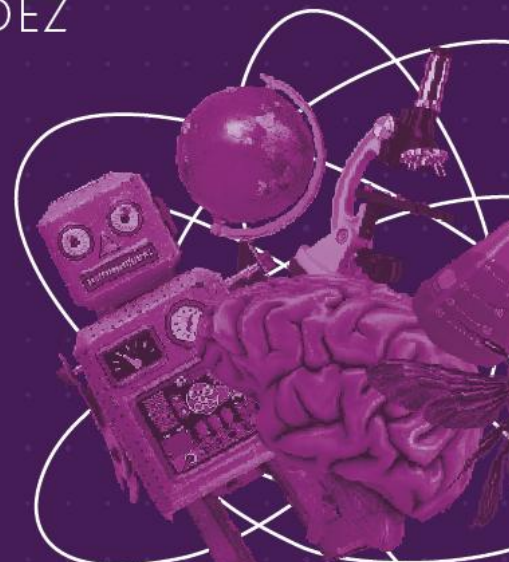


# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DENGUE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Professora orientadora: Luciana Benevides Ferreira  
Alunas: Yasmin de Oliveira D'Avila de Araujo e  
Isabela Neves de Camargo

PROGRAMA DE  
INICIAÇÃO CIENTÍFICA  
PIC/CEUB

**RELATÓRIOS DE PESQUISA**  
VOLUME 10 Nº 1- JAN/DEZ  
**2024**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB  
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**YASMIN DE OLIVEIRA D'AVILA DE ARAUJO  
ISABELA NEVES DE CAMARGO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DENGUE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pesquisa e Extensão.

Orientação: Luciana Benevides Ferreira

**BRASÍLIA  
2025**

## DEDICATÓRIA

Este projeto de iniciação científica é dedicado, com carinho e gratidão, aos familiares dos autores, cujo apoio incondicional e compreensão foram essenciais ao longo da trajetória acadêmica. Estendemos nossa sincera homenagem à Professora Luciana Benevides Ferreira e ao Professor Wesley Flávio, cuja orientação atenta, competência e dedicação foram fundamentais para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos especialmente à orientadora Luciana Benevides Ferreira, professora de Interação de Ensino em Saúde e Comunidade (IESC) do Centro Universitário de Brasília, por todo o direcionamento e esclarecimento acerca dos trâmites para o desenvolvimento do projeto, sendo de suma importância para a realização deste trabalho. Agradecemos ao Dr. Wesley Flávio, professor do Centro Universitário de Brasília e médico da Unidade Básica de Saúde número 17 do Distrito Federal, por sua disposição e auxílio ao decorrer do desenvolvimento da pesquisa.

"A saúde é o resultado não apenas de nossos atos, mas também de nossos pensamentos."

(Mahatma Gandhi)

## RESUMO

A dengue é atualmente considerada a mais relevante e prevalente arbovirose em escala mundial, caracterizando-se por sua ampla capacidade de disseminação, sobretudo em regiões tropicais e subtropicais, onde as condições climáticas e socioambientais favorecem a proliferação do mosquito vetor, o *Aedes aegypti*. Essa realidade tem sido especialmente alarmante em países da América Latina, sendo o Brasil o maior exemplo dessa crise sanitária. Em 2023, o país liderou o ranking mundial de casos, com mais de 2,9 milhões de registros confirmados, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), configurando um cenário preocupante para a saúde pública. Diante desse panorama, o conhecimento aprofundado do perfil clínico, epidemiológico e sociodemográfico dos indivíduos acometidos torna-se fundamental para subsidiar estratégias de rastreamento precoce, prevenção eficiente, tratamento oportuno e prognóstico mais assertivo. A análise desses elementos possibilita intervenções direcionadas e adaptações nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Com base nesse contexto, a presente pesquisa teve como objetivo principal identificar o perfil epidemiológico dos casos notificados de dengue em uma unidade básica de saúde localizada no Distrito Federal. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico e retrospectivo, baseado em análise quantitativa dos casos confirmados de dengue registrados em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal, no período de janeiro a março de 2024. Os dados apontaram uma maior incidência entre indivíduos adultos jovens do sexo feminino, grupo que compõe parte significativa da população economicamente ativa. Esse perfil não apenas reforça o impacto funcional e social da dengue na comunidade, como também destaca a importância de estratégias preventivas direcionadas a esse segmento da população.

**Palavras-chave:** epidemiologia, dengue, vigilância epidemiológica

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Introdução</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Objetivos</b>	<b>8</b>
2.1	Objetivo geral	8
2.2	Objetivos específicos	8
<b>3</b>	<b>Fundamentação teórica</b>	<b>9</b>
3.1	Epidemiologia da dengue	10
3.2	Fisiopatogenia da dengue	11
3.3	Complicações da dengue	12
3.4	Diagnóstico da dengue	14
3.5	Prevenção	15
<b>4</b>	<b>Método</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>Resultados e discussão</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>Considerações finais</b>	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>
	<b>APÊNDICE A - Distribuição por sexo</b>	<b>27</b>
	<b>APÊNDICE B - Distribuição por idade média</b>	<b>28</b>
	<b>APÊNDICE C - Relação dos sintomas clínicos observados</b>	<b>29</b>
	<b>APÊNDICE D- Relação das comorbidades observadas</b>	<b>30</b>
	<b>APÊNDICE E - Distribuição das notificações de dengue por Raça/Cor</b>	<b>31</b>
	<b>APÊNDICE F - Frequência Relativa dos Sintomas por Raça/Cor</b>	<b>32</b>
	<b>ANEXO A – Painel Infosaúde Dengue DF</b>	<b>33</b>

## 1 Introdução

A dengue é a maior e mais prevalente arbovirose no mundo e com alto índice de propagação, principalmente em países tropicais (MARTINS, 2015). No contexto atual, a dengue está presente em todos os 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Nessa conjuntura, o Brasil lidera o número de casos de dengue no mundo, com 2,9 milhões registrados em 2023, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (CÂMARA, 2007).

Esse cenário, com alto índice de contaminação pela dengue, marcado pelo número crescente de casos graves e óbitos nos últimos dez anos, enseja medidas que mitiguem os efeitos da doença na população brasileira. Nessa direção, o conhecimento acerca das medidas preventivas e do perfil dos pacientes acometidos pela dengue podem auxiliar na mitigação dos efeitos da doença sobre a população e no adequado atendimento ao paciente com dengue. (BRASIL, 2007).

Apesar do grande número de campanhas governamentais sobre a forma de prevenção da dengue, há um aumento hiperbólico nos números de casos de dengue. Segundo o Centro de Operações de Emergências do Ministério da Saúde, nas primeiras semanas de 2024, a região centro-oeste apresentou o maior coeficiente de incidência de casos de dengue (BRASIL, 2024a).

Partindo-se das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica, cujas ações de saúde individuais, familiares e coletivas envolvem a promoção de saúde, o diagnóstico e o tratamento, a redução de danos e a vigilância em saúde, torna-se essencial, para a atuação qualificada das equipes de saúde, conhecer o impacto dessa doença na população presente em seu território, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária.

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de dengue em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Analisar o número de casos notificados de dengue de janeiro a março de 2024 em uma UBS do Distrito Federal.
2. Analisar os dados dos pacientes confirmados com dengue, entre eles: idade, sexo, comorbidade associada, sintomas apresentados.
3. Analisar a quantidade de óbitos confirmados.

### 3 Fundamentação teórica

O primeiro registro de caso de dengue foi feito pelo médico Benjamin Rush, que batizou a de “febre quebra-ossos”, na Filadélfia na década de 1780. Mas no século XVII, há supostas epidemias relatadas em 1635, no Caribe, e em Guadalupe (LARA, 2022).

Em 1975 ocorreu o primeiro publicado, feito pelas graves epidemias da doença em sua forma hemorrágica, que a partir de 1972 foi registrado na Birmânia, Indonésia, Tailândia e em outros países da Ásia e do Pacífico Ocidental. O segundo publicado, ocorreu em 1980 na intenção de expor o tema da dengue de forma clara e para que essas informações alcançassem profissionais na saúde. Outros materiais como informes, manuais e guias técnicos ligados à OMS, no mesmo período, visavam sintetizar o problema do controle do *Aedes aegypti* nas Américas. Nesses textos eram abordados o impacto socioeconômico provocado pelas epidemias de dengue mediante a impossibilidade do paciente trabalhar ou estudar, abordaram também a gravidade das epidemias hemorrágicas, a ineficácia dos programas de erradicação ou controle do mosquito vetor, bem como as características e as classificações do vírus (LARA, 2022).

Em 1980, técnicas apuradas, como o ensaio imunoenzimático (MAC-Elisa), começaram a ser usados nos laboratórios de virologia que mantinham contato com os CDC (Centers of Disease Control and Prevention), responsável pela distribuição inicial dos testes. Todavia, a dengue ganhou ainda mais relevância em 1981 com diversos casos em Boa Vista, capital de Roraima, onde 11 mil pessoas foram infectadas pelos sorotipos 1 e 4 do vírus, que, certamente, entrou via terrestre, tendo origem no Caribe e no norte da América do Sul (LARA, 2022).

Em 1986, um estudo epidemiológico, ganhou notoriedade em um acontecimento histórico onde 35.611 casos foram notificados em Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro, em que o Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) promoveu um debate sobre a doença a qual foi transcrito e publicado num dossiê da revista *Cadernos de Saúde Pública* em 1987 (MARZOCHI, 1998; LARA, 2022).

No ano de 1934, Snijders, Postmus e Schuffner fizeram experimentos com seres humanos na Holanda, identificando duas cepas diferentes do vírus e, em 1936, Shortt, Rao e Swaminathan conseguiram cultivar o vírus da dengue na membrana

corioalantoica de embrião de galinha. Ademais, durante a Segunda Guerra Mundial começaram obter provas da existência de múltiplos tipos imunológicos de dengue. Os grupos liderados por Sabin, Hotta e Kimura foram os responsáveis pelos primeiros isolamentos dos sorotipos Denv-1 e Denv-2 do vírus da dengue. Kimura realizou seu isolamento em 1943, Hotta em 1944, e Sabin e Schlesinger em 1945. Nos anos 1950, os outros dois sorotipos do vírus foram isolados (LARA, 2022)

Em 1960 e 1970 o vírus da dengue começou a ser classificado como parte do grupo dos Flavivírus, o que permitiu novos estudos laboratoriais que resultaram do aprimoramento da vigilância virológica e epidemiológica da doença, permitindo uma maior quantidade de dados sobre a disseminação global da dengue.

Em 2013, um novo sorotipo DENV foi descoberto na Malásia, o DENV 5 é prevalente nas florestas do Sudeste Asiático e acredita-se que seu surgimento tenha ocorrido devido à alta frequência de mutações da dengue. (PUCCIONI-SOHLER, 2023).

Por conseguinte, a dengue permanece sendo um assunto de grande complexidade em todo o mundo e, principalmente, no Brasil. Apesar de o mosquito ser geralmente associado como o principal agente das epidemias, estudos recentes da história dos mosquitos sugerem que sua importância é moldada por fatores políticos e sociais (LARA, 2022).

### **3.1 Epidemiologia da dengue**

A dengue é a arbovirose mais comum no mundo, sendo uma epidemia em mais de 100 países, como Filipinas, Vietnã, Índia, Colômbia e Brasil, que foram reportados como os locais com maior número de casos. (PUCCIONI-SOHLER, 2023)

É uma doença que ocorre durante todo o ano, mas que tem um padrão sazonal em que ocorre o aumento do número de casos (BRASIL, 2024b).

No Brasil, uma epidemia da dengue se instalou desde o ano de 2023. Em Brasília, de acordo com o novo boletim epidemiológico de dengue divulgado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) no dia 26/02/2024, registrou 100.558 casos prováveis da doença desde o início de 2024. O documento informa a confirmação de 55 óbitos desde o início do ano, além de outros 82 em confirmação. Na região da Ceilândia foi registrado o maior número de casos prováveis: 17.477, seguido por Taguatinga (5.329), Sol Nascente/Pôr do Sol (5.042), Brazlândia (4.807) e Samambaia (4.268). Do total de

casos registrados desde o início do ano (100.558), 2.140 são de pacientes residentes em outros estados (LEITE, 2024).

As 12.704 amostras de exames com PCR detectáveis no DF permitiram confirmar 11.370 infecções do sorotipo viral DenV-2 e 1.134 dos sorotipos DenV-1. Não há registros dos sorotipos DenV-3 e DenV-4. Cerca de 1,86% dos casos prováveis de dengue (1.832), entre moradores do Distrito Federal, apresentaram sinais de alarme, com agravamento dos sintomas (LEITE, 2024).

Dos 55 óbitos confirmados, 31 são de pessoas com 60 anos ou mais. Da faixa etária de zero a 14 anos, foram dois casos. Os demais têm entre 15 e 59 anos, e eram moradores de 22 Regiões Administrativas diferentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

### **3.2 Fisiopatogenia da dengue**

A dengue consiste em uma arbovirose infecciosa aguda febril, causada por vírus da família Flaviviridae, que possui quatro sorotipos diferentes, sendo eles DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 no Brasil. É transmitida pela picada do mosquito do gênero *Aedes* que tem como principal vetor o *Aedes aegypti* (SILVA, 2022). Este mosquito está adaptado para se reproduzir nos ambientes domésticos e nos seus arredores, utilizando-se de reservatórios que armazenam água potável e recipientes descartáveis que acumulam água de chuvas, usualmente encontrados em domicílios e nos entulhos urbanos. (CÂMARA, 2007)

Após serem inoculados através da picada do mosquito, o vírus se replica em células musculares estriadas, lisas e fibroblastos, bem como linfonodos locais e dessa forma se espalhando para todo o organismo dando início à viremia. Esse vírus tem tropismo por células fagocitárias, as quais representam os maiores sítios de replicação viral. De dois a sete dias ocorre o período de incubação que coincide com a viremia, e após cursando para os sintomas gerais da dengue como febre e mal-estar, que se relacionam com níveis séricos elevados de citocinas liberadas pelos macrófagos ao interagirem com o linfócito T helper ativado. Observam-se aumento de interleucina 2 (IL-2), de CD4 solúvel, interferon gama (IFN- $\gamma$ ), que fica elevado até a convalescença, fator de necrose tumoral (TNF-alfa), interleucina beta e o fator de ativação plaquetária (PAF) (BRASIL, 2007).

Quadros como a leucopenia e a baixa depressão medular se relacionam com os altos teores das citocinas macrofágicas liberadas. Além disso, as mialgias são consequências da multiplicação viral no tecido muscular, que podem acometer os músculos oculomotores, causando a cefaleia retro orbitária.

Em pacientes com dengue, a resposta humoral, gerada por plasmócitos devido à ativação de linfócitos B, tende a ser vigorosa. A partir do quarto dia é possível ver os anticorpos IgM, tendo seu auge no sétimo ou oitavo dia e declinando lentamente, passando a não ser detectáveis após alguns meses.

Já os IgG específicos são observados no quarto dia, mas em níveis baixos, e após o início dos sintomas, elevam-se gradualmente, atingindo altos teores em duas semanas e se mantêm detectáveis por toda vida.

Os anticorpos que são obtidos durante a infecção por um dos tipos da dengue, também protegem da infecção por outros tipos, mas, essa imunidade é mais curta. A infecção dos indivíduos que já foram contaminados com outros sorotipos do vírus, podem modificar o perfil da resposta imune, que passa a ser anamnésico ou de infecção secundária (reinfecção), com baixa produção de IgM e liberação intensa e precoce de IgG (FIGUEIREDO, 1999). Diante disso, é indispensável que se tenha mais dados acerca do perfil desses pacientes que podem influenciar em um pior prognóstico da doença com o fito de melhora em políticas públicas para auxiliar na prevenção e promoção de saúde da população mais acometida.

### **3.3 Complicações da dengue**

A infecção pela dengue cursa com uma doença com um grande espectro clínico, podendo ser desde quadros assintomáticos até quadros mais graves e óbito. Quando se trata sobre o agravamento da doença destaca-se a ocorrência de hepatites, insuficiência hepática, manifestações do sistema nervoso, miocardite, hemorragias graves e choque (BRASIL, 2007).

Normalmente, os sintomas comuns a serem apresentados é uma febre alta de início súbito (39 a 40 graus celsius) que se associa com cefaleia, adinamia, mialgia, artralgia, dor retroorbitária, com presença ou não de exantema e/ou prurido (BRASIL, 2007).

Na criança, a doença pode ser assintomática ou apresentar-se como uma síndrome febril viral ou ainda com sinais inespecíficos como adinamia, sonolência, recusa alimentar, vômitos, diarreia e, em menores de 2 anos, pode aparecer com adinamia e irritabilidade. Normalmente o agravamento é súbito e os sinais de alarme são facilmente visualizados. Esses sinais surgem em torno do terceiro dia da doença e pode vir ou não acompanhado da defervescência da febre. (BRASIL, 2007, 2024b)

Nas gestantes, os riscos estão mais relacionados ao aumento de sangramento de origem obstétrica e às alterações fisiológicas da gravidez, que podem interferir nas manifestações clínicas da doença (BRASIL, 2024).

Quando os sintomas começam a se modificar, evoluem para formas mais preocupantes, o qual nota-se o aparecimento dos sinais de alarme, principalmente, quando a febre cede, que antecipam as manifestações hemorrágicas mais severas. Essas manifestações são: epistaxe, petéquias, gengivorragia, metrorragia, hematêmese, melena, hematúria e outros, bem como a plaquetopenia (BRASIL, 2007).

Sobre a dengue hemorrágica, seu fator determinante é o extravasamento plasmático, que pode aparecer pela hemoconcentração, hipoalbuminemia e/ou derrames cavitários. Esses sintomas começam a ter maior notoriedade entre o terceiro e o sétimo dia do início da doença, justamente quando há defervescência da febre e aparecem sinais e sintomas como vômitos mais significativos, intensa dor abdominal, hepatomegalia dolorosa, desconforto respiratório, letargia, hipotensão postural, diminuição da diurese, aumento repentino do hematócrito e, como já mencionado, os derrames cavitários (pleural, pericárdico, ascite). Normalmente esses sinais antecipam as manifestações hemorrágicas espontâneas ou provocadas, com a prova do laço positivo, e os sinais de insuficiência respiratória que podem estar presentes (BRASIL, 2007, 2024b).

O paciente com os sinais de alarme pode evoluir para um quadro de instabilidade hemodinâmica, com hipotensão arterial, taquisfigmia e choque.

Além desses sintomas relacionado com o quadro hemorrágico, a dengue também pode vir acompanhada de outras complicações que podem ser identificados por alterações graves do sistema nervoso (delírio, sonolência, coma, depressão, irritabilidade, psicose, demência, amnésia, sinais meníngeos, paresias, paralisias, polineuropatias, síndrome de Reye, síndrome de Guillain-Barré e encefalite), disfunção

cardiorrespiratória, insuficiência hepática, plaquetopenia igual ou superior a 50.000/mm<sup>3</sup>, hemorragia digestiva, derrames cavitários, leucometria global igual ou inferior a 1.000/mm<sup>3</sup> e óbito (BRASIL, 2007). Há ainda alguns relatos sobre insuficiência renal que normalmente cursam com pior prognóstico (BRASIL, 2024b).

As hemorragias graves, podem vir ou não acompanhadas de choque prolongado e se enquadram nos critérios de gravidade, como já vistos. Se for no aparelho digestivo, será mais frequente seu surgimento em pacientes com histórico de úlcera péptica ou gastrites, assim como da ingestão de ácido acetilsalicílico – AAS, anti-inflamatório não esteroides – AINE e anticoagulantes (BRASIL, 2024b).

O choque nesse caso, a principal causa de óbito, ocorre quando um volume crítico de plasma é perdido por meio do extravasamento sanguíneo ou sangramento, que normalmente acontece no quarto ou quinto dia de doença. Esse período leva de 24 a 48 horas, sendo imprescindível a equipe assistencial estar atenta às rápidas alterações hemodinâmicas, pois pode levar a quadro de hipoperfusão de órgãos, acidose metabólica e coagulação intravascular disseminada (BRASIL, 2024b).

Para evitar o óbito, é necessário uma triagem eficaz para visualizar e tratar sinais de alarme e fatores de risco. Logo, a extrema relevância para se traçar um perfil epidemiológico que auxilie nessa triagem (BRASIL, 2024b).

### **3.4 Diagnóstico da dengue**

A dengue pode ser confundida com as síndromes febris, exantemáticas febris, como sarampo, as síndromes hemorrágicas febris, as síndromes dolorosas abdominais, síndromes de choque e as síndromes meníngeas, além das outras arboviroses como Zika e Chikungunya. Nos primeiros dias da doença, há uma pouca diferenciação em relação às outras viroses, e por isso, é recomendado a adoção de medidas para o manejo clínico de dengue.

Na anamnese, deve ser reconhecido o dia que se iniciaram os sintomas, pesquisar sinais de febre e a sua forma de instalação, o profissional sempre deve estar atento acerca dos sinais de alarme. Outros sintomas devem ser questionados como alterações gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia e gastrite, alteração no estado do nível de consciência, como irritabilidade, sonolência, letargia, lipotimia, tontura, convulsão e vertigem, em relação à diurese, questionar a frequência nas

últimas 24 horas, do volume e hora da última micção, pesquisar se existem familiares ou alguém da comunidade próxima com dengue ou com os mesmos sintomas. Além disso, deve ser questionado condições preexistentes como lactentes (<24 meses), adultos >65 anos, gestantes, obesidade, asma, diabetes mellitus e hipertensão.

No exame físico é importante ter registrado ectoscopia do paciente, escala de coma de Glasgow, estado de hidratação, hemodinâmico e presença de efusão pleural, taquipneia, respiração de Kussmaul. Deve-se buscar por dor abdominal, ascite, hepatomegalia e sinais de manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas, como na prova de laço.

Após isso, o paciente é classificado de acordo com uma escala de risco feita pela Política Nacional de Humanização (PNH) que visa reduzir o tempo de espera no serviço de saúde e melhorar a assistência do paciente. Essa escala é dividida em 4 grupos, de A a D, e cada um é representado por uma cor, sendo o A de cor azul se referindo ao paciente com atendimento conforme o horário de chegada, o B, de cor verde, é o paciente não urgente, o C, amarelo, representa urgência e atendimento o mais rápido possível, e o D, vermelho, é emergência com necessidade de atendimento imediato.

O manejo adequado depende de um bom diagnóstico com reconhecimento precoce dos sinais de alarme, contínuo atendimento, reestadiamento dinâmico dos casos e da pronta reposição volêmica. Com isso, torna-se necessário ter um perfil pré determinado daqueles pacientes que correm mais risco de desenvolver um pior prognóstico da doença (BRASIL, 2024b).

### **3.5 Prevenção**

As medidas de prevenção têm desempenhado um papel crucial na redução da incidência e prevalência da dengue, bem como na mitigação das complicações associadas à doença, é o que revela uma revisão sistemática realizada por Dias (2024). Este estudo considerou intervenções como campanhas de conscientização, eliminação de criadouros de mosquitos, políticas de controle de vetores e programas de vacinação. Os resultados destacam a importância dessas medidas na redução da incidência e prevalência da dengue, bem como na minimização de complicações associadas à doença. No entanto, identifica a existência de lacunas na implementação e eficácia das estratégias de prevenção e ressalta a necessidade de uma abordagem multifacetada e

sustentada para enfrentar esse desafio, destacando a necessidade de um enfoque mais abrangente e integrado, com a conscientização da população e a uma atuação intersetorial dos órgãos públicos, que viabilize as ações de vigilância, fundamentais para o sucesso das intervenções de saúde pública.

Campanhas como “Combate ao mosquito”, “Brasil unido contra a dengue” e “Combate ao mosquito nas escolas”, assim como a disseminação de informações por meio de panfletos, redes sociais e televisão, têm o intuito de alertar e direcionar a população para tentativas de diminuição da propagação do mosquito infectado e conseqüentemente a diminuição do número de casos da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

No entanto, o estudo realizado por De Albuquerque Neto (2024) identificou que, apesar de um número significativo de pessoas terem o conhecimento prévio sobre a dengue pela ampla gama de informações circulando pelos diferentes meios de comunicação, muitas pessoas não têm o conhecimento sobre os sinais de alarme e o momento crucial de buscar atendimento médico, o que possibilitaria o atendimento precoce e, conseqüentemente, reduzir os altos índices de morbimortalidade (DE ALBUQUERQUE NETO, 2024).

Importante salientar também que, até pouco tempo atrás, as medidas preventivas eram voltadas para o controle do vetor. No entanto, em dezembro de 2015, foi criada a primeira vacina da dengue, Dengvaxia, do laboratório Sanofi Pasteur, que foi aprovada no Brasil e em vários países da Ásia e América Latina. Essa é uma vacina de vírus vivo atenuado, recombinante, quimérica, que utiliza como estrutura básica o vírus vacinal da febre amarela com substituição dos genes responsáveis pela recombinação das proteínas de pré-membrana e envelope por aqueles de cada um dos quatro sorotipos. Entretanto, essa vacina teve que ser destinada somente àqueles que já haviam sido previamente infectados pelo vírus da dengue porque estudos comprovaram que aqueles que tomaram a vacina sem infecção prévia da doença corriam mais risco de desenvolver a sua forma grave (SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2017).

No ano de 2023, uma nova vacina foi criada, a QDENGGA, produzida pelo laboratório japonês Takeda, com o início da vacinação em 2024. Essa vacina é um imunizante tetravalente produzido a partir do vírus vivo atenuado. Ela é composta por duas doses e é uma grande aposta mundial para a diminuição do número de casos de

dengue no mundo atual (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2024). Esta vacina já está disponível na rede pública de saúde, mas ainda destinada a um pequeno grupo da população.

Diante do exposto, destaca-se o importante papel da atenção primária em saúde que, por meio da atuação das equipes presentes nas unidades básicas de saúde, promove a educação em saúde, ações de vigilância em saúde e fortalece a eficácia das intervenções e a sustentabilidade das estratégias adotadas.

## 4 Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico e retrospectivo, com análise quantitativa dos dados. Foram analisados os casos confirmados da dengue notificados pela UBS 17 da Ceilândia, no período de janeiro a março de 2024.

A definição de análise de dados referentes a uma unidade de saúde específica se deu pela possibilidade de auxiliar na implementação de ações e medidas voltadas ao atendimento para o atendimento de uma população definida, a partir do conhecimento das peculiaridades locais, conforme previsto nos princípios do Sistema Único de Saúde e na Política Nacional de Atenção Básica.

A definição do período das notificações, sendo janeiro a março de 2024 (primeiro trimestre do ano), se deu para possibilitar a análise associada aos dados informados pela Subsecretaria de Vigilância à Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

A dengue é doença de notificação compulsória, ou seja, todo caso suspeito e/ou confirmado deve ser obrigatoriamente notificado. As notificações de casos suspeitos de dengue devem ser registradas na Ficha de Notificação/Investigação da dengue e inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan.

As informações do estudo foram obtidas a partir de um relatório das notificações de dengue realizadas pelos profissionais da UBS 17 da Ceilândia. A gerência da referida unidade de saúde disponibilizou aos pesquisadores um relatório anonimizado com os dados das notificações. Isso significa que os pesquisadores não tiveram acesso direto às fichas de notificação, apenas a um relatório elaborado pela UBS 17, o qual não apresentou dados que possam identificar os pacientes, como nome, data de nascimento, endereço, telefone, e-mail e demais dados pessoais.

Os dados das fichas de investigação de dengue solicitados para a realização do estudo foram as informações sociodemográficas e clínicas, sendo: Idade, Sexo, Gestante, Raça/Cor, Escolaridade, ocupação; Data da investigação, sinais clínicos, doenças pré-existentes; Exame de Sorologia (data e resultado), Exame NS1 (data e resultado), Isolamento (data e resultado), RT-PCR (data e resultado), Sorotipo, Histopatologia Imuno-histoquímica, Hospitalização (data), Local provável da infecção, Classificação, Critério de Confirmação/Descarte, Evolução do caso e data do óbito (quando for o caso), Sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave.

Após a obtenção dos dados, estes foram analisados, consolidados e apresentados em tabelas e gráficos com o auxílio do programa Microsoft Excel.

O desenvolvimento da pesquisa envolveu, também, a análise de fontes bibliográficas. Foi realizada a busca de artigos científicos sobre o tema e a análise dos documentos institucionais divulgados pelo Ministério da Saúde. A revisão da bibliografia inclui fontes indexadas e atuais acerca do perfil epidemiológico da dengue.

Como desfecho primário, buscou-se o enriquecimento do conhecimento sobre os dados do perfil epidemiológico do grupo atingido por dengue.

A pesquisa apresentou risco mínimo aos participantes, por se limitar a dados obtidos do sistema de informações utilizado pela UBS. Os riscos relacionados com a quebra de sigilo foram considerados pelos pesquisadores e, para garantir o anonimato dos dados, os nomes e qualquer informação que pudesse identificar os pacientes atendidos na UBS foram suprimidos do relatório entregue aos pesquisadores.

Não haverá benefício direto para o participante. O resultado da pesquisa poderá auxiliar na compreensão sobre o tema e contribuir para o aprimoramento do atendimento dos pacientes nos serviços de saúde. Os resultados do estudo vão ser informados aos profissionais da UBS 17 de Ceilândia, visando auxiliar as equipes de saúde na identificação do impacto da doença na população atendida na sua área de abrangência, assim como do conhecimento sobre os sinais de gravidade, de forma que possa auxiliar nas adequações do serviço de saúde para melhor atendimento à população.

O estudo foi submetido ao comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ensino Unificado de Brasília (UnICEUB) e da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde (FEPECS).

Conforme estabelece a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, nos pesquisadores não divulgarão o nome da instituição em que foi realizado o estudo no título ou em qualquer parte do trabalho que venha ser publicado, de forma que as publicações decorrentes do estudo mostraram apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o nome ou qualquer informação relacionada à privacidade do participante da pesquisa.

As informações recolhidas no estudo, ficarão guardadas sob a responsabilidade dos pesquisadores com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, arquivadas por um período de 5 anos.

## 5 Resultados e discussão

A definição do período das notificações, janeiro a março de 2024 (primeiro trimestre do ano), se deu para possibilitar a análise associada aos dados informados pela Subsecretaria de Vigilância à Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. No período da primeira até a décima quarta semana epidemiológica, o que corresponde aos meses de janeiro a março de 2024), a Secretaria de Saúde do Distrito Federal informou, no site da sala de situação InfoSaúde-DF, 561 notificações, sendo 459 de casos prováveis de Dengue notificados pela UBS 17 da Ceilândia (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2024b). Dessa forma, foram considerados os 485 registros enviados na planilha disponibilizada pela UBS, na qual constavam os seguintes dados: Data da notificação; Semana da notificação/epidemiológica; Ano da notificação; UF de notificação; Município de notificação; Códigos do cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES); Data dos primeiros sintomas / Diagnóstico; Semana epidemiológica dos primeiros sintomas/diagnósticos; Idade; Sexo; Gestante; Raça/Cor; Escolaridade; Data da investigação; Febre; Mialgia; Cefaleia; Exantema; Vômito; Náusea; Dor nas costas; Conjuntiva; Artrite; Artralgia; Número de petéquias; Leucopenia; Prova do laço; Dor retro orbitária; Diabetes; Doença hematológica; Hepatopata; Doença renal; Hipertensos; Paciente imunossuprimido; Óbito.

A distribuição por sexo revelou uma predominância de pacientes do sexo feminino, correspondendo a aproximadamente 52,8% dos casos (Apêndice A). Com relação a idade média observada foi de 32,6 anos, com variação entre 1 mês de vida e 81 anos de idade. A análise das faixas etárias demonstrou que a maioria das notificações se concentrou entre os 20 e 49 anos, faixa etária tipicamente ativa da população, o que reforça o impacto funcional e socioeconômico da doença no território (Apêndice B).

Esses dados estão em consonância com os dados de casos prováveis de dengue por sexo e grupo etário entre os residentes no DF, em que se observa a maior incidência dos casos no sexo feminino e o grupo etário com maior incidência de casos prováveis de dengue, em residentes no DF, está na faixa etária de 20 a 29 anos (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2024a).

No presente estudo, a investigação dos sintomas clássicos de dengue apresentou resultados compatíveis com o quadro clínico da doença, conforme descrito pela

literatura médica. A febre foi o sintoma mais prevalente, presente em mais de 90% dos casos, seguida de mialgia (~80%) e cefaleia (~75%). A presença de náusea (~40%) e dor retro orbitária (~42%) também foi significativa, enquanto o exantema (manchas na pele) esteve presente em menos de 10% dos pacientes. A baixa ocorrência de exantema merece atenção, especialmente considerando sua importância como sinal clínico. Esse achado pode estar relacionado a uma subnotificação, dificuldade na observação clínica (sobretudo em pacientes com pele mais escura) ou até mesmo uma menor relevância sintomática percebida pelo paciente. (Apêndice C)

A avaliação das comorbidades demonstrou uma baixa prevalência de doenças crônicas entre os pacientes notificados, sendo a hipertensão arterial a comorbidade mais frequente, identificada em 44 pacientes (9,07%). Diabetes mellitus foi registrada em 17 casos (3,51%), enquanto hepatopatias e doenças renais crônicas foram observadas em apenas 2 pacientes cada (0,41%) (Apêndice D). Nenhum caso de imunossupressão foi relatado nos registros analisados. Diante disso, é possível observar que esses achados são coerentes com a distribuição etária da população estudada, predominantemente composta por adultos jovens. Ademais, vale destacar que a baixa frequência de comorbidades mais graves pode também refletir o perfil de atendimento típico da atenção primária, onde casos leves e moderados predominam.

Com relação às gestantes, entre os registros analisados, apenas uma gestante foi identificada. Essa paciente tinha 32 anos e apresentou um quadro clínico compatível com a forma clássica da dengue, incluindo febre, mialgia, cefaleia, exantema e dor retro orbitária. Não foram observadas comorbidades associadas neste caso. Apesar da amostra ser mínima, o caso em questão está em conformidade com os sintomas descritos pelo Ministério da Saúde para gestantes com dengue.

A amostra permitiu a análise de dados clínicos em pacientes autodeclarados como pertencentes a cinco diferentes grupos raciais, sendo branca (33; 6,8%), preta (11; 2,3%), parda (256; 52,8%), amarela (7; 1,4%) e ignorada (178; 36,7%). (Apêndice E)

Os dados demonstram que febre, mialgia e cefaleia foram sintomas amplamente prevalentes entre todos os grupos, com destaque para os pacientes pardos e pretos, que apresentaram percentuais superiores em praticamente todos os sintomas analisados, exceto exantema. Este último, notavelmente, esteve ausente em 100% dos casos nos grupos pardo e preto, o que pode sinalizar diferenças na percepção,

notificação ou diagnóstico clínico relacionado à cor da pele. Apesar do exantema ser um sintoma comum, a sua presença pode ou não estar presentes nos casos de dengue e a sua aparência não difere em relação à cor da pele. Em pessoas pretas, as manchas podem ser mais difíceis de serem notadas visualmente. É essencial que os profissionais de saúde considerem outros sintomas e fatores de risco para um diagnóstico preciso, especialmente em áreas com alta incidência de dengue.

A presença de dor retroorbitária foi relativamente constante entre os grupos raciais (variando entre 37% e 45%), o que reforça seu papel como sinal clínico frequente e relativamente independente de fatores sociodemográficos. (Apêndice F)

A ausência de óbitos e a limitação de dados sobre hospitalizações restringem a análise de desfechos mais graves. Diante disso, é de extrema importância reforçar a importância da efetivação dos mecanismos de comunicação e do sistema de referência e contrarreferência entre a atenção primária, os serviços de urgência e a atenção especializada, conforme preconizado pela Rede de Atenção à Saúde do SUS. Esse fluxo de assistência é fundamental para garantir que pacientes identificados na UBS com sinais de alarme ou risco de agravamento sejam prontamente encaminhados a níveis de maior complexidade para posteriormente retornarem ao acompanhamento na atenção básica. Assim, assegurando a continuidade do cuidado, prevenção de complicações e redução nos óbitos. Para isso, faz-se necessárias medidas como protocolos claros, comunicação efetiva entre os pontos da rede e registros completos no sistema de informação, permitindo rastreabilidade e monitoramento dos casos.

Os achados deste estudo estão em consonância com os objetivos propostos e refletem o padrão de ocorrência da dengue em uma unidade de atenção primária situada em área de elevada incidência no Distrito Federal. A maioria dos casos concentrou-se em indivíduos adultos jovens, com sintomas compatíveis com a forma clássica da doença e baixa presença de comorbidades graves.

## 6 Considerações finais

A análise dos casos notificados de dengue na UBS 17 da Ceilândia, entre janeiro e março de 2024, permitiu traçar um retrato epidemiológico do comportamento da doença no território. Os dados apontaram uma maior incidência entre indivíduos adultos jovens do sexo feminino, grupo que compõe parte significativa da população economicamente ativa. Esse perfil não apenas reforça o impacto funcional e social da dengue na comunidade, como também destaca a importância de estratégias preventivas direcionadas a esse segmento da população. Além disso, a sintomatologia predominante (febre, mialgia e cefaleia), esteve de acordo com a apresentação clínica clássica da doença, validando os critérios de notificação utilizados na atenção primária. Por outro lado, a baixa presença de comorbidades graves e a inexistência de óbitos ou internações demonstram que os atendimentos se concentraram em quadros leves e moderados, todavia é de extrema importância a triagem qualificada e da vigilância ativa de sinais de alarme, presentes nas redes de atenção à saúde. A alta quantidade de registros com os dados raça/cor ignorada (36,7%) reforça a necessidade de melhor preenchimento e padronização das notificações.

Diante desse cenário, e considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, recomenda-se a instalação de ações e medidas voltadas ao atendimento da população definida, como fortalecimento da busca ativa, educação em saúde, capacitação das equipes.

Por fim, os dados obtidos estão em consonância com os objetivos propostos no estudo, visando-se ampliar o conhecimento sobre o comportamento da dengue no território da UBS 17 da Ceilândia. Os achados podem subsidiar ações educativas, estratégias de combate ao vetor, melhorias na notificação clínica e priorização de grupos vulneráveis. Além disso, ressaltam a importância de se considerar aspectos sociodemográficos na formulação de políticas públicas de saúde mais equitativas e sensíveis às realidades locais.

## 7 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Qdenga (Vacina dengue 1, 2, 3 e 4 atenuada): novo registro. Disponível em:** <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/qdenga-vacina-dengue-1-2-3-e-4-atenuada-novo-registro> . Acesso em: 19 abr. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências (COE). **Informe Semanal. Edição Nº 02 / SE 01 a 07/2024.** Brasília, 2024a. Acesso em 04/05/2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informe-semanal/informe-semanal-no-02-coe>

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, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Vol. 52 - Nº 3.** Brasília, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_3.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_3.pdf/view). Acesso em: 2 Mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue : diagnóstico e manejo clínico – Adulto e Criança.** 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CÂMARA, F. P. et al.. **Estudo retrospectivo (histórico) da dengue no Brasil: características regionais e dinâmicas.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 40, n. 2, p. 192–196, mar. 2007.

DIAS, R. I. R. et al.. Impacto das Medidas de Prevenção e Promoção da Saúde na Epidemiologia da Dengue no Brasil: Uma Revisão Sistemática. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences** , [S. l.], v. 6, n. 3, p. 1069–1078, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n3p1069-1078. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1661>. Acesso em: 6 mai. 2024.

DE ALBUQUERQUE NETO, J. A.; MORAES, N. M. M.; DA SILVEIRA, L. C. P.; PINCULINI, A. P. G.; DE SOUZA, A. P. Dengue: os desafios não deixaram de existir. **Observatório De La Economía Latinoamericana**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 2863–2875, 2024. DOI: 10.55905/oelv22n1-151. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/2917>. Acesso em: 6 mai. 2024.

FIGUEIREDO LTM. Patogenia das infecções pelos vírus do dengue. **Medicina, Ribeirão Preto. vol. 32, p. 15-20, 1999.**

LARA, J. T. DE .. A emergência da dengue como desafio virológico: de doença-fantasma à endemia “de estimação”, 1986-1987. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 29, n. 2, p. 317–336, abr. 2022.

LEITE, Humberto. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2024. **DF registra 100 mil casos prováveis de dengue em 2024**. 2024. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/df-registra-100-mil-casos-prov%C3%A1veis-de-dengue-em-2024#:~:text=Novo%20boletim%20epidemiol%C3%B3gico%20de%20dengue,semana%2C%20foram%20mais%2019.150%20casos>. Acesso em: 29 abr. 2024.

MARTINS, Maísa Mônica Flores, et al. **Análise dos aspectos epidemiológicos da dengue na microrregião de saúde de Salvador, Bahia, no período de 2007 a 2014**. *Espaç. saúde (Online)*, v. 16, n.4, p. 64-73, 2015.

MARZOCHI, K. et al.. Dengue no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 5, n. 1, p. 173–215, mar. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde, 2023. **Combate ao mosquito**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/2023/combate-ao-mosquito/combate-ao-mosquito>. Acesso em: 2 mai. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde, 2024. **SUS de A a Z - Sistema Único de Saúde - SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus/sus>. Acesso em: 2 mai. 2024.

PUCCIONI-SOHLER, M. et al.. Review of dengue, zika and chikungunya infections in nervous system in endemic areas. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 81, n. 12, p. 1112–1124, dez. 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Boletim Epidemiológico Ano 19, nº 52, dezembro de 2024**. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2024a.

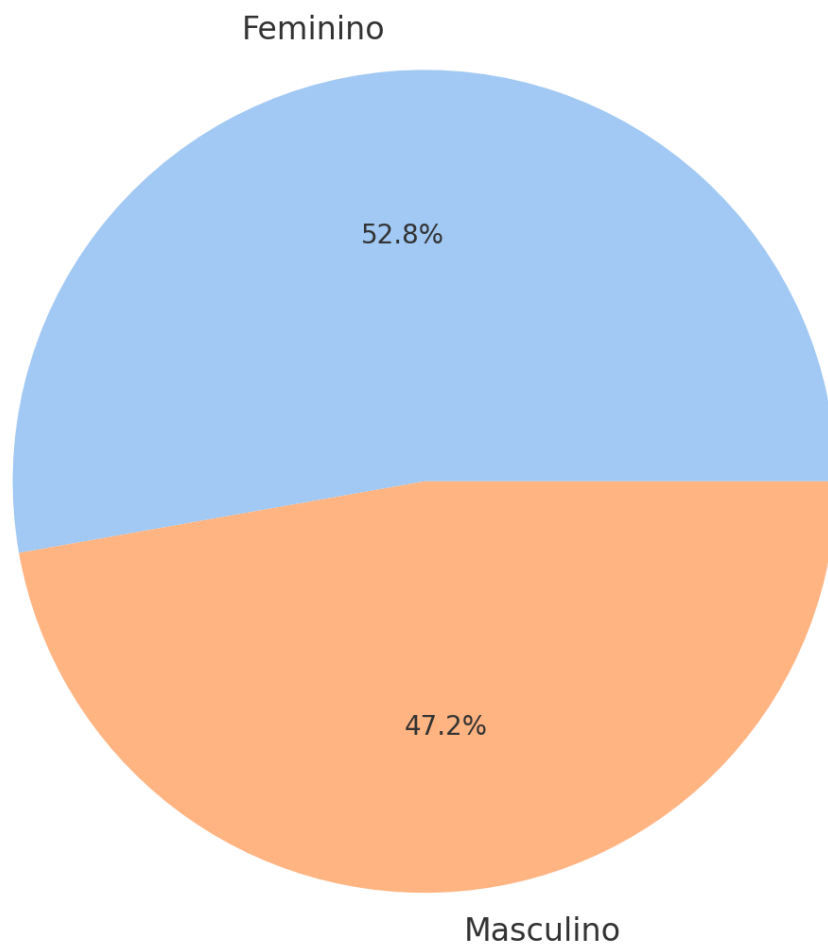
SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. InfoSaúde-DF. **Dengue – Casos Prováveis no DF**. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/denguesalasis/>. Acesso em: 5 ago. 2024b.

SILVA, Thiago Rodrigues da, et al. **Tendência Temporal e Distribuição Espacial da Dengue No Brasil**. *Cogitare Enfermagem*, vol. 27:e84000, 2022.

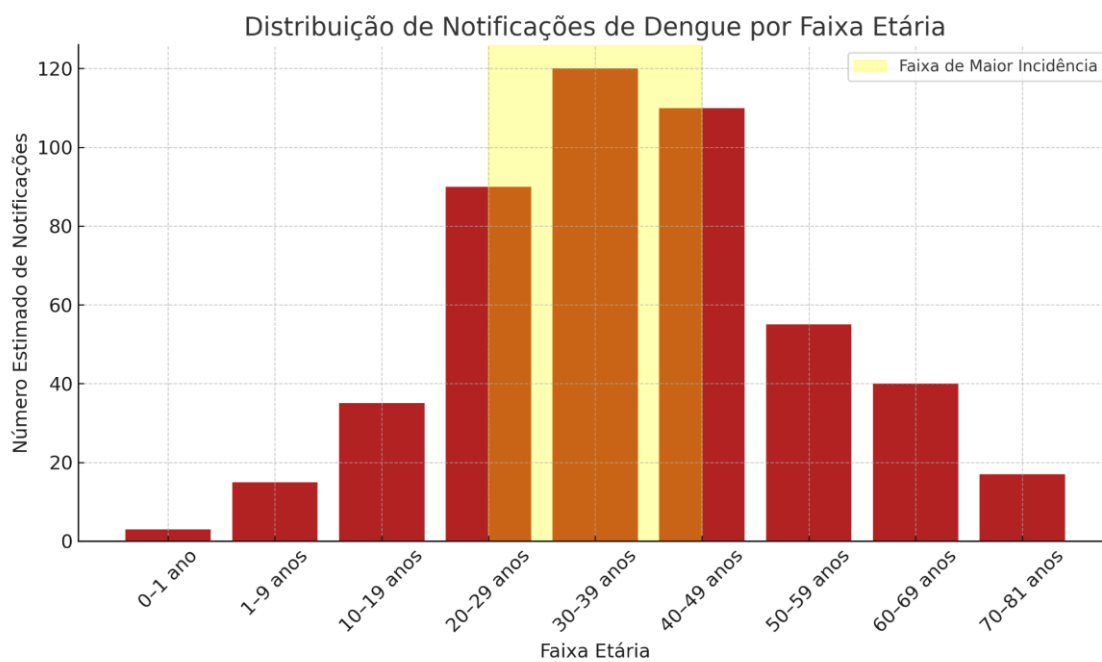
SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES – ISBIM. **Nota Técnica-Vacina Dengue-19/12/2017**. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/nt-conjunta-sbim-sbp-sbi-sbmt-febrasgo-dengvaxia-171219.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

**APÊNDICE A - Distribuição por sexo**

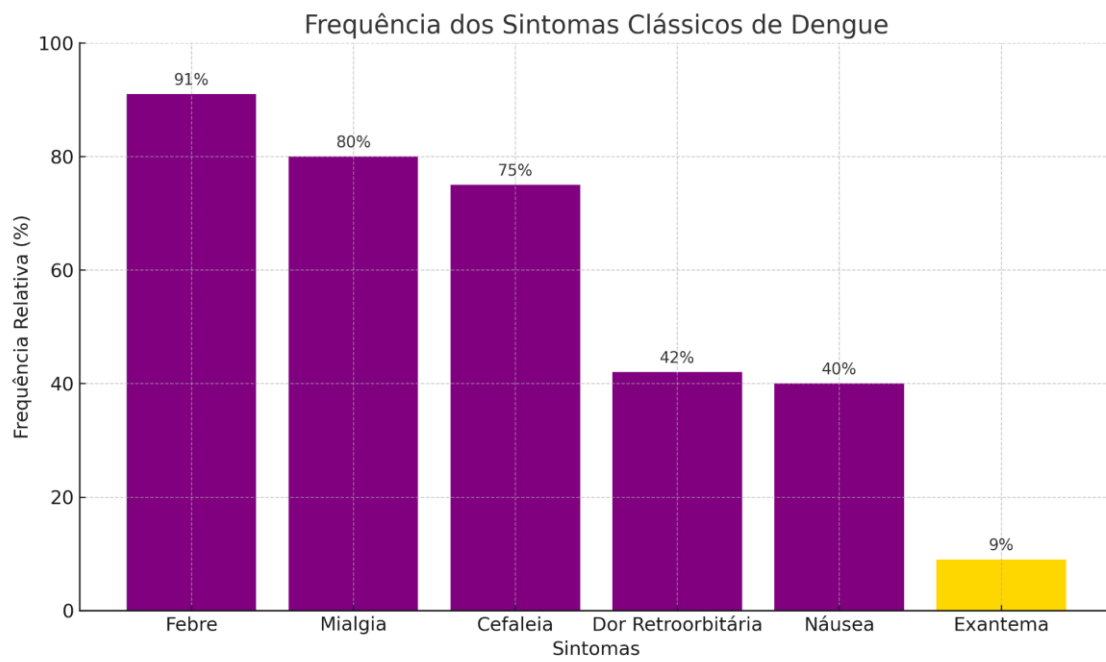
## Distribuição por Sexo - Casos de Dengue (UBS17)



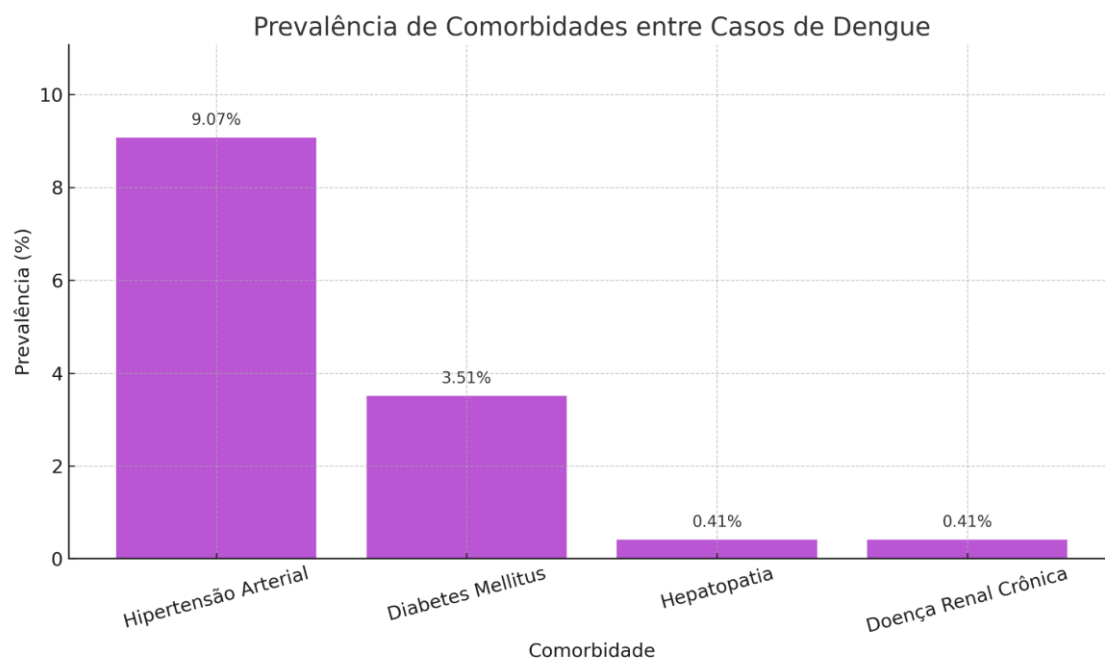
## APÊNDICE B - Distribuição por idade média

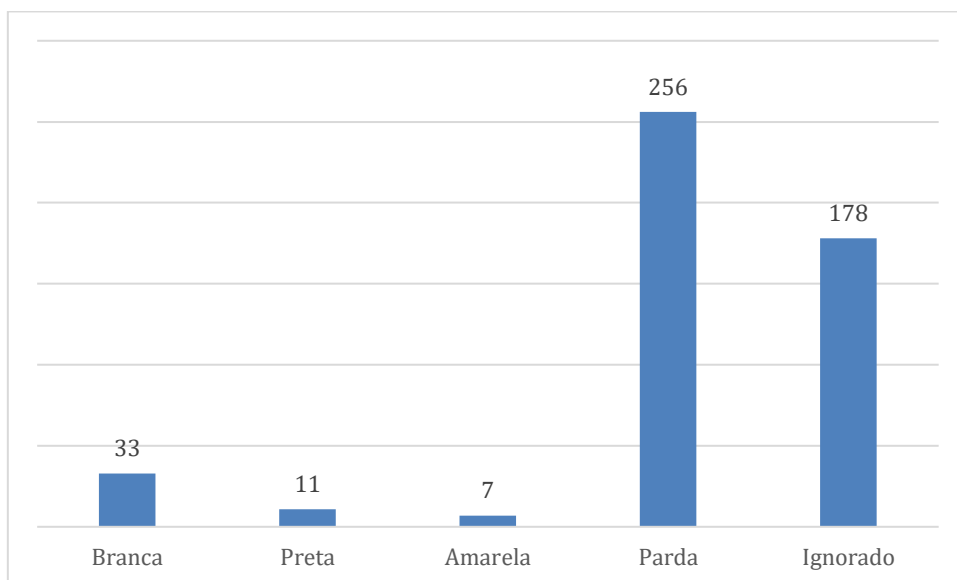


## APÊNDICE C - Relação dos sintomas clínicos observados



## APÊNDICE D- Relação das comorbidades observadas



**APÊNDICE E - Distribuição das notificações de dengue por Raça/Cor.**

**APÊNDICE F - Frequência Relativa dos Sintomas por Raça/Cor**

<b>Raça/Cor</b>	<b>Febre</b>	<b>Mialgia</b>	<b>Cefaleia</b>	<b>Náusea</b>	<b>Exantema</b>	<b>Dor Retroorbitária</b>
Branca	87,88	63,64	54,55	33,33	9,09	42,42
Preta	63,64	81,82	90,91	36,36	0,00	45,45
Amarela	93,36	82,03	87,89	42,97	5,86	37,11
Parda	100,0	100,0	85,71	42,86	0,00	42,86
Ignorado	86,52	55,62	87,64	55,06	5,62	42,70

## ANEXO A - Painel Infosaúde Dengue DF.



Fonte: <https://info.saude.df.gov.br/painel-infosaude-dengue-casos-provaveis-no-df/>