

ORIENTAÇÕES – SURTO DE DOENÇA DIARREICA AGUDA (DDA)

- ⇒ **DEFINIÇÃO:** É o aumento do volume e da frequência das evacuações **com mudança na consistência (de pouca consistência ou aquosas).**
- ⇒ **SURTO** - **Dois ou mais casos** relacionados entre si, numa mesma área e num mesmo período de tempo (Ex: Duas crianças com o mesmo sintoma em um a mesma sala).

COMO PROCEDER FRENTE A UM SURTO DE DIARREIA ?

1. A criança que apresentar 3 ou mais episódios de diarreia aquosa no período (manhã/tarde) deve ser encaminhada à Unidade Básica de Saúde. O primeiro passo é preencher a ficha de **Encaminhamento do Educando** com os dados da criança.
2. Comunicar os pais imediatamente.
3. Orientar os pais para que, preferencialmente, levem a criança para a Unidade de Saúde referência (unidade do bairro), pois isto estreita os laços entre a Unidade de Ensino e Unidade de Saúde. Além disso, as Unidades de Saúde são avisadas e devem acompanhar os surtos.
4. Comunicar a Unidade de Saúde, Secretaria de Educação e Vigilância Epidemiológica.
5. Providenciar a **desinfecção total do ambiente**, salas e espaços coletivos (incluindo refeitório, banheiros, colchões, brinquedos, maçanetas, mesas, entre outros).
6. A criança deve retornar a creche somente com a liberação do médico. A ficha de acompanhamento deve conter a identificação e assinatura do profissional.

COMO REALIZAR A COLETA DE AMOSTRAS?

A coleta de amostra biológica é importante para a identificação do agente causador do surto; realiza-se a pesquisa de vírus e bactérias.

Passo a passo:

1. Coletar a fralda de **no mínimo uma e no máximo três crianças** com diarreia líquida (uma fralda de cada criança).
2. Colocar em um saco plástico (uma fralda em cada saco) e identificar com o nome completo, data, hora da coleta e turma (modelo abaixo).
3. Preencher a ficha de Encaminhamento do Educando (modelo abaixo) de todas as crianças com os sintomas.



4. Comunicar a Vigilância Epidemiológica, preferencialmente via e-mail, que recolherá as amostras/fraldas. Enviar juntamente no e-mail, as cópias das fichas de encaminhamento de cada aluno. A coleta das amostras/fraldas ocorrerá apenas das **07h às 15h**, devido os horários dos motoristas. Amostras avisadas após estes horários **NÃO** serão recolhidas.
5. Os surtos devem ser informados preferencialmente por email: agravosagudos.dve@itajai.sc.gov.br ou através do telefone 3249-5546.

Modelo de etiqueta de identificação para fraldas:

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: __/__/__
TURMA: _____
CEI: _____
DATA DA COLETA: __/__/__ HORA: __:__

Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Departamento de Agravos Agudos
E-mail : agravosagudos.dve@itajai.sc.gov.br
Telefone : (47) 3249-5546



Ficha de Encaminhamento do Educando para Unidade de Saúde

PARA PREENCHIMENTO DA UNIDADE ESCOLAR	
Centro de Educação Infantil (CEI):	
Sala que a criança frequenta:	
Nome da Criança:	
Data de Nascimento:	
Data do encaminhamento:	
Data dos primeiros sintomas:	
Primeiros sintomas apresentados no CEI? () Sim () Não	
Outras crianças com os mesmos sintomas na sala? () Sim () Não	
Quantas?	
Alguna criança que já passou por atendimento médico ou de enfermagem, já possui algum diagnóstico:	
() Doenças Diarreicas	() Conjuntivite
() Catapora	() Caxumba
() Síndrome Mão Pé Boca	() Molusco Contagioso
() Meningite	() Monilíase Oral – Sapinho
() Influenza A	() Dermatite de Fralda
() Influenza B	() Escabiose – Sarna
() COVID	() Pediculose – Piolho
() Impetigo	() _____
() Roséola	() _____
Sintomas:	
() Diarreia: ___ vezes/dia () pastosa/sem alteração de cor () líquida/sem alteração de cor	
() pastosa/com alteração de cor () líquida/com alteração de cor	
() Vômito: ___ vezes/dia	
Temperatura: ___ °C () Temperatura não aferida	
Outros sintomas:	
() manchas vermelhas no rosto	() _____
() manchas vermelhas no corpo	() _____
() tosse	() _____
() lesão mucosa oral	() _____
() Secreção nos olhos	() _____
() bolhas no corpo	() _____
Observações adicionais:	
Assinatura e Carimbo do responsável pelo C.E.I:	
PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE	
Data do atendimento:	
() Criança apta a frequentar o CEI - Justificar: _____	
() Criança deverá permanecer ___ dias afastadas do CEI.	
Assinatura e carimbo do Médico ou do Enfermeiro:	