



### + DEFINIÇÃO DE CASO

#### CASO

Pessoa que apresente aumento do número de evacuações (três ou mais episódios no período de 24 horas) com alteração da consistência das fezes, geralmente aquosas ou amolecidas, com duração de até 14 dias.

#### CASO NOVO

Quando, após a normalização da função intestinal por um período de 48 horas, o paciente apresentar novo quadro de DDA.

#### DEFINIÇÃO DE SURTO DE DDA

A ocorrência de, no mínimo, dois casos de diarreia, relacionados entre si, **após ingestão do mesmo alimento ou água da mesma origem**. Para as doenças de transmissão hídrica e alimentar consideradas raras, como botulismo e cólera, a ocorrência de apenas um caso é considerada surto.

#### OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA DAS DDA

1. Monitorar os casos de DDA, visando detectar precocemente surtos da doença, e os enteropatógenos causadores;
2. Investigar suas causas;
3. Conhecer os agentes etiológicos circulantes;
4. Manter atividades contínuas de educação em saúde;
5. Aprimorar as medidas de prevenção e controle;
6. Reduzir a morbimortalidade por doença diarreica.

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio da Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COVIG e do Núcleo de Vigilância Epidemiológica - NUVEP, vem **ORIENTAR** todas as Coordenadorias Regionais de Saúde, municípios, hospitais, clínicas, unidades de saúde e laboratórios sobre a notificação de casos e surtos de **Doenças Diarreicas Agudas (DDA)**, considerando o período de chuvas e a sazonalidade da ocorrência das DDA no nosso Estado.

**ESTA NOTA DEVE SER AMPLAMENTE DIVULGADA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA E PRIVADA.**

### 1. CENÁRIO

No Brasil, a doença diarreica aguda é reconhecida como importante causa de morbimortalidade, mantendo relação direta com as precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em consequência da falta de saneamento básico e desnutrição crônica, entre outros fatores. Em 2018 foram notificados mais de 4 milhões de casos de DDA no País.

Em 2018 foram registrados 307.311 casos de doença diarreica no sistema de monitoramento (SIVEP-DDA) em todo o Estado. A maior ocorrência foi entre os meses de fevereiro e março (84.741). Em 2019 até a SE 02, foram registrados 11.106 casos da doença, com redução de 7,7% das notificações se comparado com o mesmo período de 2018.

No Ceará o período de sazonalidade se inicia em janeiro e estende-se até meados de abril, período equivalente a quadra chuvosa, sendo essa a época mais vulnerável para aumento do número de casos.

### 2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Além da alteração da consistência das fezes, geralmente amolecidas ou aquosas, pode haver presença de sangue ou muco e ser acompanhada de dor abdominal, febre, náusea e vômito. Em geral o quadro clínico é autolimitado, que pode variar desde manifestações leves até graves, com desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, principalmente quando associadas à desnutrição.



### COLETA E ENVIO DE AMOSTRAS PARA INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL

1. Cultura de bactérias (swab retal OU fezes frescas). É indicado que sejam coletadas amostras: clínicas de pacientes, dos alimentos e da água, o mais precocemente possível e enviados oportunamente (em até 48 horas\* após coleta), considerando as orientações de coleta, armazenamento, transporte das amostras e biossegurança (Ver Manual de Coleta, Armazenamento e Transporte / LACEN - CE).

2. Quando houver coleta de amostras de água em surtos de DDA, deve-se coletar amostras pareadas (água/alimento e amostras clínica). Solicitar que o laboratório faça o exame microbiológico (para identificar o agente etiológico) e não somente a análise da potabilidade da água.

3. Diante da ocorrência de surto de DTA, 10% dos acometidos devem ter amostras coletas.

#### Contatos

##### CIEVS/CE

(85)3101.4860/98724-0455  
cievsce@saude.ce.gov.br

##### NUVEP/SESA

(85) 3101.5214/5215  
dthalimentar@gmail.com  
(Caroline Muniz / Amarília)

##### LACEN/CE

(85) 3101.14.74/ 1496  
(Karene/Lúcia/Michelle/ Ângela)

### 3. COMPLICAÇÕES

Em geral, são decorrentes da desidratação e do desequilíbrio hidroeletrólítico. Quando não são tratadas adequada e precocemente, pode ocorrer óbito por choque hipovolêmico e/ou hipopotassemia. Nos casos crônicos ou com episódios repetidos, podem acarretar desnutrição crônica, com retardo do desenvolvimento em crianças. Não é recomendado interromper a amamentação durante o estado diarreico.

**CRIANÇAS E IDOSOS TEM MAIS RISCO DE TER COMPLICAÇÕES!!!  
ATENÇÃO AOS SINAIS DE DESIDRATAÇÃO NESTA POPULAÇÃO!!!**

### 4. AGENTE ETIOLÓGICOS

Os agentes etiológicos de origem infecciosa são:

- **Vírus:** Rotavírus, adenovírus entérico, calicivírus, astrovírus, e outros;
- **Parasitas:** Giardia lamblia, Entamoeba histolística, Cryptosporidium;
- **Bactérias:** Shigella, Salmonella, *Escherichia coli*, *Vibrio cholerae*.

### 5. MODO DE TRANSMISSÃO

O modo de transmissão da doença pode ocorrer de duas formas:

- **Transmissão direta:** pessoa a pessoa (por exemplo, mãos contaminadas e de animais para pessoas).
- **Transmissão indireta:** ingestão de água e alimentos contaminados e contato com objetos contaminados (por exemplo, utensílios de cozinha, acessórios de banheiros, equipamentos hospitalares).
- A contaminação pode ocorrer em toda a cadeia de produção alimentar, desde as atividades primárias até o consumo (plantio, transporte, manuseio, cozimento, acondicionamento).
- Os manipuladores de alimentos e locais de uso coletivo - tais como escolas, creches, hospitais, hotéis, restaurantes e penitenciárias - apresentam maior risco de transmissão.
- Ratos, baratas, formigas e moscas também contaminam alimentos e utensílios.

### 6. NOTIFICAÇÃO

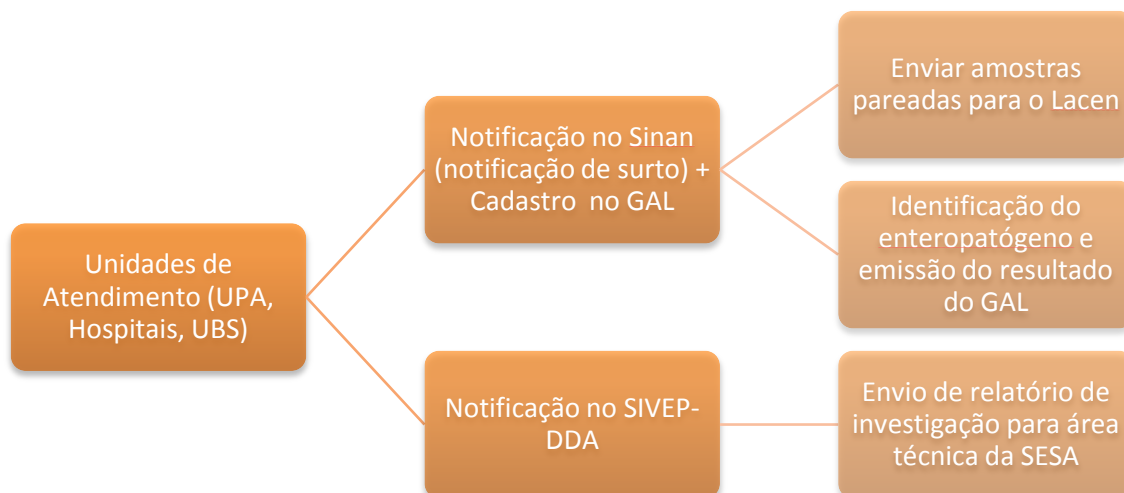
A notificação deve ser realizada pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), através de formulários de investigação. Quando a causa suspeita da diarreia for água e/ou alimentos contaminados, envolvendo duas ou mais pessoas, utilizar a Ficha de Investigação de Surto - DTA (doenças transmitidas por alimentos) do SINAN.

Os dados da ocorrência de diarreia e surtos devem ser registrados diretamente pelos municípios, no Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica – SIVEP - DDA (<http://sivepdda.saude.gov.br>).

Recomendamos que a investigação seja realizada em conjunto com a Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), através de coletas pareadas (alimento e/ou água/material biológico).

A Vigilância Epidemiológica municipal deve realizar a busca ativa de casos não notificados nas unidades de saúde e hospitais.

### 7. FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS E SURTOS

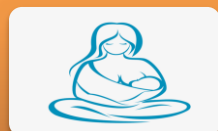


Orientações para coleta, armazenamento e transporte de material consultar o Manual de Coleta do Lacen/ CE disponível em <http://www.lacen.ce.gov.br/index.php/programa>

### 8. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE



Lavar as mãos com água e sabão, antes das refeições e ao manipular alimentos



Aleitamento Materno



Ingerir água e alimentos de procedência segura



Os locais coletivos (escolas, creches, presídios, hospitais) tem o maior risco de condições sanitárias insalubres, devendo ser alvo de orientações e campanhas específicas



Saneamento Básico

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2017.

### 9. MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE

ETAPAS	A	B	C
<b>1. OBSERVE</b>			
Estado geral	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber
<b>2. EXPLORE</b>			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Normal	Rápido, débil (de 3 a 5 seg.)	Muito débil ou ausente (mais de 5 seg.)
Enchimento capilar	Cheio	Prejudicado	Muito prejudicado
<b>3. DECIDA</b>			
	NÃO TEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais TEM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais, incluindo pelo menos um "sinal", TEM DESIDRATAÇÃO GRAVE
<b>4. TRATE</b>			
	USE O PLANO A	USE O PLANO B – pese o paciente, se possível	USE O PLANO C – pese o paciente



### 10. PLANOS DE TRATAMENTO

**PLANO A**  
PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO

Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:

1) OFERECER OU INGERIR MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:

- O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.
- Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco.

2) MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:

- Continuar o aleitamento materno.
- Mantiver a alimentação habitual para as crianças e os adultos.

3) SE O PACIENTE NÃO MELHORAR EM DOIS DIAS OU SE APRESENTAR QUALQUER UM DOS SINAIS ABAIXO, LEVÁ-LO IMEDIATAMENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE:

**SINAIS DE PERIGO**

- Piora na diarreia
- Vômitos repetidos
- Muita sede
- Recusa de alimentos
- Sangue nas fezes
- Diminuição da diurese

4) ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

5) ADMINISTRAR ZINCO UMA VEZ AO DIA, DURANTE 10 A 14 DIAS:

- Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.
- Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

IDADE	Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingeridos após evacuação diarreica
Menores de 1 ano	50-100ml
De 1 a 10 anos	100-200ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

**PLANO B**  
PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NA UNIDADE DE SAÚDE

1) ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL:

- A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
- A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
- Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg para ser administrado no período de 4-6 horas.

2) DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE"

- Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.
- Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastrólise).
- Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.

3) DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE ORIENTAR A:

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

**O PLANO B DEVE SER REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE. OS PACIENTES DEVERÃO PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.**

**PLANO C**  
PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE NA UNIDADE HOSPITALAR

O PLANO C CONTEMPLA DUAS FASES PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS:  
A FASE RÁPIDA E A FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO

FASE RÁPIDA - MENORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
Soro Fisiológico a 0,9%	Iniciar com 20ml/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada.	30 minutos
	Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10ml/kg de peso.	

AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE

FASE RÁPIDA - MAIORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30ml/kg	30 minutos
2º Ringer Lactato ou Solução Polieletrolítica	70ml/kg	2 horas e 30 minutos

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS		
SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS	
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção) +	Peso até 10kg	100ml/kg
	Peso de 10 a 20kg	1000ml + 50ml/kg de peso que exceder 10kg
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição) +	Peso acima de 20kg	1500ml + 20ml/kg de peso que exceder 20kg
	Iniciar com 50ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	
KCl a 10%	2ml para cada 100ml de solução da fase de manutenção.	

AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO

- Quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação venosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação endovenosa.
- Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.
- Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento.
- Observar o paciente por pelo menos seis (6) horas.

**OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL.**

#### Equipe de Elaboração

Amarília Correia de Oliveira  
Caroline Muniz e Silva  
Josafá do Nascimento C. Filho

#### Equipe de Revisão

Daniele Rocha Queiroz Lemos  
Sheila Maria Santiago Borges  
Sarah Mendes D'Angelo  
Ronneyla Nery Silva