

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos
Transmissíveis

NOTA INFORMATIVA Nº 04/2024 - SES/GEVS 02 em de fevereiro de 2024

Assunto: Medidas de prevenção das Doenças Diarreicas Agudas /Doença de Transmissão Hídrica e Alimentar

No primeiro período do ano, observa-se uma sazonalidade, a ocorrência de maior número de casos esperados de DDA, devido a diversos fatores, entre eles, altas temperaturas que acabam por contribuir na deterioração de alimentos, a ocorrência de chuvas e enchentes com a exposição da população a água contaminada.

As doenças de transmissão hídrica e alimentar (DTHA) são aquelas ocasionadas pela ingestão de água e/ou alimentos contaminados por agentes etiológicos de diversos grupos, entre elas, estão as doenças diarreicas agudas (DDA), caracterizadas por uma síndrome que ocasiona a diminuição da consistência das fezes e o aumento da frequência (mínimo 3 episódios em 24h), geralmente autolimitadas, com duração de até 14 dias. Em alguns casos, há presença de muco ou sangue, quadro conhecido como disenteria, pode ainda ser acompanhada de náusea, vômito, febre e dor abdominal, as DDA podem evoluir clinicamente para quadros de desidratação que variam de leve a grave.

A etiologia das DDA infecciosa é ampla e pode envolver bactérias, vírus e parasitas intestinais oportunista, os períodos de incubação, quadro clínico, duração das doenças e modo de transmissão variam de acordo com o agente etiológico causador, sendo que tanto vírus quanto bactérias e parasitos intestinais oportunistas podem apresentar características clínicas muito semelhantes.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS

Reconhecidas como importante causa de morbimortalidade no Brasil, as DDA mantem relação direta com as precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em decorrência da falta de saneamento básico e desnutrição crônica, entre outros fatores.

No ano de 2023, foram registrados 161.240 casos de DDA no estado da Paraíba, já em 2024, até a SE 04, foram 15.706 casos.

As DDA ocorrem no decorrer do ano e, para seu acompanhamento, a vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas (VE-DDA) identifica os casos de DDA atendidos, segundo semana epidemiológica, nas unidades sentinelas para as DDA distribuídas nos municípios. Essa atividade é primordial para que sejam conhecidos os aspectos epidemiológicos das doenças e os fatores que contribuem para seu aumento.

DEFINIÇÃO DE CASO

Definição de Caso de DDA – Indivíduo que apresente três ou mais evacuações, amolecidas ou aquosas, por dia (em 24 horas), com duração de até 14 dias.

Definição de Surto de DDA – Considera-se a ocorrência de, no mínimo, dois casos de diarreia, relacionadas entre si, após ingestão do mesmo alimento ou água da mesma origem. Devido as muitas possibilidades de etiologia e fontes de transmissão, os surtos de DDA, são comumente chamados de surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA).

Para as DTHA consideradas raras, como botulismo e cólera, a ocorrência de apenas um caso é considerada surto.

NOTIFICAÇÃO

Os dados da ocorrência de diarreia e surtos devem ser registrados diretamente pelos municípios, após consolidação das notificações através dos formulários de investigação, no Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica - SIVEP-DDA <http://sivepdda.saude.gov.br/senha.asp?logoff=sim>, semanalmente. Quando a causa suspeita de diarreia for água e/ou alimentos contaminados, situação que pode constituir potencial ameaça pública



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos
Transmissíveis

conforme Portaria GM/MS Nº 217 de 01 de março de 2023 envolvendo duas ou mais pessoas, utilizar a Ficha de Investigação de Surto- DTA (Doenças Transmitidas por Alimentos) do Sinan.

É fundamental que a investigação seja realizada em conjunto com outros atores, como a Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) e outras áreas.

A vigilância epidemiológica municipal deve realizar a busca ativa de casos não notificados nas unidades de saúde.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DAS DDA/DTHA

As recomendações são de aplicação geral, em períodos de sazonalidade dessas doenças é necessário ações que promovam a prevenção das DDA/DTHA é fundamental para conter os casos e evitar sua disseminação e ocorrência de surtos por isso deve ser intensificada.

As medidas de prevenção das DDA/DTHA incluem práticas de higiene pessoal e coletiva, manejo adequado de alimentos, ingestão de água tratada, manejo de resíduos sólidos e devem envolver, além da vigilância epidemiológica, as vigilâncias sanitária e ambiental, atenção à saúde, saneamento, órgãos de meio ambiente e de recursos hídricos.

Entre as principais ações de prevenção das DDA/DTHA, estão as medidas para evitar a contaminação de superfícies e alimentos e a transmissão entre as pessoas, a partir do contato com as mãos contaminadas, por isso a **higiene das mãos com água limpa e sabão**, por ao menos 20 segundos, é sempre a melhor ação e deve ser realizada:

- Em qualquer etapa do manuseio de alimentos, seja no preparo, acondicionamento, armazenamento e transporte antes do consumo;
- Antes de manipular e ingerir qualquer medicação;
- Após ir ao banheiro/realizar necessidades fisiológicas;
- Após utilizar transporte público ou tocar superfícies que possam estar sujas;
- Após tocar em animais;
- Sempre que retornar de alguma atividade externa;
- Antes e após amamentar e/ou trocar fraldas;
- Após tossir, espirrar e assoar o nariz.

Nota: Na falta de água limpa e sabão, utilizar álcool a 70% e lavar as mãos assim que possível.

Prevenir a contaminação de alimentos e a transmissão de agentes etiológicos presentes em alimentos contaminados a partir das:

Boas práticas de manipulação e preparo dos alimentos:

- Higienizar adequadamente vegetais (frutas, legumes e folhosos), com ênfase na esfregação mecânica, em água limpa e corrente, e desinfetar os que serão consumidos crus;
- Cozinhar bem carnes bovinas, suínas e de aves, pescados, ovos e leite cru;
- Descongelar alimentos em temperatura inferior a 5°C ou no micro-ondas.

Boas práticas durante o acondicionamento e armazenamento dos alimentos:

- Manter alimentos perecíveis e preparados cobertos e sob refrigeração 2°C a 8°C;
- Separar alimentos preparados dos crus e semiprontos para evitar contaminação cruzada;
- Manter alimentos perecíveis em temperatura ambiente apenas pelo tempo necessário à sua manipulação;
- Cobrir os alimentos prontos para consumo e manter, no máximo por 60 minutos, em temperatura ambiente;



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos
Transmissíveis

- Higienizar utensílios usados no preparo de carnes, pescados, ovos e leite com água limpa e sabão para utilizá-los com alimentos que serão consumidos crus;
- Manter os alimentos bem acondicionados e fora do alcance de insetos, roedores, pets e outros animais.

Boas práticas durante o transporte adequado dos alimentos:

- Transportar apenas em recipientes cobertos;
- Transportar alimentos cozidos quentes à temperatura de 60°C ou mais por, no máximo, 6 horas;
- Alimentos cozidos frios – transportar refrigerados à temperatura inferior a 5°C por no máximo 5 (cinco) dias;
- Alimentos congelados – transportar à temperatura abaixo de 0°C.

A ingestão de água tratada é essencial para prevenir as DDA/DTHA, dessa forma, caso a água não seja tratada, é imprescindível realizar seu tratamento intradomiciliar a partir da filtração e desinfecção:

- **Opção 1:** filtrar e utilizar duas gotas de solução de hipoclorito de sódio a 2,5% em 1 litro de água e aguardar 30 minutos antes de consumir;
- **Opção 2:** filtrar e ferver a água por 5 minutos (após a fervura), após esfriar, sacudir/chacoalhar para melhorar o sabor, como alternativa à falta de hipoclorito de sódio 2,5%.

Nota: Consumir a água tratada em até 24h e armazenar a água tratada em recipientes higienizados e tampados.

As ações relacionadas ao manejo adequado do lixo e das fezes a fim de prevenir a contaminação do ambiente e de animais, além da proliferação de insetos que possam contaminar água e alimentos como:

- Use sempre o vaso sanitário, mas caso não seja possível, enterrar as fezes (bem cobertas) sempre longe dos cursos de água;
- Eliminar fezes de felinos e de cães em lixo cobertos e seguros;
- Manter o armazenamento do lixo coberto;
- Instalar telas em portas e janelas de locais com grandes quantidades de moscas.

Em situações de surtos de DDA/DTHA ou contato com pessoas doentes:

- Lavar as mãos com mais frequência ao ajudar/atender pessoas com diarreia e vômitos;
- Recolher rapidamente as fraldas com fezes e armazenar em sacos fechados até seu acolhimento;
- Evitar apertar as mãos e contatos próximos durante os surtos;
- Higienizar com água e sabão e desinfetar os objetos, superfícies e ambientes (ex: brinquedos, maçanetas, banheiros, salas de aula, creche, asilo etc.) utilizando luvas de proteção individual;
- Higienizar rapidamente com água e sabão as roupas sujas de vômitos e fezes;
- Utilizar máscaras de proteção individual, especialmente em ambientes fechados e com contatos próximos, pode ser uma medida que auxilie no controle de surtos com disseminação generalizada de agentes etiológicos com transmissão por aerossóis. Para que as medidas de prevenção sejam efetivas, as ações de educação em saúde são essenciais para proporcionar a transformação de comportamentos e promover a saúde, de forma a fornecer as pessoas conhecimentos sobre os fatores determinantes e condicionantes do adoecimento.



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos Transmissíveis

MANEJO DO PACIENTE



IDENTIFICAR DISENTERIA OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARRÉIA																														
<p>D.1. VERIFICAR SE O PACIENTE TEM SINAIS DAS FEZES (DISENTERIA) E AVALIAR SEU ESTADO GERAL:</p> <p>D.1.1. Se apresentar sangue nas fezes e comprometimento do estado geral, conforme o quadro de observação do paciente (epi, febre alta persistente, dor abdominal, vômito ou como ometimento sistêmico).</p> <p>D.1.2. Reduzir o paciente conforme os planos A, B ou C de acordo com o estado de hidratação.</p> <p>D.1.3. Iniciar antibioticoterapia:</p> <p>a) CRIANÇAS COM ATÉ 30 kg (até 10 anos): Azitromicina 10 mg/kg/dia, via oral, no primeiro dia e 5 mg/kg/dia por mais 4 dias; Ceftriaxona 30 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa.</p> <p>NOTA: Crianças menores de 3 meses ou crianças com imunodeficiência: - Ceftriaxona 50 a 100 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, se não estiver hospitalizada; - Ceftriaxona 1 a 2 doses intramuscular e referir ao hospital.</p> <p>b) CRIANÇAS COM MAIS DE 30kg (com mais de 10 anos), ADOLESCENTES E ADULTOS: Ceftriaxona 50 a 100 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa.</p> <p>Observação: crianças com quadro de desidratação devem ter o primeiro atendimento em qualquer estabelecimento de saúde, devendo-se iniciar hidratação e antibioticoterapia de forma imediata, até que chegue ao hospital.</p> <p>D.1.3. Orientar o paciente ou acompanhante para aumento da ingestão de líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.</p> <p>D.1.4. Reavaliar o paciente após 2 dias.</p> <p>D.1.5. Se persistir a presença de sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento:</p> <p>SE CRIANÇA (até 10 anos): Encaminhar para internação hospitalar. SE ADULTO, ADOLESCENTE OU CRIANÇA COM MAIS DE 10 ANOS: - Condições gerais boas, seguir planos A, B ou C, conforme estado de hidratação - não usar antibioticoterapia; - Condições gerais comprometidas, administrar Ceftriaxona 50 a 100 mg/kg, via intramuscular, 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, ou encaminhar para internação hospitalar.</p> <p>D.2. IDENTIFICAR DIARRÉIA PERSISTENTE/CRÔNICA</p> <p>D.2.1. Se tiver mais de 14 dias de evolução da doença: D.2.1.1. Encaminhar o paciente para a uma unidade hospitalar se: - Apresentar sinais de desidratação. Nesse caso, realidar o primeiro e, em seguida, encaminhá-lo a uma unidade hospitalar. - Apresentar sinais de desidratação grave. - Apresentar sinais de desidratação grave. - Apresentar sinais de desidratação grave.</p> <p>Observação: quando não houver condições de escopelir para a unidade hospitalar, orientar o responsável acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual no domicílio enquanto aguarda referência hospitalar. Caso apresente algum sinal de alerta (Ver item A.3.2), levar imediatamente a um estabelecimento de saúde para atendimento.</p> <p>D.2.2. Pacientes maiores de 6 meses sem sinais de desidratação: encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.</p>																														
PARA TRATAR A DEDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ENDOVENOSA NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/HOSPITAL																														
<p>C.1. ADMINISTRAR REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA - FASE DE EXPANSÃO E FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SOLUÇÃO</th> <th>VOLUME</th> <th>TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>30 ml/kg</td> <td>1 hora</td> </tr> <tr> <td>Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>70 ml/kg</td> <td>5 horas</td> </tr> </tbody> </table> <p>FASE DE EXPANSÃO - A PARTIR DE 1 ANO¹</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SOLUÇÃO</th> <th>VOLUME</th> <th>TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>30 ml/kg</td> <td>30 minutos</td> </tr> <tr> <td>Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato</td> <td>70 ml/kg</td> <td>2 horas e 30 minutos</td> </tr> </tbody> </table> <p>¹ Para recém-nascidos ou menores de 5 anos com cardiopatias graves, começar com 10 ml/kg de peso.</p> <p>FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SOLUÇÃO</th> <th>VOLUME</th> <th>TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% (proporção 4:1)</td> <td>Peso até 10 kg: 100 ml/kg 1.000 ml + 3.000 ml de peso que exceder 10 kg</td> <td>24 HORAS</td> </tr> <tr> <td>Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% (proporção 4:1)</td> <td>Peso de 10 a 20kg: 1.000 ml + 3.000 ml de peso que exceder 20 kg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% (proporção 4:1)</td> <td>Peso acima de 20 kg: 170 ml/kg + 2.000 ml</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>3) Para recém-nascidos ou menores de 5 anos com cardiopatias graves, iniciar com 50 ml/kg de peso, com este volume dividido em 2 doses de acordo com as perdas do paciente.</p> <p>4) KCl a 10%.</p>	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	1 hora	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	5 horas	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	30 minutos	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% (proporção 4:1)	Peso até 10 kg: 100 ml/kg 1.000 ml + 3.000 ml de peso que exceder 10 kg	24 HORAS	Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% (proporção 4:1)	Peso de 10 a 20kg: 1.000 ml + 3.000 ml de peso que exceder 20 kg		Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% (proporção 4:1)	Peso acima de 20 kg: 170 ml/kg + 2.000 ml	
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO																												
Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	1 hora																												
Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	5 horas																												
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO																												
Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	30 minutos																												
Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos																												
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO																												
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% (proporção 4:1)	Peso até 10 kg: 100 ml/kg 1.000 ml + 3.000 ml de peso que exceder 10 kg	24 HORAS																												
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% (proporção 4:1)	Peso de 10 a 20kg: 1.000 ml + 3.000 ml de peso que exceder 20 kg																													
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% (proporção 4:1)	Peso acima de 20 kg: 170 ml/kg + 2.000 ml																													
PARA TRATAR A DEDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ENDOVENOSA NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/HOSPITAL																														
<p>C.2. AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE SE NÃO HOUVER MELHORA DA DEDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO/CONTINER:</p> <p>C.2.1. Iniciar a reidratação por via oral com solução de SRO, quando o paciente puder beber, geralmente a 3 horas após o início da reidratação endovenosa, concomitantemente.</p> <p>C.2.2. Quando o paciente não puder beber, iniciar a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir a solução de SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de solução de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.</p> <p>C.2.3. Reavaliar o estado de hidratação e orientar quanto ao tratamento apropriado a ser seguido: PLANO A, B ou continuar com C.</p>																														
OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM SER REIDRATADOS POR VIA ORAL CONSEQUENDO MANter A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL																														
<p>C.3. AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE SE NÃO HOUVER MELHORA DA DEDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO/CONTINER:</p> <p>C.3.1. Iniciar a reidratação por via oral com solução de SRO, quando o paciente puder beber, geralmente a 3 horas após o início da reidratação endovenosa, concomitantemente.</p> <p>C.3.2. Quando o paciente não puder beber, iniciar a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir a solução de SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de solução de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.</p> <p>C.3.3. Reavaliar o estado de hidratação e orientar quanto ao tratamento apropriado a ser seguido: PLANO A, B ou continuar com C.</p>																														

MANEJO DO PACIENTE COM DIARRÉIA

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

ETAPAS	A (sem desidratação)	B (com desidratação leve)	C (com desidratação grave)
Estado geral	Ativo, alerta	Intimidado, irritable	Consciente, hipotônico
Olhos	Sem alteração	Fundos	Fundos
Observar	Sem sede	Sedento, bebe água e líquidos	Não é capaz de beber
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca/língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
Explorar	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente
Pulso	Claro	Claro	Fraco ou ausente ¹
Perda de peso²	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
Decida	SEM SINAIS DE DEDRATAÇÃO	SEM SINAIS DE DEDRATAÇÃO GRAVE	SEM SINAIS DE DEDRATAÇÃO GRAVE
Trate	PLANO A	PLANO B	PLANO C

¹ Valores para avaliação do estado de hidratação do paciente que tem maior risco de desidratação e especificidade, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

² A avaliação da perda de peso é necessária quando o paciente está internado e evolui com diarreia e vômito.

Observação: caso haja dúvida quanto à classificação (variáveis de desidratação ou de desidratação grave), deve-se estabelecer o plano de tratamento considerado no pior cenário.

PLANO A	PLANO B	PLANO C								
<p>PARA TRATAR A DEDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</p> <p>B.1. ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE SRS DE REIDRATAÇÃO ORAL:</p> <p>B.1.1. Apenas como orientação inicial, o paciente deve receber 100 ml de SRO (média de 15 ml/kg) para ser administrado no período de 4 a 6 horas.</p> <p>B.1.2. A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente:</p> <p>B.1.3. A solução de SRO deverá ser administrada continuamente, até que o paciente esteja hidratado, durante o tempo do plano B. Apresentar vômitos persistentes, administrar uma dose de SRO imediatamente.</p> <p>B.1.4. Crianças de 6 meses a 2 anos: 2 a 6 ml/kg (2 a 6 ml/kg).</p> <p>B.1.5. Crianças maiores de 2 anos: 10 a 20 ml/kg (10 a 20 ml/kg).</p> <p>B.1.6. Adultos e crianças com mais de 10 anos: mais de 50 kg: 8 ml/kg.</p> <p>ALERTA: NÃO UTILIZAR EM CRIANÇAS.</p>	<p>PARA TRATAR A DEDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</p> <p>B.2. DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEQUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE":</p> <p>PLANO A:</p> <p>B.2.1. Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o plano A.</p> <p>B.2.2. Se o paciente continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (se necessário).</p> <p>B.2.3. Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o plano C.</p> <p>ALERTA: NÃO UTILIZAR EM CRIANÇAS.</p>	<p>PARA TRATAR A DEDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ENDOVENOSA NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/HOSPITAL</p> <p>C.1. ADMINISTRAR REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA - FASE DE EXPANSÃO E FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO</p> <p>C.1.1. Iniciar a reidratação por via oral com solução de SRO, quando o paciente puder beber, geralmente a 3 horas após o início da reidratação endovenosa, concomitantemente.</p> <p>C.1.2. Quando o paciente não puder beber, iniciar a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir a solução de SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de solução de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.</p> <p>C.1.3. Reavaliar o estado de hidratação e orientar quanto ao tratamento apropriado a ser seguido: PLANO A, B ou continuar com C.</p>								
<p>A.1.1. O paciente deve tomar líquidos caseiros (leite, chá, suco, água de coco, água de coco, água de coco com açúcar, água de coco com limão, água de coco com mel, água de coco com mel e limão).</p> <p>A.1.2. Não utilizar refrigerantes e, preferencialmente, não adotar o chá ou o suco.</p>	<p>A.2.1. Manter a alimentação habitual - tanto as crianças, como os adultos.</p> <p>A.2.2. Crianças em aleitamento materno exclusivo - o único líquido que deve ser oferecido, além do leite materno, é a solução de SRO.</p>	<p>A.3.1. EVITAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não melhorar em 2 dias. • Apresentar qualquer um dos sinais de alerta, abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Plora de diarreia • Sangue nas fezes • Diminuição da diurese • Vômitos repetidos • Recusa de alimentos 								
<p>A.4. ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:</p> <p>A.4.1. Evitar o uso de medicamentos sem a orientação de um profissional de saúde.</p> <p>A.4.2. Preparar e administrar a solução de SRS de reidratação oral.</p> <p>A.4.3. Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lançarem adequada das mãos, tratamento da água intradomiciliar e higienização dos alimentos).</p>	<p>A.5. ADMINISTRAR ZINCO 1 vez ao dia, DURANTE 10 A 14 DIAS</p> <p>A.5.1. Menores de 5 anos: 20 mg/dia.</p> <p>A.5.2. Maiores de 5 anos: 100 mg/dia.</p>	<p>ATENÇÃO:</p> <p>SE, APÓS 6 HORAS DE TRATAMENTO, NÃO HOUVER MELHORA DA DEDRATAÇÃO, ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA INVESTIGAÇÃO.</p>								
<p>QUANTIDADE DE LÍQUIDOS QUE DEVE SER ADMINISTRADA/INGERIDA APÓS CADA EVACUAÇÃO DIARRÉICA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>IDADE</th> <th>Quantidade que o paciente aceitar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menores de 1 ano</td> <td>50-100 ml</td> </tr> <tr> <td>De 1 a 10 anos</td> <td>100-200 ml</td> </tr> <tr> <td>Maiores de 10 anos</td> <td>Quantidade que o paciente aceitar</td> </tr> </tbody> </table>	IDADE	Quantidade que o paciente aceitar	Menores de 1 ano	50-100 ml	De 1 a 10 anos	100-200 ml	Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar	<p>O PLANO B DEVE SER REALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</p> <p>O PACIENTE DEVE PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.</p>	<p>OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM SER REIDRATADOS POR VIA ORAL CONSEQUENDO MANter A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL</p>
IDADE	Quantidade que o paciente aceitar									
Menores de 1 ano	50-100 ml									
De 1 a 10 anos	100-200 ml									
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar									



GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos
Transmissíveis

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Vigilância epidemiológica das doenças de transmissão hídrica e alimentar: manual de treinamento**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. -Brasília: Ministério da Saúde,2021.196p.:il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 3** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. **Nota Informativa Nº15/2023-CGZV/DEDT/SVSA/MS**. Esclarece sobre o termo popularmente conhecido como “Virose da Mosca” e dá outros encaminhamentos. Destinatário: Vigilância epidemiológica da DTHA estadual. João Pessoa,10 de jan.2024. 1 mensagem eletrônica.

Expediente:

Jhony Wesllys Bezerra Costa
Secretário de Estado da Saúde

Renata Valéria Nóbrega
Secretária Executiva de Saúde

Patrick Aureo Lacerda de Almeida Pinto
Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidade de Saúde

Talita Tavares Alves de Almeida
Gerente Executiva de Vigilância em Saúde

Talitha Emanuelle B. G. de Lira Santos
Gerente Operacional de Vigilância Epidemiológica

Fernanda Carolina Rodrigues Vieira
Chefe do Núcleo de Doenças Transmissíveis Agudas

Maria da Glória de Sousa Sobreira
Área Técnica da Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar