



Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde - SUS

MANUAL DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS

SUMÁRIO

Apresentação.....	3
Introdução.....	5
1. Conceito.....	7
2. Manejo Adequado das Crianças com Diarréia Aguda.....	7
2.1. Componentes mais Importantes:.....	7
2.2. Princípios Gerais.....	7
2.3. Sais para reidratação oral (SRO) bases e composição.....	8
2.4. Diagnóstico.....	9
3. Alimentação na Diarréia.....	19
4. Uso de medicamentos:.....	19
5. Medidas Preventivas.....	21
5.1. Informações Gerais.....	21
6. Educação em Saúde.....	23
7. Controle das Epidemias.....	24
Anexos.....	27
Bibliografia.....	32

APRESENTAÇÃO

Ainda que incompletas, as estatísticas de morbidade e mortalidade disponíveis são unânimes em apontar o binômio desnutrição-infecção como o principal responsável pelas condições desfavoráveis de saúde que caracterizam a população infantil brasileira.

Complexos encadeamentos de fatores precedem usualmente o aparecimento da desnutrição e da infecção na criança. No Brasil, tais encadeamentos surgem sobretudo, em razão das condições gerais de vida particularmente adversas em que crescem e se desenvolvem consideráveis parcelas de nossa população infantil, indicativas de que a reversão do quadro desfavorável atual depende, fortemente, do sucesso da estratégia global de desenvolvimento do país, incluídas aí diferentes políticas setoriais.

Embora reconhecendo o alcance limitado de ações executadas no nível da assistência a saúde infantil, é inegável que as mesmas devem ser prioritariamente desenvolvidas em nosso meio, no limite máximo de suas possibilidades. Esta tem sido a política seguida pelo Ministério da Saúde: ensejar a maximização do alcance da assistência à saúde, sem abdicar do entendimento pleno de todos os seus determinantes.

Maximizar o alcance da assistência à saúde infantil no Brasil significa tanto estender a cobertura dos serviços de saúde a frações da população ainda não beneficiadas, quanto aperfeiçoar seu poder de resolução diante dos problemas de saúde mais prevalentes e relevantes.

Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, visando incrementar a resolutividade dos serviços de saúde, é a de identificar e priorizar ações básicas de saúde que possuam comprovada eficácia no

controle dos mais relevantes problemas de saúde e que envolvam reduzida complexidade tecnológica.

Tais ações, no caso específico da assistência infantil, recebem a denominação de "Ações básicas na assistência integral à saúde da criança" e devem constituir-se no elemento central da assistência a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde.

Os manuais que, nesta oportunidade, estão sendo apresentados, para os quais contamos com a valiosa cooperação do UNICEF E e da Organização Pan-Americana da Saúde, envolvem cinco ações básicas: acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e orientação para o desmame, controle de doenças diarréicas, controle de infecções respiratórias agudas e controle de doenças preveníveis por imunização

Cada um dos manuais procura, de modo simples e direto, definir e justificar o conteúdo das referidas ações, normatizar seus procedimentos e padronizar as condutas que delas decorrem. Objetivam, basicamente, oferecer um material adequado para a capacitação de recursos humanos, sem a qual não se poderá garantir à população o pleno atendimento a seus direitos de saúde.

INTRODUÇÃO

A doença diarréica aguda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil nos países em desenvolvimento e um dos fatores que mais contribui para o agravamento do estado nutricional das crianças.

Na Região Nordeste, onde o problema assume maior magnitude, o risco de morte por diarréia em crianças menores de cinco anos é cerca de 4 a 5 vezes maior que na Região Sul, representando cerca de 30% do total das mortes durante o 1º ano de vida.

A partir da década de 70, ampliou-se o conhecimento deste problema como, por exemplo, a identificação de novos agentes causadores da diarréia e como eles atuam no organismo humano, com isso demonstrando que a diarréia infecciosa aguda é um processo, na grande maioria das vezes, autolimitado não necessitando, em geral, de qualquer tratamento medicamentoso, principalmente antibioticoterapia. Desenvolveu-se paralelamente um método para hidratar por via oral:

Terapia de Reidratação Oral (TRO), com uma solução de sais necessários à manutenção do equilíbrio orgânico, enquanto a doença segue o seu curso natural.

Os resultados clínicos e a grande utilização da TRO em vários países do mundo, inclusive no Brasil, têm demonstrado sua eficácia e ressaltam suas inúmeras vantagens com relação a reidratação por via venosa.

Trata-se de um método eficaz, de fácil aplicação, não traumático, além de educativo. A grande maioria das crianças com diarréia evolui para a cura espontânea sem desidratação, quando bem manuseadas no domicílio.

Cerca de 95% das crianças que se desidratam poderão ser reidratadas por via oral , e deste modo, a indicação de hidratação venosa deverá ser restrita às crianças com desidratação grave.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem patrocinado inúmeros estudos para aperfeiçoamento da TRO e iniciou um Programa Mundial de Controle das Doenças Diarréicas, conclamando seus países membros a adota-lo.

A partir de 1982, o Ministério da Saúde adotou a TRO como medida de controle das doenças diarréicas e o trabalho junto às Secretarias Estaduais de Saúde tem comprovado que, usada amplamente, é uma intervenção apropriada e simples no combate à mortalidade das crianças por diarréia e desidratação.

Espera-se que medidas destinadas a melhorar a condição de vida da população, incluindo cuidados com o estado nutricional, saneamento básico e educação para a saúde, sejam implementadas em médio prazo, para atingir o objetivo primordial de diminuir a morbidade por doenças diarréicas. Este "Manual de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Diarréicas Agudas" destina-se aos profissionais de saúde que atuam em serviços na área de assistência à criança.

Enfoca o problema de forma ampla incluindo medidas preventivas que devem ser promovidas junto à população, enquanto se processam outras ações visando ao desenvolvimento social e econômico.

1- CONCEITO

Diarréia aguda é uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue (disenteria). A maioria dos episódios de diarréia aguda é provocada por um agente infeccioso e dura menos de 2 semanas.

2- MANEJO ADEQUADO DAS CRIANÇAS COM DIARRÉIA AGUDA

É a principal estratégia para reduzir a mortalidade por Doenças Diarréicas Agudas.

2.1. Componentes mais importantes:

- Prevenção da desidratação;
- Tratamento da desidratação;
- Manutenção da alimentação da criança durante e após o episódio diarréico;
- Uso racional de medicamentos.

2.2. Princípios gerais

- A diarréia aguda de qualquer etiologia e em qualquer idade é, na grande maioria das vezes, um processo autolimitado;
- As complicações e causas de morte mais importantes são a desidratação e a desnutrição;
- Os casos graves de diarréia necessitam de tratamento de emergência;
- A absorção de sais (eletrólitos) e glicose se mantém durante a diarréia;

- A manutenção da alimentação na diarreia aguda é benéfica pois impede a deterioração do estado nutricional da criança e permite a regeneração do epitélio intestinal;
- A maior oferta de alimentos após a diarreia é importante na recuperação nutricional.

2.3. Sais para reidratação oral (SRO) bases e composição

O seu uso é fundamentado no melhor conhecimento da fisiopatologia das diarreias e nos mecanismos relacionados com o movimento da água, glicose e eletrólitos, através da mucosa intestinal.

Está bem demonstrado que a absorção de sódio acoplado à glicose não se altera durante a doença.

Desde 1971, a OMS/UNICEF recomenda a utilização de uma fórmula única para a preparação da SRO que é eficaz no tratamento da desidratação por diarreia de qualquer etiologia em qualquer grupo etário.

Esta fórmula é utilizada pelo Ministério da Saúde (MS), produzida pela Central de Medicamentos (CEME/MS), e tem a seguinte composição:

QUADRO I

COMPOSIÇÃO DO SRO	Gramas/Envelope
Cloreto de Sódio	3,5
Citrato Trissódico	
Dihidratado	2,9
Cloreto de Potássio	1,5
Glicose	20,0

	Milimoles/Litro de Água
Sódio	90
Cloro	80
Citrato	10*
Potássio	20
Glicose	111

Osmolaridade: 311 mOsm

*Como o citrato é trivalente, 10 mM correspondem a 30 mEq.

2.4. Diagnóstico

- Dar ênfase aos sinais e sintomas que se referem à diarreia e à desidratação: e verificar a existência de outras doenças associadas e, também, a história alimentar e ao uso de medicamentos;
- Pensar a criança descalça e despida;
- Realizar exame físico completo, explicando para mãe como conhecer os sinais de desidratação. Avaliar o estado de hidratação conforme o Quadro II.

A forma de classificar a desidratação em graus de intensidade, baseando-se na porcentagem de peso, é uma das heranças da época em que predominava o uso da reidratação venosa, na qual o volume a ser administrado deve ser determinado com alguma precisão, pois a solução é introduzida diretamente no espaço vascular.

Ao se fazer a reposição dos líquidos perdidos, é mais útil usar uma classificação operacional, baseada em sinais e sintomas que conduzem as opções terapêuticas possíveis, tais como se recomenda no Quadro II.

A interpretação deste quadro, leva à conduta terapêutica que vem a seguir:

QUADRO II

COMO AVALIAR O ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO SEU PACIENTE

1- OBSERVE			
CONDIÇÃO	Bem, alerta	IRRITADO- INTRANQUILO	* COMATOSO- HIPOTÔNICO*
OLHOS	Normais	Fundos	Muito Fundos
LÁGRIMAS	Presentes	Ausentes	Ausentes
BOCA E LÍNGUA	Úmidos	Secas	Muito Secas
SEDE	Bebe Normalmente	SEDENTO, BEBE RÁPIDO E AVIDAMENTE	*BEBE MAL OU NÃO É CAPAZ*
2- EXPLORE			
SINAL DA PREGA	DESAPARECE RAPIDAMENTE	DESAPARECE LENTAMENTE	MUITO LENTAMENTE
PULSO	Cheio	RÁPIDO, DÉBIL	*MUITO DÉBIL OU AUSENTE*
# ENCHIMENTO CAPILAR #	Normal (até 3 Seg.)	PREJUDICADO (de 3-5 Seg.)	*MUITO PREJUDICADO* (Mais de 5 Seg)
3- DECIDA			
	NÃO TEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais acima TEM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais incluindo pelo menos um sinal * TEM DESIDRATAÇÃO GRAVE
4- TRATE			
	USE PLANO A	USE PLANO B	USE PLANO C
<p># O examinador comprime, com a própria mão fechada da criança, durante 15 segundos. O examinador retira sua mão e observa o tempo para a volta da coloração normal da palma da mão da criança. A avaliação periférica é muito importante para as crianças, principalmente as desnutridas, em que os outros sinais de desidratação (elasticidade da pele, olhos, etc.) são de difícil apreciação.</p>			

2.5. Conduta Terapêutica

2.5.1. Plano A - A criança com diarreia sem sinais de desidratação

A grande maioria das crianças com diarreia não tem desidratação. Para prevenção da desidratação não é necessário utilizar um esquema terapêutico rígido.

Bastará, após o exame clínico da criança, orientar os familiares sobre a evolução natural da doença e o risco de complicações e a conduta a ser utilizada no domicílio.

- Recomendar o aumento da ingestão de líquidos preparados com ingredientes disponíveis nos domicílios: soro caseiro (vide anexo), chás, cozimento de cereais (arroz, milho), sopas e sucos. A mãe deverá ser orientada a oferecer depois de cada evacuação:

Crianças até 12 meses - 50 a 100 ml (1/4 - meio copo),

Crianças acima de 12 meses - 100 a 200 ml (1/2 a 1 copo).

- Manter a alimentação habitual, em especial o leite materno, aumentando a frequência das mamadas. Não se deve modificar o tipo e quantidade dos alimentos, corrigindo-se os erros dietéticos e aumentando a frequência com a qual são oferecidos para que, na falta de apetite, a ingestão fique próxima dos níveis normais.
- Ensinar a família a reconhecer os sinais de desidratação (olhos fundos, boca seca, pouca urina, muita sede) e recomendar que, caso a diarreia piore ou apresente os sinais acima, se inicie a administração de SRO e se procure o Serviço de Saúde.

2.5.2. Plano B - A criança com diarreia e sinais de desidratação.

A reidratação oral com o SRO é o tratamento de escolha para os pacientes com desidratação devido à diarreia e vômitos.

Os refrigerantes não devem ser utilizados como soluções de reidratação pois, além de ineficazes, podem piorar a diarreia.

A quantidade da solução ingerida dependerá da sede da criança. Apenas como uma orientação inicial, a criança deverá receber de 50 a 100 ml/Kg, no período de 4 a 6 horas.

Os lactentes amamentados no seio deverão continuar recebendo o leite materno, junto com o SRO. Os pacientes com outro tipo de alimentação deverão receber somente a solução reidratante, enquanto mantêm sinais de desidratação.

A solução deve ser oferecida com frequência, usando-se copo, colher ou conforme os hábitos da criança.

- Se o paciente vomitar, o volume administrado deverá ser reduzido e a frequência da administração aumentada.
- Os sinais clínicos de desidratação desaparecem paulatinamente durante o período de reidratação. Os pacientes deverão ser reavaliados com frequência.

Quando já ingerido o volume inicial prescrito e os sinais clínicos de desidratação ainda estiverem presentes, prescreve-se um volume adicional correspondente. São poucas as crianças que necessitam desta prescrição adicional.

- A febre causada pela desidratação geralmente cede na medida em que a criança se reidrata. O uso de antitérmicos nesta fase deve ser evitado.
- As crianças com desidratação deverão permanecer na unidade de saúde até a reidratação completa.
- A fase de reidratação termina quando desaparecem os sinais de desidratação. Se isto acontecer, antes mesmo da ingestão de todo volume inicial prescrito, deve-se interromper esta fase, alimentar a criança e administrar a SRO após cada evacuação. A administração com

sonda naso-gástrica é uma maneira de dar SRO de modo gradual e contínuo, favorecendo a absorção da solução, e deverá ser administrada nas seguintes condições: (anexo)

- Perda de peso após as primeiras duas horas de tratamento adequado com SRO;
- Vômitos persistentes (4 ou mais vezes, no mínimo, num período de uma hora) depois de iniciada a TRO;
- Distensão abdominal acentuada com ruídos hidroaéreos presentes, que não desaparecem mesmo após um intervalo maior entre as tomadas;
- Dificuldade de ingestão de SRO. (Por exemplo, estomatite severa). Iniciar a administração pela sonda na velocidade de 20 a 30 ml/kg/hora até a reidratação .
- Algumas crianças podem apresentar náuseas ou vômitos durante o uso de sonda naso-gástrica. Neste caso, deve-se reduzir a velocidade para 15 ml/kg/hora, retornando à velocidade de 30 ml/kg/hora logo que desapareçam estes sintomas.
- Não havendo disponibilidade para a administração gota-a-gota, fracionar o volume utilizando seringa. Nos casos de diarreia com desidratação com choque, na impossibilidade de hidratação venosa imediata, iniciar a hidratação por via naso-gástrica até que a via venosa seja possível.

Utilizar a hidratação venosa nas seguintes situações:

- Quando a criança não ganha ou perde peso após as primeiras duas horas de hidratação por sonda naso-gástrica;
- Quando a criança tem vômitos persistentes (quatro ou mais vezes, no mínimo, em uma hora) após a instalação da sonda naso-gástrica;
- No caso de crise convulsiva com alteração do estado de consciência.

Manutenção do Estado de Hidratação

- Terminada a reidratação, a criança deverá receber alta .

Os familiares deverão ser informados que a diarreia poderá durar ainda alguns dias;

- Fornecer dois envelopes de SRO cuja preparação deve ser ensinada e demonstrada;
- Após cada evacuação líquida, oferecer SRO nos seguintes volumes:

Crianças até 12 meses - 50 - 100 ml (1/4 a 1/2 copo)

Crianças acima de 12 meses - 100 - 200 ml (1/2 a 1 copo)

10 anos ou mais - a quantidade que desejar

- O aleitamento materno deve ser mantido e estimulado. Enfatizar que o leite materno é melhor alimento e ajuda a prevenir a diarreia e outras infecções;
- Para as crianças que recebem outros alimentos, orientar a mãe para manter a alimentação normal. Deve-se recomendar o uso de colheres e outros utensílios mais fáceis de serem mantidos limpos do que mamadeiras;
- A dieta deve ser a habitual da criança, corrigidos os erros dietéticos. A criança deve comer quanto e quando quiser;
- Enfatizar a importância de acrescentar uma refeição diária até a recuperação nutricional;
- A criança deve retornar ao serviço de saúde, para reavaliação após 24 a 48 horas;
- Orientar sobre os sinais de piora: sede intensa, vômitos frequentes, piora da diarreia, irritabilidade ou prostração. Indicar que, caso isso ocorra, deve-se administrar SRO e voltar imediatamente ao Serviço de Saúde.

2.5.3. Plano C - Criança com Diarréia e Desidratação Grave

A reidratação oral é o tratamento de escolha para os pacientes com desidratação. As indicações para hidratação venosa em crianças, restringem-se a:

- ⇒ Paciente com alteração do estado de consciência (criança deprimida, comatosa e incapaz de ingerir líquidos ou com crise convulsiva);
- ⇒ Quando após o uso de sonda naso-gástrica a criança tem vômitos persistentes (quatro ou mais vezes, no mínimo, em uma hora);
- ⇒ Quando a criança não ganha ou perde peso após as primeiras duas horas de sonda naso-gástrica;
- ⇒ Íleo paralítico (distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos).

É fundamental que, enquanto se aguarda a instalação da hidratação venosa, seja administrado SRO, através de sonda naso-gástrica, conta-gotas, seringas.

A hidratação venosa compreende duas fases:

1. Fase de expansão (rápida)
2. Fase de manutenção e reposição

1. Fase de Expansão (rápida)

A solução recomendada é de partes iguais de soro glicosado a 5% e soro fisiológico, administrado no volume de 100 ml/kg para infusão em 2 horas.

Para melhor compreensão da execução da reidratação venosa, utilizamos o seguinte exemplo:

Uma criança com 5 kg e desidratação grave deve tomar:

- Soro Glicosado 5% - 250ml
- Soro Fisiológico 0,9% - 250ml

Se após essa etapa, a criança continuar desidratada, administrar 25 a 50 ml por kg de peso em duas horas.

Deve-se assegurar um acesso venoso adequado (agulhas calibrosas, dois acessos venosos simultâneos, etc.) que garantam a infusão do volume total prescrito no máximo em 4 horas.

A fase de expansão (rápida) termina quando há melhora clínica da criança, desaparecimento dos sinais de desidratação.

Nesta fase, é muito importante a reavaliação da criança, pelo menos a cada hora, pelo profissional de saúde.

2. Fase de Manutenção e Reposição

A fase de manutenção é para cobrir as perdas normais e a fase de reposição deve compensar as perdas anormais decorrentes da diarreia e vômitos.

O volume a ser administrado nesta fase é o resultante da soma dos volumes da manutenção e reposição.

O paciente deve ser alimentado normalmente e tomar o SRO, testando-se a aceitação e tolerância da vida oral. A quantidade administrada por via venosa deverá ser reduzida progressivamente, conforme for aumentando a ingestão de alimento e SRO.

As necessidades de manutenção para 24 horas são:

LÍQUIDOS

Peso até 10 kg	100 ml/kg
Peso de 10 - 20 kg	1000 ml + 50 ml para cada kg de peso acima de 10 kg
Peso acima de 20 kg	1500 ml + 20 ml para cada kg de peso acima de 20 kg

Para cada 100 ml de líquido:

- Soro Glicosado 5% - 80 ml
- Soro Fisiológico - 20 ml
- KCI a 10% - 2 ml ou KCI a 19,1% - 1 ml

Quanto à reposição, como não é possível avaliar as perdas pelo número de evacuações, a primeira prescrição admitirá perdas de 50 ml/kg/dia. A solução a ser repostada deve conter 1 parte de soro fisiológico e 1 parte de soro glicosado a 5%.

Exemplo de prescrição de fase de manutenção e reposição

Criança de 5 kg - previsão para 24 horas:

Volume para manutenção - $5 \times 100 = 500$ ml

Volume para Reposição - $5 \times 50 = 250$ ml

Solução	Manutenção	Reposição	Manutenção e Reposição
SG 5%	400 ml	125 ml	525 ml
SF 0,9%	100 ml	125 ml	225 ml
KCI 10%	10 ml	-----	10 ml

O paciente na fase de manutenção deve ser avaliado continuamente. Em caso de grandes perdas com retorno a desidratação grave, será necessária nova fase de expansão. Nestes casos após a nova expansão, aumentar o volume de reposição (75 a 100 ml/kg/24 horas).

Nos locais onde estiver disponível a Solução Polieletrólítica preconizada pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, não haverá necessidade de fazer quaisquer outros cálculos, exceto o de volume, conforme descrito para as necessidades de líquido para manutenção e reposição.

Exemplo de Prescrição de fase de manutenção e reposição com solução polieletrolítica:

Criança com 5 kg Previsão para 24 horas

Volume para manutenção $5 \times 100 = 500$ ml

Volume para reposição $5 \times 50 = 250$ ml

Prescrição Final

Solução Polieletrolítica - 750 ml

Recomenda-se a prescrição de metade destes volumes a cada 12 horas ou 1/3 a cada 8 horas.

Para se calcular o gotejamento da solução usar a fórmula;

$$\text{N}^\circ \text{ de Gotas} = \frac{\text{Volume}}{3 \times H}$$

H = Tempo previsto para infusão

3 = Constante

SOLUÇÃO POLIELETROLÍTICA

Ingredientes	Quantidade	Composição em mmol/Litro	
Cloreto de Sódio	3,5 Gramas	Sódio	90
Cloreto de Potássio	1,5 gramas	Potássio	20
Acetato Monosódico Triidratado	4,02 Gramas	Acetato	30
Dextrose	20,0 Gramas	Dextrose	111

Osmolaridade: 331 mOsm/kg de H₂O.

3. ALIMENTAÇÃO NA DIARRÉIA

O aleitamento materno deve ser mantido e estimulado mesmo durante a reidratação. As crianças com aleitamento misto ou artificial devem continuar recebendo a dieta habitual. Os alimentos, inclusive leite de vaca, não devem ser diluídos para não reduzir o aporte calórico.

Para as crianças com dietas em concentração inadequadas, fazer as correções necessárias. Ressalta-se a importância do aumento de 1 ou + refeições ao dia, usando-se os alimentos habituais, para compensar as perdas causadas pela diarréia e evitar comprometimento do estado nutricional. Esta suplementação alimentar deverá ser mantida até a recuperação da nutrição das crianças.

Não há qualquer restrição alimentar à gordura (óleo vegetal, manteiga, etc.) não devendo ser retirada da dieta, devido ao seu alto teor calórico e porque não piora a evolução da diarréia.

É importante lembrar que os líquidos de hidratação oral, inclusive a SRO, não substituem a alimentação.

4. USO DE MEDICAMENTOS

O adequado suporte hidroeletrolítico e nutricional é decisivo para reduzir a mortalidade e a morbidade.

O uso de medicamentos deve ser exceção nos casos de diarréia aguda.

Os medicamentos comumente utilizados em diarréia aguda além de desnecessário, estão contra indicados (vide Quadro III).

Os antimicrobianos ficam reservados aos casos de diarréia que apresentam sangue nas fezes (disenteria) e que, após a reidratação, mantém comprometido o estado geral, e aos casos graves de cólera.

- Nos pacientes com sangue nas fezes e comprometimento do estado geral, recomenda-se a administração de Trimetoprim/Sulfametaxazol na dose de 50 mg/kg/dia de sulfa, divididas em 2 tomadas, durante 5 dias.
- Nos casos de cólera grave, a droga recomendada para maiores de 8 anos é tetraciclina 50 mg/kg/dia dividida em 4 doses, durante 3 dias. Abaixo de 8 anos recomenda-se Trimetoprim/Sulfametaxazol 50 mg/kg/dia de sulfa dividida em 2 tomadas, durante 3 dias.
- A identificação, em vezes diarréicas, de trofozoítos de *Giardia lamblia* e de *Entamoeba histolítica* recomenda o tratamento com Metronidazol (15 mg/kg/dia e 30 mg/kg/dia respectivamente) divididos em 3 doses diárias durante 5 dias. A confirmação destes e de outros parasitas deve ser feita pelo exame o parasitológico de fezes.

Quadro III

MEDICAMENTOS CONTRA-INDICADOS NA DIARRÉIA AGUDA

Antieméticos (Metoclopramida, Clorpromazina, etc...)	Podem provocar manifestação extrapiramidais e são depressores do sistema nervoso central. Podem dificultar ou impedir a criança de tomar soro, podendo também causar distensão abdominal.
Antiespasmódicos (Elixir paregórico, Atropínicos, Loperamida, Difenoxilato, etc...)	Inibem o peristaltismo intestinal, facilitando a proliferação dos germes e, por conseguinte, o prolongamento do quadro diarréico. Podem levar a falsa impressão de melhora.
Adstringentes (Caliolin-Pectina, carvão, etc...)	Têm apenas efeito cosmético sobre as fezes, aumentando a consistência do bolo fecal, além de espoliar sódio e potássio.

Antipiréticos (Dipirona, etc...)	Podem produzir sedação, prejudicando a tomada do soro oral
Lactobacilos	Não há evidência de sua eficácia.

5. MEDIDAS PREVENTIVAS

5.1. Informações Gerais

As medidas para prevenção para prevenção da diarreia visam sobretudo dois aspectos:

- Reduzir a transmissão dos agentes patogênicos, diminuindo a frequência dos episódios diarreicos;
- Promover o bom estado nutricional da criança, diminuindo as complicações e mortalidades por diarreia;

As seguintes medidas têm comprovado impacto na redução da morbi-mortalidade por diarreia:

❖ ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno, pelas suas qualidades bioquímicas e nutritivas, é o melhor alimento para a criança principalmente no seu 1º ano de vida. O aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses reduz o número de infecções e diminui a contaminação decorrente do uso de mamadeiras e alimentos contaminados.

Em comunidade com precárias condições de saneamento, crianças amamentadas com mamadeiras têm 25 vezes mais possibilidade de morrer por diarreia do que as crianças alimentadas exclusivamente com leite materno, durante os primeiros meses de vida.

Para amamentar convenientemente o bebe deve-se proporcionar condições para que a mãe possa:

- Iniciar a amamentação no seio se possível dentro da primeira meia hora após o parto;
- Dar o seio quantas vezes a criança solicitar;
- Nos primeiros 6 meses de vida deve-se manter o aleitamento materno exclusivo (não devem ser oferecidos líquidos como água, chás ou leite).

A amamentação no seio durante e após qualquer doença da criança deve ser mantida, sobretudo nos casos de diarreia.

❖ PRÁTICAS ADEQUADAS DE DESMAME

A introdução de novos alimentos deve ser iniciada em torno do 6º mês, os alimentos devem ser de boa qualidade nutritiva e preparados com boa higiene. Levando-se em consideração a disponibilidade de alimentos e hábitos culturais da família, a criança poderá se alimentar de frutas regionais, cereais, leguminosas, carne e ovos. O acompanhamento do estado nutricional é facilitado pelo controle periódico do peso através do uso do Cartão da Criança.

❖ IMUNIZAÇÃO

Seguir o esquema básico de vacinação do Ministério da Saúde, uma vez que as doenças infecciosas espoliam o organismo, diminuindo a resistência da criança, tornando-a mais vulnerável à diarreia infecciosa.

A imunização contra o sarampo reduz significativamente a mortalidade por diarreia e deverá ser feita a partir dos 9 meses de idade.

❖ SANEAMENTO BÁSICO

A disponibilidade de água em quantidade suficiente nos domicílios é a medida mais eficaz no controle das diarreias infecciosas. Nos lugares onde não existe saneamento básico, buscar solução juntamente com a

comunidade para o uso e acondicionamento da água em depósito limpo e tampado. É importante a orientação sobre o destino do lixo, das fezes e o uso adequado das fossas domiciliares.

A disponibilidade de rede de água e esgoto adequados reduz a morbidade por diarreia de maneira considerável.

A educação da comunidade leva à valorização das condições de saneamento básico, tornando-a prioritária também para os governos.

❖ LAVAGEM DAS MÃOS

A higiene das mãos reduz a frequência dos episódios diarreicos.

Deve-se lavar bem as mãos:

- Após limpar uma criança que acaba de evacuar;
- Após a evacuação;
- Antes de preparar a comida;
- Antes de comer;
- Antes de alimentar a criança.

6. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O profissional de saúde deve necessariamente envolver a comunidade não apenas como alvo de informações, mas repartindo com ela a responsabilidade de buscar alternativas para um eficaz trabalho preventivo. Para isso deverá:

- a) Conhecer as práticas da população;
- b) Valorizar as práticas adequadas;
- c) Modificar as práticas inapropriadas.

Deve-se aproveitar todas as oportunidades de contato com a mãe para discutir sobre:

- A repercussão das medidas preventivas sobre os meios de transmissão da diarreia;
- A evolução do quadro clínico da diarreia, consequência das doenças e os sinais de alerta que indicam a necessidade de buscar recursos de saúde;
- O uso da TRO;
- A alimentação adequada da criança.

Para a difusão de conceitos sobre a saúde, deverão ser utilizados, todos os recursos disponíveis como: mensagens educativas, cartazes, palestras e os meios de comunicação de massa disponíveis da comunidade.

O mais importante, porém, é a comunicação direta - pessoa a pessoa - se possível, com demonstrações práticas, envolvendo diretamente as mães.

Individualmente, a educação em saúde deve fazer parte de todo atendimento feito por qualquer membro da equipe de saúde.

7. CONTROLE DAS EPIDEMIAS

Os surtos de diarreia infecciosa devem ser controlados com a máxima de eficácia e eficiência possíveis. Para isso, é necessário melhorar a identificação precoce das epidemias com a implantação das seguintes medidas:

- Utilização de registro de casos para conhecimento da demanda;
- Visita domiciliar quando houve suspeito de surto epidêmico;
- Identificação da fonte de contaminação;
- Retaguarda laboratorial para a identificação do agente etiológico;
- Disponibilidade de tratamento adequado e oportuno para todos os casos;
- Notificação imediata ao serviço de vigilância epidemiológica para as providências necessárias.

Diante de um aumento do número diário de pacientes com diarreia e desidratação grave, especialmente em maiores de 5 anos, deve ser considerada a possibilidade de cólera.

Esses casos deverão ser imediatamente notificados ao serviço de vigilância epidemiológica e as amostras das fezes devem ser encaminhadas a um serviço de saúde de referência para diagnóstico.

Deve-se suspeitar de cólera:

a) Área sem evidência de circulação do *Vibrio cholerae*:

- Qualquer indivíduo, independente de faixa etária, proveniente de áreas onde estejam ocorrendo casos de cólera, que apresente diarreia líquida de início súbito, até o décimo dia de sua chegada.
- Qualquer indivíduo, com diarreia líquida abundante, independentemente de faixa etária, que coabite com pessoas que retornaram de áreas endêmicas ou epidêmicas de cólera, há menos de 30 dias.
- Todo indivíduo com mais de 5 anos de idade, que apresente diarreia súbita, líquida e abundante. A presença de desidratação rápida, acidose e colapso circulatório reforçam a suspeita.

b) Áreas com evidências de circulação do *Vibrio cholerae* patogênico (onde já foi isolado no mínimo 5 amostras de *Vibrio cholerae*):

- Qualquer indivíduo que apresente diarreia aguda, independente de faixa etária.

Obs: Convém lembrar que crianças, especialmente menores de 5 anos, podem apresentar diarreia e desidratação grave por outras etiologias que não cólera.

Nestes casos é importante a confirmação bacteriológica .

Lembrar que mais de 80% dos casos de cólera apresentam-se de forma assintomática ou leve.

É importante o destino adequado das fezes para diminuir o risco da disseminação das doenças diarréicas.

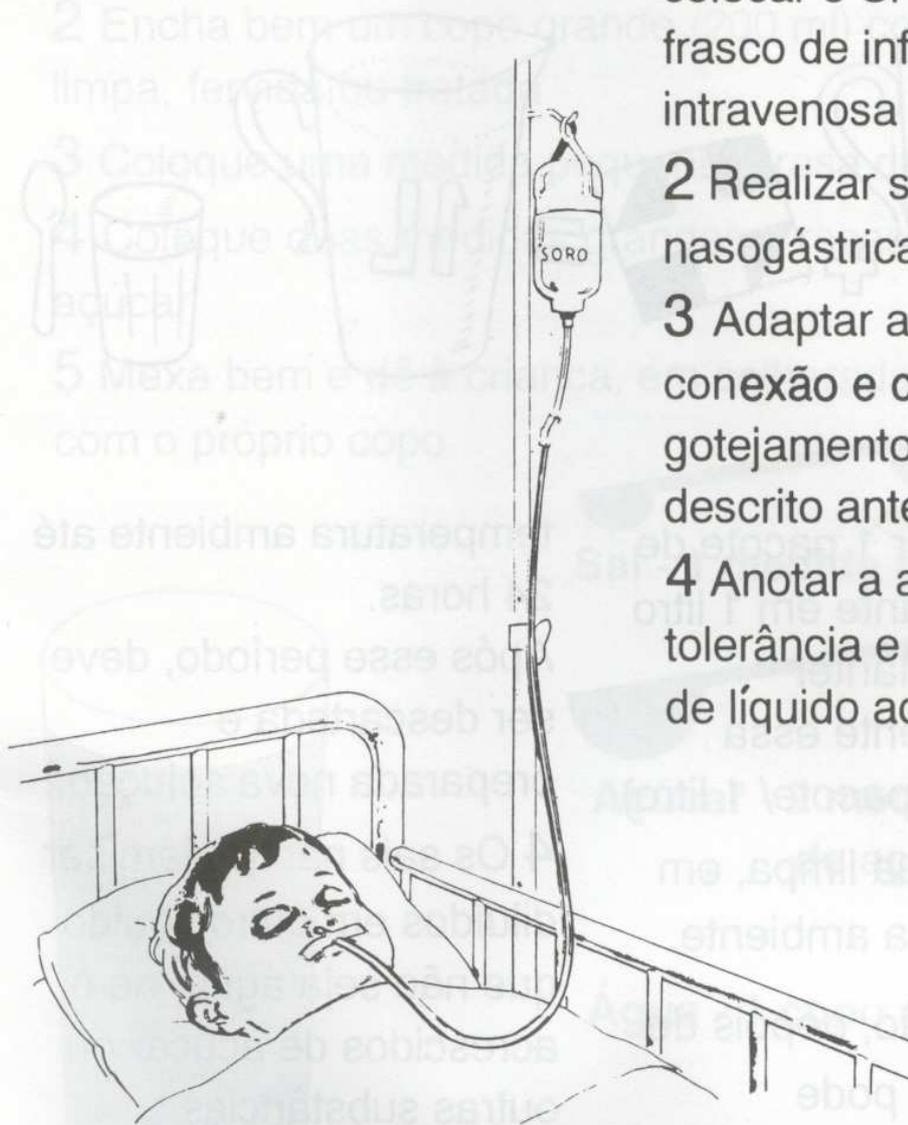
Nos casos de cólera, as fezes devem ser previamente tratadas com solução de Hipoclorito de Na a 10%, por 20 - 30 minutos antes de sua eliminação definitiva para o local adequado.

A água é o principal veículo de transmissão da cólera.

Nos países ameaçados pela doença, é evidente que a maior preocupação deve ser a de preservar a qualidade da água de consumo humano, quer seja de abastecimento público ou individual. Isso deverá ser feito mediante o controle constante da qualidade da água de todos os sistemas públicos de abastecimento, bem como das fontes individuais, incluindo-se a proteção sanitária dos mananciais abastecedores e as medidas domiciliares de desinfecção.

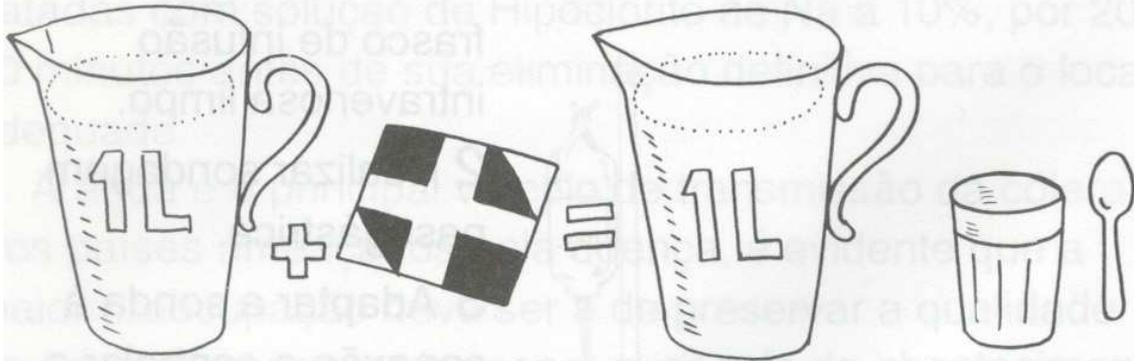
ANEXOS

Gastróclise



- 1 Quando disponível, colocar o SRO em frasco de infusão intravenoso limpo.
- 2 Realizar sondagem nasogástrica.
- 3 Adaptar a sonda à conexão e controlar o gotejamento, conforme descrito anteriormente.
- 4 Anotar a aceitação, tolerância e quantidade de líquido administrado.

Preparação da Solução de Sais de Reidratação Oral



1 Dissolver 1 pacote de sal reidratante em 1 litro de água. Manter rigorosamente essa relação (1 pacote/ 1 litro).

2 Usar água limpa, em temperatura ambiente.

3 A solução, depois de preparada, pode permanecer em

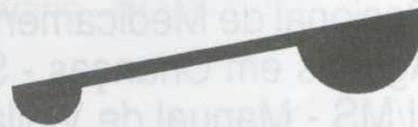
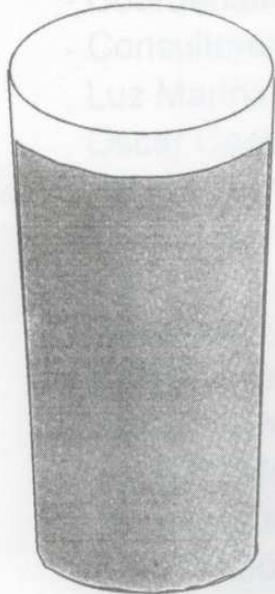
temperatura ambiente até 24 horas.

Após esse período, deve ser descartada e preparada nova solução.

4 Os sais não podem ser diluídos em outro líquido que não seja água, nem acrescidos de açúcar ou outras substâncias visando melhorar o sabor.

Preparo do Soro Caseiro com a Colher - medida

- 1 Lave bem as mãos antes de começar
- 2 Encha bem um copo grande (200 ml) com água limpa, fervida ou tratada
- 3 Coloque uma medida pequena e rasa de sal
- 4 Coloque duas medidas grandes e rasas de açúcar
- 5 Mexa bem e dê à criança, em colheradas ou com o próprio copo



Sal - 1 medida rasa de sal



**Açúcar - 2 medidas rasas
de açúcar**

Água - 1 copo de água

BIBLIOGRAFIA

- Ministério da Saúde - Manual de Assistência e Controle das Doenças Diarréicas - 2ª edição.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) - Pautas para conduzir cursos de capacitação clínica no manejo correto de diarreia em centros de saúde e pequenos hospitais - CDD/SER/90.2
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) - Manual de Tratamento das Diarréias, Série Paltex
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) - Uso Racional de Medicamentos no Manejo das Diarréias Agudas em Crianças - Série Paltex
- CENEPI/MS - Manual de Vigilância Epidemiológica da Cólera

ELABORAÇÃO

- Neide Glória Garrido - MS
- Josenilda Caldeira Brant - UnB
- Zuleica Portela Albuquerque - DINSAMI/MS
- Márcio Moreira Salles - FHDF

REVISÃO DA 2ª EDIÇÃO

- Giuseppe Sperotto - Instituto da Criança/HC-USP
- Juan Urrutia - OPS/OMS
- Sandra Josefina Grise - Instituto da Criança/HC-USP
- Ana Goretti Kalume Maranhão - DINSAMI/MS - FHDF
- Reinaldo Menezes de Martins - INAMPS/RJ

REVISÃO DA 3ª EDIÇÃO

- Coordenador: Ana Goretti Kalume Maranhão - COSMI/MS
- Consultores:
 - Luz Marina Ponce de Leon - OPAS
 - Oscar Castilho - UNICEF
 - Hugo Ribeiro Junior - UFBA
 - Francisco José Pena - UFMG
 - Sandra Josefina Grise - Instituto da Criança/HC-USP
 - Giuseppe Sperotto - UNICAMP
 - Antonio Celso Calçado - UFRJ - SBP
 - Nelson Arns Newman - Pastoral da Criança
 - Reinaldo Menezes de Martins
 - Grupo de Defesa da Saúde da Criança
 - Miriam Lobo - FHDF
 - Helga Verena - Faculdade de Medicina de Botucatu
 - Joaquim Antonio César Mota UFMG