

Tratamento da diarreia aguda no adulto: o que mudou com as evidências mais recentes?

A **diarreia aguda** é uma das principais causas de consultas médicas e atendimentos em serviços de urgência. Embora a maioria dos casos seja autolimitada e de etiologia viral, a disponibilidade de testes moleculares e a crescente preocupação com a resistência antimicrobiana modificaram a abordagem diagnóstica e terapêutica nos últimos anos. As diretrizes atuais reforçam uma abordagem racional, baseada na estratificação de risco e no uso criterioso de exames e tratamentos.

O primeiro passo é identificar sinais de gravidade

Antes de definir exames ou medicamentos, é fundamental **identificar pacientes com maior risco de complicações**.

Os principais **sinais de alerta** incluem:

- hipotensão, taquicardia ou outros sinais de sepse;
- desidratação moderada ou grave (letargia, confusão, oligúria ou síncope);
- dor abdominal intensa ou distensão abdominal;
- febre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$;
- diarreia com sangue;
- mais de seis evacuações em 24 horas;
- sintomas por mais de sete dias;
- imunossupressão, idade superior a 65 anos, gestação ou comorbidades relevantes.

Essa avaliação continua sendo o principal determinante da conduta.

Reidratação: a intervenção que mais importa

A terapia de reidratação oral permanece o tratamento de primeira linha para pacientes com desidratação leve a moderada. Nos casos de choque, alteração do nível de consciência, íleo paralítico ou vômitos persistentes, está indicada a reposição intravenosa.

A alimentação deve ser retomada assim que houver tolerância, evitando jejuns prolongados e dietas restritivas. Bebidas com elevada concentração de açúcar, como refrigerantes e alguns sucos industrializados, devem ser evitadas por poderem agravar a diarreia osmótica.

Nem todo paciente precisa de exames

A maioria dos adultos com diarreia aguda não necessita investigação laboratorial.

Os exames devem ser reservados para pacientes com diarreia sanguinolenta, febre elevada, suspeita de sepse, desidratação importante, sintomas por mais de sete dias, imunossupressão, suspeita de surtos ou hospitalização recente e uso de antibióticos, situações nas quais deve ser considerada a pesquisa para *Clostridioides difficile*.

Além de hemograma, eletrólitos e função renal, os **painéis moleculares multiplex por PCR vêm ganhando espaço** por apresentarem maior sensibilidade e rapidez diagnóstica em relação à coprocultura.

Principais vantagens painéis moleculares:

- resultado em poucas horas;
- identificação simultânea de vírus, bactérias e parasitas;
- maior sensibilidade diagnóstica.

Limitações painéis moleculares:

- custo elevado;
- ausência de antibiograma;
- detecção de colonização assintomática;
- necessidade de correlação com o quadro clínico.

A coprocultura permanece indicada quando há necessidade de teste de sensibilidade antimicrobiana ou investigação epidemiológica.

Antibióticos: uso cada vez mais seletivo

O uso empírico de antibióticos tornou-se cada vez mais restrito. Como a **maioria dos episódios é viral e autolimitada**, a antibioticoterapia não deve ser utilizada rotineiramente.

Pode ser considerada em situações específicas, como:

- suspeita de cólera;
- suspeita de shigelose;
- diarreia do viajante moderada ou grave;
- pacientes imunossuprimidos com doença grave;
- diarreia sanguinolenta associada a febre alta e dor abdominal intensa;
- pacientes com sinais de sepse, após coleta das culturas.

Quando indicada, a antibioticoterapia empírica pode ser realizada com ciprofloxacina ou azitromicina, geralmente em

dose única ou por três dias, podendo ser estendida para até cinco dias em situações selecionadas.

Antibióticos devem ser evitados quando houver suspeita de infecção por *Shiga toxin-producing Escherichia coli* (STEC), especialmente em pacientes com diarreia sanguinolenta sem febre, devido ao risco de síndrome hemolítico-urêmica.

Quando o agente etiológico é identificado, o tratamento deve ser direcionado conforme o perfil microbiológico e os padrões locais de resistência.

Tratamento sintomático ainda tem papel

A loperamida é um agente antimotilidade indicado para adultos com diarreia aquosa sem sinais de doença inflamatória ou invasiva. Na diarreia do viajante, quando a antibioticoterapia está indicada, sua associação ao antibiótico acelera o alívio dos sintomas. A combinação com simeticona também pode reduzir o desconforto abdominal e a distensão.

A dose inicial é de 4 mg, seguida de 2 mg após cada evacuação líquida, até o máximo de 16 mg por dia.

Seu uso deve ser evitado em pacientes com febre alta, diarreia com sangue, suspeita de colite invasiva ou infecção por *Clostridioides difficile*, devido ao risco de complicações, como megacólon tóxico.

O subsalicilato de bismuto pode ser utilizado como alternativa para casos leves de diarreia aguda e na diarreia do viajante. Diferentemente da loperamida, seu uso não é contraindicado em pacientes com febre ou diarreia com sangue. A dose recomendada é de 525 mg (30 mL da suspensão ou dois comprimidos de 263 mg) a cada 30 a 60 minutos, até o máximo de oito doses em 24 horas.

A racecadotril reduz a secreção intestinal e o volume das fezes, podendo ser utilizada na dose de 100 mg três vezes ao dia.

Nos pacientes com náuseas e vômitos importantes, a ondansetrona pode facilitar a hidratação oral e proporcionar alívio sintomático.

Probióticos: menos entusiasmo

O papel dos probióticos na diarreia aguda permanece controverso. Embora algumas revisões mostrem redução modesta da duração dos sintomas, os resultados variam conforme a cepa utilizada e a qualidade dos estudos.

As recomendações diferem entre as diretrizes. Enquanto algumas sociedades admitem seu uso de forma individualizada, o *American College of Gastroenterology (ACG)* não recomenda o uso rotineiro de probióticos no tratamento da diarreia aguda.

As evidências mais consistentes concentram-se na prevenção da diarreia associada ao uso de antibióticos. Ainda assim, seu uso deve ser evitado em pacientes gravemente enfermos ou imunocomprometidos devido ao risco, embora raro, de infecções sistêmicas.

Em resumo

- A reposição volêmica continua sendo a principal medida terapêutica.
- A maioria dos casos é autolimitada e não requer antibióticos.
- A investigação microbiológica e a antibioticoterapia devem ser reservadas para pacientes selecionados.
- Os testes moleculares representam um importante avanço diagnóstico, mas devem ser utilizados de forma criteriosa.

- O uso rotineiro de probióticos não é recomendado pelas evidências atuais.

Referências:

1. Shane AL, Mody RK, Crump JA, et al. **2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea.** *Clin Infect Dis.* 2017;65:e45-e80.
2. Riddle MS, DuPont HL, Connor BA. **ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults.** *Am J Gastroenterol.* 2016;111:602-622.
3. Fang YH, et al. **Clinical practice guidelines for acute infectious diarrhea in adults (Updated 2025).** *J Microbiol Immunol Infect.* 2025.
4. Tay WL, et al. **Acute gastroenteritis in adults.** *Singapore Med J.* 2025.
5. Meisenheimer ES, et al. **Acute Diarrhea in Adults.** *American Family Physician.* 2022.

Como citar este artigo

Terra MP. Tratamento da diarreia aguda no adulto: o que mudou com as evidências mais recentes?. Gastropedia 2026, Vol II. Disponível em: <https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/tratamento-da-diarreia-aguda-no-adulto-o-que-mudou-com-as-evidencias-mais-recentes/>