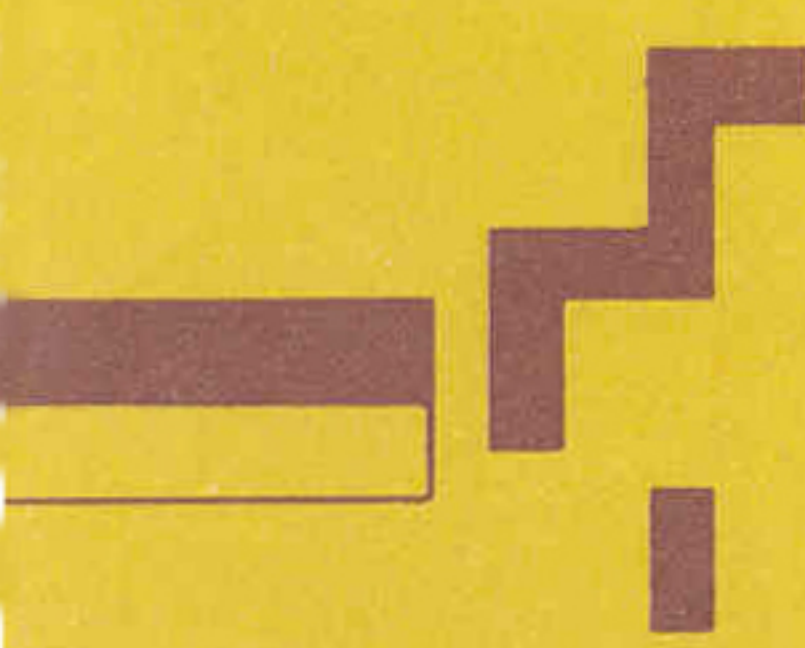


# Assistência e Controle das Doenças Diarréicas



**Ministério da Saúde**

**Secretaria de Assistência a Saúde  
Coordenação de Saúde Materno-Infantil**



---

**Ministro da Saúde**

Jamil Haddad

**Secretário de Assistência a Saúde (SAS)**

Carlos Eduardo Venturelli Mosconi

**Coordenadora de Saúde Materno-Infantil (COSMI)**

Josenilda de Araújo Caldeira Brant

**Chefe do Serviço de Assistência a Criança**

Ana Goretti Kalume Maranhão

---

Ministério da Saúde  
Secretaria de Assistência à Saúde  
Coordenação de Saúde Materno-Infantil

## **Assistência e Controle das Doenças Diarréicas**

Brasília, 1993

---

# Sumário

<b>Apresentação</b>	4
<b>Introdução</b>	7
<b>1. Conceito</b>	10
<b>2. Manejo Adequado das Crianças com Diarréia Aguda</b>	11
2.1. Componentes mais importantes:	11
2.2. Princípios gerais	11
2.3. Sais para reidratação oral (SRO) bases e composição	12
2.4. Diagnóstico	14
<b>3. Alimentação na Diarréia</b>	28
<b>4. Uso de Medicamentos:</b>	29
<b>5. Medidas Preventivas</b>	32
5.1. Informações gerais	32
<b>6. Educação em Saúde</b>	36
<b>7. Controle das Epidemias</b>	38
<b>Anexos</b>	41
<b>Bibliografia</b>	44



---

# **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 resolubilidade 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 da Organização Pan-Americana da Saúde, envolvem cinco ações básicas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e orientação para o desmame, controle de doenças diarreicas, 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 diarreica 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 diarreia 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 diarreia e como eles atuam no organismo humano, com isso demonstrando que a diarreia infecciosa aguda é um processo, na grande maioria das vezes, autolimitado não necessitando, em geral, de qualquer tratamento medicamentoso, principalmente antibióticos. 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 à reidratação por via venosa. Trata-se de um método eficaz, de fácil aplicação, não traumático, além de educativo. A grande maioria das crianças com diarreia 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 adotá-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 diarreia 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 a médio prazo, para atingir o objetivo primordial de diminuir a morbidade por doenças diarreicas. Este "Manual de Tratamento das Doenças Diarreicas" 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 freqüência 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 DA SRO

	Gramma/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;
- ♦ Pesar a criança descalça e despida;
- ♦ Realizar exame físico completo, explicando para mãe como reconhecer 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-INTRANQUÍLO	*COMATOSO-HIPOTÔNICO*
OLHOS	Normais	Fundos	Muito fundos
LÁGRIMAS	Presentes	Ausentes	Ausentes
BOCA E LÍNGUA	Úmidas	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 apresenta 2 ou mais sinais incluindo pelo menos 1 SINAL * TEM DESIDRATAÇÃO GRAVE.
4. TRATE			
	Use Plano A	Use Plano B	Use Plano C
<p># O examinador comprime, com a própria mão, a 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.</p> <p>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>			



## QUADRO II

### COMO AVALIAR O ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO SEU PACIENTE

1. OBSERVE			
CONDIÇÃO	Bem, alerta	IRRITADO-INTRANQUÍLO	*COMATOSO-HIPOTÔNICO*
OLHOS	Normais	Fundos	Muito fundos
LÁGRIMAS	Presentes	Ausentes	Ausentes
BOCA E LÍNGUA	Úmidas	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 apresenta 2 ou mais sinais incluindo pelo menos 1 SINAL * TEM DESIDRATAÇÃO GRAVE.
4. TRATE			
	Use Plano A	Use Plano B	Use Plano C
<p># O examinador comprime, com a própria mão, a 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.</p> <p>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 próximo 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 a 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



---

a frequência com a qual são oferecidos para que, na falta de apetite, a ingestão fique próximo 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 a 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 Diarreia e Desidratação Grave**

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