doenças diarreicas, alertando especialmente sobre a diferenciação da causa, possibilitando um melhor manejo dos casos, para uso adequado dos recursos diagnósticos e terapêuticos, evitando desfechos desfavoráveis.

ORIENTAÇÕES

2.3. Os casos de DDA são aqueles que se apresentam como quadros sindrômicos caracterizados por diminuição da consistência das fezes e aumento da frequência de evacuações (3 episódios em 24h), por até 14 dias. Pode ser acompanhada de dor abdominal, febre, náusea e/ou vômito, que podem preceder a diarreia, a depender do agente etiológico.

2.4. A partir da identificação dos casos de DDA deve-se realizar a avaliação clínica e do estado de hidratação, descrita no **Anexo 1**. Conforme a avaliação do estado de hidratação, define-se o tratamento adequado a fim de que sejam evitados casos graves e óbitos. Deve-se também orientar o paciente a respeito da identificação dos sinais de alerta, conforme o "Manejo do paciente com diarreia", expresso no **Anexo 1**, além de se buscar a identificação de outros casos de DDA vinculados ao caso fonte.

3. **CONDUTA CLÍNICA RECOMENDADA**

3.1. Na abordagem inicial de um paciente com síndrome febril aguda e histórico de exposição a áreas alagadas, lama ou esgoto nos últimos 30 dias, deve-se considerar o diagnóstico diferencial de **leptospirose, hepatite A e dengue**, conforme os sinais e sintomas apresentados.

No atendimento a qualquer caso que curse com **febre e mialgia**, de pessoa que tenha tido contato físico com áreas alagadas, lama ou esgoto, ou tenha participado de limpeza de casa após enchente, ou, ainda que tenha tido contato/realizado limpeza nos abrigos de animais resgatados, nos 30 dias anteriores ao início dos sintomas, prescrever **tratamento antibiótico** imediato para **leptospirose, independentemente de teste diagnóstico** confirmatório com:

- a) **Doxiciclina: 100 mg**, VO, 12/12hs por 5 a 7 dias (não deve ser utilizada em crianças menores de 9 anos, mulheres grávidas e em pacientes portadores de nefropatias ou hepatopatias) **OU**
b) **Amoxicilina: Adultos: 500 mg**, VO, 8/8hs, por 5 a 7 dias. Crianças: 50 mg/Kg/dia VO, 8/8h, por 5 a 7 dias.

O início precoce da antibioticoterapia tem como objetivo reduzir a gravidade dos sintomas e a mortalidade associadas à leptospirose. Entretanto, a presença de febre e mialgia **não permite excluir o diagnóstico de dengue**.

Na presença destes sintomas, recomenda-se início imediato do manejo de leptospirose e dengue, que inclui antibioticoterapia e hidratação.

No caso de dengue sem sinais de alarme, recomenda-se hidratação oral preconizada para os grupos A e B **durante todo o período febril e por 24-48h após defervescência da febre**, considerando peso e faixa etária:

1. **Crianças menores de 13 anos:** até 10 Kg: 130 ml/Kg/dia (até 1.300 ml) 10-20 Kg: 100 ml/Kg/dia (até 2.000 ml) acima de 20 Kg: 80 ml/Kg/dia (mínimo 1.680 ml para 21 Kg);
2. **Adultos:** 60 ml/Kg/dia.

Os parâmetros de hidratação para casos suspeitos de dengue, assim como informações sobre manejo clínico nas em diferentes faixas etárias e condições, pode ser consultado em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca/view>

Para grupos **C e D**, os casos deverão ser atendidos e encaminhados para emergência para seguir o fluxo de manejo proposto no Manual de diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança.

3.2. Durante a anamnese e exame físico, atentar para histórico de risco de exposição e sinais e sintomas sugestivos de gravidade, conforme consta no **ANEXO 2** que contém um checklist da avaliação na Síndrome febril aguda e síndrome diarreica.

- 3.3. Pacientes com sinais de alarme ou gravidade (ANEXO 3) devem ser encaminhados à rede de urgência e emergência para realização de exames complementares e avaliação da necessidade de internação hospitalar. O profissional de saúde deverá orientar sobre o reconhecimento desses sinais e/ou sintomas para que o paciente retorne ao serviço para reavaliação e devidos encaminhamentos.
- 3.4. Durante a anamnese e exame físico, atentar para histórico de risco de exposição e sinais e sintomas sugestivos de gravidade, conforme consta no **Anexo 2** que contém um checklist da avaliação na síndrome febril aguda e na síndrome diarreica.
- 3.5. O profissional de saúde deve orientar o paciente para reconhecimento dos sinais e/ou sintomas de gravidade, para que o paciente retorne ao serviço para reavaliação clínica quando identificá-los. Pacientes com sinais de alarme ou gravidade (**Anexo 3**) **devem ser encaminhados à rede de urgência e emergência para realização de exames complementares e avaliação da necessidade de internação hospitalar.**

Na síndrome febril aguda, deve-se solicitar **hemograma* completo com contagem de plaquetas.**

Outros exames, conforme o quadro clínico e a principal suspeita, podem ser solicitados, incluindo AST, ALT, bilirrubinas, creatinina, ureia, CPK, sódio e potássio.

**Em relação ao hemograma, deve-se monitorar o aumento progressivo do hematócrito, que indica sinal de alarme/gravidade para dengue, avaliar contagem de plaquetas e alterações leucocitárias, para apoio do manejo clínico.*

- 3.6. Após prescrição e solicitação de hemograma e/ou outros exames, proceder à notificação, solicitação de exames diagnósticos, e fornecimento do cartão da dengue, se possível, cujo fluxo está especificado na Figura 1 e Figura 2.
- 3.7. Quando necessária, está indicada a prescrição de medicamentos sintomáticos, como dipirona, paracetamol e antiemético, além da indicação de repouso. Na fase inicial das síndromes febris, **recomenda-se evitar o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), devido ao risco de dano renal e disfunção plaquetária.**
- 3.8. A **Figura 1**, em formato de fluxograma, descreve a recomendação de conduta clínica a ser adotada em qualquer porta de entrada do sistema de saúde, da rede pública e/ou privada:

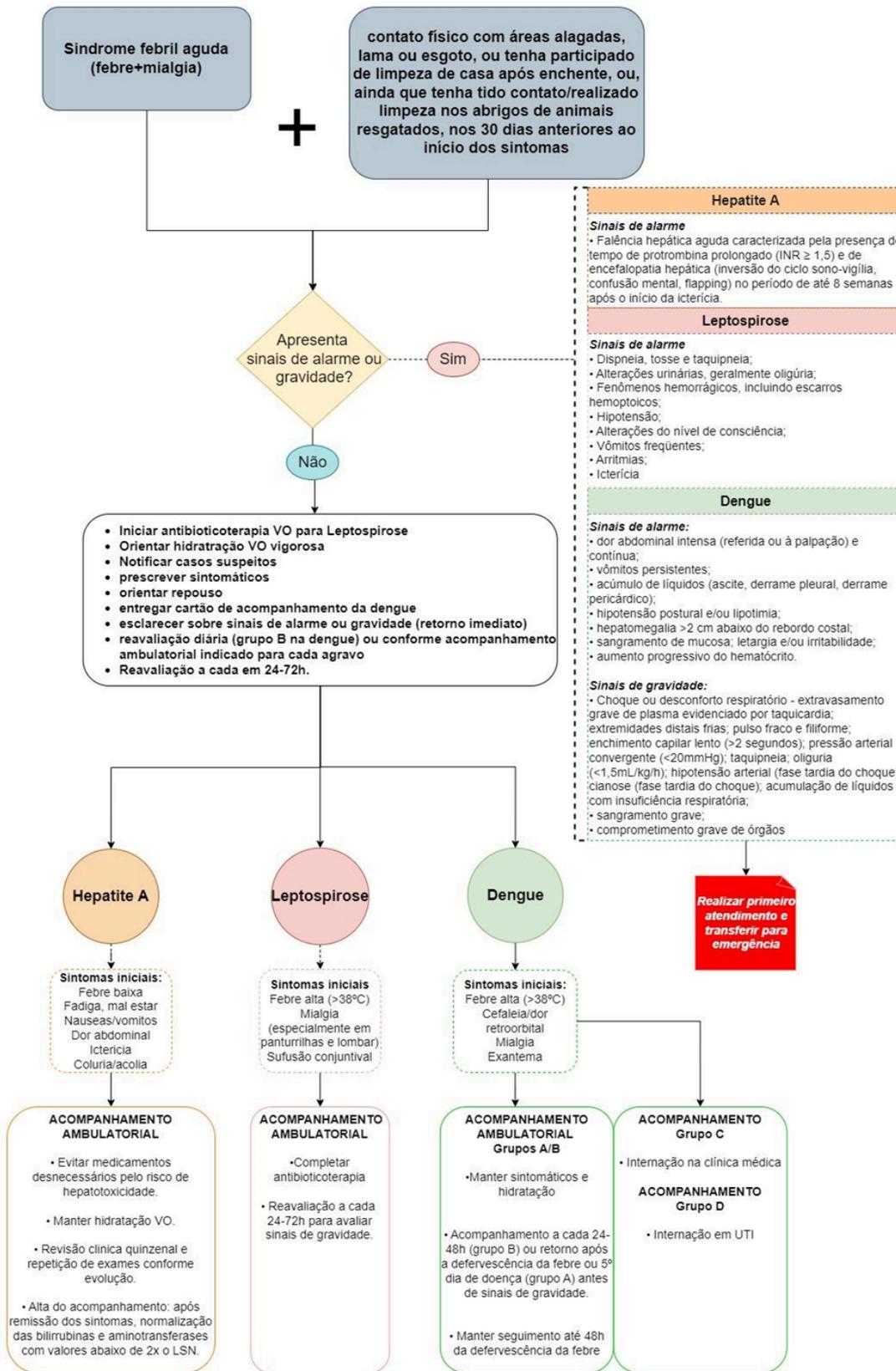


Figura 1. Fluxograma de recomendações para o atendimento ambulatorial de pacientes, suspeitos de hepatite A, leptospirose e dengue, em cenários de desastres naturais

Fonte: Ministério da Saúde (2024). Adaptado por: Dra. Ana H. Cornely, Dr. Álvaro A. Faccini-Martínez, Dr. Marcos V. da Silva e Dr. Rodrigo Angerami.

- 3.9. Deve ser orientado o **retorno para reavaliação ambulatorial, quando são identificados** sinais e sintomas de alarme/gravidade para acompanhar a evolução clínica.
- 3.10. Em caso de dengue, para o **Grupo A**, a orientação é de retorno imediato, caso estejam presentes sinais de alarme OU no dia da remissão da febre OU no 5º dia da doença.
- 3.11. Para o **Grupo B (prova do laço positiva ou sangramento de pele espontâneo + condição especial [lactentes < 24 meses ou idosos > 65 anos] +/ou risco social +/ou comorbidades)**, há orientação de retorno diário para reavaliação clínica e laboratorial até 48h após remissão da febre.
- 3.12. Caso tenha sido identificada a **hemoconcentração, conduzir como Grupo C**, encaminhando para rede de urgência e emergência para realização de exames complementares e avaliação da necessidade de internação.
- 3.13. A presença de **sinais de alarme** indica a possibilidade de gravidade do quadro clínico. Portanto, se o paciente evoluir desfavoravelmente, deve ser **imediatamente encaminhado** para avaliação em um serviço de emergência. É importante destacar que os **grupos com estadiamento C e D para dengue requerem atendimento hospitalar e/ou de terapia intensiva**.
- 3.14. Para pacientes em que se assume o diagnóstico de **leptospirose grave, o tratamento deve ser iniciado imediatamente**, independentemente dos resultados laboratoriais. As intervenções principais incluem:

- 3.15. - **Administração precoce de antibióticos, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.**
- 3.16. - **Suporte ventilatório**, invasivo ou não invasivo, com alta suspeita para hemorragia alveolar.
- 3.17. - **Suporte hemodinâmico** com uso racional de fluidos e agentes vasopressores.
- 3.18. - **Implementação de Suporte Renal Artificial**, considerando a disponibilidade de modalidades de diálise contínua para pacientes hemodinamicamente instáveis, com distúrbios severos de sódio sérico ou balanço hídrico significativamente positivo.
- 3.19. **O quadro a seguir apresenta os critérios para internação em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e Centros com Suporte Nefrológico para pacientes com leptospirose.**

Critérios para Internação em UTI
<p>a. Insuficiência Respiratória: Necessidade de ventilação mecânica. Presença de dispneia severa ou frequência respiratória >30/min, com saturação de oxigênio <90% com uso de oxigênio suplementar Radiografia de tórax com infiltrado pulmonar bilateral sugestiva de hemorragia alveolar</p> <p>b. Distúrbios Hemodinâmicos: Necessidade de suporte vasopressor. Hipotensão persistente (PAS <90 mmHg ou PAM <65 mmHg) apesar de adequada reposição volêmica. Suspeita clínicas de miocardite, com ou sem alterações eletrocardiográficas.</p> <p>c. Alterações Neurológicas: Rebaixamento do nível de consciência com incapacidade de proteção de vias aéreas Encefalopatia, meningismo, convulsões ou outros sinais de comprometimento neurológico severo</p> <p>d. Disfunção Hepática: Icterícia severa com bilirrubina total >15 mg/dL.</p> <p>e. Coagulopatia: Alterações significativas nos parâmetros de coagulação, como plaquetopenia (<100.000/mm³) ou tempo de protrombina prolongado (INR >2) – Risco de CIVD.</p> <p>f. Disfunção Renal e Distúrbio Eletrolítico: Oligúria (produção de urina <0,5 mL/kg/h por 12h) ou balanço hídrico positivo, apesar do uso de diuréticos, associado a piora ventilatória Acidose metabólica severa (pH <7,2). Creatinina sérica >3mg/dL ou >3x a creatinina basal. Ureia sérica >150 mg/dL</p>
Critérios de transferência para Centros com Suporte Nefrológico (e SRA) com possibilidade de necessidade de UTI
<p>a. Oligúria: Insuficiência renal aguda grave, caracterizada por oligúria (<0,5 mL/kg/h por 12h) ou balanço hídrico positivo a despeito de uso de diuréticos.</p> <p>b. Deterioração da Função Renal e Uremia: Creatinina sérica >3mg/dL ou >3x a creatinina basal. Ureia sérica >150 mg/dL.</p> <p>c. Hipercalemia: Potássio sérico >5,3 mEq/L e creatinina >1,5 mg/dL ou 1,5 vezes a creatinina basal.</p>

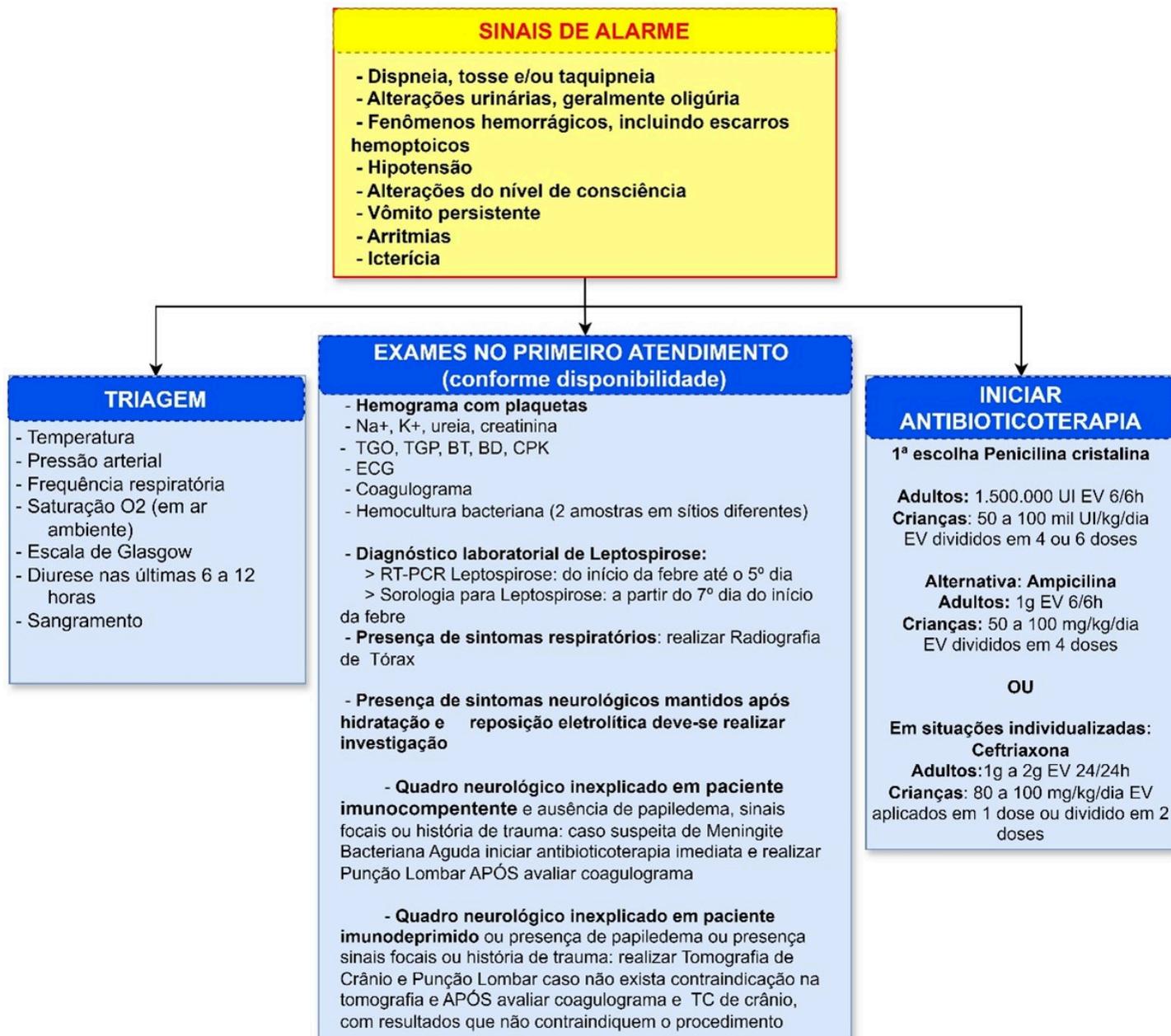
3.20. A **Figura 2**, em formato de fluxograma, descreve a recomendação de conduta clínica a ser adotada para casos com sinais de alarme ou de gravidade para leptospirose. Na presença de sintomas respiratórios e/ou neurológicos, considerar critérios de gravidade e investigação, bem como manejo terapêutico. Na presença de sinais neurológicos, avaliar a existência de alteração da coagulação e risco de sangramento no Sistema Nervoso Central; **havendo sinais sugestivos de Meningite Bacteriana Aguda (MBA), iniciar antibioticoterapia imediata e realizar investigação individualizada**, considerando os recursos locais. A tomografia computadorizada (TC) deve ser realizada sempre na presença de manifestações neurológicas em pacientes imunossuprimidos ou na presença de papiledema ou sinais focais ou histórico de trauma, e nestes casos recomenda-se realizar punção lombar (PL) desde que não existam contraindicações na TC, nem alterações no coagulograma que contraindiquem o procedimento. Quando o acesso a TC não for ágil, na hipótese de MBA e com ausência de imunossupressão, papiledema, sinais focais ou história de trauma, a punção lombar pode ser realizada desde que não exista contraindicação pelo coagulograma.

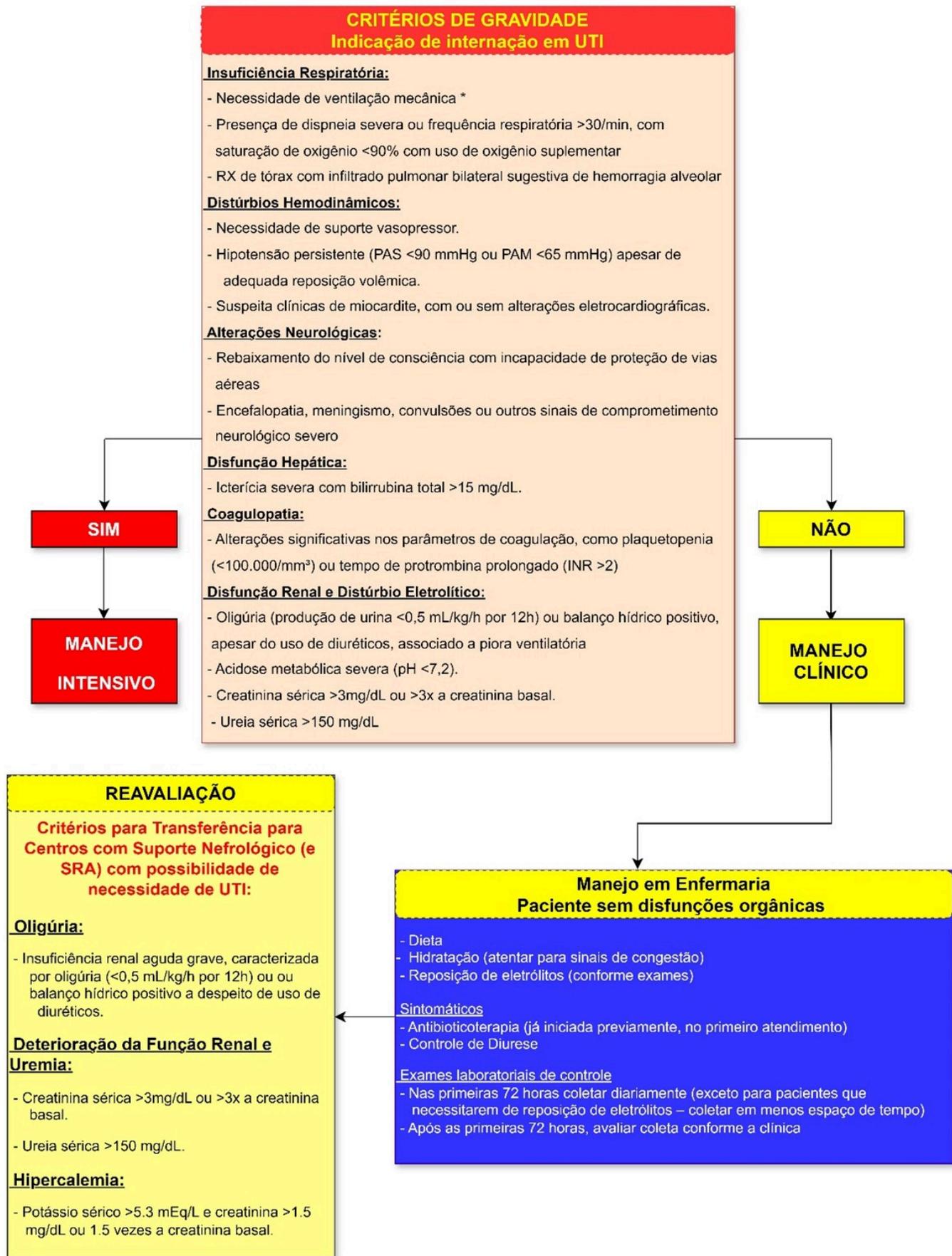
3.21. Para os casos suspeitos de dengue as recomendações do documento **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança deverão ser seguidas.**

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca/view>.

Figura 2 – Fluxograma para manejo de suspeitos/confirmados de leptospirose considerando sinais de alarme

FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM LEPTOSPIROSE SUSPEITA OU CONFIRMADA COM SINAIS DE ALARME





4. EXAMES DIAGNÓSTICOS E NOTIFICAÇÃO NO RIO GRANDE DO SUL

4.1. No estado do Rio Grande do Sul, foram estabelecidas as seguintes orientações para coleta de exames complementares específicos para diagnóstico das doenças febris:

Leptospirose
PCR: coletar amostra entre 1º e 5º dia de início dos sintomas (IS), enviar ao IACEN
Elisa IgM: Amostra a partir do 7º dia, se for necessário agendar para coletar, escolher o 14º dia do IS se possível
obs: resultado de PCR não detectável reduz a probabilidade de leptospirose, mas não excluirá seu diagnóstico e determinará a necessidade de nova coleta a partir do 7º dia após o início dos sintomas para realizar sorologia
Dengue
NS1 ou PCR: coletar amostra entre o 1º e 5º dia do IS (positivo confirma e negativo não exclui)
Elisa IgM: coletar amostra do 6º ao 30º dia do IS
Hepatite A
Orienta-se a coleta de exames laboratoriais de função hepática, especialmente transaminases e tempo de protrombina com INR. A presença do anti-HAV IgM define o diagnóstico de hepatite aguda A. É detectado a partir do segundo dia do início dos sintomas da doença e começa a declinar após a segunda semana, desaparecendo após três meses. Na impossibilidade de realização da sorologia nos laboratórios da rede local, a amostra deverá ser encaminhada para o LACEN para realização de sorologia anti-HAV IgM.
DDA
A depender da suspeita DDA será necessário realizar coletas específicas para identificação de vírus, bactérias e/ou parasitos intestinais oportunistas em água.
Coletar no momento do atendimento amostras pareada (para os 3 tipos de pesquisa):
Viral: fezes in natura refrigeradas e sem conservante
Bacteriológica: <i>Swab</i> fecal/ retal em meio <i>Cary Blair</i>
Parasitológica: fezes in natura frescas ou cobertas com formol a 10% refrigeradas

4.2. Os fluxos de notificação recomendados são os seguintes:

- a) **Leptospirose:** todo caso suspeito de leptospirose, deverá ser notificado à vigilância epidemiológica municipal, para que a mesma inclua a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan NET) e solicitamos o preenchimento do formulário de notificação de Agravos CEVS/SES, através do link: <https://forms.office.com/r/uWsEKaDjBV>
- b) **Dengue:** Todo caso suspeito de dengue, (independente se houver suspeita também de outro agravo) deverá ser notificado à vigilância epidemiológica municipal em até 72h da identificação do caso, para que a mesma inclua a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Online).
- c) **Hepatite A:** Notificar o caso suspeito, através do formulário de notificação de Agravos CEVS/SES, através do link: <https://forms.office.com/r/uWsEKaDjBV>. Além disso, casos confirmados devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan NET).
- d) **DDA:** os casos individuais de DDA deverão ser registrados pelas Unidades Sentinelas de Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) no sistema online do SIVEP-DDA (<http://sivepdda.saude.gov.br/>). Para casos de surto, a notificação deverá ser realizada no Formulário de Notificação de surto de DDA no contexto da calamidade pública causada pelas enchentes e inundações: <https://forms.office.com/r/158XZsEY2V>. Além disso, o surto deve ser notificado no SINANNET com o CID A08.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- 5.1. De modo a aumentar a sensibilidade na detecção de casos suspeitos frente a um conjunto de manifestações clínicas que são comuns a um grande número de doenças, o Quadro 2 detalha as principais características clínicas e laboratoriais da leptospirose, hepatite A e dengue, para que assim, sejam adotadas medidas específicas de manejo adequado para cada uma delas.

Característica		Leptospirose precoce ¹	Leptospirose tardia ²	Dengue grupos A/B ³	Dengue grupos C/D ⁴	Hepatite A
Febre	Intensidade	Alta (>38,9°C)	Alta (>38,9°C)	Alta (>38,9°C)	Alta (>38,9°C)	Baixa
	Duração	7-14 dias	7-14 dias	2-7 dias	2-7 dias	5-7 dias
Exantema		Raro	Raro	Frequente (3º- 6º dia)	Frequente (3º- 6º dia)	Ausente
Mialgia		Frequente (mais em panturrilhas)	Frequente (mais em panturrilhas)	Frequente	Frequente	Raro
Cefaleia		Frequente	Frequente	Frequente	Frequente	Raro
Artralgia (frequência)		Raro	Raro	Moderado	Moderado	Raro
Edema articular		Ausente	Ausente	Raro	Raro	Raro
Sufusão conjuntival		Moderado	Moderado	Raro	Raro	Ausente
Ictericia		Ausente	Frequente	Ausente	Ausente	Frequente (adultos)
Náuseas/vômitos/diarreia		Frequente	Frequente	Frequente	Se vômito persistente, indica Sinal de Alarme	Frequente
Dor abdominal		Raro	Frequente	Raro	Se persistente, pode corresponder a Sinal de Alarme	Frequente
Hepatomegalia		Raro	Raro	Ausente	Se presente, pode indicar sinal de gravidade	Frequente
Colúria		Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Frequente
Acolia Fecal		Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
Linfonomegalia		Raro	Raro	Raro		Ausente
Hemorragia		Raro	Frequente	Raro	Se presente, indica gravidade	Raro
Acometimento neurológico		Ausente	Presente	Ausente	Se presente, indica gravidade	Presente se falência hepática aguda (grave)
Dispneia/hemoptise		Ausente	Presente	Ausente	Se presente, indica gravidade	Ausente
Contagem de leucócitos		Leucocitose	Leucocitose	Leucopenia	Leucopenia	Variável
Linfopenia (frequência)		Moderado	Moderado	Raro	Raro	Variável
Plaquetas ≤ 140.000/mm ³		Ausente	Frequente	Frequente	Se presente, merece atenção, associada à análise de aumento do Hematócrito	Raro
Potássio < 3,6mmol/L		Raro	Frequente	Ausente	Ausente	Raro
Creatinina > 1,3mg/dL		Raro	Frequente	Raro	Raro	Raro
Elevação de AST/ALT		Leve ⁵ - 4 a 5x o LSN, em geral máximo 500	Leve/moderada	Leve	Se presente, indica gravidade	Moderada a alta 10x o LSN
Elevação Creatinofosfoquinase		Presente/Ausente	Presente	Presente/Ausente	Presente/Ausente	Normal

Quadro 2. Principais características clínicas e laboratoriais da leptospirose, hepatite A e dengue

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024). Adaptado por: Dra. Ana H. Cornely, Dr. Álvaro A. Faccini-Martínez, Dr. Rodrigo Angerami, Dr. Mário González e Dr. Marcos V. da Silva.

ALT: alanina aminotransferase; AST: aspartato aminotransferase. LSN: limite superior do normal. O fluxograma para estadiamento clínico e manejo da dengue pode ser consultado em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca/view-pagina-27>

¹Fase precoce: início abrupto de febre, comumente acompanhada de cefaleia, mialgia predominantemente localizada na região de panturrilha, anorexia, náuseas e vômitos. Podem ocorrer diarreia, artralgia, hiperemia ou hemorragia conjuntival, fotofobia, dor ocular e tosse. Corresponde de 85% a 90% das formas clínicas. Tende a ser autolimitada e regride entre 3 e 7 dias sem deixar sequelas.

²Fase tardia: Ocorre em 15% dos pacientes com leptospirose, ocorre a evolução para manifestações clínicas graves, que se iniciam após a 1ª semana da doença, mas podem aparecer antes, especialmente em pacientes com apresentações de quadros clínicos graves. A manifestação clássica é a síndrome de Weil, caracterizada pela tríade de icterícia, insuficiência renal e hemorragia (mais comumente pulmonar).

³Casos de dengue sem sinais de alarme e sem sinais de gravidade, grupos A e B – cabe ressaltar que pacientes idosos, crianças, lactentes, gestantes, pacientes imunossuprimidos, com comorbidades descompensadas, ou em situação de risco social, requerem maior atenção, e preferencialmente devem ser manejados como grupo B.

⁴Os grupos C e D para dengue requerem monitoramento/manejo hospitalar e/ou terapia intensiva.

⁵Leve: até 2x o limite superior da normalidade (LSN); moderada: entre 2 e 10x o LSN; grave: acima de 10x o LSN.

6. CONCLUSÃO

6.1. O manejo do paciente com suspeita de síndrome febril aguda ou síndrome diarreica é complexo, especialmente no que diz respeito ao diagnóstico diferencial, sobretudo em situações de desastre natural. Portanto, é essencial o início imediato do tratamento com antibioticoterapia para leptospirose, principalmente em pacientes febris, com mialgias predominantemente localizadas em região de panturrilha, além da terapia de suporte para o equilíbrio hidroeletrólítico e hidratação para dengue.

6.2. A identificação dos sinais de gravidade é essencial, permitindo a organização dos fluxos e referenciamento para urgência/emergência, internação hospitalar e em unidades de terapia intensiva.

6.3. Deve-se também realizar monitoramento da evolução clínica, mesmo em manifestações clínicas sem sinais de alarme, devido à possibilidade de deterioração clínica.

6.4. Ressalta-se que em situações de inundações que configurem emergência de saúde pública, alguns fluxos podem ser distintos daqueles praticados em situações de normalidade, para agilizar o atendimento e a assistência aos pacientes.

6.5. A adoção deste protocolo não substitui as recomendações existentes do Ministério da Saúde nos programas de vigilância, que devem ser sempre consultadas. Maiores informações podem ser encontradas no site do Ministério da Saúde, [A-Z Dengue](#), [A-Z Hepatite A](#), [A-Z Leptospirose](#), [A-Z DDA](#) e Guia de Vigilância em Saúde.

7. REFERÊNCIAS

Akarsu S, Erensoy A, Elkran Ö, Kurt A, Kurt ANÇ, Aygün AD. Hematological Abnormalities in Patients With Acute Viral Hepatitis A and B. *J Pediatr Inf* [Internet]. 2008 [citado 7 de maio de 2024];3:90–5. Disponível em: <https://www.cocukenfeksiyondergisi.org/upload/documents/200803/90-95.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde [Internet]. 6o ed. Vol. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado 7 de maio de 2024]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6ed_v3.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Leptospirose: diagnóstico e manejo clínico [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado 7 de maio de 2024]. 44 p. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/leptospirose-diagnostico-manejo-clinico2.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde [Internet]. 6o ed. Vol. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado 7 de maio de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 81 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_6ed.pdf

Dynamed. Hepatitis A Virus (HAV) Infection [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2024 [citado 7 de maio de 2024]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/hepatitis-a-virus-hav-infection>.

Lai M, Chopra S. Hepatitis A virus infection in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [citado 7 de maio de 2024]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/hepatitis-a-virus-infection-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and>

diagnosis.

Mount DB. Causes of hypokalemia in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [citado 7 de maio de 2024]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/causes-of-hypokalemia-in-adults.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS-UFRGS. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. Como fazer o tratamento para leptospirose na Atenção Primária à Saúde (APS)? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 3 Jan 2022 [citado em dia, mês abreviado e ano]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/perguntas/como-fazer-o-tratamento-para-leptospirose-na-atencao-primaria-saude-aps/.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Leptospirosis: https://www.cdc.gov/leptospirosis/pdf/fs-leptospirosis-clinicians-eng-508.pdf

Andrade L, Cleto S, & Seguro AC. Door-to-dialysis time and daily hemodialysis in patients with leptospirosis: impact on mortality. Clin J Am Soc Nephrol. 2007 Jul;2(4):739-44.

Daher EF, Soares DS, Fernandes ATBM, Girão MMV, Sidrim PR, Pereira EDB, et al. Risk factors for intensive care unit admission in patients with severe leptospirosis: a comparative study according to patients' severity. BMC Infectious Diseases (2016); 16:40.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney inter., Suppl. 2012; 2: 1-138.

NOTA TÉCNICA Nº 16/2024-CGVZ/DEDT/SVSA/MS

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/saude-reforca-recomendacoes-de-conduta-clinica-para-a-leptospirose/nota16_2024.pdf

Tunkel AR, Hartman BJ, Kaplan SL, Kaufman BA, Roos KL, Scheld WM, Whitley RJ. Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. Clin Infect Dis. 2004 Nov 1;39(9):1267-84. doi: 10.1086/425368. Epub 2004 Oct 6. PMID: 15494903.

ANEXO 1 - Manejo do Paciente com diarreia

MANEJO DO PACIENTE COM DIARREIA

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

ETAPAS	A (sem desidratação)	B (sem desidratação)	C (sem desidratação grave)	PLANO C PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VULNERABILIDADE NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/MUNICIPAL	IDENTIFICAR DENGIGENA OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA																																	
CRITÉRIOS	<p>ETAPAS</p> <p>A (sem desidratação)</p> <p>Ativo, alerta</p> <p>Sem sintomas</p> <p>Sinais vitais normais</p> <p>Órgãos sem sinais de desidratação</p> <p>Capacidade de ingestão normal</p> <p>Capacidade de evacuação normal</p>	<p>B (sem desidratação)</p> <p>Ativo, alerta</p> <p>Sinais vitais normais</p> <p>Órgãos sem sinais de desidratação</p> <p>Capacidade de ingestão normal</p> <p>Capacidade de evacuação normal</p>	<p>C (sem desidratação grave)</p> <p>Ativo, alerta</p> <p>Sinais vitais normais</p> <p>Órgãos sem sinais de desidratação</p> <p>Capacidade de ingestão normal</p> <p>Capacidade de evacuação normal</p>	<p>PLANO C</p> <p>PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VULNERABILIDADE NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/MUNICIPAL</p> <p>C1 AVALIAR A REIDRATAÇÃO INDEVIDUAL - PASSO DE REPARAÇÃO E PASSO DE MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO</p> <p>PARA DE ESPANHOLO - HENRIOS DE 1 ANO?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SOLUÇÃO</th> <th>VOLUME</th> <th>TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>30 ml/kg</td> <td>1 hora</td> </tr> <tr> <td>2º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>70 ml/kg</td> <td>3 horas</td> </tr> </tbody> </table> <p>PARA DE ESPANHOLO - A PARTIR DE 1 ANO?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SOLUÇÃO</th> <th>VOLUME</th> <th>TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>30 ml/kg</td> <td>30 minutos</td> </tr> <tr> <td>2º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>70 ml/kg</td> <td>2 horas e 30 minutos</td> </tr> </tbody> </table> <p>PARA DE ESPANHOLO - CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS COM SINAIS DE GRAVE, CASOS DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SOLUÇÃO</th> <th>VOLUME</th> <th>TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>100 ml/kg</td> <td>1 hora</td> </tr> <tr> <td>Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>50 ml/kg</td> <td>1 hora</td> </tr> <tr> <td>Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>20 ml/kg</td> <td>1 hora</td> </tr> <tr> <td>Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>10 ml/kg</td> <td>1 hora</td> </tr> </tbody> </table>	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	1º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	1 hora	2º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	3 horas	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	1º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	30 minutos	2º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	100 ml/kg	1 hora	Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	50 ml/kg	1 hora	Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	20 ml/kg	1 hora	Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	10 ml/kg	1 hora	<p>IDENTIFICAR DENGIGENA OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA</p> <p>C01 VERIFICAR SE O PACIENTE TEM SINAIS NA FAIXA [ESPECIFICAR] E AVALIAR SEU ESTADO GERAL</p> <p>C02 Verificar se o paciente tem febre e comprometimento do estado geral. O febre é a qualificação do estado de hidratação do paciente. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada.</p> <p>C1 CRIANÇAS COM ATÉ 30 DIAS DE IDADE</p> <p>C1.1 Avaliar o paciente com febre e comprometimento do estado geral. O febre é a qualificação do estado de hidratação do paciente. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada.</p> <p>C2 CRIANÇAS COM MAIS DE 30 DIAS DE IDADE, ADOLESCENTES E ADULTOS</p> <p>C2.1 Avaliar o paciente com febre e comprometimento do estado geral. O febre é a qualificação do estado de hidratação do paciente. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada.</p> <p>NOTA: Crianças menores de 5 anos de idade com febre e desidratação grave devem ser encaminhadas para unidade hospitalar imediatamente para avaliação e tratamento. Crianças maiores de 5 anos de idade com febre e desidratação grave devem ser encaminhadas para unidade hospitalar imediatamente para avaliação e tratamento.</p> <p>C3 CRIANÇAS COM MAIS DE 30 DIAS DE IDADE, ADOLESCENTES E ADULTOS</p> <p>C3.1 Avaliar o paciente com febre e comprometimento do estado geral. O febre é a qualificação do estado de hidratação do paciente. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada.</p> <p>C4 CRIANÇAS COM MAIS DE 30 DIAS DE IDADE, ADOLESCENTES E ADULTOS</p> <p>C4.1 Avaliar o paciente com febre e comprometimento do estado geral. O febre é a qualificação do estado de hidratação do paciente. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada. Se o paciente estiver desidratado, a temperatura pode estar elevada.</p>
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO																																				
1º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	1 hora																																				
2º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	3 horas																																				
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO																																				
1º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	30 minutos																																				
2º - Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos																																				
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO																																				
Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	100 ml/kg	1 hora																																				
Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	50 ml/kg	1 hora																																				
Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	20 ml/kg	1 hora																																				
Soro fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	10 ml/kg	1 hora																																				
PLANO A PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO	PLANO B PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	PLANO C PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	PLANO D PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	PLANO E PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	PLANO F PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE																																	

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-diarreicas-agudas/manejo-do-paciente-com-diarreia-avaliacao-do-estado-de-hidratacao-jiente-arquivo-com-marcas-de-corte/view

Anexo 2 - Checklist da avaliação na síndrome febril aguda e síndrome diarreica

CHECKLIST DA AVALIAÇÃO NA SÍNDROME FEBRIL AGUDA E SÍNDROME DIARREICA

1) Antecedentes epidemiológicos de risco.

Exposição a enchentes, alagamentos, lama ou coleções hídricas (inclusive na limpeza das casas afetadas pela enchente);

Exposição a fossas, esgoto, lixo e entulho;

Atividades que envolvam risco ocupacional, como coleta de lixo e de material para reciclagem, limpeza de córregos, trabalho em água ou esgoto,

Manejo de animais e agricultura em áreas alagadas;

Vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial.

Ingestão de água de fonte não confiável.

2) Sintomas (Questionar objetivamente sintomas e data de início):

febre ou sensação febril

mialgia ou artralgia

cefaleia

falta de apetite, perda de peso

sangramento (gengival, hematúria, hemoptise)

sintomas respiratórios (tosse, dispneia, congestão nasal, rinorreia)

dor abdominal

náuseas, vômitos

diarreia

mais de 3 episódios de diarreia em 24h

alteração urinária (oligúria ou poliúria)

3) Exame físico.

Avaliar sinais vitais: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, oximetria (SpO2).

Testar hipotensão postural.

Pesar o paciente.

Realizar ausculta cardíaca (verificar se o ritmo cardíaco está regular). Se sintomas respiratórios, realizar ausculta pulmonar.

Avaliar toda a pele para a presença de icterícia e petéquias.

Realizar prova do laço se ausência de petéquias.

Realizar palpação abdominal: avaliar presença de dor, hepato ou esplenomegalia e ascite.

Avaliar alteração de nível de consciência: confusão mental, flapping.

Anexo 3 - Sinais de alarme e gravidade

Sinais de alarme			
Leptospirose	Dengue	Hepatite	DDA
Dispnéia tosse e taquípnéia Alterações urinárias, iniciando com poliúria podendo evoluir para oligúria Fenômenos hemorrágicos, incluindo escarros hemoptoicos; Hipotensão Alterações do nível de consciência Vômitos frequentes Arritmias Icterícia	<ul style="list-style-type: none"> dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua; vômitos persistentes; acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico); hipotensão postural e/ou lipotimia; hepatomegalia >2 cm abaixo do rebordo costal; sangramento de mucosa; letargia e/ou irritabilidade; aumento progressivo do hematócrito. 	Falência hepática aguda caracterizada pela presença de tempo de protrombina prolongado (INR \geq 1,5) e de encefalopatia hepática (inversão do ciclo sono-vigília, confusão mental, flapping) no período de até 8 semanas após o início da icterícia.	Piora da diarreia (ex: aumento da frequência ou do volume. Vômitos repetidos Sangue nas fezes Diminuição da diurese Muita sede Recusa de alimentos

Sinais de Gravidade - Dengue

- Choque ou desconforto respiratório - extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia; extremidades distais frias; pulso fraco e filiforme; enchimento capilar lento (>2 segundos); pressão arterial convergente (<20mmHg); taquípnea; oligúria (<1,5mL/kg/h); hipotensão arterial (fase tardia do choque); cianose (fase tardia do choque); acumulação de líquidos com insuficiência respiratória;
- sangramento grave;
- comprometimento grave de órgãos

ADRIANO MASSUDA

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES

FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA

Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS

RIVALDO VENÂNCIO DA CUNHA

Secretário Substituto de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA

TANI MARIA SCHILLING RANIERI MURAROTE

Diretora do CEVS da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - SES-RS

CACILDO GOULART DELABARY - PRESIDENTE

Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul COSEMS-RS



Documento assinado eletronicamente por **Rivaldo Venancio da Cunha, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente substituto(a)**, em 11/06/2024, às 14:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Proença de Oliveira, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 11/06/2024, às 23:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriano Massuda, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 17/06/2024, às 17:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tani Maria Schilling Ranieri Muratore, Usuário Externo**, em 18/06/2024, às 11:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cacildo Goulart Delabary, Usuário Externo**, em 18/06/2024, às 13:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0041204369** e o código CRC **D9823E58**.

