










# Diretriz de manejo da diarreia aguda no contexto do cuidado farmacêutico

## *Guideline for managing acute diarrhea in the context of pharmaceutical care*

Laís de Fátima Barbosa<sup>1</sup>; Francisca Moreira Cotrim<sup>1</sup>; Luciene Alves Moreira Marques<sup>1</sup>; Nara Amanda Laismann<sup>2,3</sup>; Rodrigo Fonseca Lima<sup>3</sup>; Rafaela Barbosa Antunes<sup>3</sup>; Juliana Maria de Albuquerque Vaz<sup>3</sup>; Rafael Santos Santana<sup>3</sup>; Tiago Marques dos Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

<sup>3</sup> Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil

Autor correspondente:  
Rafael Santos Santana. Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.  
rafael.santana@unb.br.

Como citar:  
Barbosa, LF; Cotrim, FM; Marques, LAM; Laismann, NA; Lima, RF; Antunes, RB; Vaz, JMA; Santana, RS; Reis, TM. Diretriz de manejo da diarreia aguda no contexto do cuidado farmacêutico. JAFF [Internet];11(1). Disponível em: <https://ojs.jaff.org.br/ojs/index.php/jaff/issue/archive>

Recebido em: 15/03/2023

Aceito para publicação em: 14/11/2025

### RESUMO

**Objetivo:** Sistematizar, por meio da prática baseada em evidências, o manejo de casos autolimitados de diarreia aguda no contexto do Cuidado Farmacêutico. **Métodos:** Para elaboração da diretriz foi adotado o método ADAPTE como processo estruturado de revisão da literatura e construção do documento. Foram ainda utilizadas as ferramentas AGREE II e GRADE para análise dos guias de prática clínica selecionados durante o processo e para categorização das evidências, respectivamente. **Resultados:** Após elaboração, observou-se que a anamnese farmacêutica é passo importante para confirmação do caráter autolimitado da diarreia aguda, prevenção de gastroenterite viral aguda e encaminhamento na suspeita de sinais de alerta como desidratação grave ou sintomas associados. As medidas não farmacológicas apresentaram de uma maneira geral, fortes graus de recomendação. A terapia de reidratação oral e a amamentação contínua em lactentes, demonstram altos níveis de evidência. Em relação às medidas farmacológicas, como terapia adjunta à terapia de reidratação, há o tratamento de primeira linha, que abrange medicamentos isentos de prescrição, e segunda linha, que consiste em tratamento como antidiarreicos, agentes antissecretores, antibióticos e antiparasitários. **Conclusão:** A anamnese farmacêutica mostrou-se fundamental. A atuação do farmacêutico é relevante para qualificar o manejo clínico, promover o uso racional de medicamentos e favorecer o encaminhamento oportuno de pacientes com sinais de maior gravidade. **Palavras-chave:** Manejo de Problemas de Saúde Autolimitados; Farmácia Comunitária; Farmácia Clínica.

### ABSTRACT

**Objective:** To systematize, through evidence-based practice, the management of self-limited cases of acute diarrhea in the context of Pharmaceutical Care. **Methods:** To prepare the guideline, the ADAPTE method was adopted as a structured process of literature review and document construction. The AGREE II and GRADE tools were also used to analyze the practice guides selected during the process and to categorize the evidence, respectively. **Results:** After preparation, it was observed that the pharmaceutical anamnesis is an important step for confirming the self-limiting nature of acute diarrhea, preventing acute viral gastroenteritis, and referring in cases where warning signs such as severe dehydration or associated symptoms are suspected. Non-pharmacological measures generally showed strong degrees of recommendation. Oral rehydration therapy and continued breastfeeding in infants show high levels of evidence. Regarding pharmacological measures, as an adjunct to rehydration therapy, there is first-line treatment, which includes over-the-counter medications, and second-line treatment, which consists of antidiarrheals, antisecretory agents, antibiotics, and antiparasitic drugs. **Conclusion:** Pharmaceutical anamnesis proved to be fundamental. The pharmacist's role is relevant in improving clinical management, promoting rational drug use, and facilitating timely referral of patients with signs of greater severity.

**Keywords:** Management of Self-Limited Health Problems; Community pharmacy; Clinical Pharmacy.

## Introdução

A diarreia é caracterizada por uma alteração na frequência, consistência ou volume das fezes. Embora a frequência dos movimentos peristálticos varie de acordo com cada indivíduo, mais de três evacuações por dia são consideradas anormais. Além disso, a diminuição na consistência ou o aumento do peso das fezes (> 200 gramas) também são interpretados como diarreia. A diarreia é considerada um problema de saúde pública global que apresenta elevada morbimortalidade, principalmente nos países em desenvolvimento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), registram-se cerca de 1,7 bilhões de casos de doenças diarreicas por ano em todo o mundo, sendo considerada a segunda principal causa de mortalidade infantil.<sup>1-3</sup>

A transmissão das doenças diarreicas no mundo ocorre majoritariamente pela ingestão de água e alimentos contaminados. Assim, os principais fatores associados aos casos de diarreia são a falta de acesso a condições adequadas de saneamento, o consumo de água sem tratamento e a falta de hábitos de higiene. Outro fator relacionado é o clima das diferentes regiões do país: mudanças climáticas causam secas ou inundações, gerando maior risco de exposição da população à água de fontes desconhecidas.<sup>1</sup>

A diarreia pode se apresentar como aguda, persistente ou crônica. A diarreia aguda é caracterizada pela duração menor que 14 dias.<sup>3,4</sup> Pode surgir como diarreia aguda aquosa, quando há secreção ativa de água e eletrólitos sob a estimulação de determinadas substâncias, ou como diarreia aguda com sangue (disenteria), quando um agente infeccioso invade a mucosa do cólon. A diarreia persistente é definida como aquela que dura 14 dias ou mais. Nesse caso há uma infecção continuada de um agente provocando danificação das vilosidades e/ou uma regeneração inadequada dos eritrócitos devido à desnutrição crônica. Pode se manifestar como diarreia aquosa ou disenteria. Já a diarreia crônica possui duração maior que 30 dias. Ocorre quando há diferentes causas, como inflamações crônicas, alergia a alimentos, cólon irritável e parasitoses intestinais.

As doenças diarreicas persistentes e crônicas geralmente são secundárias a outras condições ou tra-

tamentos médicos crônicos, necessitando encaminhamento para cuidados médicos especializados.<sup>3,4</sup> Isso posto, o objetivo desta diretriz foi sistematizar, por meio da prática baseada em evidências, o manejo de casos autolimitados de diarreia aguda no contexto do Cuidado Farmacêutico. O foco desta diretriz serão as doenças diarreicas agudas, por se tratar de um problema de saúde autolimitado.

## Métodos

Para a elaboração dessa diretriz, utilizou-se como referencial o método **ADAPTE**, dividido em três fases consecutivas: (i) configuração, (ii) adaptação e (iii) finalização. O método consiste em um processo estruturado de construção de guias de prática a partir de documentos pré-existentes na literatura científica. No caso deste trabalho foram eleitos como documentos de referência: (i) guias de orientação de bases de síntese de evidências; (ii) diretrizes clínicas do tema; (iii) revisões sistemáticas sobre os tratamentos; (iv) guias ou artigos específicos do cuidado farmacêutico.<sup>5,6</sup>

As buscas foram realizadas em janeiro de 2021 com os termos MeSh e operadores booleanos “Diarreia” OR “Diarrhea in children” OR “Diarrhea in adults” OR “Diarrhea management” OR “Acute diarrhea” OR “Diarrhea” OR “Doença diarreica” AND “Guideline” OR “Management” OR “Treatment” OR “Pharmaceutical” OR “Tratamento da diarreia”. Foram realizadas buscas nas bases de síntese de evidências Best Medicine Journal (BMJ), Dynamed e Uptodate; nos sites de desenvolvedores de diretrizes The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), World Gastroenterology Guidelines, Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores, American College of Gastroenterology (ACG) e Canadian Association of Gastroenterology (CAG), Japanese Society of Gastroenterology (JSG), American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), National Health Service United Kingdom (NHS UK); na Base de Revisões da Cochrane; nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde; e, por fim, no Google Acadêmico, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Medline-Plus e Micromedex.

Foram considerados como **critérios de inclusão** publicações de janeiro de 2005 a janeiro de 2021; escritas em inglês, espanhol ou português; com acesso livre ao texto completo; e relacionadas à diarreia aguda. Por sua vez, foram **critérios de exclusão**: publicações cujo escopo engloba o manejo da diarreia crônica; diarreia relacionada a microrganismos específicos; diarreia secundária à outras doenças; diarreia em situações específicas que não se aplicam ao assunto de interesse.

Para avaliação prévia das diretrizes localizadas e como modelo para definição das seções e escrita desta Diretriz, foi utilizada a ferramenta **AGREE II** (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*).<sup>7-9</sup>

Foi também realizada uma análise da qualidade das evidências disponíveis para as potenciais intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizando a ferramenta **GRADE** (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), amplamente utilizada internacionalmente para categorização das recomendações e como auxílio na tomada de decisões. Seguindo o método, as intervenções foram classificadas de acordo com seu nível de evidência em (i) alta, (ii) moderada, (iii) baixa e (iv) muito baixa e quanto ao grau de recomendação como (i) forte ou (ii) fraca.<sup>10,11</sup>

## Resultados

Após uma pesquisa nas bases de dados, identificaram-se 7.549 referências, das quais 167 trabalhos foram selecionados após a eliminação de duplicatas para leitura do título e, posteriormente, 79 para leitura do resumo. Foram eleitos 77 trabalhos após aplicação dos critérios de seleção para leitura do texto completo. Contudo, durante as fases de configuração e sinalização, outras referências foram adicionadas para elaboração desta diretriz, que está estruturada nas seguintes seções:

- Objetivos do Cuidado Farmacêutico;
- Causas, Sinais, Sintomas e Anamnese Farmacêutica;
- Intervenções Não Farmacológicas;
- Intervenções Farmacológicas;
- Sinais de Alerta e Encaminhamentos;
- Monitoramento dos Resultados.

### *Objetivos do Cuidado Farmacêutico:*

1. Apoiar o paciente no desconforto e redução dos sintomas associados a diarreia aguda, focando principalmente na prevenção da desidratação;<sup>3,4,12</sup>
2. Orientar medidas de prevenção de infecções e cuidados não farmacológicos para manejo da diarreia;<sup>3,4,12</sup>
3. Orientar o paciente sobre medidas higiênicas antes de uma viagem à locais de risco;<sup>3</sup>
4. Reduzir a duração e gravidade da diarreia por meio de suporte farmacológico, se necessário;<sup>3,4,12</sup>
5. Identificar sinais de alerta típicos como desidratação e encaminhar para outros profissionais da saúde quando apropriado.<sup>3</sup>

### *Causas, Sinais, Sintomas e Anamnese Farmacêutica:*

A diarreia aguda possui as seguintes características: início repentino, etiologia presumivelmente infecciosa, potencialmente autolimitada, com duração menor que 14 dias, aumento no volume e/ou na frequência de evacuações com consequente aumento das perdas de água e eletrólitos.<sup>3,4,12</sup> Podem ser classificadas de acordo com os mecanismos fisiopatológicos subjacentes que alteram a função intestinal normal:<sup>13,14,15</sup>

- **Induzida por dieta (osmótica)**: quando substâncias osmoticamente ativas estão presentes no lúmen intestinal, resultando em retenção de água. Isso pode ocorrer devido à perda de absorção de um soluto da dieta (como a lactose) ou a administração de um soluto não absorvível.<sup>14,16</sup>
- **Relacionada ao transporte de eletrólitos (secretória)**: ocorre quando há alterações nos mecanismos de transporte de íons nas células epiteliais, resultando em maior secreção ou menor absorção de fluidos e eletrólitos. Essa categoria engloba diferentes tipos de doenças diarreicas, como aquelas causadas por bactérias e vírus enterotoxigênicos. As causas não infecciosas da diarreia secretora incluem aquelas mediadas por peptídeos gastrointestinais, aquelas causadas por substâncias fisiológicas (como ácidos biliares), certos medicamentos e aquelas causadas por defeitos congênitos (diarreia congênita por cloreto, por exemplo).<sup>14</sup> Esse tipo de diarreia pode

ser considerada adaptativa, pois ajudam na eliminação de patógenos.<sup>13,14,16</sup>

- **Relacionada à motilidade:** alterações na motilidade gastrointestinal podem influenciar significativamente a absorção de líquidos, principalmente no cólon. A hipomotilidade resulta em estase com crescimento bacteriano subsequente e desconjugação secundária do ácido biliar, má absorção do ácido biliar e ativação da secreção colônica. Por outro lado, a hiperomotilidade pode levar à diarreia secundária.<sup>14,16</sup>

- **Relacionados à inflamação:** pode causar diarreia por meio de múltiplos mecanismos como infecção viral, bacteriana ou parasitária. Ainda, pode ter um componente induzido pela dieta, pois o processo inflamatório causa destruição ou comprometimento das células epiteliais, resultando em perda da área superficial e transporte e, conseqüente, diminuição da absorção de nutrientes e aumento da carga osmótica no lúmen intestinal. Pode também estar relacionada com o transporte por meio da indução ativa de secreção de cloreto (Cl<sup>-</sup>) e uma perda de absorção de sódio (Na<sup>+</sup>). Além disso, o processo inflamatório pode levar à quebra da função da barreira intestinal, resultando na exsudação de muco, proteína e sangue no lúmen intestinal.<sup>13, 14,16</sup>

Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na maioria dos casos de diarreias agudas são osmóticos e secretores, enquanto os mecanismos motores e exsudativos geralmente estão subjacentes às doenças diarreicas crônicas.<sup>3</sup>

Há também a chamada “diarreia do viajante”, quando ocorrem episódios de diarreia durante ou após uma viagem, geralmente em países de baixa ou média renda, onde os recursos são limitados.<sup>17</sup> O risco de incidência da diarreia varia de acordo com o destino da viagem, sendo maior em regiões onde as condutas de saneamento e higiene são precárias.<sup>18,19,20</sup>

Infecções por vírus, bactérias e parasitas são as causas mais comuns de diarreia aguda no mundo todo. A transmissão ocorre, principalmente, pela ingestão de água ou alimentos contaminados<sup>21,22</sup>, mas pode ser também pelo contato com objetos ou pessoas contaminadas, assim como o contato com animais.<sup>1</sup> Grande parte das infecções são potencialmente autolimitadas ou de fácil tratamento.<sup>23</sup>

No entanto, a diarreia aguda pode ter outras causas, como uso de certos medicamentos, intolerância

a alimentos ou ainda estar associada à outras doenças agudas ou crônicas, como sepse, síndrome hemolítico-urêmica, colite pseudomembranosa, apendicite, megacólon tóxico, dentre outras.<sup>3,24</sup>

A intolerância alimentar pode provocar diarreia e pode resultar de uma alergia alimentar ou ingestão de alimentos excessivamente gordurosos, condimentados ou que contenham grande quantidade de sementes. Os carboidratos na dieta comumente incluem os dissacarídeos lactose e sacarose, que são normalmente hidrolisados em monossacarídeos pela enzima lactase. Quando esses dissacarídeos não são hidrolisados, eles se acumulam no lúmen do intestino, onde fermentam e produzem um desequilíbrio osmótico, com alteração do pH. A hiperosmolaridade resultante atrai fluido para o lúmen intestinal, causando diarreia.<sup>3</sup>

Muitos medicamentos podem causar diarreia. Além dos laxantes que possuem certa intencionalidade, a diarreia pode ocorrer como efeito indesejado comum nas pessoas em uso de antiácidos, inibidores da bomba de prótons, antineoplásicos, alguns medicamentos que atuam no sistema nervoso e muitos antibióticos.<sup>25,26</sup>

O quadro clínico da doença diarreica aguda geralmente é caracterizado por alteração na frequência de evacuação (maior número de evacuações - três episódios ou mais em 24 horas) e na consistência das fezes (pode ser amolecida ou aquosa). Em alguns casos, pode ocorrer a presença de sangue ou muco nas fezes, associado também a outros sintomas como febre, dor abdominal, flatulência, náusea e vômito.<sup>27-30</sup> A diarreia do viajante comumente vem acompanhada de pelo menos um desses sintomas, que podem variar de acordo com o patógeno causador.<sup>17,31</sup>

Em um quadro de diarreia há perda de líquido, que em excesso pode levar o paciente a sentir alguns sintomas como sede, urina de cor escura e, em uma frequência reduzida, olhos ou boca seca, inquietação/irritação, tempo de recarga capilar atrasado, turgor da pele reduzido ou sonolência, caracterizando um quadro de desidratação.<sup>24,32,33</sup> Em bebês e crianças, os sinais de desidratação incluem batimento cardíaco acelerado, boca, língua e lábios secos, falta de energia, diminuição do turgor da pele, ausência de lágrimas ao chorar e fraldas secas por 3 horas ou mais. Olhos fundos, fontanela afun-

dada na parte superior da cabeça, sonolência e irritabilidade em bebês e crianças sugere desidratação mais grave.<sup>29,34,35</sup>

A diarreia aguda geralmente tem um quadro característico, mas é importante investigar se há agravamento decorrente de outros problemas de saúde. Em lactentes, a intussuscepção é um dos principais pontos que devem ser levados em consideração no diagnóstico diferencial da diarreia aguda.<sup>36</sup>

Na anamnese farmacêutica devem ser coletados alguns dados importantes, tais como: início, duração e gravidade do quadro, alteração no número de evacuações, quantidade e consistência das fezes, pre-

sença de muco ou sangue nas fezes, se há familiares ou conhecidos com os mesmos sintomas, se possui doenças crônicas, se viajou recentemente, se há sinais de desidratação (como sede, tontura, mudança no estado mental, diminuição da produção de urina), história alimentar (ingestão de líquidos e alimentos antes e após o início da diarreia), se possui outros sintomas associados (como dor abdominal, náusea, vômito, distensão abdominal, flatulência, febre e tenesmo), histórico de medicamentos, história médica ou cirúrgica, história social (práticas sexuais, uso de drogas e de bebidas alcoólicas) e história ocupacional.<sup>4,16,31,37,38</sup>

**Quadro 1.** Anamnese farmacêutica em pacientes com diarreia aguda (Estratégia INDICO)

Domínio	Perguntas/Investigação*
Identificação do Paciente	Qual a idade do paciente? Se mulher, está grávida?
Natureza dos sinais e sintomas	O paciente aparenta-se pálido ou com sinais de desidratação? Houve mudança na dieta ultimamente? Está sentindo alguma dor? Em qual região? Tem febre? Vômito? Perdeu peso? Teve outros sintomas associados? Quais? Qual o aspecto, consistência das fezes e frequência das evacuações? Há presença de muco ou sangue? Se sim, possui fissuras anais ou hemorroidas? Ingeriu alimentos de confusão (como beterraba e frutas vermelhas)? Viajou recentemente para alguma área endêmica/epidêmica de doenças diarreicas?
Duração	Tempo dos sintomas atuais (início, duração)? Houve intervalos ou é ininterrupta? Teve episódios anteriores? É frequente? Qual a periodicidade?
Iniciou algum tratamento	Já foi feito uso de algum medicamento? Por quanto tempo está em uso? Tem sido efetivo? Utilizou algum antibiótico recentemente? Observa piora ou melhora dos sintomas com a ingestão de algum alimento ou medicamento?
Comorbidades	O paciente apresenta outras condições de saúde? Faz uso regular de algum medicamento? Sofre de dismenorrea, diabetes, dispepsia, intolerância a determinados alimentos ou alteração hormonal significativa? Ingerir álcool com frequência? Há história atual ou prévia de câncer ou tratamento quimioterápico?
Outras Situações Especiais	Há histórico recorrente de diarreia em situações específicas como viagens ou ingestão de determinados alimentos? Suspeita de algum gatilho específico abordado? Alguém parente ou conhecido está com os mesmos sintomas?

\*Perguntas sugestivas. Não possui finalidade diagnóstica e sim para melhor compreensão do caso e identificação de potenciais sinais de alerta para encaminhamento.

Fonte: Elaborado pelos autores

## ***Intervenções Não Farmacológicas:***

As ações de prevenção primária para a diarreia se baseiam na inserção de medidas básicas de higiene pessoal e alimentar. As principais medidas são: educação em saúde sobre as formas de transmissão; lavar as mãos após ir ao banheiro, antes e depois de preparar algum alimento e antes de comer; garantir a disponibilidade de água potável segura; descarte adequado de resíduos humanos; manuseio e processamento seguro de alimentos; uso de saneamento adequado; e evitar contato com o doente.<sup>2,31,33,39-41</sup>

O tratamento não-farmacológico para diarreia consiste em reidratação, preferencialmente oral, e dieta. Recomenda-se reidratação por via endovenosa apenas nos casos em que não for possível o uso da via oral. A reidratação imediata é essencial para prevenir ou corrigir quadros de desidratação.<sup>2,42</sup>

A terapia de reidratação consiste na administração de soluções orais apropriadas para evitar ou corrigir a desidratação, que pode ser causada em quadros de diarreia.<sup>43</sup> Os sais de reidratação oral são o tratamento de escolha em casos de diarreia leve a moderada, pois possuem quantidades específicas de sais que são perdidos nas evacuações.<sup>3,30,43</sup> É importante ressaltar que pacientes diabéticos podem usar sais de reidratação oral, mas devem ser lembrados de monitorar os níveis de glicose no sangue com cuidado.<sup>44</sup>

De acordo com o grau de desidratação do paciente, podem ser seguidos três planos de tratamento: plano A (para pacientes sem sinais de desidratação, no qual o tratamento será domiciliar); plano B (para paciente com sinais de desidratação, mas que conseguem ingerir líquidos, no qual o tratamento será feito com soro de reidratação oral em uma unidade de saúde); plano C (para pacientes com desidratação grave, que vão ser tratados na unidade de saúde com terapia de reidratação por via parenteral). O profissional farmacêutico pode seguir o plano A para tratamento de pacientes com diarreia aguda sem sinais de desidratação, de modo que se o paciente já apresentar algum quadro de desidratação deve ser encaminhado imediatamente a uma unidade de saúde.<sup>36,45</sup>

Boa parte dos sais comumente encontrados em farmácias estão na forma líquida. Para os sais em pó, é essencial que o farmacêutico aconselhe adequadamente seus pacientes sobre como o pó deve ser constituído. Apenas água deve ser usada para fazer a

solução (nunca suco de frutas ou refrigerantes), optando-se, preferencialmente, pela água fervida e resfriada, sobremaneira quando administrada em crianças menores de um ano. Não usar água fervente, pois causa a liberação de dióxido de carbono. A solução pode ser guardada por até 24 horas se for armazenada no refrigerador. Bebidas gaseificadas e açucaradas nunca devem ser usadas para fazer fluidos de reidratação, pois produzem uma solução hiperosmolar que pode agravar o problema. O teor de sódio e de glicose dessas bebidas podem ser elevados.<sup>30,34</sup>

É importante também aconselhar os pacientes a beberem muito líquido, especialmente se for uma pessoa idosa. Beber com frequência, em pequenos goles, pode ser a melhor maneira para evitar dor de estômago.<sup>40</sup>

Uma dieta apropriada para a idade deve ser introduzida assim que o paciente tiver sido reidratado. Recomenda-se continuar com a alimentação normal em casos que não há sinais de desidratação, evitando interrupções na administração de alimentos superiores a quatro horas.<sup>43</sup>

Os pacientes (ou seus responsáveis) devem ser aconselhados a evitar alimentos gordurosos, alimentos ricos em açúcares simples que podem causar diarreia osmótica e alimentos picantes que podem causar distúrbios gastrointestinais. As bebidas que contêm cafeína também devem ser evitadas porque podem aumentar os níveis de monofosfato de adenosina cíclico, que promovem a secreção de fluidos e podem piorar a diarreia.<sup>3</sup> Em adição, café, bebidas geladas, bebidas alcoólicas, refrigerantes e água com gás devem ser evitados.<sup>42,46</sup>

Amidos e cereais fervidos (por exemplo, batata, macarrão, arroz, trigo e aveia) com sal são indicados em pacientes com diarreia aquosa; biscoitos, bananas, sopa e vegetais cozidos também podem ser consumidos.<sup>23,30</sup> Os produtos lácteos (exceto iogurte) podem ser difíceis de digerir na presença de doenças diarreicas porque a enzima que digere o leite (lactase) no intestino é inativada, podendo produzir intolerância temporária à lactose e piorar a diarreia.<sup>30</sup> Portanto, é recomendado evitar temporariamente alimentos que contenham lactose.<sup>21,42,47</sup>

Episódios isolados de diarreia após o tratamento é normal. No entanto, a diarreia persistente, associada a cólicas, febre ou sangue, exige uma consulta médica imediatamente.<sup>17</sup>

**Quadro 2.** Resumo de evidências das intervenções não-farmacológicas para diarreia aguda.

CONDUTA	EMBASAMENTO TÉCNICO	GRADE	
		Nível de Evidência	Grau de Recomendação
TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL	A perda hídrica pode ser tratada com a administração de terapia de reidratação oral, um tratamento simples e custo-efetivo que pode aliviar a desidratação nos indivíduos afetados. Uma revisão sistemática da Cochrane comparou a terapia de reidratação oral com a intravenosa, no qual resultados demonstraram que não houve diferenças clínicas importantes entre elas para a reidratação secundária em gastroenterite em crianças. Para cada 25 crianças tratadas com a terapia de reidratação oral, uma falharia e necessitaria da terapia de reidratação intravenosa.	Alta ****	Forte
DIETA APROPRIADA	Há recomendações da dieta habitual correspondente com a idade do paciente durante ou após o processo de reidratação. Uma metanálise mostrou que a alimentação precoce (após o início da reidratação) foi tão segura e eficaz quanto a alimentação posterior em crianças menores de 6 anos com diarreia aguda em países de baixa, média e alta renda.	Baixa **	Forte
AMAMENTAÇÃO CONTÍNUA	A alimentação com leite humano deve ser continuada em lactentes e crianças durante todo o episódio de diarreia. A amamentação não só tem um efeito protetor bem conhecido contra o desenvolvimento de enterite, mas também promove uma recuperação mais rápida e fornece uma melhor nutrição. Pode ser necessário alimentar o bebê com mais frequência ou prolongar as mamadas.	Alta ****	Forte
SORO E LÍQUIDOS CASEIROS	Para pacientes com diarreia sem sinais de desidratação, além dos sais de reidratação, pode ser indicado a utilização de líquidos caseiros (como o soro caseiro). Para crianças pequenas, idosos ou pacientes com sinais leves de desidratação, o soro caseiro tende a ser menos efetivo dada a imprecisão do seu preparo, mesmo com orientação dos profissionais de saúde. O preparo caseiro deve ser cauteloso, especialmente em locais de maior vulnerabilidade e com dificuldades de acesso a água de boa qualidade.	Baixa **	Fraca
RESTRIÇÃO DE ALIMENTOS	<b>Alimentos gordurosos</b> podem causar diarreia osmótica, pois são substâncias de difícil digestão e absorção que acabam permanecendo no intestino, fazendo com que uma quantidade excessiva de água permaneça nas fezes. <b>Alimentos picantes e muito temperados</b> podem causar distúrbios gastrointestinais, pois podem causar uma maior irritação da mucosa intestinal, causando comprometimento das células epiteliais e resultando em perda da área superficial e transporte e, conseqüente, diminuição da absorção de nutrientes e aumento da carga osmótica no lúmen intestinal. A <b>caféina</b> pode aumentar os níveis de monofosfato de adenosina cíclico, que promovem a secreção de fluidos e podem piorar a diarreia. Os <b>produtos lácteos</b> podem ser difíceis de digerir na presença de doenças diarreicas, porque durante a diarreia, a enzima no intestino que digere o leite (lactase) é inativada, podendo produzir intolerância temporária à lactose, o que piora a diarreia. Uma metanálise envolvendo crianças menores que 6 anos com diarreia aguda constatou que uma dieta sem lactose reduziu a duração da diarreia e reduziu a falha no tratamento pela metade. Embora a dieta com restrição de laticínios seja comumente recomendada, os dados de suporte para essa intervenção são limitados.	Baixa **	Forte

Fonte: Elaborado pelos autores

## Intervenções Farmacológicas

A prevenção da gastroenterite viral aguda está principalmente na vacinação. A **vacina contra o rotavírus** está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Plano Nacional de Imunização (PNI) desde 2006. Nesse sentido, a vacinação deve ser encorajada pelo farmacêutico como forma de evitar internação e complicações da gastroenterite. Surto devem ser comunicados à vigilância sanitária e epidemiológica local para que sejam reforçadas medidas de isolamento dos infectados, investigação e eliminação dos reservatórios do vírus.<sup>15,53,54</sup>

Para o manejo da diarreia, em casos mais graves, apenas a terapia de reidratação não será suficiente para tratar o paciente. No entanto, antes de recomendar qualquer tratamento, as causas subjacentes graves de diarreia devem ser consideradas e excluídas.<sup>3,44</sup> Os farmacêuticos podem prescrever Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs) quando, pela anamnese, for determinado que o quadro do paciente se trata de um problema autolimitado. Na **primeira linha de tratamento**, além da terapia de reidratação oral podem ser prescritos alguns medicamentos como terapia adjuvante.

O **Suplemento com zinco** pode reduzir a duração do quadro de diarreia, principalmente em crianças nos países em desenvolvimento, onde é comum a deficiência de zinco. Uma meta-análise demonstrou redução nos episódios de diarreia grave, disenteria e diarreia persistente, bem como de infecções respiratórias, como pneumonia.<sup>36,43,45</sup>

Os probióticos são empregados tanto no tratamento como na prevenção da diarreia em algumas situações. São microrganismos administrados para restabelecer a microbiota intestinal, restaurando a função intestinal normal e suprimindo o crescimento de microrganismos patogênicos. Os probióticos ***Saccharomyces boulardii***, ***Lactobacillus rhamnosus GG*** e ***Lactobacillus acidophilus*** diminuem a duração da diarreia infecciosa e associada ao uso de antibióticos em adultos e crianças, podendo também serem usados para prevenir a diarreia associada a antibióticos. A recomendação é que sejam utilizados como coadjuvantes no tratamento da diarreia aguda, em conjunto com a terapia de reidratação e manu-

tenção da alimentação.<sup>2,55,56</sup> A ação dos probióticos ocorre principalmente por antagonismo, imunomodulação ou exclusão de patógenos. Os efeitos estão relacionados a redução do episódio diarreico, melhora do quadro e redução de complicações em muitos estudos, ainda que em análises mais robustas e com menor risco de viés esses efeitos são menos expressivos ou inconsistentes.<sup>55,57,58</sup>

Existem alguns medicamentos que também são usados no tratamento da diarreia, porém requerem prescrição médica. Para isso, a **segunda linha de tratamento** consiste em tratamento com agentes antidiarreicos, agentes antissecretores, antibióticos e antiparasitários.

A diarreia deve ser vista como a forma natural de “expulsar” os agentes infecciosos causadores de doenças e as toxinas presentes e acumuladas no intestino. Nessa perspectiva, o uso de antidiarreicos como a **loperamida**, que são anti-motilidade intestinal ou adsorventes, é considerado desnecessário e, às vezes, indesejável. Por outro lado, é reconhecido que os pacientes muitas vezes desejam reduzir a diarreia por razões de conveniência e não há evidências de que os antidiarreicos, se usados de forma correta, sejam inseguros para o paciente ou prolongue a doença.<sup>30,43,59</sup>

A **loperamida** é um medicamento antidiarreico eficaz para uso em adolescentes, jovens e adultos. É um agonista opioide sintético que produz efeitos antidiarreicos por meio da estimulação dos receptores microopioides localizados nos músculos circulares intestinais. Essa ação retarda a motilidade intestinal, permitindo a absorção de eletrólitos e água pelo intestino. A estimulação do receptor microopioides de GI também diminui a secreção GI, o que pode contribuir para os efeitos antidiarreicos do fármaco. Outros mecanismos relacionados podem incluir a interrupção dos mecanismos colinérgicos e não colinérgicos envolvidos na regulação da peristalse, inibição da função da calmodulina e inibição dos canais de cálcio dependentes de voltagem. Os efeitos de inibição nos canais de calmodulina e cálcio podem contribuir para os efeitos anti-secretores da loperamida.<sup>3,30</sup> Seus efeitos terapêuticos incluem redução do volume fecal diário, aumento da viscosidade, volume em massa e redução da perda de líquidos e eletrólitos.<sup>3</sup> É recomendada principalmente para a

diarreia do viajante (leve a moderada), em que não há sinais clínicos de invasão por microrganismos. Deve ser evitada na disenteria, em casos suspeitos de apresentar componente inflamatório (pacientes febris), ou na presença de dor abdominal intensa (sugere também diarreia inflamatória). O uso de loperamida não pode ser recomendado para crianças, pois pode aumentar a gravidade e as complicações da doença.<sup>30,43,59</sup>

Um agente antissecretor passível de uso é a **racecadotril**, inibidora da encefalinase, enzima responsável pela degradação das encefalinas. A partir da ação prolongada das encefalinas, elas reduzem a secreção intestinal de água e eletrólitos, controlando o quadro de diarreia aguda. Não interferem na motilidade intestinal, garantindo uma maior segurança no seu uso como coadjuvante no tratamento, tendo assim um papel importante na redução das perdas diarreicas e na duração da diarreia aguda. O tratamento deve ser interrompido assim que houver melhora do quadro. Também não é indicado na diarreia enteroinvasiva caracterizada por febre e sangue, assim como diarreia provocada por tratamento com antibióticos de amplo espectro.<sup>43,55</sup>

O tratamento com antibiótico normalmente não é empregado em casos de diarreia aguda. Devem ser reservados a casos de disenteria (diarreia com sangue), com comprometimento do estado geral, em imunossuprimidos, para pacientes com anemia falciforme, para portadores de prótese, para crianças com sinais de disseminação bacteriana extraintestinal e para casos de cólera grave.<sup>27,36</sup> A principal causa nesses casos é a infecção por *Shigella* spp., porém há outros agentes que causam quadros graves e que vão necessitar de antibioticoterapia, como *Escherichia coli* enteroinvasiva, *Yersinia enterocolitica*, *Vibrio cholerae*, *Clostridium difficile* e *Salmonella* não tifóide.<sup>36,43</sup> Para outras situações, os antibióticos não são eficazes e não devem ser prescritos.

Os antiparasitários devem ser administrados a pacientes diagnosticados com amebíase nos quais o tratamento da disenteria por *Shigella* sp tenha sido ineficaz e tenha sido identificado nas fezes do paciente trofozoítos de *Entamoeba histolytica* que envolvam hemácias. Além disso, esses medicamentos também podem ser utilizados em pacientes diagnosticados com giardíase se cistos ou trofozoítos

forem identificados nas fezes ou no aspirado intestinal.<sup>27</sup>

Os antieméticos são desnecessários no manejo da diarreia aguda, pois possuem efeitos sedativos e podem dificultar a terapia de reidratação. Em geral, não conferem nenhum benefício prático para as crianças com diarreia aguda ou persistente.<sup>43</sup> Os adsorventes, como caulim-pectina, carvão ativado e atapulgita não possuem eficácia comprovada, portanto não devem ser recomendados.<sup>43,60</sup>

### **Sinais de Alerta e Encaminhamento:**

Alguns pacientes possuem maiores chances de complicações em um quadro de diarreia. Dentre eles estão crianças (principalmente menores de um ano), idosos, indivíduos que vivem em ambientes com saneamento precário e que estão em constante contato com alimentos e água contaminados, pacientes imunodeprimidos (portadores de HIV, neoplasias ou que precisam de transplante de órgãos), grávidas, pacientes com condições médicas pré-existentes (por exemplo, doença inflamatória intestinal, diabetes mellitus, insuficiência renal crônica, imunodeficiência), pacientes com hipocloridria gástrica ou em uso de antiácidos (especialmente inibidores da bomba de prótons).<sup>27,39,70,71</sup>

As crianças, especialmente as mais jovens, correm maior risco devido à sua curiosidade natural e propensão a tocar em vários objetos indiscriminadamente e a colocá-los na boca. Além disso, são menos seletivos no tipo e na fonte de alimentos que consomem e possuem menor probabilidade de aderir às medidas de higiene recomendadas.<sup>70</sup> Em casos de episódios repetidos de diarreia aguda nesse grupo de pacientes, pode ocorrer déficit de crescimento linear, que as predispõem a novos episódios de doenças infecciosas.<sup>72</sup> Isso também pode estar associado a outros resultados ao longo da vida, como diminuição da função cognitiva e maior possibilidade do desenvolvimento de doenças crônicas.<sup>73</sup>

Nesses casos, o farmacêutico deve alertar o paciente sobre complicações e encaminhar o paciente para investigação de transtornos adicionais junto a: (i) unidade básica de saúde do SUS; (ii) consulta com médico clínico geral/gastroenterologista particular ou de plano de saúde.

**Quadro 3.** Resumo das intervenções farmacológicas para diarreia aguda

MEDICAMENTO	USO PADRÃO	ORIENTAÇÕES AO PACIENTE	GRADE	
			Nível de Evidência	Grau de Recomendação
Sulfato de Zinco MIP/SUS (Comprimido 20 mg e Solução oral 17,60 mg/mL)	<b>ADULTOS:</b> 1 a 2 comprimidos de 20mg/dia OU ingerir 7,5 mL /dia. <b>CRIANÇAS</b> (até 6 meses de idade): 2,5mL/dia durante 10 a 14 dias; (acima de 6 meses): 5mL/dia durante 10 a 14 dias.	“O zinco tem sua absorção prejudicada na presença de alimentos. Para tanto, deve-se administrar o produto no intervalo entre as refeições”  “Nesh Zinco® pode ser mastigado, engolido diretamente com água ou pode ser dissolvido em 100 mL de água”	Moderada ***	Forte
<i>Bacillus cereus</i> MIP (Suspensão 5x10 <sup>6</sup> endósporos)	<b>ADULTOS:</b> 1 flaconete a cada 4 horas/dia. <b>CRIANÇAS:</b> 1 flaconete a cada 4 horas/dia.	“Usar com cautela em pacientes portadores de diabetes”  “Suspensão deve ser agitada antes de usar”	Moderada ***	Forte
<i>L. acidophilus</i> + <i>L. rhamnosus</i> + <i>L. paracasei</i> + <i>B. lactis</i> MIP (Sachê 1 g)	<b>ADULTOS:</b> 1 a 2 sachês por dia. <b>CRIANÇAS:</b> 1 a 2 sachês por dia.	“O sachê deve ser consumido assim que aberto” “Usar preferencialmente a noite quando não for mais se alimentar”	Moderada ***	Forte
<i>Saccharomyces boulardii</i> MIP (Cápsulas 100 mg, 200 mg e 250 mg e Pó 200 mg e 250 mg)	<b>ADULTOS:</b> 1 comprimido de 200mg ou 2 comprimidos de 100mg a cada 12 horas. <b>CRIANÇAS:</b> 1 sachê de 200mg diluído em água ou alimentos semisólidos, uma vez ao dia OU 1 comprimido de 100mg a cada 12 h.	“Não misturar com bebidas ou alimentos carbonatados, ou que contenham álcool” “Usar em jejum ou pelo menos meia hora antes das refeições” “É uma levedura não tóxica e não transmissível, possui efeito biorregulador sobre a flora”	Moderada ***	Forte
Loperamida (Comprimido 2 mg)	<b>ADULTOS:</b> 2 comprimidos (4 mg) por via oral seguido de 1 comprimido (2 mg) após cada evacuação líquida. Dose máxima: 8 comprimidos/dia. <b>CRIANÇAS:</b> Este medicamento é contraindicado para crianças.	“O tratamento deve ser interrompido após a produção de fezes sólidas ou após 24 horas sem evacuar” “Evitar atividades que requeiram alerta mental ou coordenação até início dos efeitos da droga” “Pequenas quantidades podem ser excretadas no leite materno”	Moderada ***	Forte
Racecadotril (Cápsula gelatinosa 100 mg e Grânulo 10 mg e 30 mg)	<b>ADULTOS:</b> 1 cápsula de 100 mg 3 vezes ao dia. Dose máxima: 4 cápsulas /dia. <b>CRIANÇAS:</b> 10 mg para crianças acima de 3 meses, 20 mg para crianças acima de 10 meses ou 30 mg para crianças acima de 3 anos 3 vezes ao dia. Dose máxima: 6 mg/kg/dia.	“Tratamento não deve ultrapassar mais do que 7 dias” “Granulado deve ser ingerido com água, dissolvendo pela agitação, ou misturando uma pequena quantidade de alimento em uma colher, ou colocado diretamente na boca” “Usar com cautela em pacientes portadores de diabetes”	Moderada ***	Fraca

Fonte: Elaborado pelos autores

**Quadro 4.** Sinais de alerta para encaminhamento de paciente com diarreia aguda.

PALAVRA-CHAVE	SINAIS DE ALERTA
DISENTERIA	Presença de sangue ou muco nas fezes e/ou evacuação em um período de 72 horas sem nenhuma melhora e/ou diarreia aquosa abundante.
DIARREIA PERSISTENTE	Diarreia persistente por um período $\geq$ a 14 dias OU diarreia com duração superior a um dia em crianças menores de um ano de idade OU ausência de melhora com a terapia de reidratação.
DESIDRATAÇÃO	Sinais de desidratação grave (sede, diminuição na frequência urinária, inquietação e olhos ou bocas secas, taquicardia, hipotensão ortostática, letargia).
INDUZIDA POR MEDICAMENTOS	Suspeita de reação induzida por medicamentos sob prescrição médica.
GRUPOS DE RISCO	Diarreia acompanhada de forte dor abdominal em pacientes com mais de 50 anos de idade OU grávidas OU lactentes OU pacientes imunodeprimidos.
POTENCIAL SURTO INFECCIOSO	Potencial para surto infeccioso, como quando o paciente manuseia grandes quantidades de alimentos ou reside/trabalha em uma casa de repouso ou creche, em que outras pessoas com exposição alimentar comum também têm sintomas de diarreia.
SINTOMAS ASSOCIADOS	Sinais e/ou sintomas que sugerem doença grave: febre $\geq$ 38,5°C e nenhuma melhora por $\geq$ 48 horas, desidratação grave, perda de peso e/ou vômitos intensos.

Fonte: Elaborado pelos autores

**Monitoramento dos Resultados:**

A maioria dos pacientes com diarreia aguda, mesmo quando não tratada, são espontaneamente curados em 48 horas e, muitas vezes, a média de duração da diarreia é de quatro a cinco dias.<sup>70</sup> Aproximadamente 5% e 1% dos indivíduos afetados têm diarreia que persiste por mais de 14 dias e 1 mês, respectivamente. O curso clínico tende a ser mais grave e prolongado em crianças, especialmente aqueles com menos de dois anos de idade.<sup>77</sup>

A prescrição farmacêutica visa a redução dos sintomas da diarreia aguda e a prevenção da desidratação. O farmacêutico deve avaliar os resultados obtidos com base nas recomendações feitas ao paciente. O objetivo do acompanhamento é monitorar e avaliar a evolução do paciente, para verificar:<sup>2,20</sup>

- Se houve melhora da diarreia e dos sintomas relacionados;
- Se houve aparecimento de sinais de desidratação;
- A presença de efeitos adversos (por exemplo, dor abdominal, constipação);
- A adesão do paciente ao plano de tratamento;
- Reavaliar periodicamente até a resolução do problema.

O paciente deve ser monitorado para verificar a desidratação medindo o peso corporal, os sinais vitais e o estado de alerta mental. Não consta na literatura

o tempo que o profissional deve aguardar a partir das intervenções acordadas com o paciente para realizar o monitoramento dos resultados. Sugere-se, entretanto, que a avaliação de resultados ocorra entre 24h-48h, podendo ocorrer num período mais curto nos casos de pacientes em situações especiais (como crianças e idosos). Com alívio sintomático efetivo, o paciente pode esperar redução da frequência e consistência normal das fezes, bem como alívio dos sintomas generalizados, como letargia e dor abdominal.<sup>20,70,77</sup>

A efetividade do tratamento farmacológico é avaliada pela melhora da diarreia e dos sintomas relacionados, levando em consideração a adesão do paciente ao plano de tratamento.<sup>2</sup> A segurança do tratamento farmacológico é avaliada por meio do monitoramento do paciente e verificação do aparecimento de reações adversas ao medicamento ou de sinais de agravamento da desidratação ou de outros sintomas.<sup>3</sup>

**Conclusão**

Este estudo, organizado na forma de diretriz, sistematizou o manejo da diarreia aguda autolimitada no contexto do cuidado farmacêutico, com base na prática baseada em evidências. A anamnese farmacêutica mostrou-se fundamental para confirmar o caráter autolimitado do quadro, identificar sinais de alerta e subsidiar a tomada de decisão clínica. De

modo geral, as medidas não farmacológicas constituem a base do manejo, com destaque para a terapia de reidratação oral e a manutenção da alimentação e da amamentação em lactentes, enquanto as intervenções farmacológicas devem ser empregadas de forma adjuvante e criteriosa. Nesse contexto, a atuação do farmacêutico é relevante para qualificar o manejo clínico, promover o uso racional de medicamentos e favorecer o encaminhamento oportuno de pacientes com sinais de maior gravidade.

### Contribuição dos autores

LFB, FMC, LAMM, NAL, RFL, RBA, JMAV, RSS e TMR foram responsáveis pela concepção do projeto, análise dos dados e redação do manuscrito, RFL, RSS e TMR foram responsáveis pela revisão e aprovação do manuscrito.

### Conflitos de interesse

Não existem conflitos de interesse a serem declarados em relação a este trabalho.

### Financiamento

O estudo não teve financiamento.

### Declaração de disponibilidade de dados

Os conteúdos estão disponíveis no momento de publicação do artigo, nas referências.

### Editor responsável

Lindemberg Assunção Costa

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Doenças diarreicas agudas. 2021.
2. JT DiPiro, GC Yee, LM Posey, ST Haines T, Nolin VE. PHARMACOTHERAPY: A PATHOPHYSIOLOGIC APPROACH.
3. SP. Ferreri. Handbook of Nonprescription Drugs: An Interactive Approach to Self-Care, 13th Edition. Vol. 37, The Annals of Pharmacotherapy. 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II - Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf). 2013.
5. Harrison MB, Legare F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2010 Feb 9;182(2):E78–84. Available from: <http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.081232>
6. ADAPTE Collaboration. Guideline Adaptation : A Resource Toolkit. Version 2.0. 2009;1–95.
7. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II instrument. 2009.
8. Brouwers MC, Spithoff K, Lavis J, Kho ME, Makarski J, Florez ID. What to do with all the AGREEs? The AGREE portfolio of tools to support the guideline enterprise. *J Clin Epidemiol*. 2020;125:191–7.
9. Vaz JM, Alves BM, Duarte DB, Marques LA, Santana RS. Quality appraisal of existing guidelines for the management of headache disorders by the AGREE II's method. *Cephalalgia*. 2021 Aug 18;033310242110372.
10. Malmivaara A. Methodological considerations of the GRADE method. *Ann Med*. 2015 Jan 2;47(1):1–5.
11. Goldet G, Howick J. Understanding GRADE: an introduction. *J Evid Based Med*. 2013 Feb 28;6(1):50–4.
12. Brandt KG, Antunes MM de C, da Silva GAP. Acute diarrhea: evidence-based management. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*. 2015;91(6):S36–43.
13. Dee Unglaub Silverthorn. *Fisiologia Humana: Uma Abordagem Integrada*. 2017.
14. AJR Thiagarajah MM. Pathogenesis of acute diarrhea in children. *UpToDate*. 2020.
15. Pawlowski SW, Warren CA, Guerrant R. Diagnosis and Treatment of Acute or Persistent Diarrhea. *Gastroenterology*. 2009;136(6):1874–86.
16. Sean M Pawlowski. Avaliação da diarreia aguda. 2018.
17. Mark M Riddle. Diarreia do viajante. 2019;
18. Barrett J, Brown M. Travellers' diarrhoea. *BMJ* (Online). 2016;353.
19. Regina LaRocque; Jason B Harris. Travelers' diarrhea : Microbiology , epidemiology , and prevention. *UpToDate*. 2020.
20. Steffen R. Epidemiology of travellers' diarrhea. *J Travel Med*. 2017;24(1).

21. Regina LaRocque; Jason B Harris. Approach to the adult with acute diarrhea in resource-rich settings. UpToDate. 2019.
22. Radlović N, Leković Z, Vuletić B, Radlović V, Simić D. Acute diarrhea in children. *Srp Arh Celok Lek*. 2015;143(11–12):755–62.
23. Riddle MS, Dupont HL, Connor BA. ACG clinical guideline: Diagnosis, treatment, and prevention of acute diarrheal infections in adults. *American Journal of Gastroenterology*. 2016;111(5):602–22.
24. Fleisher G. Approach to diarrhea in children in resource-rich countries. UpToDate. 2019.
25. Conaway MPDZB. Druginduced diarrhea. *MedlinePlus*. 2019.
26. Zieve MPD. Diarrhea - overview. 2018.
27. Brasil M da saúde. Guia de vigilância em saúde 3ª edição. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 2019. 741 p.
28. Pfleghaar VNN. Diarrhea. *National Library of Medicine*. 2020.
29. Inst Nac Diabetes e Doenças Dig e Renais. Diarreia. 2016.
30. Blenkinsopp ABAPPJ. Symptoms in the Pharmacy: A Guide to the Management of Common Illness. *Journal of Pharmacy Technology*. 2007;Vol. 22.
31. Harris RLJB. Travelers' diarrhea: Microbiology, epidemiology, and prevention. 1–15 apud Leung AKC, Leung AAM, Wong AHC, Hon KL. Travelers' Diarrhea: A Clinical Review. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2019;13(1):38–48. UpToDate. 2020.
32. Lang DSME. Acute diarrhea in adults. *Postgrad Med*. 2019.
33. Dawn Ebach, E Lang E, A Scott MB. Acute diarrhea in children. *J Iowa State Med Soc*. 2019.
34. Ortiz B. Como tratar a diarreia em bebês e crianças pequenas. *MedlinePlus*. 2020.
35. American Academy of Pediatrics. Diarrhea. *Am Acad Pediatr*. 2015.
36. Morais MB de, Cruz AS da, Sadovsky ADI de, Brandt KG, Epifânio M, Toporovski MS, et al. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento - Guia Prático SBP. *Sociedade Brasileira de Pediatria*. 2017;1:1–15.
37. Riddle MS. Current management of acute diarrheal infections in adults. *Pol Arch Intern Med*. 2018;128(11):685–92.
38. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. 2012. p. 290 apud Vanzella MF, Kasper KC, Guaragna JB de A, Hauschild JA. Diarreia aguda: diagnóstico clínico e tratamento. :0–7. 2012.
39. Regina LaRocque MP. Approach to the adult with acute diarrhea in resource-limited countries. UpToDate. 2019.
40. Practice. BB. Diarrhoea in adults. 2020.
41. World Health Organization. Doença diarreica. 2020.
42. Baos Vicente V, Faus Dáder MJ. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. 2008. 224 p.
43. Salazar-Lindo MFGLMSIKPDE. Diarreia Aguda em Adultos e Crianças: uma perspectiva mundial. *World Gastroenterol Organ Glob Guidel*. 2012.
44. Nathan A. Non-prescription Medicine. 2010.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Manejo do Paciente com Diarreia. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo\\_paciente\\_diarreia\\_cartaz.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf).
46. NK. Kaneshiro, D. Zievi BC. When you have diarrhea. *MedlinePlus*. 2019.
47. B. Ochoa CMS. Acute and chronic diarrheal diseases. *Am Coll Gastroenterology*. 2012.
48. Shane AL, Mody RK, Crump JA, Tarr PI, Steiner TS, Kotloff K, et al. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clinical Infectious Diseases*. 2017 Nov 29;65(12):e45–80.
49. MacGillivray S, Fahey T, McGuire W. Lactose avoidance for young children with acute diarrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 Oct 31.
50. Gregorio G V, Dans LF, Silvestre MA. Cochrane Review: Early versus Delayed Refeeding for Children with Acute Diarrhoea. *Evid Based Child Health*. 2012 Mar;7(2):721–57.
51. Hartling L, Bellemare S, Wiebe N, Russell KF, Klassen TP, Craig WR. Oral versus intravenous rehydration for treating dehydration due to gas-

- troenteritis in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006 Jul 19.
52. Ezezika O, Ragunathan A, El-Bakri Y, Barrett K. Barriers and facilitators to implementation of oral rehydration therapy in low- and middle-income countries: A systematic review. Florez ID, editor. PLoS One. 2021 Apr 22;16(4):e0249638.
  53. (SBIm) SB de I, (ASBAI) SB de A e I, (SBP) SB de P. Nota Técnica Conjunta sobre Vacina rotavírus. 2017.
  54. Ministério da Saúde B. Calendário Nacional de Vacinação. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>. 2022.
  55. A. Guarino, S Ashkenazi, D Gendrel A Lo, Vecchio, R. Shamir HS et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidencebased guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol* .
  56. Szajewska H, Canani RB, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, Kolacek S, et al. Probiotics for the prevention of antibiotic-associated diarrhea in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;62(3):495–506.
  57. Brandt KG, de Castro Antunes MM, da Silva GAP. Acute diarrhea: evidence-based management. *J Pediatr (Rio J)*. 2015 Nov;91(6): S36–43.
  58. Collinson S, Deans A, Padua-Zamora A, Gregorio G V, Li C, Dans LF, et al. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020 Dec 8;2020(12).
  59. MedlinePlus. Loperamide. 2018.
  60. S. Mark, M Riddle, L. Herbert, M. DuPont, A. Bradley C. ACG clinical guideline: diagnosis, treatment, and prevention of acute diarrheal infections in adults. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2016;111(5):602–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2016.126> apud Riddle MS. Current management of acute di.
  61. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta a Registros de Medicamentos;
  62. (Zinc Sulfate). In: Merative Micromedex® DRUGDEX® (electronic version).
  63. DynaMed. Foodborne Illnesses. EBSCO Information Services.
  64. DynaMed. Acute Diarrhea in Adults. EBSCO Information Services.
  65. DynaMed. Probiotics to Prevent Antibiotic-associated Diarrhea. EBSCO Information Services.
  66. (Saccharomyces Boulardii). In: Merative Micromedex® DRUGDEX® (electronic version).
  67. (Loperamide). In: Merative Micromedex® DRUGDEX® (electronic version).
  68. DynaMed. Management of Acute Diarrhea in Children. EBSCO Information Services.
  69. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta a bulário eletrônico.
  70. R. Steffen, DR. Hill HLD. Traveler's diarrhea: A clinical review. *JAMA* 313(1): 71-80. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.17006> [PMID: 25562268] apud Leung AKC, Leung AAM, Wong AHC, Hon KL. Travelers' Diarrhea: A Clinical Review. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2019;13( 2015.
  71. K. Leder PFW. Travel advice. UpToDate. 2020.
  72. KL. Kotloff, WC. Nasrin Blackweler, Y. Wu, T Farag SP et al. The incidence, aetiology, and adverse clinical consequences of less severe diarrhoeal episodes among infants and children residing in low-income and middle-income countries: a 12-month case-control study as a follow-on to the Global Enteric Multicenter St.
  73. JD. Anderson, KH. Bagamian, F. Muhib, MP. Amaya, LA. Laytner TW et al. Burden of enterotoxigenic Escherichia coli and Shigella non-fatal diarrhoeal infections in 79 low-income and lower middle-income countries: a modelling analysis. *LancetGlob Health*. 2019;7:e321---30 apud da Cruz Gouveia MA, Lins MTC, da Silva GAP. Acute dia.
  74. AC Moraes; FMM Castro. Diarreia aguda. *Rev Bras Med*. 2014.
  75. BMJ Best Practice. Diarrhoea in children. BMJ Best Practice. 2020.
  76. WD. Linn, MR. Wofford, ME. O'keefe LMP, LM P. Pharmacoterapy in Primare Care. 2009.
  77. ANVISA. Preços Máximos de medicamentos por princípio ativo. 2021.

Este é um artigo publicado em acesso aberto sob a licença Creative Commons do tipo BY

