REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DENGUE E DE OUTRAS ARBOVIROSES NO BRASIL: DESAFIOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DENGUE AND OTHER ARBOVIRUSES IN BRAZIL: CLINICAL AND LABORATORY CHALLENGES

Ciências da Saúde • 05/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793765429

José Nicolas Andraos Filho[1]

Alexandre Fleury Curado de Faria[2]

Ana Clara Machado Bariani[3]

Brunna Layla Santos de Andrade[4]

Clara Luquetti Paiva[5]

Daniel Gonçalves da Silva[6]

Felipe Schmaltz Zalaf[7]

Gabriel Alcino Souza Ferreira[8]

Gabriela de Paula Vaz Candido Gomes[9]

Iasmin Silva Bomtempo[10]

João Pedro Gonçalves Souza[11]

João Vitor Lelis Faria[12]

Lucas Henrique Melo Guimarães[13]

Luis Fellipe Diniz Fernandes[14]

Mariana Bandeira Junqueira[15]

Matheus Lúcio Fernandes Gomes[16]

Pedro Henrique Miranda de Mendonça[17]

Ruan Carlos Vicente Barbosa dos Santos[18]

Sarah Elias Landim[19]

Vitor Davi Ferreira[20]

RESUMO

O artigo analisa os principais desafios clínicos e laboratoriais do diagnóstico diferencial da dengue e de outras arboviroses no Brasil. O estudo adota a revisão narrativa da literatura, com base em documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde e em artigos científicos recentes sobre dengue, chikungunya, Zika, Oropouche e febre amarela. Os resultados indicam que a sobreposição de sinais e sintomas na fase febril, a evolução distinta em crianças, idosos e gestantes e o início do período crítico na defervescência dificultam a identificação etiológica precoce. No campo laboratorial, a escolha do exame depende do dia de doença: a detecção viral por RT-PCR e a pesquisa do antígeno NS1 cobrem os primeiros cinco dias, enquanto a sorologia IgM se aplica a partir do sexto dia. A reatividade cruzada entre flavivírus compromete a interpretação sorológica, sobretudo em áreas hiperendêmicas, e a reemergência do sorotipo 3 do vírus da dengue e a expansão do vírus Oropouche ampliam o diagnóstico diferencial. O artigo conclui que a integração entre classificação de risco clínica, coleta oportuna de amostras, confirmação por métodos específicos e vigilância laboratorial qualifica o manejo dos casos e a resposta às epidemias.

Palavras-chave: Dengue; Arboviroses; Diagnóstico diferencial; Chikungunya; Oropouche.

ABSTRACT

The article analyzes the main clinical and laboratory challenges in the differential diagnosis of dengue and other arboviruses in Brazil. The study adopts a narrative literature review based on official documents from the Brazilian Ministry of Health and the World Health Organization and on recent scientific articles about dengue, chikungunya, Zika, Oropouche and yellow fever. The results indicate

that overlapping signs and symptoms in the febrile phase, the distinct course in children, older adults and pregnant women, and the onset of the critical phase at defervescence hinder early etiological identification. In the laboratory setting, test selection depends on the day of illness: viral detection by RT-PCR and NS1 antigen testing cover the first five days, while IgM serology applies from the sixth day onward. Cross-reactivity among flaviviruses compromises serological interpretation, especially in hyperendemic areas, and the re-emergence of dengue virus serotype 3 and the spread of Oropouche virus broaden the differential diagnosis. The article concludes that integrating clinical risk classification, timely sample collection, confirmation by specific methods and laboratory surveillance improves case management and the response to epidemics.
Keywords: Dengue; Arboviruses; Differential diagnosis; Chikungunya; Oropouche.

1. INTRODUÇÃO

As arboviroses urbanas constituem um dos principais problemas de saúde pública do Brasil. Dengue, chikungunya e Zika compartilham sinais clínicos semelhantes, o que, em algum grau, dificulta a adoção do manejo clínico adequado e favorece a ocorrência de formas graves e de óbitos (Brasil, 2024a).

Na última década, as epidemias de dengue no país aumentaram em frequência e em magnitude, com número expressivo de casos graves e óbitos, além do crescimento dos casos de chikungunya e Zika (Brasil, 2024a). Em 2024, foram notificados mais de 10 milhões de casos, dos quais 57,61% foram confirmados, e registraram-se 6.161 óbitos (Pereira *et al.*, 2025). No mesmo período, o sorotipo 3 do vírus

da dengue (DENV-3), sem circulação sustentada por mais de uma década, voltou a ser detectado em maior número: foram 106 casos em 2023 e 1.694 em 2024 (Pereira *et al.*, 2025). Segundo esses autores, a ausência prolongada do DENV-3 provavelmente deixou parcela substancial da população sem imunidade a esse sorotipo.

O cenário se complexifica com a expansão de outras arboviroses. O Ministério da Saúde registra aumento significativo na detecção do vírus Oropouche a partir de 2023, com 4.144 casos confirmados entre as semanas epidemiológicas 27 e 50 de 2024, quatro óbitos associados ao vírus e casos de transmissão vertical com desfecho de óbito fetal (Brasil, 2024b).

Do ponto de vista clínico, a dificuldade reside na sobreposição de manifestações nos primeiros dias da doença, quando a diferenciação entre as viroses se torna tênue (Brasil, 2024a). Do ponto de vista laboratorial, os exames disponíveis dependem do dia de início dos sintomas, e a reatividade cruzada entre flavivírus pode gerar resultados inconclusivos (Brasil, 2024a; Chan *et al.*, 2022). Em 2025, a Organização Mundial da Saúde publicou as primeiras diretrizes globais que abrangem dengue, chikungunya, Zika e febre amarela e destacou que os sintomas dessas doenças se sobrepõem, que vários arbovírus podem circular ao mesmo tempo e que a diferenciação clínica é particularmente difícil onde o acesso a testes é limitado (World Health Organization, 2025).

Nesse contexto, a pergunta que orienta este trabalho é: quais são os principais desafios clínicos e laboratoriais do diagnóstico diferencial da dengue e de outras arboviroses no Brasil? O objetivo geral é analisar esses desafios por meio de revisão narrativa da literatura. Os objetivos específicos são descrever os aspectos clínicos que

aproximam e distinguem as arboviroses, discutir as janelas e os limites dos métodos laboratoriais e apontar estratégias para qualificar o diagnóstico.

A relevância do tema decorre do fato de que os óbitos por dengue são, em sua maioria, evitáveis com medidas de baixa densidade tecnológica (Brasil, 2024a). O reconhecimento oportuno dos casos e a escolha adequada do exame confirmatório contribuem para reduzir o agravamento da doença, orientar a vigilância e subsidiar decisões de gestão em períodos epidêmicos. Além desta introdução, o artigo apresenta a fundamentação teórica, a metodologia, os resultados e a discussão e as considerações finais.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Panorama Epidemiológico das Arboviroses no Brasil

A dengue é endêmica no Brasil, com casos ao longo de todo o ano e padrão sazonal coincidente com os períodos quentes e chuvosos, quando aumentam o número de casos e o risco de epidemias (Brasil, 2024a). O país é hiperendêmico, com circulação dos quatro sorotipos (DENV-1 a DENV-4), embora os surtos recentes tenham sido causados principalmente pelos sorotipos 1 e 2 (Pereira *et al.*, 2025).

A reemergência do DENV-3 acrescentou uma nova dinâmica. Naveca *et al.* (2023) descreveram a reemergência desse sorotipo no Brasil em 2023. Pereira *et al.* (2025) identificaram a linhagem 3III_B.3.2 em todos os casos brasileiros recentes analisados, com pelo menos seis introduções independentes e a região do Caribe como principal origem; a introdução mais antiga provavelmente ocorreu em outubro de 2022, em Roraima. Os autores indicam que

introduções externas, e não a disseminação doméstica, foram os principais impulsionadores da circulação desse sorotipo no período.

Além da dengue, o Ministério da Saúde destaca o crescimento dos casos de chikungunya e Zika (Brasil, 2024a), e o vírus Oropouche passou a ser detectado em número crescente desde 2023 (Brasil, 2024b).

Cocirculação e incerteza etiológica. A circulação simultânea de diferentes arbovírus torna insuficiente a interpretação de um episódio febril apenas pela doença que predomina nas notificações locais. A presença de uma epidemia de dengue aumenta a suspeita inicial, mas não elimina a possibilidade de chikungunya, Zika ou Oropouche. Essa distinção é especialmente relevante quando a vigilância registra mudanças no padrão de circulação, pois uma hipótese dominante pode reduzir a investigação de agentes menos frequentemente identificados. A análise epidemiológica deve, portanto, funcionar como informação contextual e não como substituto da avaliação clínica e laboratorial. A revisão do cenário descrito pelo Ministério da Saúde permite reconhecer que a magnitude dos casos notificados e a identificação etiológica individual representam dimensões diferentes do mesmo problema (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

Interpretação dos números de vigilância. Os indicadores de notificação, confirmação e óbito exigem leitura cuidadosa. O número de casos notificados expressa a demanda por investigação e a sensibilidade da rede de vigilância, ao passo que a confirmação depende dos critérios utilizados e da disponibilidade de exames. Consequentemente, as proporções observadas não podem ser interpretadas isoladamente como medidas diretas de risco

individual. Os dados apresentados por Pereira et al. (2025) ajudam a dimensionar a pressão epidemiológica, mas não autorizam inferir que todos os pacientes com síndrome febril tenham a mesma probabilidade de infecção por determinado sorotipo. Em períodos de elevada circulação, a estratégia clínica precisa combinar atenção ao risco de agravamento e prudência na atribuição da etiologia.

Reemergência do DENV-3 e implicações. A identificação da linhagem 3III_B.3.2 e de introduções independentes descritas por Pereira et al. (2025) indica que o retorno do DENV-3 não deve ser entendido apenas como aumento local de transmissão de um vírus já estabelecido. A interpretação molecular aponta para processos de introdução e circulação que a contagem de casos, sozinha, não esclarece. A contribuição de Naveca et al. (2023) situa temporalmente a reemergência e reforça a utilidade da caracterização virológica. Na prática, a informação sobre sorotipos orienta a vigilância populacional, mas não altera a necessidade de classificar a gravidade de cada paciente segundo seus achados clínicos. O diagnóstico diferencial deve preservar essa separação entre vigilância genômica e decisão assistencial imediata.

Sazonalidade e limites das hipóteses clínicas. A associação entre períodos quentes e chuvosos e aumento de dengue, descrita no manual nacional, pode orientar a organização da assistência e o planejamento da testagem. Entretanto, a sazonalidade não funciona como critério diagnóstico para o paciente individual. Uma apresentação clínica compatível fora do pico sazonal ainda exige avaliação, enquanto a presença de febre durante uma epidemia não confirma dengue. Esse cuidado reduz o risco de ancoragem diagnóstica e mantém a investigação de causas alternativas quando os sinais, a evolução ou o contexto epidemiológico não são

coerentes. A utilidade da informação sazonal está na preparação da rede e na interpretação conjunta com outros elementos, não na exclusão automática de hipóteses (Brasil, 2024a).

A expansão do Oropouche como desafio à rede. A ampliação da detecção de Oropouche descrita na Nota Técnica nº 117/2024 modifica a abrangência necessária do diagnóstico diferencial. Se a vigilância concentra a testagem apenas nos agentes tradicionalmente mais reconhecidos, parte dos episódios febris permanece sem caracterização etiológica. O registro de casos graves e de desfechos gestacionais na nota técnica reforça a necessidade de reconhecer circunstâncias que justifiquem investigação específica. Essa abordagem não significa testar indiscriminadamente todos os pacientes para todos os agentes, mas estabelecer fluxos que considerem a circulação local, o quadro clínico e as prioridades de saúde pública. A expansão da vigilância deve ser acompanhada de comunicação clara entre serviços assistenciais e laboratórios (Brasil, 2024b).

2.2. Aspectos Clínicos de Dengue, Chikungunya e Zika

A dengue é uma doença febril aguda, sistêmica e dinâmica, de amplo espectro clínico, que pode ser assintomática ou evoluir para formas graves e óbito, e se organiza em três fases: febril, crítica e de recuperação (Brasil, 2024a). A fase febril dura de dois a sete dias, com febre geralmente alta (39 °C a 40 °C) e de início abrupto, associada a cefaleia, adinamia, mialgias, artralgias e dor retro-orbitária; o exantema ocorre em aproximadamente 50% dos casos (Brasil, 2024a). A fase crítica começa com a defervescência, entre o terceiro e o sétimo dia, e é nela que surgem os sinais de alarme, resultantes sobretudo do aumento da permeabilidade vascular. Entre eles estão

dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, hipotensão postural, hepatomegalia superior a 2 cm, sangramento de mucosa e letargia ou irritabilidade (Brasil, 2024a).

A chikungunya evolui em três fases (aguda, subaguda e crônica) e tem na artralgia sua manifestação mais marcante. A fase aguda caracteriza-se por febre de início súbito e poliartralgia, descrita em mais de 90% dos pacientes, e a artralgia persistente pode reduzir a produtividade e a qualidade de vida (Brasil, 2017). Na Zika, predominam febre baixa ou ausente, exantema precoce, conjuntivite e linfonodomegalia, com acometimento neurológico mais frequente do que na dengue e na chikungunya (Brasil, 2024a). O Quadro 1 sintetiza as principais diferenças clínicas e laboratoriais entre as três doenças.

Quadro 1. Diagnóstico diferencial clínico e laboratorial entre dengue, Zika e chikungunya

Manifestação	**Dengue**	**Zika**	**Chikungunya**
Febre (intensidade e duração)	Alta (>38 °C), 2 a 7 dias	Ausente ou baixa (≤38 °C), 1 a 2 dias	Alta (>38 °C), 2 a 3 dias
Início do exantema	3° ao 6° dia	1° ao 2° dia	2° ao 5° dia
Mialgia	+++	++	++
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve a moderada	Moderada a intensa
Edema articular (frequência)	Raro	Frequente	Frequente

Conjuntivite	Rara	50% a 90% dos casos	30% dos casos
Cefaleia	+++	++	++
Linfonodomegalia	+	+++	++
Discreta hemorragia	++	Ausente	+
Acometimento neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	++	++
Trombocitopenia	+++	+	++

Nota: os sinais + a +++ indicam frequência crescente da manifestação.
Fonte: adaptado de Brasil (2024a), com base em Brito e Cordeiro (2016).

A temporalidade como elemento semiológico. O valor discriminatório dos sintomas depende de quando eles surgem e de como evoluem. Na dengue, a passagem da fase febril para a fase crítica pode ocorrer no momento em que a temperatura diminui, o que impede interpretar a defervescência como sinal suficiente de recuperação. Na chikungunya, o predomínio articular e a possibilidade de persistência das queixas deslocam parte do acompanhamento para o período posterior à fase aguda. Na Zika, a combinação de exantema precoce e conjuntivite pode favorecer a suspeita, sem confirmá-la. Assim, uma anamnese que registre a sequência dos sintomas acrescenta informação mais útil que uma lista de manifestações presentes em um único momento (Brasil, 2024a; Brasil, 2017).

Valor e limites do exantema. A presença de exantema é frequentemente valorizada na distinção entre arboviroses, mas o quadro comparativo do manuscrito evidencia sobreposição entre dengue, Zika e chikungunya. O momento de aparecimento pode ser mais informativo que sua simples presença, embora permaneça insuficiente para confirmação. A interpretação deve considerar a associação com febre, sintomas articulares, conjuntivite e alterações laboratoriais, além da evolução temporal. Um padrão aparentemente típico não elimina coinfecções ou diagnósticos alternativos, e a ausência de lesões cutâneas tampouco exclui uma arbovirose. A avaliação clínica ganha consistência quando o achado cutâneo é integrado ao conjunto de sinais e não transformado em critério isolado (Brasil, 2024a; Brito; Cordeiro, 2016).

Artralgia e edema articular. A intensidade da dor articular e a presença de edema constituem pistas relevantes para chikungunya, conforme a comparação apresentada no Quadro 1. Todavia, a distinção não é absoluta: artralgia também pode acompanhar dengue e Zika, com variação individual. A história clínica deve explorar a repercussão funcional da dor, a distribuição das articulações envolvidas e a persistência após a fase febril. O seguimento é particularmente importante quando a limitação se prolonga, pois o diagnóstico inicial de síndrome febril não encerra a necessidade de cuidado. A documentação da evolução articular ajuda a reconhecer o padrão descrito nas orientações brasileiras para chikungunya, sem presumir etiologia antes da avaliação pertinente (Brasil, 2017).

Conjuntivite e sinais neurológicos. A conjuntivite e a maior frequência relativa de manifestações neurológicas na Zika aparecem como elementos de diferenciação no material do Ministério da

Saúde. Entretanto, a utilização desses sinais exige cuidado com a gravidade e com a diversidade de apresentações. Um achado frequente não equivale a um sinal patognomônico, e sua ausência não descarta infecção. Quando existem alterações neurológicas, a prioridade clínica passa a incluir avaliação da urgência e investigação de outras causas, em vez de restringir a hipótese a uma arbovirose específica. O diagnóstico diferencial, portanto, não é apenas exercício de identificação etiológica, mas instrumento de segurança para reconhecer apresentações que não seguem o curso esperado (Brasil, 2024a).

Hemograma e interpretação clínica. Leucopenia e trombocitopenia são descritas com frequências diferentes entre as arboviroses, mas não devem ser interpretadas como provas etiológicas isoladas. Na dengue, a avaliação laboratorial deve acompanhar o momento da doença e a classificação clínica, sobretudo quando há preocupação com agravamento. A interpretação de uma contagem plaquetária fora do contexto pode tanto produzir alarme desnecessário quanto oferecer falsa segurança. A evolução seriada, quando indicada, e a correlação com sinais de alarme são mais relevantes que um resultado pontual descontextualizado. Esse raciocínio é coerente com o manejo clínico nacional, que prioriza risco e dinâmica da doença, em vez de aguardar confirmação laboratorial específica para instituir medidas necessárias (Brasil, 2024a).

Gravidade e identidade do agente. A distinção entre diagnóstico etiológico e classificação de gravidade é central. O paciente pode apresentar quadro compatível com dengue e necessitar de hidratação e monitoramento mesmo sem confirmação específica. Em sentido inverso, um exame que identifique o agente não

substitui a investigação de sinais de alarme ou choque. O estadiamento clínico organiza o cuidado e reduz a possibilidade de atrasos decorrentes da espera por testes. Essa separação também permite compreender por que diferentes arboviroses exigem prioridades de seguimento distintas: na dengue, a vigilância do período crítico; na chikungunya, a atenção ao comprometimento articular persistente; e na Zika, a avaliação contextual de manifestações associadas (Brasil, 2024a; Brasil, 2017).

2.3. Outras Arboviroses e Síndromes Febris no Diagnóstico Diferencial

O Ministério da Saúde organiza o diagnóstico diferencial da dengue em síndromes clínicas. Nas síndromes febris, incluem-se enteroviroses, influenza, covid-19 e outras viroses respiratórias, hepatites virais, malária, febre tifoide, chikungunya e outras arboviroses, como Oropouche e Zika. Nas síndromes exantemáticas febris, figuram rubéola, sarampo, escarlatina, eritema infeccioso, exantema súbito, mononucleose infecciosa, parvovirose, citomegalovirose, farmacodermias, doença de Kawasaki e púrpura de Henoch-Schönlein. Nas síndromes hemorrágicas febris, aparecem hantavirose, febre amarela, leptospirose, riquetsioses e púrpuras. O diagnóstico diferencial contempla ainda síndromes dolorosas abdominais, síndromes de choque e síndromes meníngeas (Brasil, 2024a).

A febre amarela integra o diagnóstico diferencial das síndromes hemorrágicas febris (Brasil, 2024a) e é contemplada, junto com dengue, chikungunya e Zika, nas diretrizes clínicas integradas da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2025). O

Oropouche, por sua vez, merece destaque pela expansão recente de casos no país (Brasil, 2024b).

Diagnóstico diferencial por síndromes. A organização por síndromes apresentada no manual brasileiro é útil porque reconhece que o mesmo conjunto de manifestações pode decorrer de doenças infecciosas e não infecciosas. A síndrome febril, a síndrome exantemática, a síndrome hemorrágica e as apresentações com dor abdominal ou choque impõem conjuntos distintos de hipóteses e prioridades. Essa estrutura evita que a investigação se restrinja à comparação entre três arbovírus quando a apresentação aponta para outros processos. A inclusão de leptospirose, malária, febre amarela e doenças exantemáticas no rol diferencial demonstra que a avaliação deve ser orientada por manifestações e contexto, sem converter uma lista ampla em indicação de testagem indiscriminada (Brasil, 2024a).

Febre amarela e síndromes hemorrágicas. A febre amarela aparece nas orientações nacionais como diagnóstico diferencial de síndromes hemorrágicas febris e integra a diretriz clínica conjunta da OMS. Sua presença no mesmo conjunto de hipóteses não significa que as manifestações sejam idênticas ou que a conduta possa ser uniformizada. A abordagem inicial deve reconhecer gravidade, história epidemiológica e achados clínicos relevantes, com encaminhamento e investigação apropriados. O benefício da abordagem sindrômica consiste em manter abertas possibilidades potencialmente graves quando o paciente não apresenta evolução típica. Ao mesmo tempo, o cuidado deve evitar atribuir a qualquer arbovirose uma manifestação que demanda investigação de outras causas urgentes (Brasil, 2024a; World Health Organization, 2025).

Oropouche e apresentação febril inespecífica. O reconhecimento de Oropouche depende de considerar sua possibilidade diante de síndromes febris que se sobrepõem às arboviroses mais conhecidas. A Nota Técnica nº 117/2024 atribui papel decisivo à confirmação laboratorial, o que diferencia a vigilância desse agente de uma identificação baseada apenas na impressão clínica. A expansão da circulação reforça a necessidade de atualizar hipóteses conforme o território e os resultados da vigilância. Em gestantes e em investigações de óbitos, a relevância da caracterização etiológica é ampliada pelas ocorrências descritas no documento oficial. A ausência de sinais exclusivos exige prudência: não é possível identificar Oropouche apenas pela semelhança com um quadro de dengue (Brasil, 2024b).

Apresentações atípicas e revisão diagnóstica. O diagnóstico inicial deve ser entendido como hipótese de trabalho sujeita a revisão. Persistência de febre além do esperado, piora clínica inesperada, surgimento de manifestações neurológicas ou alterações incompatíveis com a evolução presumida justificam reavaliação do quadro. Esse procedimento não representa falha da primeira consulta, mas consequência da natureza dinâmica das síndromes febris. A revisão de hipóteses deve considerar os diagnósticos diferenciais explicitados pelo Ministério da Saúde, a cronologia dos sintomas e a possibilidade de coleta de exames em janela apropriada. A segurança do paciente depende tanto de reconhecer sinais clássicos quanto de perceber quando o curso clínico deixa de sustentá-los (Brasil, 2024a).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, que busca sintetizar o conhecimento disponível sobre os desafios clínicos e laboratoriais do diagnóstico diferencial de arboviroses no Brasil. A revisão narrativa foi escolhida por permitir integrar documentos normativos e produção científica de natureza diversa, o que atende ao objetivo de compreender o tema de forma ampla.

As fontes foram identificadas em outubro de 2026, em portais institucionais (Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde) e em periódicos científicos de acesso aberto. Utilizaram-se os descritores “diagnóstico diferencial”, “arboviroses”, “dengue”, “chikungunya”, “Zika”, “Oropouche”, “reatividade cruzada” e “diagnóstico laboratorial”, além de seus equivalentes em inglês, combinados livremente.

Foram incluídos documentos oficiais e artigos científicos publicados em português ou inglês a partir de 2016 que abordassem aspectos clínicos, laboratoriais ou epidemiológicos de dengue, chikungunya, Zika, Oropouche ou febre amarela, com ênfase no contexto brasileiro. Foram excluídos materiais jornalísticos, textos sem autoria identificável e publicações sem acesso ao conteúdo.

Os materiais selecionados foram analisados e as informações foram organizadas em três eixos: aspectos clínicos, métodos laboratoriais e suas limitações e emergência de novos cenários epidemiológicos. Por tratar-se de revisão de literatura, sem participação de seres humanos, dispensou-se a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise permitiu organizar os achados em quatro blocos: os desafios clínicos, os desafios laboratoriais, a ampliação do diagnóstico diferencial pela emergência do Oropouche e as estratégias para qualificar o diagnóstico.

4.1. Desafios Clínicos

O primeiro desafio é a sobreposição de manifestações na fase febril. Febre, cefaleia, mialgia, artralgia e exantema ocorrem, em graus variáveis, nas três doenças (Quadro 1), e nos primeiros dias a diferenciação é tênue. Por isso, o Ministério da Saúde recomenda adotar o manejo clínico de dengue nesse período, em razão do elevado potencial de complicações e de morte da doença (Brasil, 2024a). Essa orientação desloca o foco do diagnóstico etiológico para a classificação de risco: o estadiamento em grupos A, B, C e D define a conduta, o local de acompanhamento e a hidratação, e os exames confirmatórios, embora obrigatórios nos grupos C e D, não são essenciais para a conduta terapêutica (Brasil, 2024a).

Alguns elementos auxiliam a distinção: a duração e a intensidade da febre, o momento de surgimento do exantema, a intensidade da artralgia e a presença de edema articular, conjuntivite e acometimento neurológico (Quadro 1). Na chikungunya, tendem a predominar a poliartralgia intensa e o edema articular; na Zika, a febre baixa ou ausente, o exantema precoce e a conjuntivite; na dengue, a mialgia, a cefaleia, a leucopenia e a trombocitopenia (Brasil, 2024a). Esses achados expressam frequências relativas e não funcionam como critérios excludentes, de modo que nenhum deles isoladamente confirma ou afasta uma das doenças.

Há ainda um desafio temporal. O período de maior risco da dengue coincide com a defervescência, fase em que surgem os sinais de alarme, em geral entre o terceiro e o sétimo dia (Brasil, 2024a). O paciente que melhora da febre pode estar, portanto, entrando na fase crítica, e por isso o Ministério da Saúde orienta o retorno no dia da melhora da febre ou, se não houver defervescência, no quinto dia da doença (Brasil, 2024a). Na chikungunya, o impacto se projeta para além da fase aguda, com artralgia persistente (Brasil, 2017). Enquanto a dengue exige vigilância para agravamento precoce, a chikungunya demanda acompanhamento de longo prazo, e a confusão entre as duas pode comprometer ambos os cuidados.

Os grupos especiais ampliam a dificuldade. Em crianças, a dengue pode se manifestar como síndrome febril inespecífica, com adinamia, sonolência, recusa alimentar, vômitos e diarreia; em menores de 2 anos, a dor se expressa por choro persistente, adinamia e irritabilidade, o que permite confusão com outros quadros febris, e o agravamento costuma ser súbito, ao contrário do adulto, em quem os sinais de alarme são mais facilmente detectados (Brasil, 2024a). Os idosos constituem o grupo de maior vulnerabilidade para desfechos fatais e apresentam maior risco de sobrecarga hídrica durante a hidratação (Brasil, 2024a). Nas gestantes, as modificações fisiológicas da gravidez, como o aumento do volume sanguíneo e a queda do hematócrito por hemodiluição, fazem com que taquicardia, hipotensão postural e hemoconcentração surjam mais tardiamente e possam ser confundidas com alterações da própria gestação; no caso de dengue grave, o diagnóstico diferencial deve incluir pré-eclâmpsia, síndrome HELLP e sepse (Brasil, 2024a).

O choque da dengue também precisa ser distinguido do choque séptico. O Ministério da Saúde descreve que o primeiro costuma ocorrer após a defervescência, com melhor nível de consciência e pressão de pulso estreita, enquanto o segundo cursa com comprometimento do nível de consciência e pressão de pulso ampla (Brasil, 2024a). Além disso, a prova do laço, tradicionalmente recomendada no estadiamento, apresentou baixo valor preditivo para formas graves e para critério de hospitalização em revisão sistemática da OPAS/OMS publicada em 2022, que identificou 217 estudos, e sua realização pode gerar discordância na condução dos casos (Brasil, 2024a). Esses elementos mostram que parte dos recursos clínicos tradicionais tem utilidade limitada para distinguir ou prognosticar.

Os erros de classificação têm consequências terapêuticas. No manejo da dengue, não se utilizam salicilatos, anti-inflamatórios não esteroides e corticosteroides, e o paciente é orientado a não se automedicar; o uso de ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios está associado a sangramento digestivo em pacientes com histórico de úlcera péptica ou gastrite (Brasil, 2024a). Assim, tratar com anti-inflamatórios um quadro de dengue em fase febril, confundido com outra arbovirose de predomínio articular, pode expor o paciente a risco evitável.

4.2. A Decisão Clínica Sob Incerteza

Nos primeiros dias de febre, o profissional frequentemente precisa decidir antes de conhecer o agente etiológico. A literatura utilizada nesta revisão sustenta a prioridade do reconhecimento de gravidade e da prevenção de complicações. Isso requer separar decisões que podem ser tomadas clinicamente daquelas que dependem de

confirmação laboratorial. A hidratação, o acompanhamento e a orientação para retorno não devem ser postergados apenas porque a identificação viral está pendente. A incerteza precisa ser comunicada ao paciente, explicando que a hipótese inicial pode mudar com a evolução dos sintomas e com os resultados dos exames. O manejo baseado em risco é particularmente relevante em períodos de cocirculação (Brasil, 2024a; World Health Organization, 2025).

4.3. A Defervescência Como Ponto de Inflexão

A redução da febre na dengue é um momento de interpretação delicada porque pode coincidir com o início da fase crítica. Essa particularidade diferencia a doença de uma concepção simplificada de infecção febril, na qual a melhora da temperatura sinalizaria necessariamente recuperação. Na prática, a orientação de retorno no dia da defervescência, ou no quinto dia quando ela não ocorre, deve ser explicada de maneira compreensível. A informação deve alcançar familiares e cuidadores, especialmente quando o paciente apresenta dificuldade para perceber ou relatar mudanças. A vigilância do período crítico depende de reconhecer a temporalidade da doença e de manter acesso oportuno ao serviço (Brasil, 2024a).

4.4. Sinais de Alarme e Comunicação

A lista de sinais de alarme tem maior utilidade quando traduzida em orientações objetivas e compreensíveis. Dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, sangramento de mucosa, letargia e outros achados devem ser apresentados como motivos de reavaliação imediata, e não apenas como termos técnicos

registrados no prontuário. A comunicação precisa verificar se o paciente compreendeu a conduta e se dispõe de meios para retornar. O reconhecimento precoce também depende da capacidade da equipe de diferenciar sintomas inespecíficos de alterações que modificam a classificação de risco. Essa perspectiva reforça a natureza assistencial, e não meramente descritiva, do diagnóstico diferencial (Brasil, 2024a).

4.5. Crianças e Sinais Menos Específicos

Na população pediátrica, a dificuldade de descrever dor e outros sintomas reduz a utilidade de critérios dependentes do relato verbal. Em menores de dois anos, choro persistente, recusa alimentar, irritabilidade e adinamia exigem interpretação contextual, pois também aparecem em outras doenças febris. A possibilidade de agravamento súbito torna indispensável orientar responsáveis sobre a evolução esperada e sobre sinais que justificam retorno. O exame clínico deve ser repetido conforme a necessidade e não pode depender exclusivamente da presença de manifestações típicas observadas em adultos. A abordagem descrita pelo Ministério da Saúde valoriza a avaliação dinâmica e a vigilância cuidadosa nessa faixa etária (Brasil, 2024a).

4.6. Idosos e Complexidade do Manejo

Em idosos, a maior vulnerabilidade a desfechos fatais deve ser considerada junto com o risco de sobrecarga hídrica durante o tratamento. Essa combinação evidencia por que recomendações de hidratação não podem ser aplicadas de maneira automática, sem avaliação das condições clínicas. Comorbidades e limitações funcionais podem dificultar o reconhecimento precoce de

deterioração e o retorno oportuno ao serviço. A classificação de risco deve, portanto, integrar a apresentação atual com a capacidade de acompanhamento e a segurança do plano terapêutico. A individualização não modifica a importância das recomendações nacionais, mas orienta sua aplicação responsável a pacientes com maior fragilidade (Brasil, 2024a).

4.7. Gestação e Diagnóstico Diferencial Ampliado

Na gestação, alterações fisiológicas podem modificar a apresentação de sinais hemodinâmicos e laboratoriais que, fora desse contexto, seriam mais facilmente interpretados. A hemodiluição e outras adaptações dificultam a leitura isolada do hematócrito e dos sinais de hipovolemia. O manual nacional recomenda considerar pré-eclâmpsia, síndrome HELLP e sepse no diagnóstico diferencial da dengue grave. Assim, a presença de febre e suspeita de arbovirose não deve reduzir a investigação de emergências obstétricas. A expansão do Oropouche, acompanhada de relatos de transmissão vertical na documentação oficial, acrescenta uma razão para atenção à confirmação etiológica quando indicada (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

4.8. Choque e Necessidade de Avaliação Imediata

A comparação entre choque da dengue e choque séptico oferece elementos úteis, como o contexto temporal da defervescência e características hemodinâmicas descritas no manual. Entretanto, esses elementos não devem ser tratados como regras absolutas que dispensam avaliação de urgência. Diante de sinais de instabilidade, a prioridade é reconhecer a gravidade e iniciar a condução adequada enquanto as hipóteses são refinadas. O diagnóstico diferencial não

pode se transformar em motivo para retardar assistência. A apresentação clínica e a evolução podem não corresponder perfeitamente aos padrões didáticos, o que reforça a necessidade de julgamento clínico, reavaliação e articulação com serviços de maior complexidade (Brasil, 2024a).

4.9. Limites de Sinais Tradicionais

A discussão sobre a prova do laço ilustra a diferença entre tradição clínica e capacidade discriminatória demonstrada. O documento nacional menciona revisão que identificou baixo valor preditivo para formas graves e hospitalização. Isso não implica descartar toda a avaliação clínica, mas reconhecer que nenhum sinal isolado resolve o problema prognóstico. O conjunto de achados, a evolução e a classificação de risco permanecem centrais. A interpretação crítica de instrumentos tradicionais também é importante para evitar condutas divergentes baseadas em resultados cuja utilidade é limitada. O mesmo princípio deve orientar a leitura de achados laboratoriais inespecíficos e manifestações compartilhadas entre arboviroses (Brasil, 2024a).

4.10. Prevenção de Iatrogenias

A suspeita de dengue tem implicações imediatas para a segurança farmacológica. O manual brasileiro orienta evitar salicilatos, anti-inflamatórios não esteroides e corticosteroides no manejo da doença, além de desestimular automedicação. Quando o quadro é confundido com uma arbovirose marcada por dor articular, pode haver tendência a priorizar alívio sintomático sem considerar riscos. A decisão terapêutica deve reconhecer a incerteza etiológica e escolher estratégias compatíveis com o cenário de maior risco

plausível. Esse cuidado mostra que o diagnóstico diferencial não é apenas uma classificação acadêmica, mas processo que influencia diretamente a exposição do paciente a intervenções potencialmente prejudiciais (Brasil, 2024a).

4.11. Desafios Laboratoriais

A confirmação laboratorial da dengue admite os seguintes critérios: antígeno NS1 reagente, isolamento viral positivo, RT-PCR detectável até o quinto dia de sintomas, detecção de anticorpos IgM por ELISA a partir do sexto dia e aumento de pelo menos quatro vezes nos títulos de anticorpos por teste de neutralização por redução de placas (PRNT) ou inibição da hemaglutinação em amostras pareadas, com intervalo mínimo de 14 dias (Brasil, 2024a). O Quadro 2 resume as janelas diagnósticas e as condições de coleta.

Quadro 2. Janelas diagnósticas e condições de coleta para a confirmação laboratorial da dengue

Período a partir do início dos sintomas	**Método**	**Condições de coleta e observações**
Até o 5º dia	RT-PCR; pesquisa do antígeno NS1; isolamento viral	Sangue total sem anticoagulante (5 mL em crianças e 10 mL em adultos); acondicionamento a −70 °C
A partir do 6º dia	Sorologia IgM (ELISA)	Soro obtido do sangue total; acondicionamento a −20 °C
Amostras pareadas (fase aguda e convalescente, com	PRNT ou inibição da hemaglutinação	Critério de confirmação por aumento de, pelo

intervalo mínimo de 14 dias)		menos, quatro vezes nos títulos de anticorpos

Fonte: adaptado de Brasil (2024a).

A principal implicação é que a escolha do exame depende do dia de início dos sintomas. Até o quinto dia, indica-se a coleta para detecção viral; a partir do sexto, para sorologia (Brasil, 2024a). Há uma tensão relevante nesse arranjo: a transição entre a janela molecular e a sorológica ocorre no mesmo intervalo em que o paciente entra na fase crítica, entre o terceiro e o sétimo dia. Uma amostra coletada fora da janela adequada pode produzir resultado negativo de baixa utilidade, o que reforça a necessidade de registrar com precisão a data de início dos sintomas.

O papel da confirmação laboratorial na conduta também merece reflexão. Nos grupos A e B, os exames específicos não são necessários para a conduta terapêutica, e sua solicitação deve seguir a situação epidemiológica local (Brasil, 2024a). Quando não há confirmação laboratorial específica, admite-se a confirmação por vínculo clínico-epidemiológico (Brasil, 2024a). Em epidemias, isso significa que grande parte dos casos é encerrada sem identificação do agente. A estratégia é pragmática e preserva recursos laboratoriais para os casos graves, mas reduz a oportunidade de detectar outros agentes que circulam simultaneamente, o que pode atrasar o reconhecimento de eventos como a expansão do Oropouche.

A reatividade cruzada constitui o problema técnico mais citado. Dengue e Zika são flavivírus, o que favorece reação cruzada nos testes sorológicos e pode produzir resultado inconclusivo (Brasil, 2024a). Chan *et al.* (2022) explicam que epítopos altamente

conservados entre os flavivírus interagem com anticorpos e dificultam a interpretação dos ensaios, e que os testes de neutralização seguem como padrão-ouro para diferenciá-los. Gaspar-Castillo *et al.* (2023) acrescentam que a semelhança estrutural entre DENV e ZIKV induz resposta imune cruzada que leva a falsos positivos, particularmente em infecções secundárias, e superestima a soroprevalência de Zika em regiões endêmicas para dengue. Em um país hiperendêmico para dengue, uma sorologia IgM isolada deve, portanto, ser interpretada com cautela, sobretudo quando a identificação etiológica tem implicações clínicas específicas, como na gestação.

A reemergência do DENV-3 acrescenta outra camada ao problema. Pereira *et al.* (2025) alertam que a ausência prolongada desse sorotipo provavelmente deixou parcela substancial da população soronegativa para ele e elevou o risco de grandes surtos, e defendem a ampliação da vigilância genômica. Nesse cenário, a tipagem molecular e o sequenciamento deixam de ser apenas ferramentas de pesquisa e passam a compor a vigilância de rotina.

4.12. O Dia de Doença Como Variável Decisiva

A utilidade dos exames específicos depende do intervalo entre o início dos sintomas e a coleta. A pesquisa de material viral e de antígeno NS1 é priorizada na fase inicial, enquanto a sorologia IgM é indicada a partir do sexto dia, conforme o protocolo citado. O registro da data de início deve, portanto, integrar a solicitação e a interpretação do exame. Sem essa informação, um resultado negativo pode ser interpretado de maneira equivocada como exclusão etiológica. A escolha adequada da janela aumenta a coerência entre hipótese, método e resposta esperada, embora

nenhum teste substitua a avaliação clínica do risco de agravamento (Brasil, 2024a).

4.13. Resultados Negativos e Probabilidade Clínica

Um resultado negativo precisa ser interpretado à luz do método utilizado, da oportunidade da coleta e da suspeita clínica. Quando o exame é solicitado fora da janela indicada, sua capacidade de esclarecer a etiologia pode ser limitada. O erro interpretativo consiste em tratar a ausência de detecção como prova definitiva de ausência de infecção, ignorando o momento da amostra. Também não se deve utilizar resultado negativo para desconsiderar sinais de alarme presentes. A integração clínico-laboratorial exige que a equipe conheça as limitações temporais dos métodos e mantenha acompanhamento compatível com a gravidade, mesmo quando a investigação etiológica permanece inconclusiva (Brasil, 2024a).

4.14. Testes Moleculares e Sorológicos: Perguntas Distintas

Os métodos de detecção viral e os testes sorológicos respondem a perguntas relacionadas, mas não idênticas. Na fase inicial, busca-se evidência direta do agente ou de componentes virais. Posteriormente, a sorologia avalia a resposta imune, sujeita às limitações de reatividade cruzada descritas para flavivírus. Essa diferença explica por que resultados de métodos distintos não são intercambiáveis e por que a escolha deve seguir a cronologia da doença. A interpretação de sorologia isolada exige prudência especial em contextos de circulação prévia de dengue e Zika. A escolha laboratorial deve ser justificada pela questão clínica ou de vigilância que se pretende esclarecer (Brasil, 2024a; Chan et al., 2022).

4.15. Reatividade Cruzada e Especificidade

A conservação de epítopos entre flavivírus pode levar anticorpos a reconhecerem antígenos relacionados, reduzindo a especificidade de ensaios sorológicos em determinadas circunstâncias. Chan et al. (2022) discutem esse problema, e Gaspar-Castillo et al. (2023) o relacionam à interpretação de infecções por dengue e Zika em regiões endêmicas. A consequência prática é que uma sorologia reagente nem sempre resolve com segurança a identificação do vírus envolvido. Esse limite ganha importância quando o diagnóstico tem repercussões particulares, como na gestação ou em estudos de soroprevalência. A interpretação deve reconhecer a possibilidade de falsos positivos e considerar confirmação adicional quando pertinente.

4.16. Neutralização e Confirmação Diferenciada

Os testes de neutralização são apresentados pelas referências como instrumentos relevantes para diferenciar respostas sorológicas cruzadas. Entretanto, sua utilização deve ser entendida no contexto de disponibilidade laboratorial, necessidade de amostras adequadas e finalidade da investigação. A possibilidade de comparar títulos em amostras pareadas, com intervalo mínimo de quatorze dias, evidencia que a confirmação nem sempre é imediata. Isso reforça a separação entre o tempo necessário para esclarecer a etiologia e o tempo disponível para decisões assistenciais. A investigação pode continuar após a estabilização clínica, sobretudo quando há interesse epidemiológico ou necessidade de esclarecer uma situação de maior relevância (Brasil, 2024a; Chan et al., 2022).

4.17. Soroprevalência e Inferência Epidemiológica

A reatividade cruzada não compromete apenas o diagnóstico individual. Em estudos populacionais, a atribuição incorreta de anticorpos a um agente pode superestimar sua circulação e distorcer comparações entre territórios. Gaspar-Castillo et al. (2023) discutem esse problema para dengue e Zika, especialmente em áreas endêmicas. Assim, a interpretação de indicadores sorológicos exige atenção ao desenho do estudo e ao método de confirmação utilizado. O diagnóstico diferencial laboratorial, nesse sentido, integra a qualidade da vigilância e a confiabilidade das estimativas epidemiológicas. A precisão dos resultados não depende somente de ampliar a quantidade de exames, mas de selecionar e interpretar métodos adequados.

4.18. Confirmação Clínica e Vigilância

O uso de critérios clínico-epidemiológicos para encerramento de casos pode ser necessário em cenários de grande demanda, conforme as orientações nacionais. Contudo, essa estratégia tem uma consequência analítica: a proporção de casos sem identificação direta do agente pode aumentar, dificultando reconhecer cocirculação e mudanças epidemiológicas. A solução não é exigir confirmação laboratorial universal, mas definir prioridades e mecanismos de amostragem e vigilância coerentes com os recursos disponíveis. A integração entre serviços de assistência e vigilância pode identificar situações em que a investigação específica agrega maior valor, especialmente casos graves, óbitos e suspeita de circulação de agentes emergentes (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

4.19. Qualidade da Coleta e Fluxo da Amostra

O Quadro 2 do artigo evidencia que a interpretação laboratorial começa antes da análise propriamente dita. O momento da coleta, o tipo de amostra e as condições de acondicionamento são componentes do processo diagnóstico. Um exame tecnicamente apropriado pode perder utilidade quando a amostra não corresponde à janela indicada ou quando informações essenciais não acompanham a solicitação. Por isso, o fluxo deve incluir identificação do paciente, data de início dos sintomas, hipótese clínica e encaminhamento adequado ao laboratório. A padronização desses passos favorece resultados interpretáveis e reduz retrabalho. O protocolo nacional fornece os parâmetros de coleta descritos no quadro, que devem ser observados pela rede (Brasil, 2024a).

4.20. Vigilância Genômica e Sorotipos

A investigação genômica permite compreender a circulação de linhagens que não pode ser inferida apenas da apresentação clínica. Os trabalhos de Naveca et al. (2023) e Pereira et al. (2025) ilustram essa contribuição ao documentar a reemergência e as introduções do DENV-3. O valor desses dados está principalmente na vigilância e na reconstrução da dinâmica de transmissão, não na previsão individual de gravidade a partir de sintomas. A integração entre tipagem, sequenciamento e dados epidemiológicos pode aprimorar a identificação de mudanças no cenário viral. Ainda assim, a disponibilidade de tecnologia molecular não substitui as medidas clínicas básicas que previnem complicações durante o atendimento (Naveca et al., 2023; Pereira et al., 2025).

4.21. Oropouche e a Ampliação do Diagnóstico Diferencial

O Oropouche ilustra como a emergência de novos agentes amplia o desafio diagnóstico. A Nota Técnica nº 117/2024 registra aumento significativo da detecção a partir de 2023 e, entre as semanas epidemiológicas 27 e 50 de 2024, 4.144 casos confirmados, quatro óbitos associados ao vírus e casos de transmissão vertical com desfecho de óbito fetal (Brasil, 2024b). O Ministério da Saúde inclui o Oropouche entre as arboviroses do diagnóstico diferencial das síndromes febris (Brasil, 2024a) e exige diagnóstico laboratorial de infecção pelo vírus para a confirmação do caso (Brasil, 2024b). Assim, o reconhecimento do Oropouche depende de testagem específica, e a identificação de casos graves, de óbitos e de agravos na gestação reforça a importância dessa testagem.

A diretriz da Organização Mundial da Saúde organiza as recomendações segundo a gravidade, com a doença não grave, atendida em ambulatório, e a doença grave, que exige internação, e aborda de forma integrada dengue, chikungunya, Zika e febre amarela (World Health Organization, 2025). Essa lógica converge com a classificação de risco adotada no Brasil e sugere que o manejo clínico deve se apoiar na gravidade, enquanto a identificação do agente cumpre papel central na vigilância e na tomada de decisão em saúde pública.

4.21.1. A Confirmação Específica do Oropouche

A Nota Técnica nº 117/2024 estabelece a relevância da confirmação laboratorial para Oropouche. Isso impede atribuir a doença apenas com base em febre, cefaleia ou outras manifestações inespecíficas. Em um cenário no qual dengue e chikungunya são hipóteses habituais, a ausência de confirmação para esses agentes pode motivar investigação complementar conforme os critérios de

vigilância. A necessidade de métodos específicos evidencia uma limitação da abordagem exclusivamente clínica. A ampliação do diagnóstico diferencial exige tanto conhecimento sobre o agente quanto capacidade operacional de encaminhar amostras e interpretar resultados, sem transformar a investigação etiológica em obstáculo ao manejo imediato do paciente (Brasil, 2024b).

4.21.2. Gestação e Eventos de Maior Relevância

Os registros de transmissão vertical e óbito fetal associados ao Oropouche na documentação oficial tornam particularmente importante a investigação de situações gestacionais suspeitas. A informação disponível no manuscrito permite afirmar a necessidade de vigilância e confirmação, mas não autoriza estimar o risco individual de desfechos a partir desses registros. Essa distinção é essencial para evitar alarmismo ou inferências causais excessivas. O atendimento deve reconhecer a relevância da avaliação obstétrica, do acompanhamento clínico e da articulação com os fluxos de vigilância. A interpretação dos eventos notificados precisa preservar o contexto da nota técnica e os limites dos dados apresentados (Brasil, 2024b).

4.21.3. Integração Entre Novos Agentes e Protocolos Existentes

A incorporação de Oropouche ao diagnóstico diferencial não exige abandonar os princípios de classificação de risco já utilizados na assistência às arboviroses. A diretriz da OMS organiza a condução segundo gravidade, enquanto os documentos brasileiros enfatizam identificação oportuna e vigilância. Essa convergência permite distinguir dois eixos complementares: atender com segurança o paciente com síndrome febril e identificar agentes relevantes para a

resposta coletiva. Quando um novo vírus ganha visibilidade epidemiológica, a rede deve ajustar hipóteses e fluxos laboratoriais, mantendo a prioridade da avaliação clínica. A organização do cuidado pode ser atualizada sem substituir a lógica de proteção do paciente por uma busca etiológica indiscriminada (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b; World Health Organization, 2025).

4.22. Estratégias para Qualificar o Diagnóstico

A síntese da literatura permite propor um conjunto de estratégias. A primeira é manter a classificação de risco e o reconhecimento dos sinais de alarme como eixo do cuidado, independentemente da confirmação etiológica (Brasil, 2024a). A segunda é registrar a data de início dos sintomas e orientar a coleta de amostras segundo a janela diagnóstica de cada método (Quadro 2). A terceira é priorizar a confirmação laboratorial em casos graves, óbitos, gestantes e situações de dúvida diagnóstica, e recorrer a testes de neutralização quando a sorologia for ambígua (Chan *et al.*, 2022). A quarta é ampliar a investigação de outros agentes, em especial o Oropouche, nos casos sem confirmação para dengue, chikungunya e Zika. A quinta é cumprir a notificação compulsória, que permite a adoção oportuna de medidas de prevenção e controle (Brasil, 2024a). A sexta é fortalecer a vigilância genômica, de modo a acompanhar a introdução e a substituição de sorotipos e linhagens (Pereira *et al.*, 2025).

4.22.1. Triagem Clínica Estruturada

Uma estratégia de qualificação consiste em padronizar a coleta de informações essenciais sem reduzir o atendimento a um formulário rígido. A data de início dos sintomas, a presença de sinais de alarme,

a evolução da febre, os sintomas articulares e cutâneos e as condições que elevam a vulnerabilidade devem estar acessíveis no registro clínico. Essa estrutura facilita a classificação de risco e a decisão sobre exames e seguimento. O objetivo não é substituir o raciocínio profissional, mas diminuir omissões previsíveis em contextos de alta demanda. A padronização deve permanecer compatível com as orientações brasileiras e com a necessidade de reavaliar pacientes cuja evolução não corresponde à hipótese inicial (Brasil, 2024a).

4.22.2. Orientação de Retorno e Continuidade

A segurança do atendimento depende da capacidade de reconhecer agravamento depois da primeira consulta. A recomendação de reavaliação no momento da defervescência demonstra que o plano assistencial deve considerar a evolução futura, e não apenas o estado presente. Orientações escritas ou verbalmente confirmadas podem destacar sinais de alarme e informar quando procurar novamente a unidade. A equipe deve verificar se o paciente dispõe de meios para retornar, pois a orientação perde efetividade quando há barreiras de acesso. O acompanhamento programado integra o diagnóstico diferencial ao manejo longitudinal e permite revisar hipóteses conforme surgem novos dados (Brasil, 2024a).

4.22.3. Integração Entre Clínica e Laboratório

A escolha de exames deve resultar de uma pergunta concreta: confirmar dengue em janela apropriada, esclarecer sorologia ambígua, investigar outro agente ou contribuir para a vigilância de um evento relevante. A solicitação indiscriminada pode aumentar o

volume de resultados difíceis de interpretar sem melhorar a decisão clínica. Em contrapartida, deixar de testar situações prioritárias reduz a capacidade de reconhecer mudanças epidemiológicas. A integração exige comunicação entre assistência e laboratório sobre o dia de doença, a hipótese principal e as limitações dos métodos. Essa coordenação é especialmente importante diante de flavivírus com reatividade cruzada e da expansão do Oropouche (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b; Chan et al., 2022).

4.22.4. Priorização e Uso Racional de Recursos

A disponibilidade de testes não é ilimitada, sobretudo durante epidemias. A seleção de casos para investigação específica deve considerar gravidade, relevância epidemiológica, gestação, óbitos e situações de dúvida diagnóstica, conforme as prioridades apresentadas na discussão do manuscrito. Essa estratégia não deve ser confundida com menor atenção aos pacientes sem confirmação laboratorial, que continuam necessitando de classificação de risco e seguimento. A racionalidade consiste em direcionar recursos para decisões nas quais o resultado modifica a investigação ou contribui para a vigilância, sem comprometer o cuidado clínico. O equilíbrio entre assistência e vigilância é parte da qualidade diagnóstica (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

4.22.5. Notificação e Qualidade dos Dados

A notificação permite que informações clínicas se transformem em sinais epidemiológicos capazes de orientar ações coletivas. Sua qualidade depende da consistência de datas, classificação do caso, evolução e resultados laboratoriais disponíveis. Informações incompletas dificultam reconhecer a introdução de agentes e

acompanhar mudanças no padrão de transmissão. A notificação, portanto, não deve ser tratada como etapa burocrática desvinculada do atendimento. Ao contrário, ela conecta a experiência clínica individual à vigilância, especialmente em períodos de cocirculação e de reemergência de sorotipos. O acompanhamento dos registros deve respeitar os critérios nacionais de confirmação e encerramento de casos (Brasil, 2024a; Pereira et al., 2025).

4.22.6. Formação e Atualização de Equipes

A diferenciação entre arboviroses depende de competências que combinam semiologia, interpretação de exames e conhecimento epidemiológico. A atualização de equipes deve enfatizar o reconhecimento de sinais de alarme, a fase crítica da dengue, as janelas de coleta e os limites da sorologia entre flavivírus. Também é necessário revisar o diagnóstico diferencial quando agentes como Oropouche passam a ter maior relevância. Materiais de apoio e discussões de casos podem reduzir a tendência de associar automaticamente toda febre à doença mais prevalente. A formação deve reforçar a distinção entre o que a evidência permite concluir e o que permanece como hipótese, evitando tanto excesso de confiança quanto atraso de condutas necessárias (Brasil, 2024a; Chan et al., 2022).

4.22.7. Equidade no Acesso Ao Diagnóstico

A aplicação de recomendações laboratoriais pressupõe condições de acesso que variam entre serviços e territórios. Quando a confirmação não está prontamente disponível, a classificação clínica de risco e as orientações de retorno tornam-se ainda mais importantes. Ao mesmo tempo, a rede de vigilância precisa criar fluxos para que

situações prioritárias possam ser investigadas em laboratórios de referência. A desigualdade de acesso não deve resultar em assistência menos segura nem em abandono da investigação epidemiológica. A organização de protocolos compartilhados pode favorecer decisões consistentes mesmo com recursos distintos. Esse raciocínio decorre da articulação entre manejo clínico e vigilância prevista nos documentos oficiais brasileiros (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

4.22.8. Limitações da Revisão e Prudência Interpretativa

Como revisão narrativa, este trabalho organiza evidências de documentos normativos e estudos selecionados, mas não produz estimativa combinada de acurácia diagnóstica nem demonstra a superioridade quantitativa de um algoritmo específico. As comparações apresentadas no Quadro 1 descrevem tendências clínicas, e o Quadro 2 sintetiza janelas de exames; nenhum deles deve ser interpretado como validação prospectiva de uma regra diagnóstica. A ausência de busca sistemática limita a exaustividade da síntese. A contribuição principal reside em integrar recomendações e desafios já documentados, destacando decisões clínicas e laboratoriais que exigem maior atenção. Reconhecer esses limites é parte da qualidade científica da discussão.

4.22.9. Agenda de Pesquisa Derivada das Lacunas

Os limites identificados sugerem questões para pesquisas futuras sem que esta revisão precise acrescentar estudos ou resultados não disponíveis. Entre elas estão a avaliação de estratégias de testagem em cenários de cocirculação, a interpretação de sorologias em áreas hiperendêmicas e a integração da vigilância molecular à rotina

assistencial. Também merece investigação a forma como orientações de retorno e classificação de risco são aplicadas em diferentes serviços. Essas propostas derivam dos desafios descritos nas fontes, mas não representam conclusões empíricas novas. A distinção entre evidência sintetizada e pergunta de pesquisa preserva o alcance da revisão narrativa e evita transformar hipóteses plausíveis em afirmações demonstradas (Brasil, 2024a; Chan et al., 2022; Pereira et al., 2025).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo conclui que o diagnóstico diferencial da dengue e de outras arboviroses no Brasil enfrenta desafios clínicos e laboratoriais interdependentes, e os objetivos propostos foram atingidos. A sobreposição de sinais na fase febril limita a distinção clínica precoce entre dengue, chikungunya e Zika. O manejo seguro da dengue depende da classificação de risco e do reconhecimento dos sinais de alarme, e não da identificação do agente. A janela diagnóstica de cada exame exige o registro preciso do dia de início dos sintomas. A reatividade cruzada entre flavivírus restringe a interpretação da sorologia, sobretudo em áreas hiperendêmicas. A reemergência do DENV-3 e a expansão do Oropouche ampliam o diagnóstico diferencial e exigem testagem específica e vigilância genômica. A integração entre classificação de risco, coleta oportuna de amostras, confirmação por métodos específicos e vigilância laboratorial qualifica o cuidado e fortalece a resposta às epidemias.

Como limitações, destacam-se a natureza narrativa da revisão, a ausência de busca sistemática em bases de dados indexadas e o predomínio de documentos oficiais entre as fontes. Estudos futuros

podem conduzir revisões sistemáticas e avaliar a acurácia de painéis moleculares e sorológicos em cenários de cocirculação de arbovírus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. **Nota Técnica nº 117/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS:** atualização das orientações para a vigilância do Oropouche. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/Nota-Tecnica-No-117-2024-Atualizacao-das-orientacoes-para-a-vigilancia-do-Oropouche.pdf. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Dengue:** diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/gabinete-arboviroses/diagnostico-manejo-clinico/manual-dengue-diagnostico.pdf. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Chikungunya:** manejo clínico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/chikungunya_manejo_clinico.pdf. Acesso em: 27 out. 2026.

BRITO, C. A.; CORDEIRO, M. T. One year after the Zika virus outbreak in Brazil: from hypotheses to evidence. **Revista da Sociedade**

Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 49, n. 5, p. 537-543, 2016. DOI: 10.1590/0037-8682-0328-2016.

CHAN, K. R. *et al.* Serological cross-reactivity among common flaviviruses. **Frontiers in Cellular and Infection Microbiology,** Lausanne, v. 12, art. 975398, 2022. DOI: 10.3389/fcimb.2022.975398.

GASPAR-CASTILLO, C. *et al.* Structural and immunological basis of cross-reactivity between dengue and Zika infections: implications in serosurveillance in endemic regions. **Frontiers in Microbiology,** Lausanne, v. 14, art. 1107496, 2023. DOI: 10.3389/fmicb.2023.1107496.

NAVECA, F. G. *et al.* Reemergence of dengue virus serotype 3, Brazil, 2023. **Emerging Infectious Diseases,** Atlanta, v. 29, n. 7, p. 1482-1484, 2023. DOI: 10.3201/eid2907.230595.

PEREIRA, J. S. *et al.* Unravelling dengue serotype 3 transmission in Brazil: evidence for multiple introductions of the 3III_B.3.2 lineage. **Virus Evolution,** Oxford, v. 11, n. 1, art. veaf034, 2025. DOI: 10.1093/ve/veaf034.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines for clinical management of arboviral diseases:** dengue, chikungunya, Zika and yellow fever. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240111110. Acesso em: 27 out. 2026.

---

[1] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Discente do Curso Superior de Medicina da Faculdade Morgana Potrich (FAMP) Campus Mineiros. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Discente do Curso Superior de Medicina da Faculdade Morgana Potrich (FAMP) Campus Mineiros. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade de Rio Verde Campus Rio Verde. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[6] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[7] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[8] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[9] Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[10] Discente do Curso Superior de Medicina da Faculdade Morgana Potrich (FAMP) Campus Mineiros. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[11] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[12] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[13] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[14] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[15] Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Atenas Campus Paracatu. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[16] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[17] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[18] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[19] Discente do Curso Superior de Medicina da Zarns Campus Itumbiara. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[20] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail