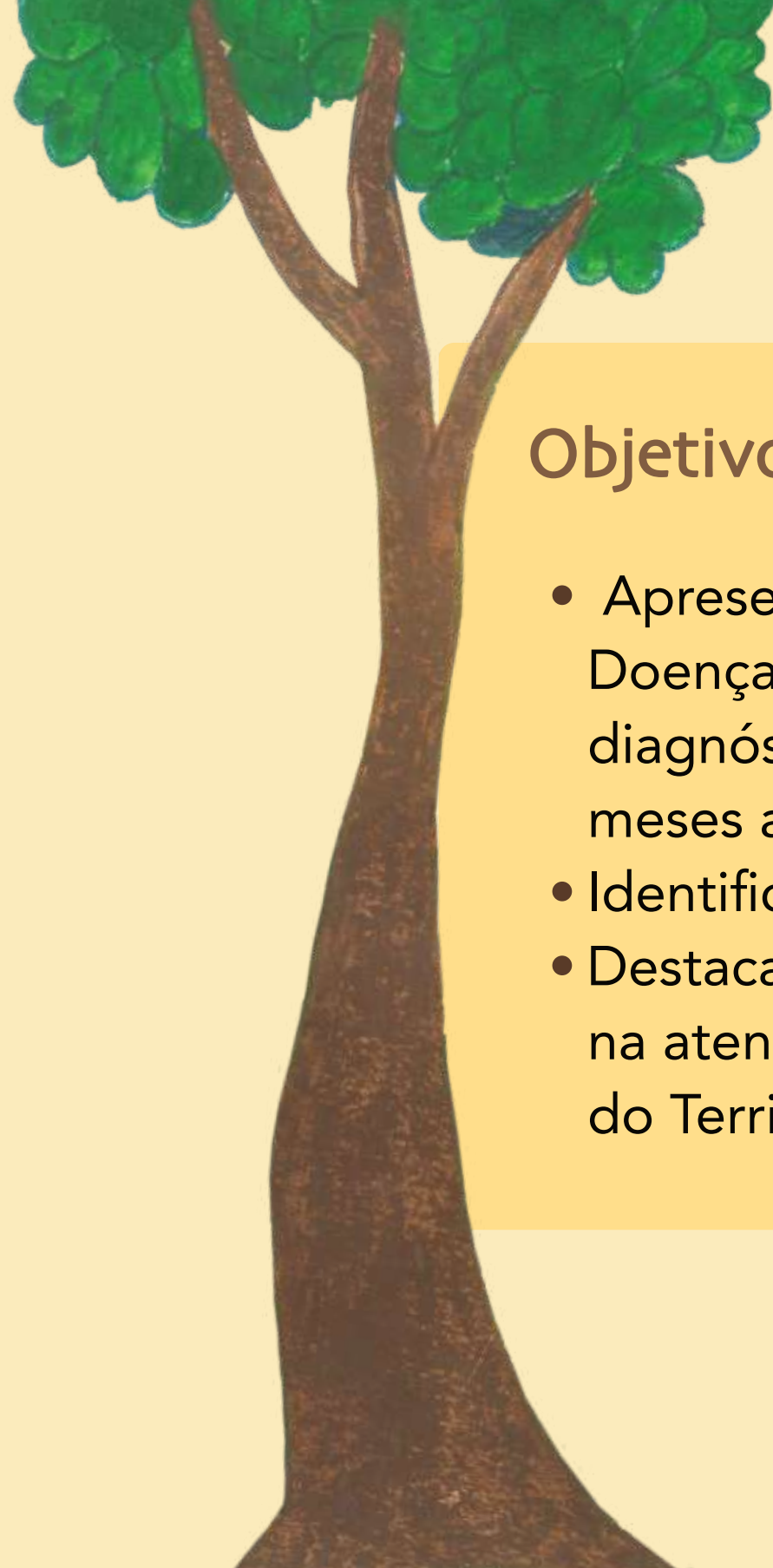


AIDPI E DIARREIA NA INFÂNCIA NO CONTEXTO DO TERRITÓRIO YANOMAMI E YE'KWANA



A diarreia nas crianças do território Yanomami e Ye'kwana permanece como uma das principais causas evitáveis de adoecimento e morte, que podem ser evitadas com o reconhecimento e o manejo oportunos.



Objetivos dessa apresentação:

- Apresentar a abordagem do Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Primeira Infância (AIDPI) para diagnóstico e tratamento da diarreia em crianças de 2 meses a 5 anos;
- Identificar sinais de gravidade e desidratação;
- Destacar a conduta adequada no manejo e tratamento na atenção à saúde, considerando as especificidades do Território Indígena Yanomami e Ye'kwana (TIYY).

Abordagem do AIDPI nas diarreias

- De 1990 a 2010, a taxa de mortalidade infantil vem apresentando tendência contínua de queda no Brasil, de 47,1/1.000 para 16,2/1.000 Nascidos Vivos (NV), com redução média de mais de 60%.
- O maior objetivo estratégico do Ministério da Saúde com a estratégia AIDPI Criança (2 meses a 5 anos) é o de qualificar este atendimento prestado na Atenção Básica por profissionais médicos e enfermeiros.
- No Território Yanomami e Ye'kwana as diarreias e desidratação são frequentes e que impactam nas causas de mortalidade infantil.

O MS define diarreia aguda como uma síndrome na qual ocorrem três ou mais episódios diários de evacuações com fezes diarreicas e que apresenta evolução autolimitada com duração máxima de 14 dias.

Agentes etiológicos mais frequentes

Viral: *Rotavirus* é o agente mais comum.

Outros vírus: *Norovirus*, *enterovírus*, *adenovírus*.

Bacteriano: *Echerichia coli*, *Campylobacter ssp*, *Shigella ssp*, *Samonella ssp*, *Yersínia*, *aeromonas*, *Plesiomonas*, *Clostridium difficile*, *Vibrio cholerae*.

Protozoários (parasitas): *Cryptosporidium parvum*, *Giardia intestinalis*, *Entamoeba histolytica* e *Cyclospora cayetanensis*.

Fatores não infecciosos: Intolerância à lactose, alergia alimentar, medicamentos e doenças inflamatórias intestinais.

Definição e tipos

Diarreia: perda de água e eletrólitos nas fezes maior que o normal.

Aumento do volume e frequência das evacuações com uma margem de três ou mais episódios diários de evacuações.

Aguda:

- menos de 14 dias;
- maioria é viral;
- pode causar morte por desidratação.

Persistente/Crônica:

- duração de 14 a 28 dias.

Dois tipos:

Disenteria: diarreia com sangue, com ou sem presença de muco.

Persistente/Crônica: sem sinais de desidratação.

Causa mais comum: *Shigella*.

A condição pode estar acompanhada de outros sinais clínicos, como: irritabilidade ou hipoatividade, febre, vômito, olhos fundos e sinal da prega presente, indicando desidratação.

Avaliação

Perguntar:

- Quanto tempo está com diarreia?
- Com ou sem sangue nas fezes?



Classificar:

- Aguda
- Persistente
- Disenteria

Em toda
avaliação de
criança com
diarreia é
fundamental
verificar a
HIDRATAÇÃO!



Avaliação

1. Estado Geral

- **Letárgica ou inconsciente**
- Inquieta ou irritada

2. Olhos fundos

3. Capacidade de Beber

- Consegue beber
- **Não consegue beber ou bebe mal**
- Bebe com sede

4. Sinal da Prega Cutânea

- **Retorna muito lentamente (mais de 2s)**
- Retorna lentamente (mais de 2s)

Sinais de gravidade



Classificação da Desidratação

2 dos seguintes sinais de gravidade:

- Letárgica ou inconsciente
- Olhos fundos
- Não consegue beber ou bebe muito mal
- Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior

**Desidratação
Grave**

2 dos seguintes sinais:

- Inquieta ou irritada
- Olhos fundos
- Bebe avidamente, com sede
- Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior

Desidratação

- Não preenche os critérios

Sem desidratação

ETAPAS		A (Sem desidratação)	B (Com desidratação)	C (Com desidratação grave)
OBSERVE	Estado Geral ¹	Ativo, Alerta	Irritado, Intranquilo	Comatoso, Hipônico, Letárgico ou Inconsciente*
	Olhos ¹	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede ¹	Sem sede	Sendento, bebe rápido avidamente	Não é capaz de beber*
	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca/Lingua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
EXPLORE	Sinal da prega	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de Peso ²	Sem perda	Ate 10%	Acima de 10%
DECIDA		SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco(*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE		PLANO A	PLANO B	PLANO C

1 Variáveis para avaliação do estado de hidratação que têm maior relação de sensibilidade e especificidade, segundo a OMS. - **2** A avaliação da perda de peso é necessária quando a criança está internada e evolui com diarreia e vômito. - **OBS:** caso haja dúvida quanto à classificação deve-se estabelecer o plano de tratamento considerado no pior cenário.

PLANO A - Para prevenir a desidratação no domicílio

1. INGERIR/OFERECER MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:

- 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.
- Não utilizar refrigerantes e, preferencialmente, não adoçar o chá ou o suco.

2. MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:

- Manter a alimentação habitual – tanto as crianças como os adultos.
- Criança em aleitamento materno exclusivo – o único líquido que deve ser oferecido, além do leite materno, é a solução de SRO.

3. LEVAR IMEDIATAMENTE AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE:

- Não melhorar em 2 dias.
- Apresentar qualquer um dos sinais de alerta abaixo:

SINAIS DE ALERTA

- Piora da diarreia (ex.: aumento da frequência ou do volume)
- Vômitos repetidos

- Sangue nas fezes
- Diminuição da diurese
- Muita sede
- Recusa de alimentos

Continua →

PLANO A - Para prevenir a desidratação no domicílio

4. ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:

- Reconhecer os sinais de desidratação e sinais de alerta.
- Preparar e administrar a solução de sais de reidratação oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água intradomiciliar e higienização dos alimentos).

5. ADMINISTRAR ZINCO 1 vez ao dia, durante 10 A 14 dias:

- Até 6 meses de idade: 10 mg/dia.
- Maiores de 6 meses a menores de 5 anos de idade: 20 mg/dia.

IDADE	Quantidade de líquidos que deve ser administrada/ ingerida após cada evacuação diarreica
Menores de 1 ano	50-100 ml
De 1 a 10 anos	100-200 ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

No contexto da TIYY, mesmo os casos considerados não graves, com o uso do **Plano A**, devem ser monitorados e feito o tratamento de forma supervisionada. As equipes devem acompanhar para dar suporte adequado e garantir a conclusão do tratamento, bem como a avaliação do surgimento de outros agravos, para sua atuação precoce. (Fonte: SVSA, 2023.)

Plano A – Tratar em casa

1) Dar líquidos adicionais (tanto quanto a criança aceitar).

Recomendações à mãe e família extendida:

- Amamentar com frequência e por mais tempo a cada vez.
- Caso a criança se alimenta exclusivamente de leite materno, pode-se dar Solução de Reidratação Oral (SRO).
- Caso a criança não esteja em regime exclusivo de leite materno, dar um ou mais dos seguintes itens: solução de SRO, líquidos caseiros (tais como caldos, soro caseiro) ou água potável.

É especialmente importante dar solução de SRO em casa quando:

- Durante a visita, a criança já recebeu o tratamento do Plano B ou Plano C.
- A criança não puder retornar a um serviço de saúde se a diarreia piorar.

Plano A – Tratar em casa

Ensinar a mãe, outros cuidadores da família e Agente Indígena de Saúde (AIS) a preparar a mistura e a dar solução de SRO. Entregar um pacote de solução de SRO à mãe para utilizar em casa, se necessário.

Mostrar à mãe a quantidade de líquidos adicionais a dar em casa, além dos líquidos dados habitualmente:

Até 1 ano: 50 a 100ml, depois de cada evacuação aquosa.

1 ano ou mais: 100 a 200ml, depois de cada evacuação aquosa.

Recomendar a mãe ou o acompanhante a:

- Administrar, frequentemente, pequenos goles de líquidos de uma colher ou cuia.
- Caso a criança vomite, aguardar dez minutos e depois continuar, porém mais lentamente.
- Continuar a dar líquidos adicionais até a diarreia parar.

Plano A – Tratar em casa

2) Continuar a alimentação normalmente.

3) Quando retornar?

- Não consegue beber nem mamar no peito;
- Piora do estado geral;
- Aparecimento ou piora da febre.

Diga à mãe, familiares e AIS que retorne se a criança tiver **sangue nas fezes** e/ou **dificuldade para beber**.

A **visita domiciliar e o acompanhamento contínuo da criança** é uma estratégia indispensável para garantia da segurança e dos cuidados em saúde. A busca ativa por pacientes com maior probabilidade de agravos persistentes é uma forma de reduzir os óbitos por causas evitáveis.

PLANO B

Para tratar a desidratação por via oral no estabelecimento de saúde

1. Administrar solução de sais de reidratação oral:

- 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.
- quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
- A solução de SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
- Se o paciente desidratado, durante o manejo do **PLANO B**, apresentar vômitos persistentes, administrar uma dose de antiemético ondansetrona:
 - Crianças de 6 meses a 2 anos: 2 mg (0,2 a 0,4 mg/kg);
 - Maiores de 2 anos a 10 anos (até 30 kg): 4 mg;
 - Adultos e crianças com mais de 10 anos (mais de 30 kg): 8 mg.

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 (gastróclise).
- Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o **PLANO C**.

Continua →

PLANO B

Para tratar a desidratação por via oral no estabelecimento de saúde

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

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a solução de SRO.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar adequadamente as mãos, tratar a água para consumo humano (ingestão) e higienizar os alimentos).

ATENÇÃO: SE, APÓS 6 HORAS DE TRATAMENTO, NÃO HOUVER MELHORIA DA DESIDRATAÇÃO, CONTATAR A REFERÊNCIA TÉCNICA PARA DISCUTIR SE SERÁ NECESSÁRIA UMA REMOÇÃO.

O **PLANO B** deve ser realizado na UBSI,
Polo Base ou supervisão constante da EMSI durante todo o tratamento.
O paciente deve permanecer no estabelecimento de saúde
até a reidratação completa.

Plano B – Tratar com soluções de SRO

Tratamento ambulatorial de 4 horas

Cuidador oferece SRO para a criança

1. Determinar a quantidade de solução de SRO a ser dada durante as primeiras quatro horas.

Idade	Até 4 meses	4 a 11 meses	12 meses a 1 ano	2 a 5 anos
Peso	< 6KG	6 A < 10KG	10 A < 12KG	12 a 19 kg
SRO (ml)	200 a 400	400 a 700	700 a 900	900 a 1.400

*Quando desconhecer o peso da criança, utilizar somente a idade. A quantidade aproximada de solução SRO necessária (em ml) também pode ser calculada multiplicando-se o peso da criança (em kg) por 75. Se a criança quiser mais solução de SRO do que a quantidade citada, dar mais.

Plano B – Tratar com soluções de SRO

2. Mostrar para a mãe, outros cuidadores da família e Agentes Indígenas de Saúde (AIS) como administrar a solução de SRO.

- Dar, com frequência, pequenos goles de líquidos usando copo ou colher.
- Se a criança vomitar, aguardar dez minutos e depois continuar, porém mais lentamente. Caso persistam os vômitos, use ondansetrona. Em crianças de 6 meses a 2 anos, dar 2mg sublingual; acima de 6 meses, dar 4mg.
- Continuar a amamentar no peito sempre que a criança o desejar.



Plano B – Tratar com soluções de SRO

3. Reavaliar a criança após 4 horas.

- Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação.
- Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento.
- Se possível, começar a alimentar a criança na Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), Polo Base ou sob supervisão da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).

A visita domiciliar e o acompanhamento contínuo da criança são estratégias indispensáveis para garantia da segurança e dos cuidados em saúde, desse modo, a busca ativa pelas crianças com maior probabilidade de agravos persistentes é uma forma de reduzir os óbitos por causas evitáveis.

Plano B – Tratar com soluções de SRO

Se, em situações excepcionais, os familiares precisarem ir para casa antes de terminar o tratamento:

- Orientar o modo de preparar a solução de SRO em casa.
- Orientar sobre a quantidade de solução de SRO a ser administrada até completar o tratamento em casa.
- Entregar uma quantidade de pacotes de solução de SRO suficiente para completar a reidratação. Entregar, também, um pacote adicional, tal como recomendado no **Plano A**.

Explicar as três regras do tratamento domiciliar:

- 1- Dar líquidos adicionais
- 2- Continuar a alimentar
- 3- Quando retornar

PLANO C

Para tratar a desidratação grave por via endovenosa no polo base

1. ADMINISTRAR REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA

Fase de expansão e fase de manutenção/reposição

Fase de expansão – menores de 1 ano³

Solução		Volume	Tempo de administração
1°	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	1 hora
2°		70 ml/kg	5 horas

Fase de expansão – a partir de 1 ano³

Solução		Volume	Tempo de administração
1°	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	30 minutos
2°		70 ml/kg	2 horas e 30 minutos

³ Para recém-nascidos ou menores de 5 anos com cardiopatias graves, começar com 10 ml/kg de peso.

Continua →

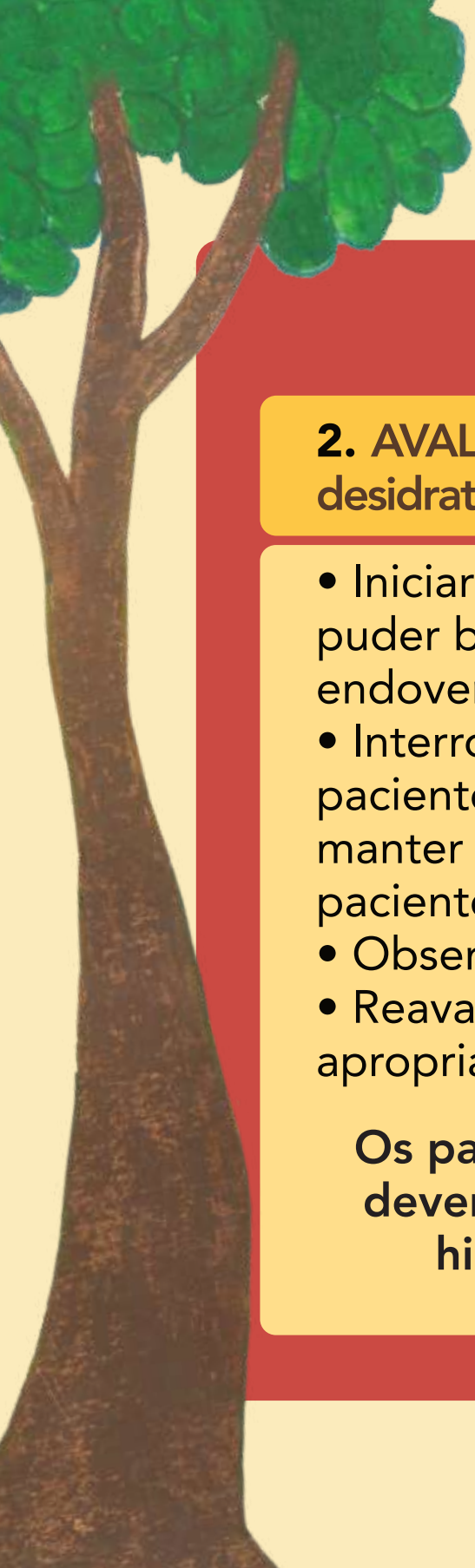
PLANO C

Para tratar a desidratação grave por via endovenosa no polo base

Fase de manutenção/reposição para todas as faixas etárias

Solução		Volume		Tempo de administração
3º	Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10 kg	100 ml/kg	
		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)	
	+			24 horas
	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.		

Continua →



PLANO C

Para tratar a desidratação grave por via endovenosa no polo base

2. AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. Se não houver melhora da desidratação, aumentar a velocidade de infusão/gotejamento:

- 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.
- 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.
- Observar o paciente por pelo menos 6 horas.
- Reavaliar o estado de hidratação e orientar quanto ao tratamento apropriado a ser seguido: PLANO A, B ou continuar com o C.

Os pacientes que estiverem sendo reidratados por via endovenosa devem permanecer no Polo Base até que estejam completamente hidratados e conseguindo manter a hidratação por via oral.

Plano C – Tratar desidratação grave

Administração de líquidos por via intravenosa (IV)

Depende de:

- Do tipo de equipamento disponível na UBSI ou Polo Base.
- Da qualificação e experiência do profissional de saúde.
- Se a criança é capaz de beber.

A visita domiciliar e o acompanhamento contínuo da criança são estratégias indispensáveis para garantia da segurança e dos cuidados em saúde, desse modo, a busca ativa pelas crianças com maior probabilidade de agravos persistentes é uma forma de reduzir os óbitos por causas evitáveis.

Plano C – Tratar desidratação grave

Acompanhar as setas. Se a resposta for “sim”, ir para lateral, se for “não”, ir para baixo.

Pode aplicar imediatamente líquidos por via intravenosa (IV)?

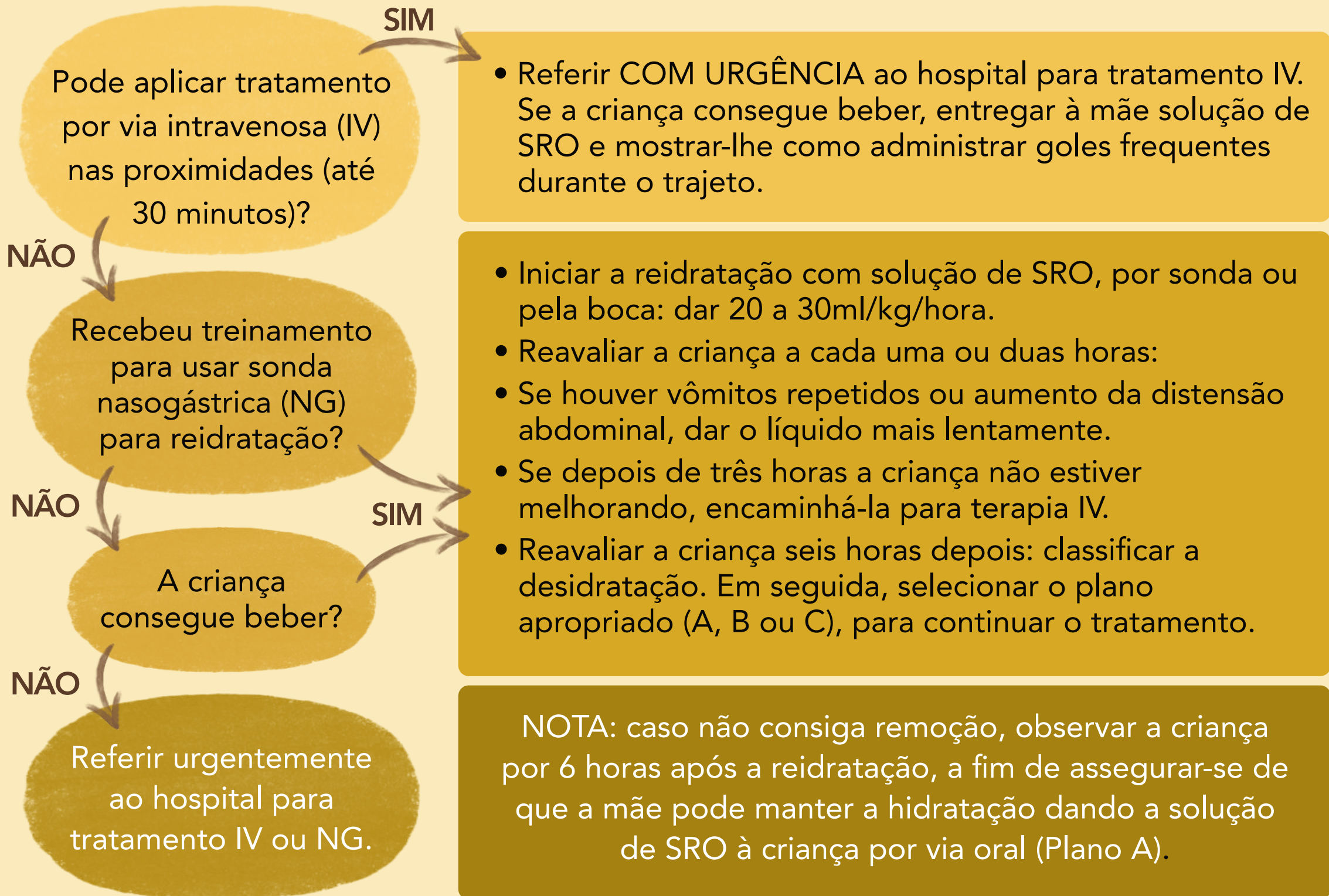
NÃO



SIM



- Começar a dar líquidos imediatamente por via IV. Se a criança consegue beber, dar solução de SRO por via oral enquanto o gotejador estiver sendo montado. Fazer expansão com 100ml/kg de solução de ringer lactato ou SF 0,9%. Em crianças menores de 1 ano, fazer 30ml/kg na primeira hora e 70ml/kg em cinco horas. Em crianças maiores de 1 ano fazer 30ml/kg em 30 minutos e 70ml/kg em 2 horas e 30 minutos.
- Reavaliar a criança de meia em meia hora. Se não houver melhora no estado de desidratação, aumentar a velocidade do gotejamento.
- Também dar solução de SRO (cerca de 5ml/kg/hora), tão logo a criança consiga beber: geralmente em uma a duas horas.
- Classificar a desidratação.
- Escolher a seguir, o plano apropriado (A, B ou C) para continuar o tratamento.
- Em seguida fazer a solução de manutenção com SGF 1:1 enquanto aguarda transferência.



Tratamento da diarreia persistente

DIARREIA PERSISTENTE

- Alimentação
- Zinco por via oral por 10 dias
- Orientar em quais situações deve voltar imediatamente ao serviço
- Marcar retorno em 5 dias

DIARREIA PERSISTENTE GRAVE

- Tratar desidratação
- Referir com urgência ao hospital

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
SEM DESIDRATAÇÃO	Diarreia persistente	• Informar sobre como alimentar uma criança com DIARREIA • Dar zinco oral por dez dias • Orientar em quais situações deve voltar imediatamente ao serviço
DESIDRATAÇÃO	Diarreia Persistente Grave	• Tratar a desidratação antes de referir à criança a não ser que esta se enquadre em outra classificação grave • Referir COM URGÊNCIA ao Hospital
SANGUE NAS FEZES	Disenteria	• Dar um antibiótico recomendado em sua região para <i>Shigella</i>, se houver comprometimento do estado geral • Dar Zinco por via oral • Marcar o retorno em dois dias

Tratamento da Disenteria

IDENTIFICAR DISENTERIA OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA

1. VERIFICAR SE O PACIENTE TEM SANGUE NAS FEZES (DISENTERIA) E AVALIAR SEU ESTADO GERAL:

- Se apresentar sangue nas fezes e comprometimento do estado geral, conforme o quadro de avaliação do estado de hidratação do paciente e/ou febre alta persistente, dor abdominal, tenesmo ou comprometimento sistêmico:

- Reidratar o paciente conforme os planos A, B ou C definido segundo estado de hidratação.
- Iniciar antibioticoterapia:

a) CRIANÇAS COM ATÉ 30 kg (até 10 anos): (a partir de 3 meses e sem imunodeficiência)

- **Azitromicina:** 10 mg/kg/dia, via oral, no primeiro dia e 5 mg/kg/dia por mais 4 dias;
- **Ceftriaxona:** 50 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa.

NOTA: 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

b) CRIANÇAS COM MAIS DE 30kg (com mais de 10 anos), ADOLESCENTES e ADULTOS:

- **Ciprofloxacino:** 1 comprimido de 500 mg de 12/12h, via oral, por 3 dias;
- **Ceftriaxona:** 50 a 100 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa.

Observação: 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.

Continua →

Tratamento da Disenteria

IDENTIFICAR DISENTERIA OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA

Observação: 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.

- Orientar o paciente ou acompanhante para aumento da ingestão de líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.
- Reavaliar o paciente após 2 dias.
- Se persistir a presença de sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento:

SE CRIANÇA (até 10 anos): Encaminhar para internação hospitalar.

SE ADULTO, ADOLESCENTE OU CRIANÇAS 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.

Continua →

Tratamento da Diarreia Persistente

IDENTIFICAR DISENTERIA OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA

2. IDENTIFICAR DIARREIA PERSISTENTE/CRÔNICA

- 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

Observação: 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.

- Pacientes maiores de 6 meses sem sinais de desidratação: encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.

3. OBSERVAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO GRAVE

- Se o paciente estiver com desnutrição grave:
 - E estiver hidratado: encaminhar para o tratamento no estabelecimento de saúde.
 - 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.

Tratamento da Diarreia

4. VERIFICAR A TEMPERATURA

- 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.

Uso de medicamentos em pacientes com diarreia

Antibióticos: 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.

Antiparasitários: Devem ser usados somente para:

- Amebíase, quando o tratamento de disenteria por *Shigella sp* fracassar, ou em casos em que se identificam nas fezes trofozoítos de *Entamoeba histolytica* englobando hemácias: Metronidazol 50 mg/kg/dia 3x/dia por 10 dias.
- Giardíase, 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.

Zinco: Deve ser administrado, conforme descrito no **PLANO A**, para crianças menores de 5 anos.

Antiemético: 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.

ANTIDIARREICOS NÃO DEVEM SER USADOS

Uso de Zinco

Função:

- Fundamental para a saúde do epitélio intestinal e da epiderme.
- Sua deficiência severa leva à perda de apetite e distúrbios de crescimento, resultando em ganho ponderal insuficiente.
- Importante para a imunidade celular, uma vez que sua carência afeta a defesa contra parasitas e patógenos intracelulares.
- Infecções podem comprometer a absorção de zinco.

DOSE DE ZINCO: em menores de 6 meses: 2,5ml ou um comprimido mastigável 1x ao dia. Em maiores de 6 meses: 5ml/dia ou dois comprimidos mastigáveis 2x ao dia por 10 dias. Apresentação: sulfato de zinco: xarope (4ml/ml). Comprimido mastigável (20mg).

Suplementação de polivitaminas

As crianças em convalescença da DIARREIA PERSISTENTE devem receber suplementação de polivitaminas (vitamina A e ácido fólico) e sais minerais (zinco, cobre e magnésio) na quantidade que corresponda, pelo menos, a duas Ingestões Diárias Recomendadas (IDR).

Nutrientes	Unidade	Ingestões Diárias Recomendadas para crianças conforme a idade				
		0 a 6 meses	6 meses a 1 ano	1 a 3 anos	4 a 6 anos	7 a 10 anos
Vitamina A	mcg	375	375	400	500	700
ÁCIDO FÓLICO	mcg	25	35	50	75	100
ZINCO	mcg	5	5	10	10	10
COBRE	mcg	0,4 a 0,6	0,6 a 0,7	0,7 a 1,0	1,0 a 1,5	1,0 a 2,0
MAGNÉSIO	mcg	40	60	80	120	170

Tratamento da Diarreia no Território Yanomami e Ye'kwana

- Comunicar a família extendida da criança e ao AIS todos os passos que serão realizados para o tratamento da diarreia aguda;
- Pedir apoio de tradução e do AIS;
- Repetir a explicação e garantir a visita domiciliar das crianças no casos leves e moderados;
- Evitar ao máximo passar sondas orogástricas ou nasogástricas nas crianças;
- Evitar sonda vesical. Para quantificação de urina, utilizar a pesagem da fralda descartável (se acessível).

“Reconhecer precocemente, classificar corretamente e tratar de forma adequada a diarreia na infância são estratégias simples, eficazes e capazes de salvar vidas.”



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cab-no-33-saude-da-crianca-crescimento-e-desenvolvimento/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia [cartaz]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manejo-do-paciente-com-diarreia-cartaz/>

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Manual de quadros de procedimentos: AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-de-quadros-de-procedimentos-aidpi-crianca-2-meses-a-5-anos/>

Autoras

Alessandra Penna e Costa - IFF/Fiocruz
Callyne Duarte Feitosa de Oliveira - IFF/Fiocruz
Julianne Garcia - DSEIYY/SESAI

Revisão Técnica

Ana Lucia Pontes – ENSP/Fiocruz
Jéssica Sousa Silva Leopoldino - DAPSI/Sesai
José Carlos Lopes Magalhães - DAPSI/Sesai
Maria Lucivania de Sousa Cruz - DAPSI/Sesai
Maria Teresa Rossetti Massari - IFF/Fiocruz

Ilustrações

Ehuana Yaira Yanomami

Diagramação e ilustrações técnicas

Marina Bylaardt

Colaboradores Secretaria de Saúde Indígena – SESAÍ

Anderson João Lopes Cruz
Diogo Oliveira de Araújo
Putira Sucuena

Realização

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF/Fiocruz

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes
Maria Teresa Rossetti Massari

Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz
Ana Lucia Pontes

Vice-Presidência de Ambiente Atenção e Promoção à Saúde - VPAAPS/Fiocruz

Marcela Alves Abrunhosa
Patricia Canto Ribeiro

Financiamento:

Projeto “Fortalecimento das ações em atenção à saúde e assistência social em território Yanomami, através de ações de assistência social e de atenção a saúde, considerando as especificidades culturais desse povo e suas necessidades” da VicePresidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) da Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) pelo TED 001/2024.





AIDPI E DIARREIA NA INFÂNCIA NO CONTEXTO DO TERRITÓRIO YANOMAMI E YE'KWANA

Material de 31 de agosto de 2026

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br