

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA

RAFAELLA PALUMBO  
YVES CARDOSO CAVALCANTE

**Diarreia aguda na infância**

MACEIÓ  
2023

RAFAELLA PALUMBO  
YVES CARDOSO CAVALCANTE

**Diarreia aguda na infância**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à coordenação do  
curso de Medicina da Universidade  
Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ  
2023



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os(a) discentes Rafaella Palumbo (matrícula número: 20111829) e Yves Cardoso Cavalcante (matrícula número: 20111870), cumpriram todas as exigências para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme “Normas para Produção do TCC”, aprovadas pelo colegiado do curso em 24 de julho de 2019. O TCC realizado pelos discentes acima, concluído em 18/08/2023, intitula-se: Diarreia Aguda na infância, que faz parte do livro Urgências e Emergências Médicas.

Maceió, 25 de Outubro de 2023.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** REGINALDO JOSE PETROLI  
Data: 13/11/2023 14:09:52-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof. Dr. Reginaldo José Petrolí  
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso  
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL.  
SIAPE: 1108003

Gerson Odilon Pereira

# URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro  
Sandrele Carla dos Santos  
Tauani Belvis Garcez

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025

23-166323

NLM-WB-100

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

## Diarreia Aguda na Criança

- Catarine Ferraz
- Rafaella Palumbo
- Yves Cardoso.

### ► CONTEXTO HISTÓRICO

De acordo com estudos ao longo dos anos, em todo o mundo sabe-se que a diarreia aguda corresponde a uma doença com elevada taxa de morbimortalidade, acometendo principalmente crianças de até 5 anos de idade. Segundo o relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) de 2017, a diarreia aguda foi responsável por 8% da mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos no mundo. Já no Brasil, em 2018, entre o total de indivíduos internados por diarreia grave, cerca de 36,2% era composto por crianças nessa mesma faixa etária descrita anteriormente (AGUIAR *et al.*, 2020). Porém, nas últimas décadas observa-se uma redução significativa na mortalidade infantil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Como exemplo, no Brasil na década de 1970 foram registrados 70 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto que na década de 2010 esse número reduziu para 15 óbitos por mil nascidos vivos, redução decorrente da diminuição de casos de óbitos por diarreia e desidratação (MORAIS *et al.*, 2017).

Entre os fatores de risco relacionados com essa patologia destaca-se tanto os fatores de saúde individual quanto os determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais. Levando em consideração o segundo fator, as condições de habitação precária e a falta de saneamento básico adequado possuem um impacto significativo no agravamento da diarreia aguda, principalmente em crianças. Apesar do saneamento básico ser um direito constitucional, a cobertura ao redor do país é deficitária, principalmente nas regiões mais afastadas e que recebem menor quantidade de recursos financeiros. Assim, em um local ausente de saneamento básico, há maior contaminação do solo e propagação de doenças infectocontagiosas, e entre as suas consequências a diarreia, deixando os indivíduos expostos, principalmente os que possuem um sistema imunológico em desenvolvimento, como é o caso das crianças (AGUIAR *et al.*, 2020).

### ► DEFINIÇÃO

A diarreia é definida pela ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas nas últimas 24 horas e segundo a OMS é dividida em três categorias (DA SILVA *et al.*,

2020). A primeira é a diarreia aguda aquosa determinada pela perda exacerbada de fluidos com duração de até 14 dias. A segunda é a diarreia aguda com sangue ou disenteria devido a uma lesão na mucosa intestinal. Em geral pode-se associar com uma infecção sistêmica e ocasionar complicações, principalmente desidratação severa. Por fim, a terceira categoria é a diarreia persistente, representada por um quadro prolongado acima de 14 dias. De acordo com a OMS, pacientes que evoluem para diarreia persistente constituem um grupo com alto risco de complicações e elevada letalidade. Em resumo, a diarreia aguda pode ser classificada como uma doença de início repentino, com aumento de volume e frequência das evacuações, etiologia infecciosa, auto-limitada e com duração inferior a 14 dias na maioria dos casos (MORAIS *et al.*, 2017).

## ► ETIOLOGIA

Ressalta-se que, na maioria dos casos, o agente infeccioso causador do quadro diarreico não é identificado. Entre os principais responsáveis pelo quadro de diarreia aguda pode-se citar os vírus, em especial o rotavírus, as bactérias, como exemplo *Escherichia coli*, *Salmonella* e *Shigella*, os protozoários, com destaque para *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium* e *Isospora*, e por fim os fungos, como exemplo *Candida albicans*. É essencial realizar uma boa anamnese para afastar outras hipóteses de causas, como alergia ao leite de vaca, deficiência de lactase, apendicite aguda, uso de laxantes e antibióticos, intoxicação por metais pesados, entre outros. Além disso, pacientes imunocomprometidos ou em uso de antibioticoterapia prolongada podem apresentar quadros mais severos e por agentes resistentes, como *Klebsiella* e *Pseudomonas*, sendo necessário uma atenção e cuidados mais direcionados. Por fim, ressalta-se que realizar a investigação etiológica nos quadros de diarreia aguda não é um passo obrigatório para todos os pacientes, sendo realizada especialmente em casos graves e em pacientes hospitalizados (MORAIS *et al.*, 2017).

## ► AVALIAÇÃO CLÍNICA

Os princípios da avaliação clínica da criança com doença diarreica deve se basear, essencialmente, em três pilares: anamnese, história e exame físico. No que concerne à anamnese da criança com quadro diarreico, deve-se obter informações acerca da duração, quantitativo de evacuações, presença de sangue nas fezes, febre e episódios de vômitos, principalmente. Quanto à história pregressa do paciente, é válido destacar que a idade inferior a dois meses, doenças de base grave como diabetes mellitus, insuficiências renal e/ou hepática, são fatores de risco de complicações. Por fim, no que se refere ao exame físico, os estados de hidratação, nutricional e de alerta ganham notoriedade, bem como a capacidade de ingestão da água e sua diurese. A avaliação do estado de hidratação deve ter caráter criterioso levando em conta o estado geral do paciente, os olhos e sua condição de lacrimejamento, o relato de sede, presença de prega cutânea, além da análise do pulso e do enchimento capilar (MORAIS *et al.*, 2017).

Ligado ao estado de hidratação, encontra-se o estado nutricional, em que se considera que a perda de 5% represente a desidratação leve, corrigida com 50mL/Kg de fluido; entre 5% e 10% a desidratação é moderada, corrigida com 50mL a 100mL/Kg de fluido; e perda de mais de 10% traduz-se desidratação grave, corrigida com mais de 100mL/Kg de fluido. E, como último fator preponderante referente ao exame físico, destaca-se o estado de alerta em que deve ser analisado, seja ele ativo, irritável ou letárgico, a fim de dimensionar a gravidade do quadro. Ademais, outros achados clínicos podem se apresentar sendo significativos à conclusão da gravidade do quadro e passível de internação hospitalar, como alterações no sistema neurológico (ex. nível de sinal de alerta), ritmo cardíaco alterado, pulso débil, elevação do tempo de enchimento capilar, alteração no padrão respiratório, perda de peso e turgência de pele, sendo necessário uma análise holística para se obter diagnóstico e assertividade no tratamento (MORAIS *et al.*, 2017).

## ► TRATAMENTO

Segundo o Ministério da Saúde, depois de estabelecido o diagnóstico, levando em conta a avaliação clínica e o estabelecimento do estado de hidratação por meio de exame físico completo, segue-se o esquema clássico de tratamento distribuído em três categorias de acordo com a presença ou não de desidratação, cujos pacientes com diarreia podem apresentar-se:

- 1) Hidratados, seguindo plano A: tratamento realizado no domicílio com obrigatoriedade de três pontos: aumento da oferta de líquidos (com ingestão maior que o habitual, em especial após cada evacuação diarreica), junto ao soro de reidratação oral (prevenção contra desidratação) e a manutenção da alimentação com alimentos que não promova agravamento do quadro de diarreia, principalmente com o aleitamento materno para os lactentes. Deve-se administrar zinco uma vez ao dia na quantidade de 10mg/dia para menores de seis meses e 20mg/dia para os maiores de seis meses, durante o período de 10 a 14 dias. É importante orientar aos familiares quanto aos sinais de perigo de piora do quadro diarreico, sendo necessário levar o paciente imediatamente ao serviço de saúde.
- 2) Com algum grau de desidratação, seguindo plano B: o tratamento deve ser realizado dentro da unidade de saúde, mantendo o paciente até a reidratação completa e início da alimentação. Deve-se administrar solução de reidratação oral com recomendação inicial de 50 a 100mL/kg entre 4 e 6 horas, destacando que a quantidade de solução ingerida irá depender da sede do paciente. O aleitamento materno deve ser mantido e estimulado, suspendendo os demais alimentos durante o período da terapia de reidratação. A solução deve ser oferecida em quantidades pequenas com uma colher ou copo, em seguida a cada evacuação. Durante o processo, o paciente deve ser reavaliado quanto aos sinais de desidratação. Se ele apresentar melhora, muda-se para o plano A. Caso mantenha-se desidratado, é indicado utilizar a sonda nasogástrica e reavaliar em seguida. Os pacientes que evoluírem para desidratação grave, segue-se com o plano C.

3) Gravemente desidratados, seguindo plano C: tratamento realizado na unidade de saúde, por meio de hidratação parenteral até que o paciente tenha condições de receber líquidos e alimentos por via oral. Esse plano possui a etapa da fase rápida e a da fase de manutenção e reposição. A primeira consiste na administração de 20mL/kg de soro fisiológico (SF) a 0,9% por 30 minutos nos menores de 5 anos, repetindo essa mesma quantidade até a criança apresentar melhora clínica. Nos maiores de 5 anos, deve-se realizar a administração de 30mL/kg de SF a 0,9% por 30 minutos ou 70mL/kg de ringer lactato por 2 horas e 30 minutos. Já na segunda etapa, para a fase de manutenção, o procedimento é realizado igualmente para todas as faixas etárias, por meio da administração de soro glicosado (SG) a 5% junto com SF a 0,9% na proporção de 4:1, com o volume total distribuído ao longo de 24 horas de acordo com o peso da criança, adicionando 2mL de KCl a 10% a cada 100mL de solução. Por fim, para a fase de reposição, utiliza-se 50mL/kg/dia de SG a 5% junto com SF a 0,9% na proporção de 1:1, reavaliando continuamente a necessidade de alterar a quantidade de acordo com a resposta do paciente. É importante destacar que se não houver melhora do quadro, deve-se aumentar a velocidade da infusão. No momento em que o paciente conseguir ingerir líquido por via oral, inicia-se a reidratação por via oral com soro de reidratação oral, mantendo a reidratação venosa, interrompendo-a apenas quando a ingestão por via oral for suficiente para manter a hidratação.

## ► CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, diante desse cenário e das repercussões na saúde pública e na morbimortalidade infantil causada pela diarreia aguda, a conscientização da população para buscar seus direitos a moradias e saneamento básico adequado é de extrema importância para mudar esse cenário, bem como a expansão das ações da Estratégia da Saúde da Família visando a promoção e prevenção da saúde com foco nas doenças transmissíveis. Vale ressaltar que o acompanhamento e a reavaliação pediátrica contínua é essencial para o êxito do tratamento da diarreia aguda. O papel do médico vai além do tratamento, iniciando no primeiro contato com a família, sendo obrigatório a recomendação clara e objetiva sobre o tratamento, manutenção da alimentação e medidas de higiene, educando a população e minimizando futuras complicações.

## ► REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Kelly Cristina Genesio de, *et al.* Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba (RJ). **Saúde em Debate**, v. 44, p. 205-220, 2020.
- 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).
- DA SILVA, Leticia Szulczewski Antunes *et al.* Frequência de Diarreia em Pacientes em Nutrição Enteral de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 71352-71365, 2020.
- MORAIS, Mauro Batista de, *et al.* Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. Guia prático de atualização: Departamento Científico de Gastroenterologia, n. 1, 2017.