



RioSaúde

PROTOCOLO CLÍNICO

**DOENÇAS DIARREICAS
AGUDAS (DDA) NA
CRIANÇA**

RIO DE JANEIRO, 2025

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO
 - 6.1. Classificação
 - 6.2. Sinais e sintomas
 - 6.3. Princípios da avaliação clínica
 - 6.4. Tratamento
 - 6.5. Terapia de reidratação oral
7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
8. REFERÊNCIAS
9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS

RESUMO DE REVISÕES

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓXIMA REVISÃO
05/2023	Emissão Inicial	09/2027
01	Primeira revisão	

APROVAÇÕES

REVISÃO	CHEFIA	COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS	NÚCLEO DE QUALIDADE	DIRETORIA
Bruna Silva Leite	Rafael Alvim	Guilherme Santana	Cristiane Pacheco	Bruno Sabino

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.005

DATA

09/2025

REVISÃO

09/2027

PÁGINAS

3/19

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

1. INTRODUÇÃO

O número de óbitos devido a diarreia aguda na infância, apesar de ter apresentado um declínio à nível mundial, ainda é um motivo de alerta em nosso país em crianças menores de 5 anos de idade. Nesse contexto, a desnutrição, oferta inadequada de saneamento e água potável, falha nas medidas educacionais são importantes fatores de risco que devem ser considerados. Episódios repetidos podem ocasionar atraso no crescimento/desenvolvimento e déficit nutricional.

Os principais agentes envolvidos na diarreia aguda são vírus, bactérias e protozoários. Dentre os vírus destacam-se: rotavírus (causa mais frequente nos menores de 5 anos), norovírus (principais agentes virais que são transmitidos por água e alimentos), adenovírus, astrovírus (autolimitadas), SARS-CoV-2. Já os agentes parasitários mais frequentemente nos casos de diarreia aguda são: *Cryptosporidium parvum*, *Giardia intestinalis*, *Entamoeba histolytica* e *Cyclospora cayetanensis*.

Quadro 1. Principais características, quadro clínico e mecanismo de ação dos agentes bacterianos que causam diarreia aguda.

Agente infeccioso	Características	Quadro Clínico	Mecanismos de produção da diarreia
Escherichia coli enterotoxigênica (ETEC)	Diarreia do viajante Diarreia do lactente	Líquida, abundante sem sangue, dor abdominal e febre baixa	Diarreia secretora
Escherichia coli enteropatogênica clássica (EPEC)	Lactentes e adultos	Diarreia com muco, sem sangue, dor abdominal vômitos e febre	Lesão de microvilosidade
Escherichia coli enteroinvasiva (EIEC)	Maiores de 2 anos e adultos	Disenteria, febre cólica, mal-estar. Assemelha-se a Shiguella	Invade o enterócito

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.005

DATA

09/2025

REVISÃO

09/2027

PÁGINAS

4/19

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

Escherichia coli enterohemorrágica (EHEC)	Gado é o principal reservatório	Enterocolite, sangue sem leucócitos nas fezes, colite hemorrágica, Síndrome hemolítica urêmica	Lesão vilositária Toxina shiga 1 e 2, sendo a última mais tóxica
Escherichia coli enteroagregativa (EagEC)	Crianças e adultos	Diarreia líquida Persistente Portador assintomático	Ainda não completamente definido
Campylobacter spp.	Lactente, aves domésticas fonte de contaminação	Líquida ou disenteria. Dor abdominal, náuseas, vômitos, cefaleia e dores musculares	Invasão da mucosa, penetração em lâmina própria
Shigella spp	S. sonnei mais frequente, sem gravidade; S. flexneri endêmico em país em desenvolvimento; S. dysenteriae tipo 1 toxina shiga. Diarreia do viajante	Secretora, enterocolite, SHU, febre alta, dor abdominal intensa	Acomete intestino delgado e grosso. Toxina shiga + invasão celular
Salmonella spp. –	Mais de 2000 sorotipos, lactentes idosos e imunocomprometidos Animais são reservatórios	Diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, febre moderada	Invasão de mucosa, Infecção sistêmica
Yersinia enterocolitica	País de clima frio Suínos são reservatórios, ingestão de água e alimentos contaminados ou de forma direta por transfusão de sangue.	Enterocolite, linfadenite mesentérica e inflamação do íleo. Pode mimetizar apendicite aguda. Pode também causar bacteremia com	Invasão de mucosa

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.005

DATA

09/2025

REVISÃO

09/2027

PÁGINAS

5/19

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

	Pode sobreviver em alimentos congelados acentuado tropismo pelo sistema linfático. Íleo terminal e tecido linfoide – alvos	focos de metástases Febre, diarreia, dor abdominal. Pode ter leucócitos e mais raramente sangue	
Aeromonas	Aquática. Ingestão de água e alimentos contaminados.	Diarreia secretora	Enterotoxina, citotoxina, hemolisinas e proteases
Plesiomonas	Águas não tratadas usadas para beber, lavar alimentos consumidos crus e para recreação	Diarreia líquida, febre, calafrios, náusea e vômitos. Casos graves – disenteria	Enterotoxina termolábil, aumenta a secreção do tubo digestório
Clostridium difficile	Uso prévio de antibiótico, diarreia nosocomial	Diarreia líquida ou disenteria	Diarreia secretora, Colite pseudomembranosa
Vibrio cholerae	Início abrupto	Vômitos e diarreia líquida semelhante a água de arroz. Levando a desidratação e até choque hipovolêmico	Enterotoxina termolábil, aumento da secreção do sistema digestório
Escherichia coli enterotoxigênica (ETEC)	Diarreia do viajante Diarreia do lactente	Líquida, abundante sem sangue, dor abdominal e febre baixa	Diarreia secretora

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.005	09/2025	09/2027	6/19

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

2. OBJETIVOS

- Descrever os tipos de DDA;
- Definir o tratamento adequado.

3. ABRANGÊNCIA

Unidades geridas pela RioSaúde.

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

4.1. Definições

Não se aplica.

4.2. Siglas

DDA – Doenças Diarreicas Agudas

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

SRO - Sais de Reidratação Oral

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.005	09/2025	09/2027	7/19
DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA			

5. RESPONSABILIDADES

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
5.1. Realizar anamnese e exame físico do paciente, atentando-se aos sinais de desidratação.	Enfermeiro/Médico
5.2. Classificar o tipo de diarreia, avaliar o estado de hidratação das crianças e prescrever o tratamento e medicamentos apropriados a cada caso de DDA.	Médico
5.3. Acompanhar o paciente constantemente, atentando-se a piora do quadro e mudança necessária de conduta.	Enfermeiro/Médico
5.4. Atentar-se para consistência, coloração, frequência de evacuações, presença de sangue.	Equipe de Enfermagem
5.5. Administrar medicamentos e fluidos prescritos.	Equipe de Enfermagem

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

A diarreia pode ser definida pela ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas nas últimas 24 horas. A diminuição da consistência habitual das fezes é um dos parâmetros mais considerados. Na diarreia aguda ocorre desequilíbrio entre a absorção e a secreção de líquidos e eletrólitos e é um quadro autolimitado.

Assim, doença diarreica aguda pode ser entendida como um episódio diarreico com as seguintes características: início abrupto, etiologia presumivelmente infecciosa, potencialmente autolimitado, com duração inferior a 14 dias, aumento no volume e/ou na frequência de evacuações com consequente aumento das perdas de água e eletrólitos. Apesar da definição de diarreia aguda considerar o limite máximo de duração de 14 dias, a maioria dos casos resolve-se em até 7 dias.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.005	09/2025	09/2027	8/19
DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA			

6.1. Classificação

- **Diarreia aguda aquosa:** diarreia que pode durar até 14 dias e determina perda de grande volume de fluidos e pode causar desidratação. Pode ser causada por bactérias e vírus, na maioria dos casos. A desnutrição eventualmente pode ocorrer se a alimentação não é fornecida de forma adequada e se episódios sucessivos acontecem.
- **Diarreia aguda com sangue (disenteria):** é caracterizada pela presença de sangue nas fezes. Pode ser identificado a eliminação de muco nas evacuações também. Representa lesão na mucosa intestinal. Pode associar-se com infecção sistêmica e outras complicações, incluindo desidratação. Bactérias do gênero *Shigella* são as principais causadoras de disenteria.
- **Diarreia persistente:** quando a diarreia aguda se estende por 14 dias ou mais. Pode provocar desnutrição e desidratação. Pacientes que evoluem para diarreia persistente constituem um grupo com alto risco de complicações e elevada letalidade.

6.2. Sinais e Sintomas

Ocorrência de pelo menos três episódios de diarreia aguda no período de 24hrs (diminuição da consistência das fezes – fezes líquidas ou amolecidas – e aumento do número de evacuações) podendo ser acompanhados de:

- Cólicas abdominais;
- Dor abdominal;
- Febre;
- Sangue ou muco nas fezes;
- Náusea;
- Vômitos.
- Perda de peso

PROTOCOLO CLÍNICO			
Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.005	09/2025	09/2027	9/19
DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA			

Complicações:

A desidratação é a principal complicação, que se não for corrigida rápida e adequadamente, principalmente em crianças e idosos, pode evoluir para quadros mais graves. Diante de um caso de desidratação podemos identificar os seguintes sinais:

- Piora da diarreia;
- Vômitos repetidos;
- Muita sede;
- Recusa de alimentos;
- Sangue nas fezes;
- Diminuição da urina.
- Perda ponderal

6.3. Princípios da avaliação clínica

De acordo com a OMS, a anamnese da criança com doença diarreica deve contemplar os seguintes dados: duração da diarreia, número diário de evacuações, presença de sangue nas fezes, número de episódios de vômitos, presença de febre ou outra manifestação clínica, práticas alimentares prévias e vigentes, outros casos de diarreia em casa ou na escola. Deve ser avaliado, também, a oferta e o consumo de líquidos, além do uso de medicamentos e o histórico de imunizações. É importante, também, obter informação sobre a diurese e peso recente, se conhecido. A história e o exame físico são indispensáveis para uma conduta adequada. A avaliação do estado de hidratação pelos profissionais de saúde está melhor representada, com etapas de: observe, explore, decida e trate.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.005

DATA

09/2025

REVISÃO

09/2027

PÁGINAS

10/19

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

Quadro 2. Fatores que aumentam o risco de complicações nos casos de diarreia aguda

Fatores que aumentam o risco de complicações	
Idade inferior a dois meses;	Presença de vômitos persistentes;
Doença de base grave como o diabetes mellitus;	Perdas diarreicas volumosas e frequentes (mais de oito episódios diários);
Insuficiência renal ou hepática e outras doenças crônicas;	Percepção dos pais de que há sinais de desidratação.

Classificação das DDA

Ao exame físico é importante avaliar o estado de hidratação, o estado nutricional, o estado de alerta (ativo, irritável, letárgico), a capacidade de ingestão de líquidos e a diurese. O percentual de perda de peso é considerado o melhor indicador da desidratação. Mesmo quando o peso anterior recente não é disponível, é fundamental que seja mensurado o peso exato na avaliação inicial do paciente. A avaliação nutricional é muito importante na abordagem da criança com doença diarreica. O acompanhamento do peso é fundamental tanto nos casos que necessitam de internação hospitalar como nos tratamentos ambulatoriais.

Quadro 3. Avaliação da desidratação na criança

Avaliação de Desidratação	
Perda de peso de até 5%	Desidratação leve
Entre 5% e 10%	A desidratação é moderada
Perda de mais de 10%	Desidratação grave

PROTOCOLO CLÍNICO			
Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.005	09/2025	09/2027	11/19
DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA			

Essa classificação proporciona uma estimativa do volume necessário para correção do déficit corporal de fluído em consequência da doença diarreica. Estima-se que diante de uma perda de 5% do peso corporal seja necessária uma reposição de 50 mL/Kg de fluídos; já com uma perda de 5 a 10%, o cálculo estima cerca de 50 a 100 mL/Kg de reposição, e quando esse déficit ultrapassa 10%, se faz necessário uma reposição rigorosa com mais de 100 mL/Kg.

Tal reposição poderá ser feita com SRO, nos casos mais brandos e através de hidratação venosa nos mais graves. Tal hidratação poderá ser feita com cloreto de sódio ou com ringer lactato, cabendo ao médico indicar a melhor opção. Antes de qualquer infusão deverá ser investigado a presença de contraindicações (por exemplo cardiopatia grave).

Outro ponto fundamental na avaliação da hidratação da criança com doença diarreica é vincular os achados do exame clínico à conduta a ser adotada. Assim, apesar de existirem outras estratégias para avaliar o estado de hidratação, a proposta da OMS, também adotada pelo MS deve continuar sendo utilizada.

Quadro 4. Manifestações clínicas condutas sobre o tipo de tratamento de acordo com a presença ou gravidade de desidratação

ETAPAS	A		B		C	
	(sem desidratação)		(com desidratação)		(com desidratação grave)	
Estado geral	Ativo, alerta		Irritado, intranquilo		Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente	
Olhos	Sem alteração		Fundos		Fundos	
OBSERVE	Sede	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	

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

PTC.DEA.005

09/2025

09/2027

12/19

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

	Sinal de prega abdominal	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
EXPLORE	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso	Sem perda	Até 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

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

6.4. Tratamento

O tratamento das doenças diarreicas agudas se fundamenta na prevenção e na rápida correção da desidratação por meio da ingestão de líquidos e solução de sais de reidratação oral (SRO) ou fluidos endovenosos, dependendo do estado de hidratação e da gravidade do caso. Por isso, apenas após a avaliação clínica do paciente, o tratamento adequado deve ser estabelecido, conforme os planos A, B e C descritos abaixo.

A abordagem clínica constitui a coleta de dados importantes na anamnese, como: início dos sinais e sintomas, número de evacuações, presença de muco ou sangue nas fezes, febre, náuseas e vômitos; presença de doenças crônicas; verificação se há parentes ou conhecidos que também adoeceram com os mesmos sinais/sintomas.

O exame físico, com enfoque na avaliação do estado de hidratação, é importante para checar a presença de desidratação e a instituição do tratamento adequado, além disso, o paciente deve ser pesado, sempre que possível. Se não houver dificuldade de deglutição e o paciente estiver consciente, a alimentação habitual deve ser mantida e deve-se aumentar a ingestão de líquidos, especialmente de água.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.005	09/2025	09/2027	13/19
DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA			

PLANO A

- Tratamento no domicílio. É obrigatório aumentar a oferta de líquidos, incluindo o soro de reidratação oral (reposição para prevenir a desidratação) e a manutenção da alimentação, contendo alimentos que não agravam a diarreia. Além do soro de reidratação oral, são considerados líquidos adequados: sopa de frango com hortaliças e verduras, água de coco e água. São inadequados: refrigerantes, líquidos açucarados, chás, sucos comercializados, café.
- Deve-se iniciar a suplementação de zinco durante 10 a 14 dias (até os 6 meses de idade 10mg/dia e em maiores de 6 meses até os 5 anos de idade 20mg/dia) e manter a alimentação habitual. Os sinais de alarme devem ser enfatizados nesta fase, para serem identificados prontamente na evolução se ocorrerem (aumento da frequência das eliminações líquidas, vômitos frequentes, sangue nas fezes, recusa para ingestão de líquidos, febre, diminuição da atividade, presença de sinais de desidratação, piora do estado geral).
- Retorno do paciente ao serviço, caso não melhore em dois dias ou apresente piora da diarreia, vômitos repetidos, muita sede, recusa de alimentos, sangue nas fezes ou diminuição da diurese.

Quadro 5. Volume de Soro de Reidratação oral segundo a faixa etária

Faixa Etária	Volume de SRO
Menores de 1 ano	50-100ml
Crianças de 1 a 10 anos	100-200 ml
Maiores de 10 anos	Volume tolerado

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

PROTOCOLO CLÍNICO			
Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.005	09/2025	09/2027	14/19
DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA			

PLANO B

Esse plano atende as crianças que estão com desidratação, mas sem sinais de gravidade.

Administrar o soro de reidratação oral sob supervisão médica (reparação das perdas vinculadas à desidratação) inicialmente em pequenos volumes com aumento gradual da oferta. Manter o aleitamento materno e suspender os outros alimentos (jejum apenas durante o período da terapia de reparação por via oral).

Esse plano é finalizado após a perda dos sinais de desidratação, devido a isso a necessidade de reavaliação é frequente, após resolução da desidratação se deve retornar ao plano A.

A primeira regra nesta fase é administrar a solução de terapia de reidratação oral (SRO), entre 50 a 100 mL/Kg, durante 4 a 6 horas. A SRO deve ser oferecida de forma frequente, em quantidades pequenas com colher ou copo, após cada evacuação. O uso de mamadeira deve ser evitado. Caso a criança não apresente melhora da desidratação após seis horas de tratamento, encaminhar ao hospital de referência para internação.

Se o paciente desidratado, no decorrer do tratamento com o PLANO B, apresentar vômitos persistentes, deve-se administrar uma dose de antiemético ondansetrona (6 meses-2 anos: 2 mg 0,2 a 0,4 mg/kg; Maiores de 2 anos a 10 anos (até 30Kg): 4 mg; Acima de 10 anos (mais de 30Kg) e adultos: 8 mg). Segundo a ANVISA não deve ser utilizado em gestantes e nos casos de lactentes, avaliar cautelosamente.

Caso o paciente persista com intolerância à hidratação oral, pode ser adotada a sonda nasogástrica como opção para permitir a reidratação oral .

Caso ocorram dúvidas entre o plano B e o plano C, deve ser aplicado o plano C.

No caso de crianças que evoluem com piora ou não resposta ou ainda apresentam doenças graves associadas, principalmente com alteração do sensório, devem receber hidratação venosa de imediato.

Considera-se fracasso da reidratação oral se as eliminações aumentam, se ocorrerem vômitos incoercíveis, ou se a desidratação evolui para grave. Nesta fase deve-se iniciar a suplementação de zinco.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.005	09/2025	09/2027	15/19
DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA			

PLANO C

Implementa-se esse plano nos casos de desidratação grave (identificada na presença de pelo menos dois dos seguintes sinais, sendo ao menos um destacado com asterisco: sinais de coma*, hipotonia*, letargia* ou inconsciência*; olhos fundos; incapacidade de ingerir líquidos; lágrimas ausentes; boca muito seca; sinal da prega abdominal desaparece muito lentamente (mais que dois segundos) com perda de peso corporal maior de 10%.

Quando a criança apresenta desidratação grave identificamos sinais de choque hipovolêmico, como por exemplo: perfusão lentificada e taquicardia importante são aparentes nessa fase. Além disso, a acidose metabólica e outros distúrbios hidroeletrólíticos também podem estar presentes.

Ao ser identificada a necessidade de iniciar o plano C a enfermagem deve realizar uma punção venosa calibrosa, em casos de choque hipovolêmico devem ser realizados 2 acessos periféricos, se disponível no local, considerar a punção intraóssea.

Quando o plano C for iniciado já deve ser solicitada a transferência da criança para uma unidade hospitalar, enquanto as medidas iniciais e precoce já são iniciadas na unidade de emergência. Os seguintes passos devem ser seguidos:

- Realizar reidratação endovenosa no serviço saúde (fases rápida e de manutenção);
- O paciente deve ser reavaliado após duas horas, se persistirem os sinais de choque, repetir a prescrição; caso contrário, iniciar balanço hídrico com as mesmas soluções preconizadas;
- Administrar por via oral a solução de SRO em doses pequenas e frequentes, tão logo o paciente aceite, geralmente duas a três horas após o início da reidratação endovenosa, concomitantemente ao soro venoso. Isso acelera a sua recuperação e reduz drasticamente o risco de complicações; Interromper a hidratação endovenosa somente quando o paciente estiver ingerindo líquidos suficientes para mantê-lo hidratado.
- Suspender a hidratação endovenosa quando o paciente estiver hidratado, com boa tolerância à solução de SRO e sem vômitos. O volume de reposição indicado no PLANO C está apresentado no quadro 7.

O volume e consistência das fezes deve ser avaliado e o paciente observado por pelo menos seis horas, com reavaliações quanto ao estado de hidratação.

Quando o paciente se encontra hemodinamicamente estável a alimentação e o aleitamento materno podem ser retornados.

Nos casos de febre alta, devem ser investigadas e tratadas outras possíveis causas, como por exemplo: pneumonia, otite, amigdalite, faringite, infecção urinária, entre outros.

É importante avaliar deficiências nutricionais específicas e tratar de forma adequada, como por exemplo, a deficiência de Vitamina A, além da reposição de zinco.

Quadro 6. Volume de hidratação venosa a ser administrada no plano C de acordo com a faixa etária

Solução: SF0,9% ou Ringer lactato	Volume na primeira etapa	Volume na segunda etapa
Menores de 1 ano	30mL/kg em 1h	70 mL/kg em 5h
Acima de 1 ano	30mL/kg em 30 min	70mL/kg em 2,5h
Recém-nascidos e menores de cinco anos com cardiopatia grave	10mL/kg	Avaliar parâmetros clínicos para adequar velocidade de infusão

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

PTC.DEA.005

09/2025

09/2027

17/19

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

Quadro 7. Hidratação venosa na fase de manutenção para todas as faixas etárias

FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS			
SOLUÇÃO	VOLUME		TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
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 20 kg	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		

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTC.DEA.005	09/2025	09/2027	18/19
DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA			

8. REFERÊNCIAS

- Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP - Diarréia aguda Infecciosa – 2023. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2023/junho/14/24048aPRESS-GPA-Diarreia_Aguda_Infecciosa-pSITE.pdf>. Acesso em: 18 junho 2025.
- Ministério da Saúde - Doenças diarreicas agudas. <Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dda>> . Acesso em: 18 jun 2025.
- Szajewska H, Berni Canani R, Domellöf M, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, et al. Probiotics for the Management of Pediatric Gastrointestinal Disorders: Position Paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2023;76(2):232-247. Disponível em: <<https://www.espghan.org/knowledge-center/publications/Gastroenterology/2023-Synbiotics-in-the-Management-of-Pediatric-Gastrointestinal-Disorders0>> Acesso em junho de 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia. Departamento Científico de Hepatologia. Exames complementares mais comuns na prática clínica da Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas. 2023. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/exames-complementares-mais-comuns-na-pratica-clinica-da-gastroenterologia-e-hepatologia-pediatricas/>> Acessado em junho de 2025.

9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

Tipo Documental	Código de Classificação	Série Documental	Classificação de Acesso	Prazo de Guarda		Destinação
				Arquivo Corrente	Arquivo Intermediário	
Prescrições, evoluções médicas e folhas de assentamento evolutivo da enfermagem (SUPORTE DIGITAL; INTEGRA)	18.01.01.001	Prontuário do paciente	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	20 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Registros de balanço hídrico (INTEGRA)	18.01.01.012	Expediente de registros de sistematização da assistência de enfermagem	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)

PROTOCOLO CLÍNICO

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

PTC.DEA.005

09/2025

09/2027

19/19

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (DDA) NA CRIANÇA

10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

Versão	Alteração	Data	Elaboração/Revisão	Validação	Aprovação
00	Emissão Inicial	12/05/2023	Virginia Ponte Taiza Moreno	Andrea Garcia Alessandrée Lopes	Daniel da Mata
01	Inclusão dos quadros 1, 5, 6 e 7 Alteração do quadro 4	16/09/2025	Bruna Silva Leite	Cristiane Pacheco	Bruno Sabino

11. ANEXOS

Não se aplica.