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

Porto Alegre, 12 de setembro de 2023.

1.TÉTANO:

A infecção ocorre pela contaminação de ferimentos superficiais ou profundos de qualquer natureza. **O período compreendido entre o ferimento (provável porta de entrada do bacilo) e o primeiro sinal ou sintoma, pode variar de 05 a 15 dias**, sendo que quanto menor for o tempo de incubação (menor que 07 dias), maior a gravidade e pior o prognóstico de evolução da doença.

1.1 Manifestações clínicas: caracterizam-se por hipertonias 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 ambiente). Os sintomas iniciais costumam ser relacionados com a dificuldade de abrir a boca (trismo e riso sardônico) e de deambular, devido à hipertonia muscular correspondente. Com a progressão da doença, outros grupos musculares são acometidos, podendo 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, com consequente redução das sequelas e da letalidade. Princípios básicos do tratamento: sedação do paciente, sendo o relaxamento muscular o principal objetivo; neutralização da toxina tetânica com soro antitetânico; debridamento do ferimento foco da infecção e medidas gerais de suporte.

1.4 Soro antitetânico: utilizado para prevenção e tratamento, sendo que a indicação depende do tipo e das condições do ferimento, 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 a 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, DT, DTP, DTPa, dTpa, dT). A imunidade conferida pelo soro antitetânico dura cerca de duas semanas, enquanto que aquela conferida pela imunoglobulina humana antitetânica dura cerca de 3 semanas. A ocorrência da doença não confere imunidade. Conforme a possibilidade de organização dos serviços de saúde durante a calamidade deve-se considerar a oferta da vacina antitetânica à população. **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. Na FIGURA 1, está disponível o esquema de condutas profiláticas do tétano de acordo com o tipo de ferimento e a situação vacinal.**

1.6 Vigilância Epidemiológica: Tanto o tétano acidental quando o tétano neonatal (TNN) são doenças de notificação compulsória, com ficha de notificação específica para cada situação, no SINAN.

Caso Suspeito de Tétano Acidental (TA):
Todo paciente acima de 28 dias de vida que apresenta 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.

Caso Suspeito de Tétano Neonatal (TNN):
Todo recém-nascido que nasceu bem sugou normalmente nas primeiras horas e, entre o 2º e o 28º dias de vida, apresentou dificuldade em mamar, choro constante, independentemente do estado vacinal da mãe, do local e das condições do parto. São também considerados suspeitos todos os óbitos, nessa mesma faixa etária, de crianças que apresentem essas mesmas características, com diagnóstico indefinido ou ignorado.

Além da notificação, os casos de tétano devem ser registrados na Planilha de Monitoramento Diário de doenças e agravos de notificação compulsória no contexto da calamidade pública causada pelas enchentes.

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 4ºC a 8ºC. Transporte: em caixa térmica com gelo reciclável, as amostras devem chegar ao Laboratório no máximo até 14 dias após a coleta. Para envio ao LACEN, as amostras devem ser cadastradas no GAL–Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial.
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.

2.4 Imunidade e suscetibilidade: A vacina de hepatite A é disponibilizada na rotina para crianças de 15 meses até 04 anos, 11meses e 29 dias, dose única. Pessoas adultas com condições clínicas específicas como hepatopatias, pessoas vivendo com HIV/AIDS, transplantados e outros grupos, são imunizadas com duas doses. 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 de notificação específica, no SINAN.

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.

Porém, com a finalidade de aumentar a sensibilidade da vigilância epidemiológica nesta situação de enchentes, orienta-se que os casos suspeitos sejam comunicados via planilha Excel, conforme abaixo:

Além da notificação dos casos confirmados, os casos suspeitos de hepatite A devem ser registrados na Planilha de Monitoramento Diário de doenças e agravos de notificação compulsória no contexto da calamidade pública causada pelas enchentes.

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.

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. Para a sorologia, deve-se coletar uma primeira amostra no momento da suspeita e uma segunda amostra a partir do 07ºdia de início dos sintomas. O material consiste em 2ml de soro, acondicionado em tubo de ensaio, que deve ser enviado em até 72h ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), mantido sob refrigeração de 2 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 4 e 5, 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 SINAN. A suspeição de caso atende às seguintes definições:

Caso Suspeito de Leptospirose:

Indivíduo com febre, cefaleia e mialgia, que apresente pelo menos um dos critérios a seguir elencados:

Critério 1: Presença de antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas, como:

Exposição a enchentes, alagamentos, lama ou coleções hídricas.

Exposição a fossas, esgoto, lixo e entulho.

Atividades que envolvam risco ocupacional, como coleta de lixo e de material para reciclagem, limpeza de córregos, trabalho em água ou esgoto, manejo de animais, agricultura em áreas alagadas.

Vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial.

Residência ou local de trabalho em área de risco para leptospirose.

Critério 2: Presença de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

Icterícia.

Aumento de bilirrubinas.

Sufusão conjuntival.

Fenômeno hemorrágico.

Sinais de insuficiência renal aguda.

Além da notificação, os casos suspeitos de leptospirose devem ser registrados na Planilha de Monitoramento Diário de doenças e agravos de notificação compulsória no contexto da calamidade pública causada pelas enchentes.

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, caracterizam-se 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, grave ou moderado. 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 retardam 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. **Importante revisar o esquema de vacina antitetânica do paciente acidentado. Na FIGURA 6, estão disponíveis as condutas de avaliação e classificação em acidentes botrópicos.**

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 SINAN.

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.

Além da notificação, os acidentes com animais peçonhentos devem ser registrados na Planilha de Monitoramento Diário de doenças e agravos de notificação compulsória no contexto da calamidade pública causada pelas enchentes.

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, pode-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 uma hora antes da sutura.
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 6 estão disponíveis as Condutas na profilaxia da raiva humana pós-exposição. Na FIGURA 7 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 SINAN. **É importante destacar que a notificação de atendimento antirrábico humano não é na mesma ficha que a suspeita de raiva humana, os formulários são distintos.**

Além da notificação, os atendimentos antirrábicos humanos devem ser registrados na Planilha de Monitoramento Diário de doenças e agravos de notificação compulsória no contexto da calamidade pública causada pelas enchentes.

6. DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA)

São síndromes caracterizadas pelo aumento do número de evacuações (mínimo de 03 ou mais episódios no período **de 24h), com diminuição da consistência das fezes, geralmente líquidas ou semilíquidas, com 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 número elevado de casos, orienta-se a coleta de duas ou três 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. **Estas diretrizes estão apresentadas na FIGURA 8.** 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: deve ser realizada nos serviços de saúde, por meio da Planilha de Monitoramento Diário de doenças e agravos de notificação compulsória no contexto da calamidade pública causada pelas enchentes. Os municípios que contam com Unidades Sentinelas da Vigilância de DDA devem fazer o registro no sistema SIVEP-DDA. Os locais que estão recebendo pessoas desabrigadas devem receber enfoque no monitoramento das DDA. **A ocorrência de dois casos ou mais de DDA com vínculo entre si caracteriza um surto. Na identificação de um surto, é fundamental a coleta de amostras para a identificação do agente etiológico. O surto deve ser notificado no sistema SINAN, no formulário de surto (CID A08).**

Caso de Doença Diarreica Aguda:

Paciente com aumento do número de evacuações (mínimo de 03 ou mais episódios no período **de 24h), com diminuição da consistência das fezes, geralmente líquidas ou semilíquidas, com duração de até 14 dias.**

FIGURA 1 – 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[a]			FERIMENTOS COM ALTO RISCO DE TÉTANO[b]		
	Vacina	SAT/ IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/ IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de três doses	Sim[c]	Não	Limpar e desinfectar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e desbridar o foco de infecção.	Sim[c]	Sim	• Desinfectar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados. • Desbridamento do ferimento e lavagem com água oxigenada.
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[d]	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos	Sim	Não		Sim (um reforço)	Não[d]	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (um reforço)	Sim[e]	

Fonte: Deidt/SVS/MS.
[a] Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.
[b] 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.
[c] 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.
[d] Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT.
[e] 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.

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

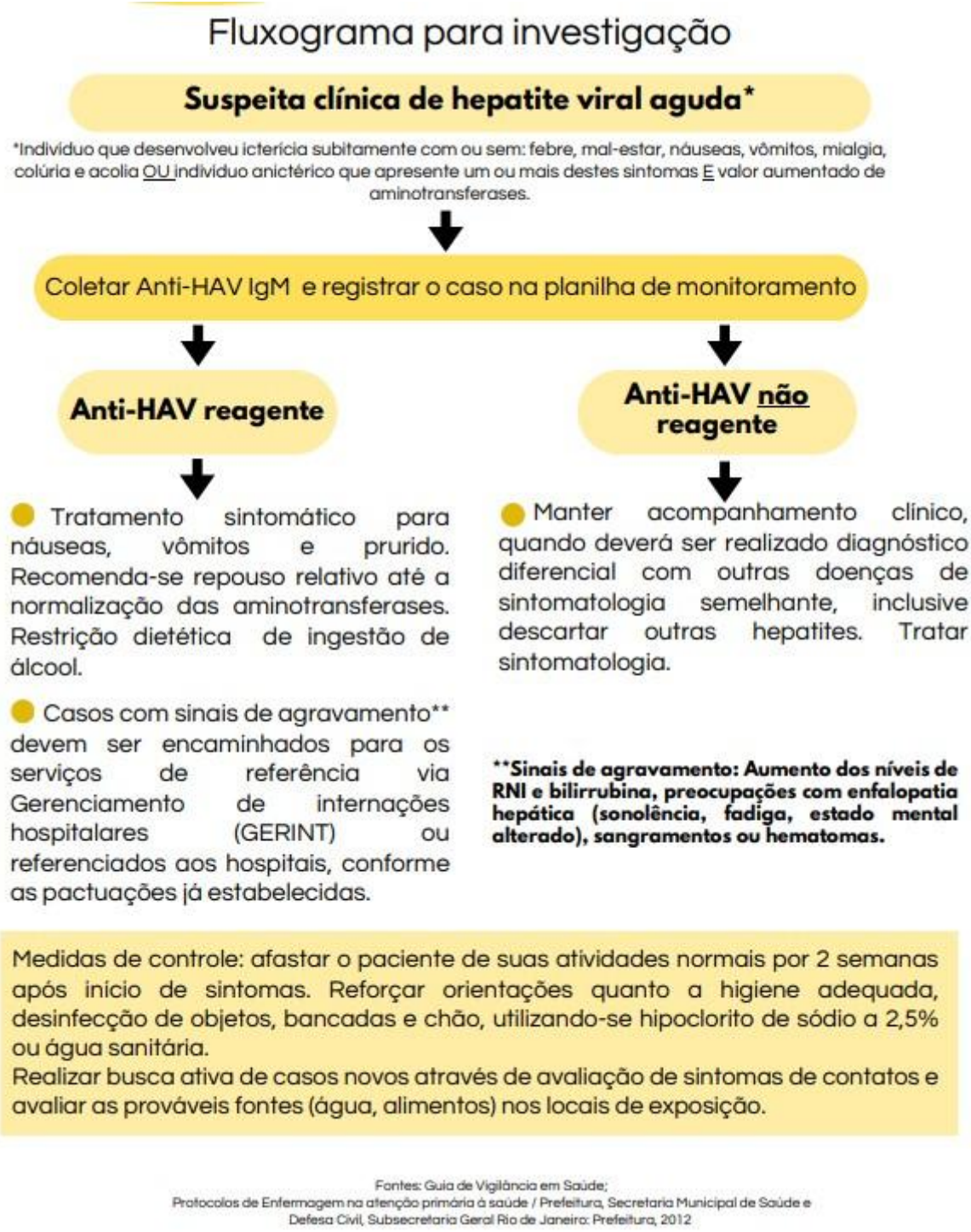


FIGURA 3 – Conduta médica diante de um paciente com síndrome febril aguda suspeita de leptospirose

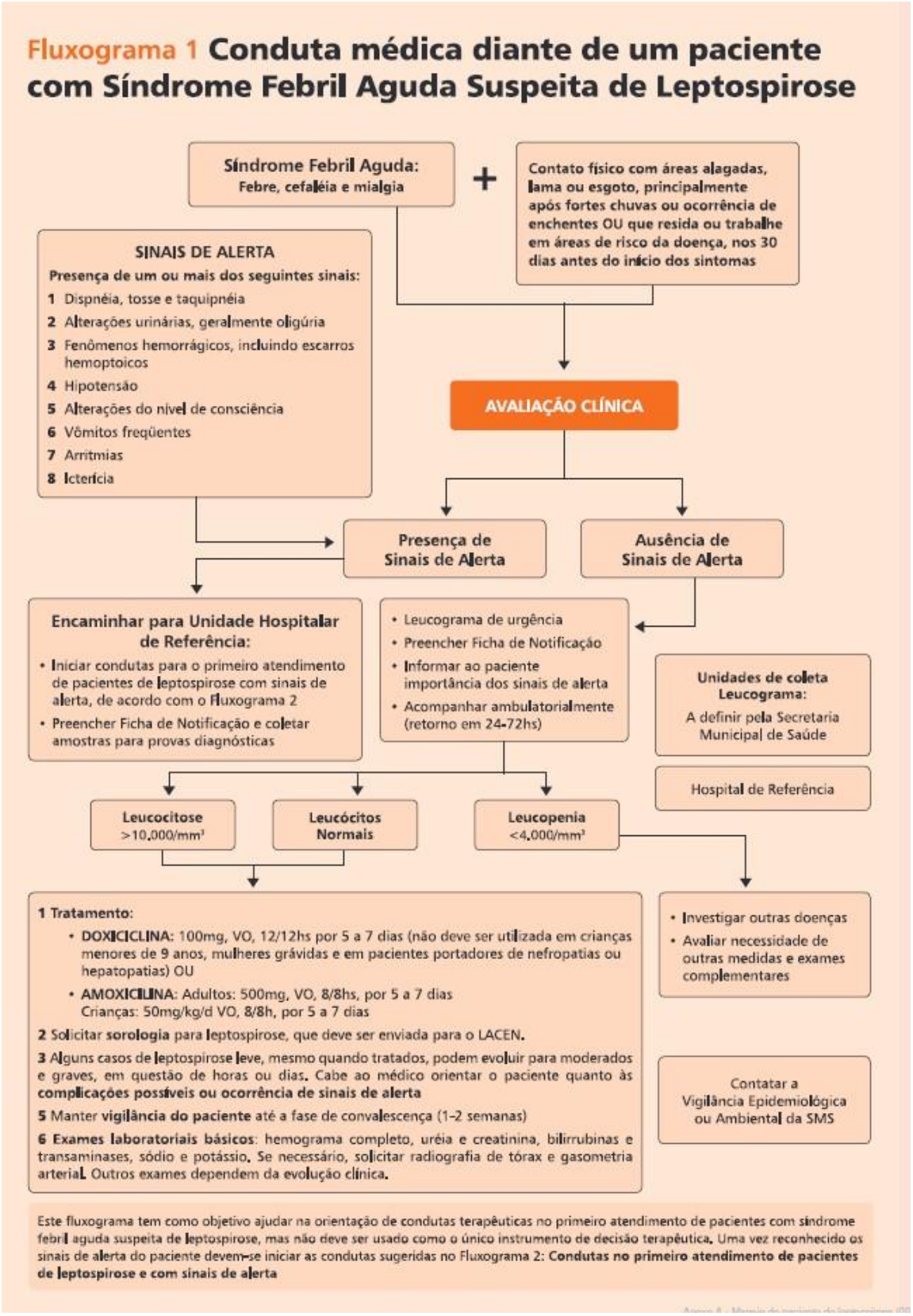


FIGURA 4 – Conduta clínica no primeiro atendimento de pacientes de leptospirose e com sinais de alerta

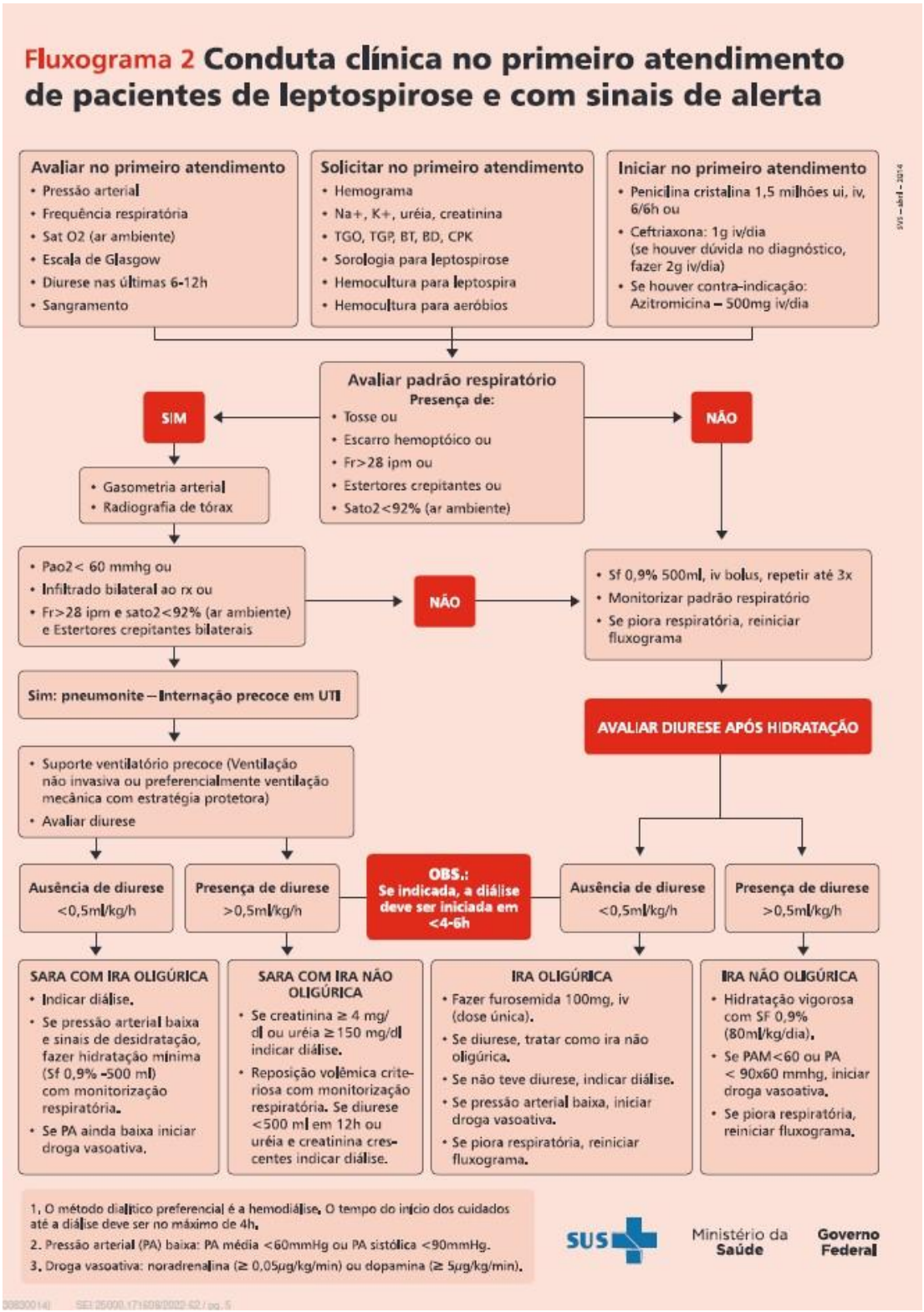
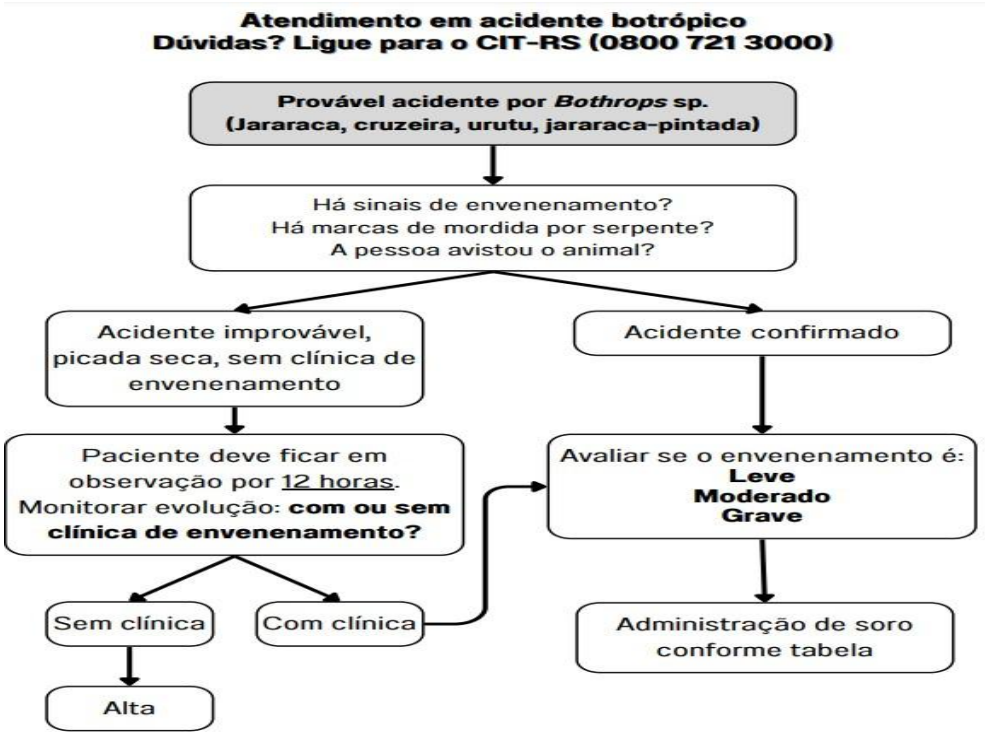


FIGURA 5 – Condutas de avaliação e classificação em acidentes botrópicos



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**.

FIGURA 6- 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**		
CONTATO INDIRETO - 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	• Lavar com água e sabão. • **NÃO INDICAR PROFILAXIA**		• Lavar com água e sabão. • **NÃO INDICAR PROFILAXIA**	• Lavar com água e sabão. • **NÃO INDICAR PROFILAXIA**
LEVE - ferimento superficial no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés - lambedura de lesões superficiais	• Lavar com água e sabão. • **NÃO INICIAR PROFILAXIA.** Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10° dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar **VACINA*** dias 0, 3, 7 e 14	• Lavar com água e sabão. • INICIAR PROFILAXIA: **VACINA*** dias 0, 3, 7 e 14	• Lavar com água e sabão. • INICIAR PROFILAXIA: **VACINA*** dias 0, 3, 7 e 14	• Lavar com água e sabão. • INICIAR PROFILAXIA: **VACINA*** (dias 0, 3, 7 e 14) e **SORO** (SAR ou IGHAR)•
GRAVE - 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	• Lavar com água e sabão. • **NÃO INICIAR PROFILAXIA.** Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10° dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva indicar **VACINA*** (dias 0, 3, 7 e 14) e **SORO (SAR ou IGHAR)•**	• Lavar com água e sabão. • INICIAR PROFILAXIA: **VACINA*** (dias 0, 3, 7 e 14) e **SORO** (SAR ou IGHAR)•	• Lavar com água e sabão. • INICIAR PROFILAXIA: **VACINA*** (dias 0, 3, 7 e 14) e **SORO** (SAR ou IGHAR)•	
OBSERVAÇÕES:				
***VACINA** 4 (quatro) doses, nos dias 0, 3, 7 e 14	A vacina deverá ser administrada por Via Intradérmica ou Via Intramuscular. **Via Intradérmica:** 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, **seja 0,5 mL ou 1,0 mL** (dependendo do laboratório produtor). Local de aplicação: inserção do músculo deltoide ou no antebraço. **Via Intramuscular:** 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.			
•SORO (SAR ou IGHAR)	O **SAR**, ou a **IGHAR**, deve ser administrado no dia 0. Caso não esteja disponível, aplicar o mais rápido possível até o 7° 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. **Soro antirrábico (SAR): 40 UI/k de peso** **Imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR): IGHAR 20 UI/k de peso**			

FIGURA 7 – Fluxograma do atendimento antirrábico humano

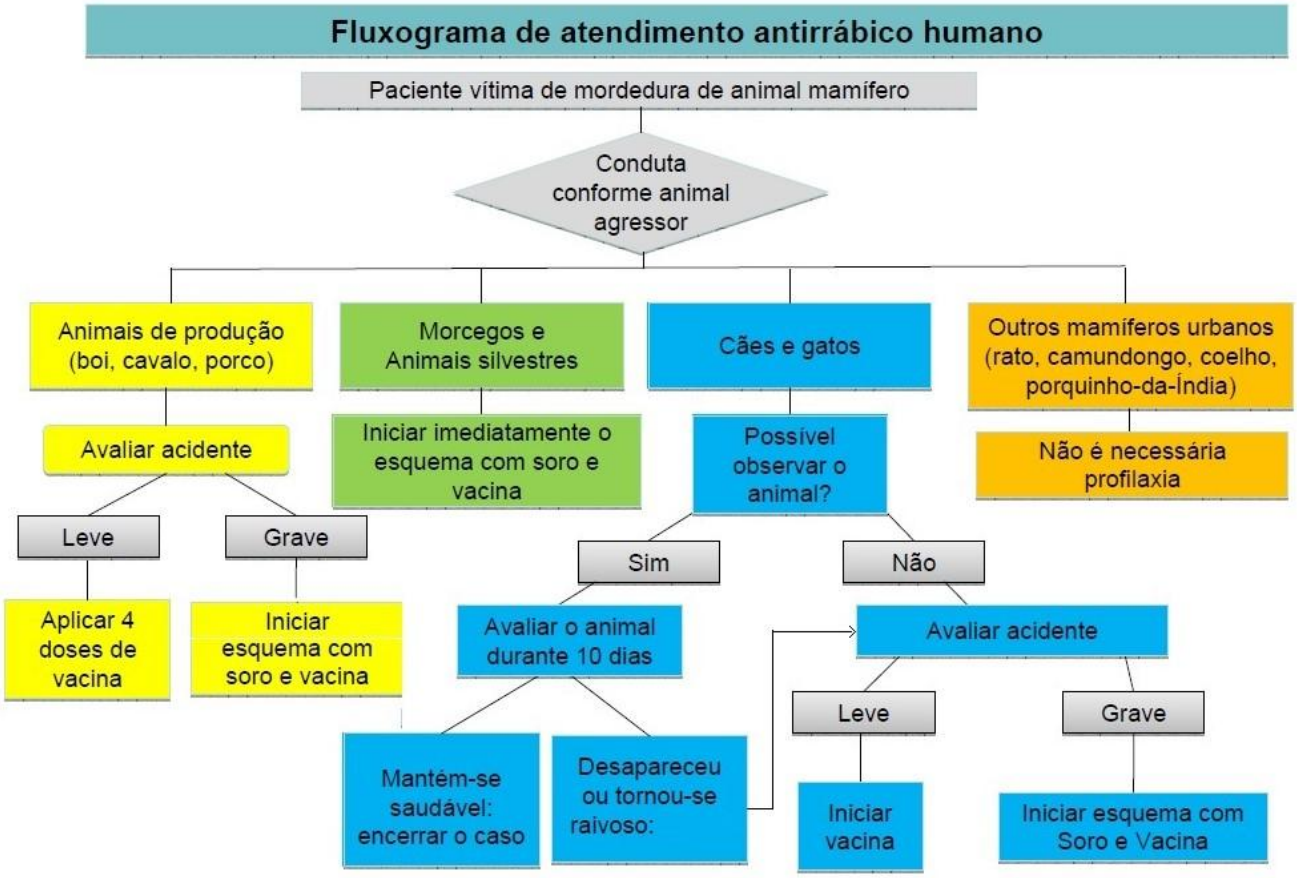
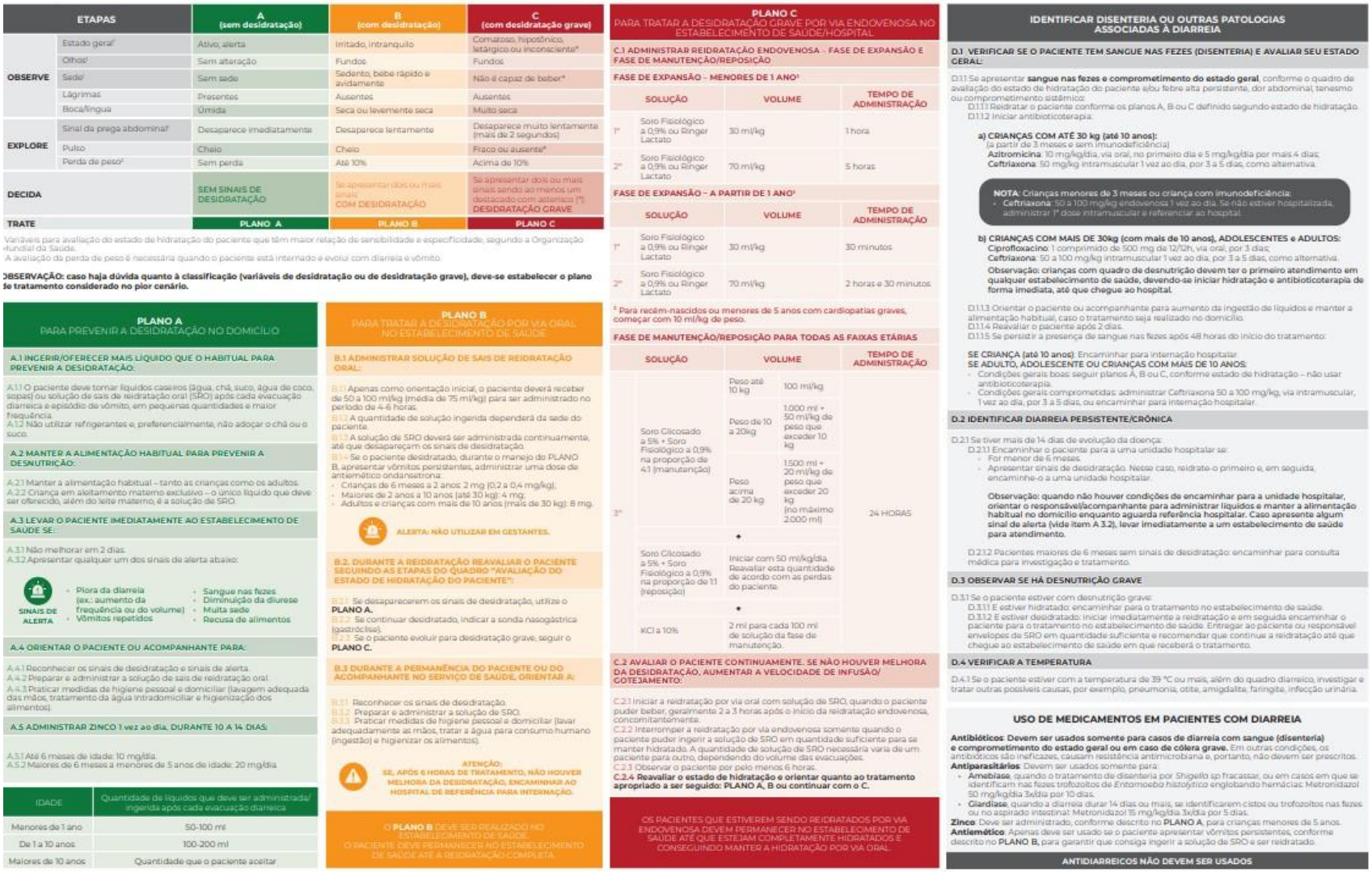


FIGURA 8 – Manejo do paciente com diarreia



ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
OBSERVE	Estado geral[1]	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos[1]	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede[1]	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
EXPLORE	Sinal da prega abdominal[1]	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso[2]	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
DECIDA		SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*) COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*) DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE		PLANO A	PLANO B	PLANO C

Variáveis para avaliação do estado de hidratação do paciente que têm maior relação de sensibilidade e especificidade, segundo a Organização Mundial da Saúde.
A avaliação da perda de peso é necessária quando o paciente está internado e evolui com diarreia e vômito.

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

PLANO A
PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO

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

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.
A.1.2 Não utilizar refrigerantes e, preferencialmente, não adoçar o chá ou o suco.

A.2 MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:

A.2.1 Manter a alimentação habitual – tanto as crianças como os adultos.
A.2.2 Criança em aleitamento materno exclusivo – o único líquido que deve ser oferecido, além do leite materno, é a solução de SRO.

A.3 LEVAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE:

A.3.1 Não melhorar em 2 dias.
A.3.2 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

A.4 ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:

A.4.1 Reconhecer os sinais de desidratação e sinais de alerta.
A.4.2 Preparar e administrar a solução de sais de reidratação oral.
A.4.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água intradomiciliar e higienização dos alimentos).

A.5 ADMINISTRAR ZINCO 1 vez ao dia, DURANTE 10 A 14 DIAS:

A.5.1 Até 6 meses de idade: 10 mg/dia.
A.5.2 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

PLANO B
PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

B.1 ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL:

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.
B.1.2 A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
B.1.3 A solução de SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
B.1.4 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.

ALERTA: NÃO UTILIZAR EM GESTANTES.

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

B.2.1 Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o **PLANO A.**
B.2.2 Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise).
B.2.3 Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o **PLANO C.**

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

B.3.1 Reconhecer os sinais de desidratação.
B.3.2 Preparar e administrar a solução de SRO.
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).

ATENÇÃO:
SE, APÓS 6 HORAS DE TRATAMENTO, NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO.

O **PLANO B** DEVE SER REALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.
O PACIENTE DEVE PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.

PLANO C
PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ENDOVENOSA NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/HOSPITAL

C.1 ADMINISTRAR REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA - FASE DE EXPANSÃO E FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO

FASE DE EXPANSÃO – MENORES DE 1 ANO[3]

	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1°	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	1 hora
2°	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	5 horas

FASE DE EXPANSÃO – A PARTIR DE 1 ANO[3]

	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1°	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	30 minutos
2°	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	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.

FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS

	SOLUÇÃO	VOLUME		TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
3°	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.		

C.2 AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO/ GOTEJAMENTO.

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.
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.

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.

IDENTIFICAR DISENTERIA OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA

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

D.1.1 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:
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:

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.

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 no 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:

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.

D.2 IDENTIFICAR DIARREIA PERSISTENTE/CRÔNICA

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.

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.

D.2.1.2 Pacientes maiores de 6 meses sem sinais de desidratação: encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.

D.3 OBSERVAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO GRAVE

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.

D.4 VERIFICAR A TEMPERATURA

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.

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 trofozoitos de *Entomoeba 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 trofozoitos 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