



## CONSULTA RÁPIDA: ORIENTAÇÕES PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS E AGRAVOS NO CONTEXTO DA CALAMIDADE PÚBLICA CAUSADA PELAS ENCHENTES E INUNDAÇÕES

Porto Alegre, 21 de maio de 2024.

### 1. TÉTANO ACIDENTAL

A infecção ocorre pela contaminação de ferimentos superficiais ou profundos de qualquer natureza (ex: queimaduras, feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo, mordeduras, politraumatismos e fraturas expostas). As inundações propiciam a disseminação e persistência do agente (*Clostridium tetani*) no ambiente (solo, água suja, destroços, galhos, poeira, objetos de madeira, vidro e metal). **O período compreendido entre o ferimento (provável porta de entrada do bacilo) e o primeiro sinal ou sintoma pode variar de 03 a 21 dias**, sendo que quanto menor for o tempo de incubação, maior a gravidade e pior o prognóstico da doença. Sempre que houver lesão na pele/mucosa, lavar o local com água e sabão e procurar o serviço de saúde mais próximo para avaliar a necessidade de utilização de vacina e/ou soro antitetânico (**Figura 1A**).

**1.1 Manifestações clínicas:** são causadas pela exotoxina produzida pelo agente e caracterizam-se por hipertônias musculares mantidas, febre baixa ou ausente, hiperreflexia profunda, espasmos e contraturas paroxísticas que se manifestam à estimulação do paciente (estímulos táteis, sonoros, luminosos ou alta temperatura). Os sintomas iniciais costumam ser relacionados com a dificuldade de abrir a boca (trismo e riso sardônico) e de deambular. Com a progressão da doença pode haver dificuldade de deglutição (disfagia), rigidez de nuca, rigidez paravertebral (pode causar opistótono), hipertonia da musculatura torácica, músculos abdominais e de membros inferiores.

**1.2 Diagnóstico:** é clínico e **não depende de confirmação laboratorial**. Os exames laboratoriais auxiliam no tratamento do paciente e no controle das complicações.

**1.3 Tratamento:** hospitalização imediata em unidade assistencial apropriada, sendo que casos graves têm indicação de terapia intensiva, onde há suporte técnico necessário ao seu manejo e complicações. Princípios básicos do tratamento: sedação do paciente, para relaxamento muscular; neutralização da toxina tetânica com soro antitetânico; debridamento do ferimento foco da infecção e medidas gerais de suporte. A penicilina G cristalina ou o metronidazol são os antibióticos de escolha na eliminação do *C. tetani*.

**1.4 Soro antitetânico:** utilizado para prevenção e tratamento (a **Figura 1B** traz as diferentes posologias), sendo que a indicação depende do tipo e das condições do ferimento, assim como da situação vacinal do paciente e das informações relativas ao uso anterior do soro antitetânico. Sua administração só deve ser realizada em serviços de saúde preparados para o tratamento de complicações, o que implica na existência de equipamentos de emergência e a presença do médico. Em casos de hipersensibilidade ao soro antitetânico, indivíduos imunodeprimidos, dentre outras situações específicas, é indicada a utilização de **imunoglobulina humana antitetânica**.

**1.5 Imunidade e Suscetibilidade:** a imunidade permanente é conferida pelas vacinas com toxoide tetânico (Pentavalente, DTP, dTpa, dT). Conforme a possibilidade de organização dos serviços de saúde durante a calamidade, deve-se considerar a oferta da vacina antitetânica à população. Na **Figura 1A**, está disponível o esquema de condutas profiláticas do tétano de acordo com o tipo de ferimento e a situação vacinal.

**A verificação do estado vacinal deve ser realizada em qualquer oportunidade possível, incluindo-se os atendimentos de profilaxia de raiva humana ou atendimentos para cuidados com ferimentos, ainda que a suspeita de tétano independa de situação vacinal.**



**1.6 Vigilância Epidemiológica:** o tétano acidental (TA) é doença de notificação compulsória, com [ficha específica](#) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) NET. *Nesse momento deve ser registrado também no Formulário de Notificação de Agravos Pós-Inundações:* <https://forms.office.com/r/uWsEKaDjBV>

### Caso Suspeito de Tétano Acidental (TA)

Todo paciente acima de 28 dias de vida que apresente um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: disfagia, trismo, riso sardônico, opistótono, contraturas musculares localizadas ou generalizadas, com ou sem espasmos, independentemente da situação vacinal, da história de tétano e de detecção ou não de solução de continuidade de pele ou mucosas.

**FIGURA 1A. Esquema de condutas profiláticas do tétano de acordo com o tipo de ferimento e a situação vacinal**

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO PRÉVIA CONTRA TÉTANO	FERIMENTOS COM RISCO MÍNIMO DE TÉTANO <sup>a</sup>			FERIMENTOS COM ALTO RISCO DE TÉTANO <sup>b</sup>		
	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de três doses	Sim <sup>c</sup>	Não	Limpar e desinfetar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e desbridar o foco de infecção.	Sim <sup>c</sup>	Sim	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desinfetar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados.</li> <li>Desbridamento do ferimento e lavagem com água oxigenada.</li> </ul>
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Não	Não		Não	Não	
Três ou mais doses, sendo a última dose há mais de cinco e menos de dez anos	Não	Não		Sim (um reforço)	Não <sup>d</sup>	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos	Sim	Não		Sim (um reforço)	Não <sup>d</sup>	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (um reforço)	Sim <sup>e</sup>	

Fonte: DPNI/SVSA/MS.

<sup>a</sup> Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

<sup>b</sup> Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

<sup>c</sup> Vacinar e aprazar as próximas doses para complementar o esquema básico. Essa vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com soro antitetânico (SAT) ou imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT). Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

<sup>d</sup> Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT.

<sup>e</sup> Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

Fonte: [Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed, 2024](#)

**FIGURA 1B. Recomendação para neutralização da toxina tetânica e uso profilático**

IMUNOBIOLOGICO	DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)	Dose profilática (250 UI) Dose terapêutica (500 UI)	Somente intramuscular	Solicitar indicações dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais da região ou do estado.
Soro antitetânico (SAT)	Dose profilática (5.000 UI) Dose terapêutica (20.000 UI)	Intramuscular ou endovenosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se intramuscular, administrar em duas massas musculares diferentes.</li> <li>Se endovenoso, diluir em soro glicosado a 5%, com gotejamento lento.</li> </ul>

Fonte: DPNI/SVSA/MS

Fonte: [Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed, 2024](#)



## 2. HEPATITE A

No contexto de calamidade pública causada pelas enchentes, a infecção ocorre principalmente pela veiculação hídrica e alimentos contaminados. **O período de incubação pode variar de 15 a 45 dias, com média de 30 dias.**

**2.1 Manifestações clínicas:** iniciam-se por um período prodrômico, caracterizado por sintomas inespecíficos, como febre, mal-estar, vômitos. A icterícia geralmente se instala após este período, podendo vir acompanhada por hipocolia fecal, colúria ou hepatoesplenomegalia.

**2.2 Diagnóstico:** orienta-se a coleta de exames laboratoriais inespecíficos, especialmente transaminases. A presença do anti-HAV IgM define o diagnóstico de hepatite aguda A. É detectado a partir do segundo dia do início dos sintomas da doença e começa a declinar após a segunda semana, desaparecendo após três meses.

**Na impossibilidade de realização da sorologia nos laboratórios da rede local, a amostra deverá ser encaminhada para o LACEN para realização de sorologia anti-HAV IgM conforme as instruções abaixo:**

· 1 coleta de soro em Tubo Eppendorf de 2 mL ou Tubo de ensaio com tampa ou Tubos com gel separador (devem ser centrifugados antes de refrigerar E não podem ser congelados). Manter de 4°C a 8°C. Transporte: em caixa térmica com gelo reciclável, as amostras devem chegar ao Laboratório no máximo até 14 dias após a coleta. Para envio ao Laboratório Central do Rio Grande do Sul (LACEN), as amostras devem ser cadastradas no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

**Recomenda-se que os casos primários tenham coleta de sorologia para confirmação laboratorial.**

Na medida em que houver a configuração de surtos, ou de casos secundários vinculados a casos confirmados laboratorialmente, admite-se a **confirmação de casos por critério clínico-epidemiológico.**

A **Figura 2** apresenta o **fluxograma para investigação de suspeita clínica de hepatite viral aguda.**

**2.3 Tratamento:** o tratamento é sintomático para febre, náuseas, vômitos ou prurido, se necessário, visto que não há tratamento específico para a doença. Recomenda-se repouso relativo e dieta conforme aceitação, bem como suspensão do consumo de álcool por pelo menos 06 meses, além de evitar o uso do medicamento paracetamol.

**2.4 Imunidade e suscetibilidade:** A **vacina de hepatite A** é disponibilizada na rotina para crianças de 12 meses até 04 anos, 11meses e 29 dias, dose única. Pessoas com condições clínicas especiais – seguir as orientações do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE): hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive portadores do vírus da hepatite C (VHC); portadores crônicos do VHB; coagulopatias; pessoas vivendo com HIV/aids; imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora; doenças de depósito; fibrose cística (mucoviscidose); trissomias; candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes; transplantados de órgão sólido (TOS); transplante de células-tronco hematopoiéticas (THCT); doadores de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), cadastrados em programas de transplantes; hemoglobinopatias; asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas. A vacina também está indicada para gestantes em abrigo. Em caso de surto (a partir de 2 casos confirmados laboratorialmente no mesmo abrigo), está indicado o bloqueio vacinal para população de 10 anos ou mais, em abrigo, sem registro de vacinação. Nestas situações a vacina deve ser aplicada em um período máximo de até 14 dias após o contato com caso confirmado. A infecção natural pode conferir imunidade.

**2.5 Vigilância Epidemiológica:** A hepatite A é um agravo de notificação compulsória regular e **todos os casos confirmados e surtos devem ser notificados em até 7 dias**, em [ficha específica](#), no SINANNET. Com a finalidade de aumentar a sensibilidade da vigilância epidemiológica nesta situação de enchentes, orienta-se que **os casos confirmados e suspeitos sejam comunicados no Formulário de Notificação de Agravos Pós-Inundações:** <https://forms.office.com/r/uWsEKaDjBV>



### Caso confirmado de Hepatite A

Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente **OU**

Indivíduo com suspeita clínica que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A.

### Caso suspeito de Hepatite A para monitoramento

Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal-estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e acolia **OU** indivíduo anictérico que apresente um ou mais destes sintomas **E** valor aumentado de aminotransferases.

**FIGURA 2. Fluxograma para investigação de suspeita clínica de hepatite viral aguda**



Fonte: [Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed, 2024](#); Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012



### 3. LEPTOSPIROSE

A infecção ocorre pela penetração do microorganismo causador na pele lesionada em contato com a água contaminada ou pela pele íntegra imersa por longos períodos. **É uma doença de alta incidência no contexto de enchentes. O período de incubação dura em média de 05 a 14 dias, podendo variar de 01 a 30 dias.**

**3.1 Manifestações clínicas:** na fase precoce ocorre o início súbito de manifestações como febre, cefaleia, mialgias (principalmente dor na panturrilha), náuseas e vômitos, com possibilidade de sintomas mais característicos, como hemorragia conjuntival e fotofobia. Na fase tardia, a manifestação clássica é a síndrome de Weil, marcada por icterícia intensa com tonalidade alaranjada, insuficiência renal aguda e hemorragia, incluindo pulmonar.

**3.2 Diagnóstico:** se houver a possibilidade deve-se coletar exames inespecíficos, como hemograma com contagem de plaquetas, transaminases, bilirrubinas, ureia e creatinina. Há indicação de coleta de amostra entre o 1º e 6º dia de início de sintomas para realização de PCR no LACEN. O resultado positivo confirma a suspeita mas o negativo não exclui – neste caso, orienta-se nova coleta a partir do 7º dia de início dos sintomas para sorologia. O material consiste em 2ml de soro, acondicionado em tubo de ensaio, que deve ser enviado em até 7 dias ao LACEN, mantido sob refrigeração de 2°C a 8°C. As amostras devem ser cadastradas no Sistema de Gerenciamento do Ambiente Laboratorial (GAL). **Entretanto, admite-se a confirmação de caso por critério clínico-epidemiológico quando não há possibilidade de coleta.**

**3.3 Tratamento:** O tratamento com o uso de antibióticos deve ser iniciado no momento da suspeita, especialmente na fase precoce. Para os casos leves, o atendimento é ambulatorial, mas, nos casos graves, a hospitalização deve ser imediata, visando evitar complicações e diminuir a letalidade.

A antibioticoterapia está indicada em qualquer período da doença, mas sua eficácia costuma ser maior na 1ª semana do início dos sintomas. Na fase precoce, são utilizados Doxiciclina ou Amoxicilina; para a fase tardia, Penicilina cristalina, Penicilina G cristalina, Ampicilina, Ceftriaxona ou Cefotaxima. A Amoxicilina está disponível no kit de medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde no período de calamidade.

Nas **Figuras 3A e 3B**, estão disponíveis os fluxogramas de condutas clínicas diante de um paciente com síndrome febril aguda suspeita de leptospirose e no primeiro atendimento de pacientes com leptospirose e com sinais de alerta.

**3.4 Vigilância Epidemiológica:** A leptospirose é uma doença de notificação compulsória. Todos os casos suspeitos devem notificados imediatamente em até 24 horas para a Secretaria Municipal de Saúde, na [Ficha de Investigação Individual específica para a doença](#), no SINANNET. Além da notificação neste sistema, *orienta-se o registro também no Formulário de Notificação de Agravos Pós-Inundações*: <https://forms.office.com/r/uWsEKaDjBV>

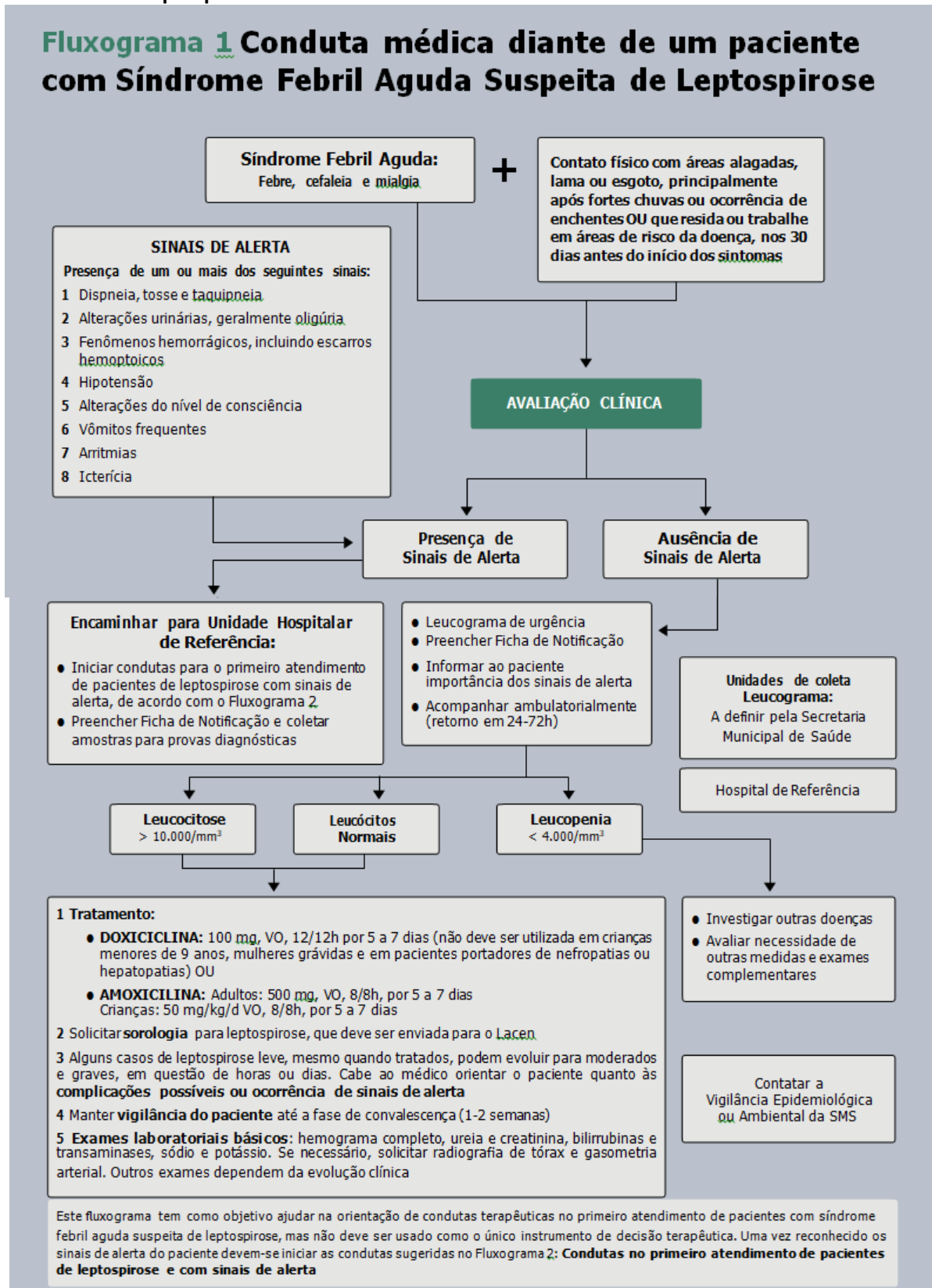
***Frente a situações de inundações e possível acometimento de um grande contingente populacional, o Ministério da Saúde recomenda a utilização de uma definição mais sensível para a doença:***

**Caso suspeito de leptospirose** (em situações de enchentes e inundações)

Indivíduo que apresente febre e mialgia, especialmente na região lombar e panturrilha, e que teve contato com água ou lama da inundação no período de até 30 dias anteriores ao início dos sintomas.



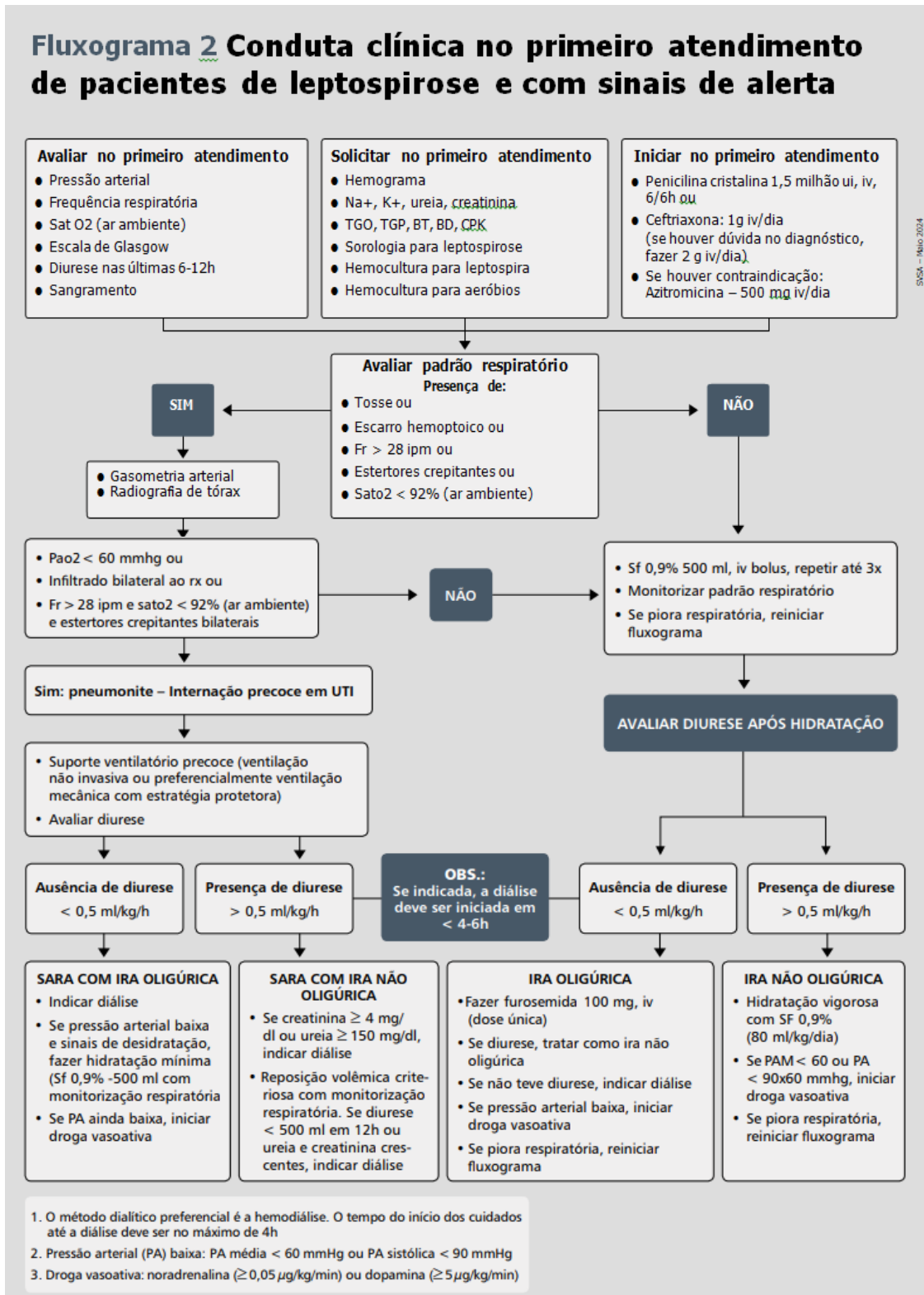
**FIGURA 3A. Conduta médica diante de um paciente com síndrome febril aguda suspeita de leptospirose**



Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leptospirose/publicacoes> Acesso em 16/05/24



**FIGURA 3B. Conduta clínica no primeiro atendimento de pacientes de leptospirose e com sinais de alerta**



Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leptospirose/publicacoes> Acesso em 16/05/24



## 4. ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

Caracterizam-se pelo envenenamento causado pela inoculação de toxinas por meio do aparelho inoculador de animais peçonhentos, como cobras, aranhas e escorpiões. Geralmente, as manifestações locais se evidenciam logo após as primeiras horas do acidente. **No contexto da calamidade pública causada pelas enchentes, a maior probabilidade é de ocorrência de acidentes com cobras da espécie *Bothrops sp* (jararacas).**

**4.1 Manifestações clínicas:** as manifestações são inicialmente locais e posteriormente sistêmicas, e podem mudar de acordo com a espécie envolvida no acidente. Geralmente se caracterizam por dor, equimose ou edema na região da picada, que pode progredir ao longo do membro acometido. Nem sempre vai haver marcas no local de inoculação. Pode haver o surgimento de bolhas que evoluem para necrose. As manifestações sistêmicas variam de sangramentos em pele e mucosas, manifestações neurotóxicas, como turvação visual e paralisias, sudorese, agitação psicomotora, náuseas e vômitos.

**4.2 Diagnóstico:** é clínico, sendo que não existem provas diagnósticas específicas para a identificação das toxinas. Recomenda-se a realização de eletrocardiograma e exames laboratoriais inespecíficos, como tempo de coagulação, tempo de protrombina, hemograma com contagem de plaquetas, glicemia.

**4.3 Tratamento:** é realizado com a aplicação do soro antiveneno próprio para a toxina da espécie envolvida no acidente. Os soros estão disponíveis em hospitais estratégicos para a região, visto que essa aplicação deve ser realizada em ambiente hospitalar, com monitoramento das condições do paciente durante a infusão.

O número de ampolas para uso no tratamento depende da classificação do acidente em leve, moderado ou grave. Existe a possibilidade de reação de hipersensibilidade imediata, mas não se deve realizar testes de sensibilidade cutânea: além de não prever a ocorrência da reação, a realização destes testes retarda o início da soroterapia. O paciente deve ser monitorado para a detecção precoce de sinais sugestivos de anafilaxia (broncoespasmo, hipotensão, urticária, entre outros). Outros sintomas, como a dor, podem ser controlados com tratamento sintomático. **Na Figura 4, estão disponíveis as condutas de avaliação e classificação em acidentes botrópicos.**

**Importante revisar o esquema de vacina antitetânica do paciente acidentado.**

**4.4 Vigilância Epidemiológica:** Os acidentes com animais peçonhentos são agravos de notificação compulsória. Todos os acidentes devem ser notificados na [Ficha de Investigação Individual específica](#) para o agravo no SINANNET. *Neste período de calamidade, orienta-se fazer o registro também no Formulário de Notificação de Agravos Pós-Inundações:* <https://forms.office.com/r/uWsEKaDjBV>

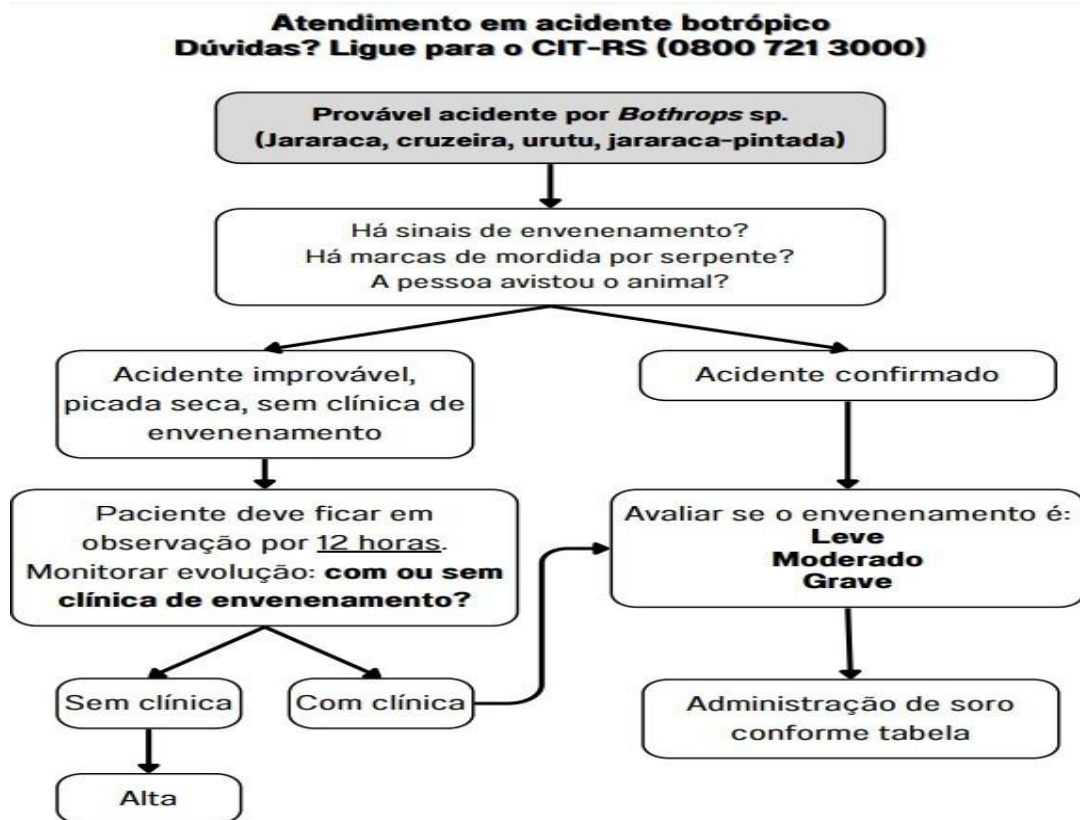
### **Caso de acidente com animal peçonhento**

Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não.





**FIGURA 4. Conduitas de avaliação e classificação em acidentes botrópicos**



Acidente	Sinais clínicos	Nº ampolas IV
Leve	Dor e edema de até 1 segmento Hemorragia discreta ou ausente Coagulopatia ausente ou presente	3 SAB
Moderado	Dor e edema de 2 segmentos Hemorragia discreta ou ausente Coagulopatia ausente ou presente	6 SAB
Grave	Dor e edema de 3 segmentos ou Hemorragia grave, Hipotensão, Choque, Coagulopatia	12 SAB

Cada membro é dividido em 3 segmentos: membros superiores: mão/punho + antebraço e cotovelo + braço. Membros inferiores: pé e tornozelo + perna e joelho + coxa.

Coagulopatia pode ser avaliada pelo tempo de coagulação.

Tratamento geral: além da soroterapia: analgesia, hidratação, drenagem postural, **PROFILAXIA DO TÉTANO**.

Orientações à população: em caso de acidentes, lavar o local com água e sabão e **NÃO FAZER GARROTE**.

Fonte: CIT/RS



## 5. ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

É o conjunto de medidas necessárias para prevenção da raiva humana em situações de contato com animais mamíferos, como mordeduras, arranhaduras ou lambeduras em mucosas ou pele lesionada. Pode ser iniciada a qualquer tempo, independentemente do tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento. O contato indireto com objetos potencialmente contaminados ou lambedura de pele íntegra não tem indicação para profilaxia.

**5.1 Informações gerais sobre conduta:** as medidas de profilaxia dependem da espécie animal envolvida no acidente, do tipo de contato, e, quando há lesões, da gravidade dos ferimentos e da parte do corpo atingida. Os acidentes geralmente são classificados em leves ou graves, e podem envolver medidas gerais de cuidado, aplicação de vacina e/ou soro antirrábico conforme a classificação.

**Se houver ferimento, a primeira medida é lavá-lo imediatamente com água e sabão.** Se disponíveis, podem-se aplicar antissépticos como álcool iodado ou clorexidina. Não é recomendada a sutura do ferimento. Se necessário, realiza-se a aproximação das bordas com curativo ou com pontos isolados. Se for necessária a infiltração do soro nas lesões, ela deve ser realizada 1 hora antes da aproximação.

O soro, quando indicado, deve ser aplicado em ambiente hospitalar. A quantidade de soro depende do tamanho da lesão ou do peso corporal do paciente (no caso de contato com morcegos). O soro deve ser infiltrado nas lesões ou administrado por via intramuscular, em musculatura o mais próximo da lesão em grupo muscular diferente da aplicação da vacina. A via de administração depende do tipo de acidente e da espécie envolvida.

Na **Figura 5A** estão disponíveis as Condutas na profilaxia da raiva humana pós-exposição e na **Figura 5B** está o Fluxograma do atendimento antirrábico humano.

**5.2 Vigilância Epidemiológica:** O atendimento antirrábico humano é um agravo de notificação compulsória. Todos os casos devem ser notificados na [Ficha de Investigação Individual específica](#) para o agravo (W64), no SINANNET. Neste período de calamidade, orienta-se fazer o registro também no *Formulário de Notificação de Agravos Pós-Inundações*: <https://forms.office.com/r/uWsEKaDjBV>

**Importante: A ficha de notificação de atendimento antirrábico humano não é a mesma que a suspeita de raiva humana, os formulários são distintos!**



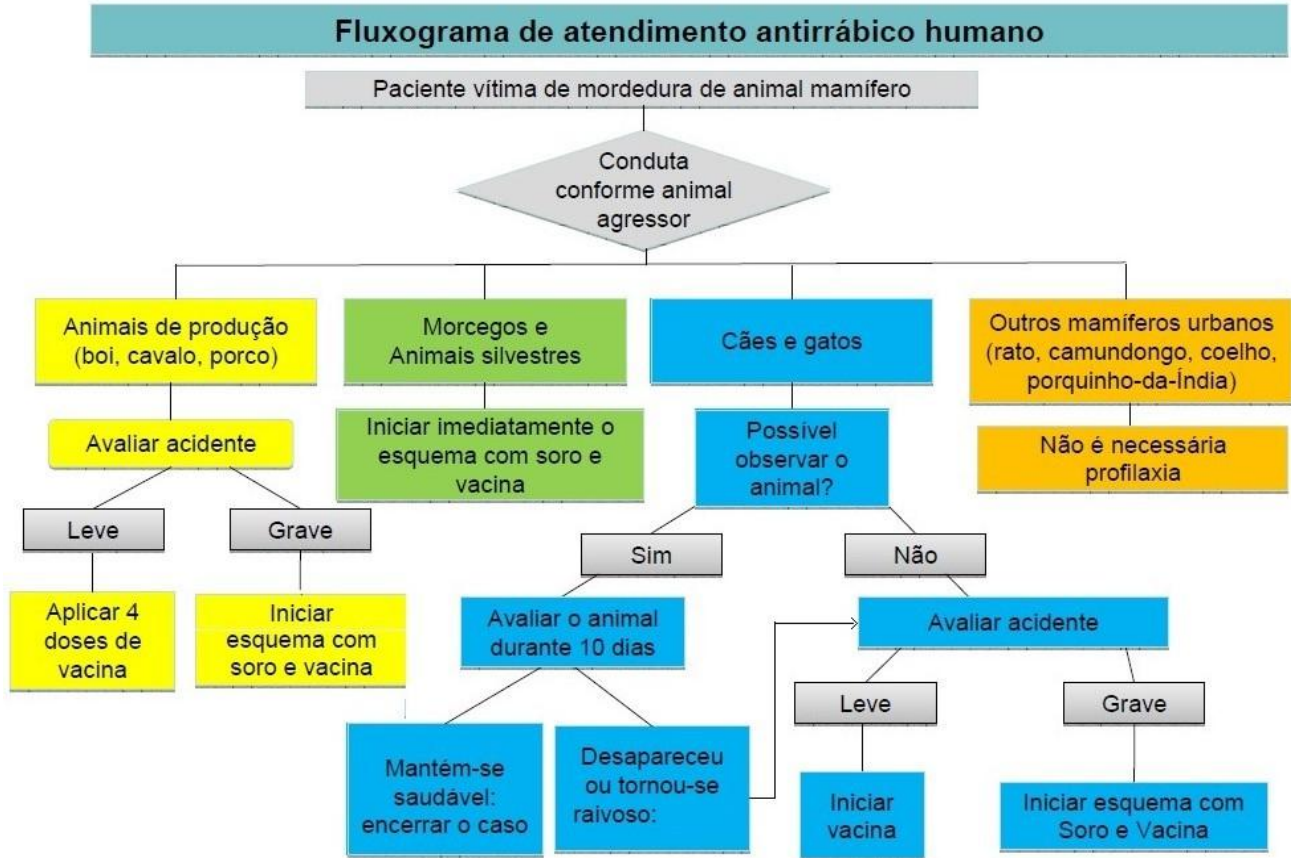
**FIGURA 5A. Condutas na profilaxia da raiva humana pós-exposição**

PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA PÓS-EXPOSIÇÃO				
TIPO DE EXPOSIÇÃO	ANIMAL AGRESSOR			
	CÃO OU GATO		MAMÍFERO DOMÉSTICO DE INTERESSE ECONÔMICO: bovídeos, equídeos, caprinos, suínos e ovinos	OUTROS MAMÍFEROS SILVESTRES (inclusive os domiciliados)
	Animal passível de observação por 10 dias e sem sinais sugestivos de raiva	Animal não passível de observação por 10 dias ou com sinais sugestivos de raiva		
<b>CONTATO INDIRETO</b> - tocar ou dar de comer para animais - lambedura em pele íntegra - contato em pele íntegra com secreções ou excreções de animal, ainda que raivoso ou de caso humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e sabão.</li> <li><b>NÃO INDICAR PROFILAXIA</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e sabão.</li> <li><b>NÃO INDICAR PROFILAXIA</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e sabão.</li> <li><b>NÃO INDICAR PROFILAXIA</b></li> </ul>
<b>LEVE</b> - ferimento superficial no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés - lambedura de lesões superficiais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e sabão.</li> <li><b>NÃO INICIAR PROFILAXIA.</b> Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar <b>VACINA*</b> dias 0, 3, 7 e 14</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e sabão.</li> <li><b>INICIAR PROFILAXIA: VACINA*</b> dias 0, 3, 7 e 14</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e sabão.</li> <li><b>INICIAR PROFILAXIA: VACINA*</b> dias 0, 3, 7 e 14</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e sabão.</li> <li><b>INICIAR PROFILAXIA: VACINA*</b> (dias 0, 3, 7 e 14) e <b>SORO (SAR ou IGHAR)*</b></li> </ul>
<b>GRAVE</b> - ferimento nas mucosas, no segmento cefálico, nas mãos ou nos pés - ferimentos múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo - ferimento profundo, mesmo que puntiforme - lambedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que intactas - ferimento causado por mamífero silvestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e sabão.</li> <li><b>NÃO INICIAR PROFILAXIA.</b> Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva indicar <b>VACINA*</b> (dias 0, 3, 7 e 14) e <b>SORO (SAR ou IGHAR)*</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e sabão.</li> <li><b>INICIAR PROFILAXIA: VACINA*</b> (dias 0, 3, 7 e 14) e <b>SORO (SAR ou IGHAR)*</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e sabão.</li> <li><b>INICIAR PROFILAXIA: VACINA*</b> (dias 0, 3, 7 e 14) e <b>SORO (SAR ou IGHAR)*</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar com água e sabão.</li> <li><b>INICIAR PROFILAXIA: VACINA*</b> (dias 0, 3, 7 e 14) e <b>SORO (SAR ou IGHAR)*</b></li> </ul>
<b>OBSERVAÇÕES:</b>				
<b>*VACINA</b> 4 (quatro) doses, nos dias 0, 3, 7 e 14	A vacina deverá ser administrada por Via Intradérmica ou Via Intramuscular. <b>Via Intradérmica:</b> Volume da dose: 0,2mL. O volume da dose deve ser dividido em duas aplicações de 0,1mL cada e administradas em dois sítios distintos, independente da apresentação da vacina, <b>seja 0,5 mL ou 1,0 mL</b> (dependendo do laboratório produtor). Local de aplicação: inserção do músculo deltoide ou no antebraço. <b>Via Intramuscular:</b> Dose total: 0,5mL ou 1,0 mL (dependendo do laboratório produtor). Administrar todo o volume do frasco. Local de aplicação: no músculo deltoide ou vasto lateral da coxa em crianças menores de 2 (dois) anos. Não aplicar no glúteo.			
<b>*SORO (SAR ou IGHAR)</b>	O <b>SAR</b> , ou a <b>IGHAR</b> , deve ser administrado no dia 0. Caso não esteja disponível, aplicar o mais rápido possível até o 7º dia após a aplicação da 1ª dose de vacina. Após esse prazo é contraindicado. Existindo clara identificação da localização da(s) lesão(ões), recentes ou cicatrizadas, deve-se infiltrar o volume total indicado, ou o máximo possível, dentro ou ao redor da(s) lesão(ões). Se não for possível, aplicar o restante por via IM, respeitando o volume máximo de cada grupo muscular mais próximo da lesão. <b>Soro antirrábico (SAR): 40 UI/k de peso</b> <b>Imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR): IGHAR 20 UI/k de peso</b>			

Fonte: Guia prático de atendimento antirrábico no RS



**FIGURA 5B. Fluxograma do atendimento antirrábico humano**



Fonte: Guia prático de atendimento antirrábico no RS



## 6. DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA)

São síndromes caracterizadas pelo aumento do número de evacuações (**mínimo de 03 ou mais episódios no período de 24 horas**), com diminuição da consistência das fezes, geralmente líquidas ou semilíquidas, que podem ter duração de até 14 dias.

**6.1 Manifestações Clínicas:** além das presentes na definição de caso, o quadro pode ser acompanhado de náusea, vômito, febre e dor abdominal. Em geral, são doenças autolimitadas. Em alguns casos, há presença de muco e sangue (disenteria).

**6.2 Diagnóstico:** é essencialmente clínico, com base na definição de caso de DDA. Em situações de surto, com número elevado de casos, orienta-se a coleta de 2 ou 3 amostras de coprocultura e swab fecal de pacientes distintos, na unidade de saúde, para identificação do agente etiológico. A amostra será enviada ao LACEN, e deve ser cadastrada no GAL como coprocultura.

**6.3 Tratamento:** o manejo clínico depende dos sinais e sintomas apresentados, especialmente as evidências de desidratação, que irão indicar o plano de tratamento mais adequado, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (**Figura 6p1 e p2**).

Todos os serviços de saúde que atenderem casos de Doença Diarreica Aguda devem realizar o tratamento adequado, com **atenção especial às populações mais suscetíveis, como crianças, idosos, gestantes e imunocomprometidos**. O kit de medicamentos do Ministério da Saúde disponibiliza sais de reidratação oral. Outros medicamentos são necessários para o tratamento da desidratação grave, como Soro Fisiológico, Ringer Lactato, Soro Glicosado a 5%, Cloreto de potássio. Embora façam parte do componente básico da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), o município deve estar atento aos seus estoques.

**6.4 Vigilância Epidemiológica:** os casos individuais de DDA deverão ser registrados pelas Unidades Sentinelas de Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) no sistema online do SIVEP-DDA (<http://sivepdda.saude.gov.br/>).

Para casos de surto, a notificação deverá ser realizada no *Formulário de Notificação de surto de DDA no contexto da calamidade pública* causada pelas enchentes e inundações: <https://forms.office.com/r/158XZsEY2V> Além disso, o surto deve ser notificado no SINANNET com o CID A08.

Após a notificação, o setor responsável do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) entrará em contato para orientação, apoio e acompanhamento da investigação. Para demais dúvidas, deve-se entrar em contato com [dtha@saude.rs.gov.br](mailto:dtha@saude.rs.gov.br), [mdda@saude.rs.gov.br](mailto:mdda@saude.rs.gov.br) e/ou pelo telefone (51) 98405-2599.

### Caso de Doença Diarreica Aguda

Pessoa que apresente aumento do número de evacuações (mínimo de 3 ou mais episódios no período de 24h) com diminuição da consistência das fezes, geralmente líquidas ou semilíquidas, com duração de até 14 dias.

### Surto de Doença Diarreica Aguda

Quando dois casos ou mais relacionados entre si, com histórico de exposição à mesma fonte alimentar e/ou água **OU** aumento de casos acima do limite esperado para a população envolvida, em determinado período e local.



FIGURA 6p1. Manejo do paciente com diarreia

**AValiação DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE**

ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
<b>OBSERVE</b>	Estado geral <sup>1</sup>	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos <sup>1</sup>	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede <sup>1</sup>	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não é capaz de beber*
	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca/língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
<b>EXPLORE</b>	Sinal da prega abdominal <sup>1</sup>	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso <sup>2</sup>	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
<b>DECIDA</b>		<b>SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO</b>	Se apresentar dois ou mais sinais: <b>COM DESIDRATAÇÃO</b>	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*): <b>DESIDRATAÇÃO GRAVE</b>
<b>TRATE</b>		<b>PLANO A</b>	<b>PLANO B</b>	<b>PLANO C</b>

<sup>1</sup> Variáveis para avaliação do estado de hidratação do paciente que têm maior relação de sensibilidade e especificidade, segundo a Organização Mundial da Saúde.

<sup>2</sup> 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.**

<b>PLANO A</b> PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO		<b>PLANO B</b> PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
<b>A.1 INGERIR/OFERECER MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:</b>		<b>B.1 ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL:</b>	
<p>A.1.1 O paciente deve tomar líquidos caseiros (água, chá, suco, água de coco, sopas) ou solução de sais de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica e episódio de vômito, em pequenas quantidades e maior frequência.</p> <p>A.1.2 Não utilizar refrigerantes e, preferencialmente, não adoçar o chá ou o suco.</p>		<p>B.1.1 Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100 ml/kg (média de 75 ml/kg) para ser administrado no período de 4-6 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 desapareçam os sinais de desidratação.</p> <p>B.1.4 Se o paciente desidratado, durante o manejo do PLANO B, apresentar vômitos persistentes, administrar uma dose de antiemético ondansetrona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças de 6 meses a 2 anos: 2 mg (0,2 a 0,4 mg/kg);</li> <li>• Maiores de 2 anos a 10 anos (até 30 kg): 4 mg;</li> <li>• Adultos e crianças com mais de 10 anos (mais de 30 kg): 8 mg.</li> </ul>	
<b>A.2 MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:</b>		<p><b>ALERTA: NÃO UTILIZAR EM GESTANTES.</b></p>	
<p>A.2.1 Manter a alimentação habitual – tanto as crianças como os adultos.</p> <p>A.2.2 Criança em aleitamento materno exclusivo – o único líquido que deve ser oferecido, além do leite materno, é a solução de SRO.</p>			
<b>A.3 LEVAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE:</b>		<b>B.2 DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "AValiação DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE":</b>	
<p>A.3.1 Não melhorar em 2 dias.</p> <p>A.3.2 Apresentar qualquer um dos sinais de alerta abaixo:</p>		<p>B.2.1 Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o <b>PLANO A</b>.</p> <p>B.2.2 Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise).</p> <p>B.2.3 Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o <b>PLANO C</b>.</p>	
<p><b>SINAIS DE ALERTA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piora da diarreia (ex.: aumento da frequência ou do volume)</li> <li>• Vômitos repetidos</li> <li>• Sangue nas fezes</li> <li>• Diminuição da diurese</li> <li>• Muita sede</li> <li>• Recusa de alimentos</li> </ul>		<b>B.3 DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU DO ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE, ORIENTAR A:</b>	
<b>A.4 ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:</b>		<p>B.3.1 Reconhecer os sinais de desidratação.</p> <p>B.3.2 Preparar e administrar a solução de SRO.</p> <p>B.3.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar adequadamente as mãos, tratar a água para consumo humano (ingestão) e higienizar os alimentos).</p>	
<b>A.5 ADMINISTRAR ZINCO 1 vez ao dia, DURANTE 10 A 14 DIAS:</b>		<p><b>ATENÇÃO:</b> SE, APÓS 6 HORAS DE TRATAMENTO, NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO.</p>	
<p>A.5.1 Até 6 meses de idade: 10 mg/dia.</p> <p>A.5.2 Maiores de 6 meses a menores de 5 anos de idade: 20 mg/dia.</p>		<p><b>O PLANO B DEVE SER REALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. O PACIENTE DEVE PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.</b></p>	
<b>IDADE</b>	<b>Quantidade de líquidos que deve ser administrada/ingerida após cada evacuação diarreica</b>		
Menores de 1 ano	50-100 ml		
De 1 a 10 anos	100-200 ml		
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar		

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-diarreicas-agudas/manejo-do-paciente-com-diarreia-avaliacao-do-estado-de-hidratacao-do-paciente-arquivo-com-marcas-de-corte/view> Acesso em 16/05/24



FIGURA 6p2. Manejo do paciente com diarreia

PLANO C PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ENDOVENOSA NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/HOSPITAL			IDENTIFICAR DISENTERIA OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA	
<b>C.1 ADMINISTRAR REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA - FASE DE EXPANSÃO E FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO</b>			<b>D.1 VERIFICAR SE O PACIENTE TEM SANGUE NAS FEZES (DISENTERIA) E AVALIAR SEU ESTADO GERAL:</b>	
<b>FASE DE EXPANSÃO - MENORES DE 1 ANO<sup>3</sup></b>			D.1.1 Se apresentar <b>sangue nas fezes e comprometimento do estado geral</b> , conforme o quadro de avaliação do estado de hidratação do paciente e/ou febre alta persistente, dor abdominal, tenesmo ou comprometimento sistêmico: D.1.1.1 Reidratar o paciente conforme os planos A, B ou C definido segundo estado de hidratação. D.1.1.2 Iniciar antibioticoterapia:	
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	<b>a) CRIANÇAS COM ATÉ 30 kg (até 10 anos):</b> (a partir de 3 meses e sem imunodeficiência) <b>Azitromicina:</b> 10 mg/kg/dia, via oral, no primeiro dia e 5 mg/kg/dia por mais 4 dias; <b>Ceftriaxona:</b> 50 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa.	
1º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato 30 ml/kg	1 hora	<b>NOTA:</b> Crianças menores de 3 meses ou criança com imunodeficiência: • Ceftriaxona: 50 a 100 mg/kg endovenosa 1 vez ao dia. Se não estiver hospitalizada, administrar 1ª dose intramuscular e referenciar ao hospital.	
2º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato 70 ml/kg	5 horas	<b>b) CRIANÇAS COM MAIS DE 30kg (com mais de 10 anos), ADOLESCENTES e ADULTOS:</b> <b>Ciprofloxacino:</b> 1 comprimido de 500 mg de 12/12h, via oral, por 3 dias; <b>Ceftriaxona:</b> 50 a 100 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa. <b>Observação:</b> crianças com quadro de desnutrição devem ter o primeiro atendimento em qualquer estabelecimento de saúde, devendo-se iniciar hidratação e antibioticoterapia de forma imediata, até que chegue ao hospital.	
<b>FASE DE EXPANSÃO - A PARTIR DE 1 ANO<sup>3</sup></b>			D.1.1.3 Orientar o paciente ou acompanhante para aumento da ingestão de líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado do domicílio. D.1.1.4 Reavaliar o paciente após 2 dias. D.1.1.5 Se persistir a presença de sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento:	
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	<b>SE CRIANÇA (até 10 anos):</b> Encaminhar para internação hospitalar. <b>SE ADULTO, ADOLESCENTE OU CRIANÇAS COM MAIS DE 10 ANOS:</b> • 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.	
1º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato 30 ml/kg	30 minutos	<b>D.2 IDENTIFICAR DIARREIA PERSISTENTE/CRÔNICA</b>	
2º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato 70 ml/kg	2 horas e 30 minutos	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: • For menor de 6 meses. • Apresentar sinais de desidratação. Nesse caso, reidrate-o primeiro e, em seguida, encaminhe-o a uma unidade hospitalar. <b>Observação:</b> quando não houver condições de encaminhar 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 (vide Item A 3.2), levar imediatamente a um estabelecimento de saúde para atendimento. D.2.1.2 Pacientes maiores de 6 meses sem sinais de desidratação: encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.	
<sup>3</sup> Para recém-nascidos ou menores de 5 anos com cardiopatias graves, começar com 10 ml/kg de peso.			<b>D.3 OBSERVAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO GRAVE</b>	
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO	D.3.1 Se o paciente estiver com desnutrição grave: D.3.1.1 E estiver hidratado: encaminhar para o tratamento no estabelecimento de saúde. D.3.1.2 E estiver desidratado: iniciar imediatamente a reidratação e em seguida encaminhar o paciente para o tratamento no estabelecimento de saúde. Entregar ao paciente ou responsável envelopes de SRO em quantidade suficiente e recomendar que continue a reidratação até que chegue ao estabelecimento de saúde em que receberá o tratamento.	
3º	Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10 kg	100 ml/kg	24 HORAS
		Peso de 10 a 20kg	1.000 ml + 50 ml/kg de peso que exceder 10 kg	
		Peso acima de 20 kg	1.500 ml + 20 ml/kg de peso que exceder 20 kg (no máximo 2.000 ml)	
	+			
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	Iniciar com 50 ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	+		
KCl a 10%	2 ml para cada 100 ml de solução da fase de manutenção.			
<b>C.2 AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO/ GOTEJAMENTO:</b>			<b>D.4 VERIFICAR A TEMPERATURA</b>	
C.2.1 Iniciar a reidratação por via oral com solução de SRO, quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação endovenosa, concomitantemente. C.2.2 Interromper 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. C.2.3 Observar o paciente por pelo menos 6 horas. <b>C.2.4 Reavaliar o estado de hidratação e orientar quanto ao tratamento apropriado a ser seguido: PLANO A, B ou continuar com o C.</b>			D.4.1 Se o paciente estiver com a temperatura de 39 °C ou mais, além do quadro diarreico, investigar e tratar outras possíveis causas, por exemplo, pneumonia, otite, amigdalite, faringite, infecção urinária.	
OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM COMPLETAMENTE HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL.			<b>USO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES COM DIARREIA</b>	
			<b>Antibióticos:</b> Devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e comprometimento do estado geral ou em caso de cólera grave. Em outras condições, os antibióticos são ineficazes, causam resistência antimicrobiana e, portanto, não devem ser prescritos. <b>Antiparasitários:</b> Devem ser usados somente para: • <b>Amebíase</b> , quando o tratamento de disenteria por <i>Shigella sp</i> fracassar, ou em casos em que se identificam nas fezes trofozoítos de <i>Entamoeba histolytica</i> englobando hemácias: Metronidazol 50 mg/kg/dia 3x/dia por 10 dias. • <b>Giardíase</b> , quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se identificarem cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal: Metronidazol 15 mg/kg/dia 3x/dia por 5 dias. <b>Zinco:</b> Deve ser administrado, conforme descrito no PLANO A, para crianças menores de 5 anos. <b>Antiemético:</b> Apenas deve ser usado se o paciente apresentar vômitos persistentes, conforme descrito no PLANO B, para garantir que consiga ingerir a solução de SRO e ser reidratado.	
			<b>ANTIDIARREICOS NÃO DEVEM SER USADOS</b>	

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-diarreicas-agudas/manejo-do-paciente-com-diarreia-avaliacao-do-estado-de-hidracao-do-paciente-arquivo-com-marcas-de-corte/view> Acesso em 16/05/24