

Diarreia aguda e desidratação

Avaliação do estado de hidratação pelos Planos A, B e C, volumes de soro de reidratação oral, zinco, ondansetrona, probióticos e indicações restritas de antibiótico

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A diarreia aguda (três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em 24 h, com duração inferior a 14 dias) é quase sempre viral e autolimitada. O centro do atendimento é avaliar o estado de hidratação e escolher o plano de tratamento do Ministério da Saúde e da SBP. **Plano A** (●, sem desidratação): tratamento em casa com soro de reidratação oral (SRO) após cada evacuação, alimentação habitual e aleitamento mantidos e zinco nos menores de 5 anos. **Plano B** (●, desidratação): SRO 50–100 mL/kg em 4–6 horas, na unidade de saúde ou no consultório, sob observação, até a reidratação. **Plano C** (●, desidratação grave ou choque): hidratação venosa imediata; encaminhar ao pronto-socorro. Ondansetrona em dose única pode ser usada nos vômitos persistentes que impedem a reidratação oral. Não usar antidiarreicos nem metoclopramida ou bromoprida. Antibiótico apenas na disenteria com comprometimento do estado geral, na cólera grave e em situações especiais (lactente pequeno, imunodeprimido, sepse). Probióticos têm benefício modesto e só com cepas específicas.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** diminuição da consistência das fezes (amolecidas ou líquidas) e/ou aumento da frequência (em geral ≥ 3 em 24 h), com ou sem febre e vômitos, com duração inferior a 14 dias. Diarreia persistente: ≥ 14 dias.
- **Etiologia:** predominam os vírus (rotavírus, norovírus, adenovírus entéricos). Bactérias: *E. coli* diarreiogênicas, *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*; *Vibrio cholerae* em contexto epidemiológico. Parasitas são menos frequentes no quadro agudo.
- **Faixa etária:** maior gravidade abaixo de 2 anos; a vacina contra rotavírus reduziu as formas graves.
- **Quadro típico:** vômitos que costumam durar 1–2 dias (a maioria cessa em 3 dias) e diarreia que dura 5–7 dias (a maioria cessa em até 2 semanas), segundo o NICE CG84.
- **Disenteria:** diarreia com sangue visível, geralmente com febre e comprometimento do estado geral; sugere agente invasivo (*Shigella*, *Campylobacter*, *Salmonella*).

2. Classificação de gravidade

A avaliação segue o quadro do Ministério da Saúde (MS) e da SBP (2023), derivado da AIDPI e da OMS: observar estado geral, olhos, lágrimas, sede; explorar sinal da prega, pulso, enchimento capilar; e perda de peso quando houver peso recente.

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve (sem desidratação)	Bem, alerta; olhos normais; lágrimas presentes; bebe normalmente; boca úmida; sinal da prega desaparece rapidamente; pulso cheio; enchimento capilar normal; sem perda de peso	Plano A: tratamento domiciliar com SRO após cada evacuação, alimentação habitual, zinco; retorno se sinais de alerta
● Moderada (desidratação)	Dois ou mais: irritado, inquieto; olhos fundos; lágrimas ausentes; sedento, bebe rápida e avidamente; boca seca; prega desaparece lentamente; pulso rápido e fraco; enchimento capilar prejudicado (3–5 s); perda de peso de até 10%	Plano B: SRO 50–100 mL/kg em 4–6 h na unidade ou no consultório, com reavaliação periódica; ao reidratar, passar ao Plano A. Vômitos que impedem o SRO: gastróclise antes da via venosa. Falha, piora ou vômitos incoercíveis → Plano C
● Grave (desidratação grave)	Dois ou mais: comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente; olhos muito fundos; não consegue beber ou bebe muito mal; prega desaparece muito lentamente (> 2 s); pulso muito fraco ou ausente; enchimento capilar > 5 s; perda de peso > 10%. Sinais de choque	Plano C: hidratação venosa imediata; encaminhar ao pronto-socorro/hospital

O NICE CG84 separa "sem desidratação", "desidratação clínica" (com sinais de alerta como responsividade alterada, olhos fundos, taquicardia, taquipneia) e "choque clínico". A ESPGHAN 2014 e a AEP usam a Clinical Dehydration Scale (0 = sem desidratação; 1–4 = algum grau; 5–8 = moderada a grave).

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 6 meses (em especial < 3 meses) e baixo peso ao nascer.
- Mais de 5 evacuações líquidas ou mais de 2 vômitos nas últimas 24 h (NICE).
- Impossibilidade de manter a ingestão de líquidos ou interrupção do aleitamento durante a doença.
- Desnutrição (a reidratação exige esquema próprio e cuidado com sobrecarga).
- Comorbidades: cardiopatia, doença renal, imunodeficiência, doença metabólica.
- Contexto social que impede a observação em casa ou o retorno.

3. Diagnóstico no consultório

- **O diagnóstico é clínico.** Pesar a criança sempre; comparar com peso recente, se houver.
- **Exames laboratoriais:** desnecessários nos Planos A e B sem complicações. Eletrólitos, glicemia e função renal quando houver hidratação venosa, desidratação grave, alteração neurológica, suspeita de hipernatremia (pele pastosa, irritabilidade intensa) ou evolução atípica (NICE, ESPGHAN).

- **Coprocultura ou pesquisa molecular** (NICE; consenso espanhol de 2025): disenteria, suspeita de sepse, imunodeprimido, lactente < 3 meses, diarreia que não melhora até o 7º dia, viagem recente, surtos e suspeita de síndrome hemolítico-urêmica.
- **Sangue nas fezes com oligúria, palidez ou petéquias:** pensar em síndrome hemolítico-urêmica (hemograma, função renal).

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Invaginação intestinal, apendicite, obstrução e volvo (dor em cólica, vômitos biliosos, distensão, fezes em "geleia de framboesa").
- Infecção urinária, meningite, sepse, pneumonia (vômitos e diarreia como sintomas de doença sistêmica).
- Cetoacidose diabética (poliúria, taquipneia); hiperplasia adrenal congênita no lactente pequeno.

4. Tratamento em casa

Plano A (sem desidratação)

- **SRO de osmolaridade reduzida** após cada evacuação líquida (MS/SBP): < 1 ano 50–100 mL; 1–10 anos 100–200 mL; > 10 anos o volume que aceitar.
- Oferecer em pequenos volumes e com frequência, sobretudo se houver vômitos.
- **Manter o aleitamento materno** e a alimentação habitual; não diluir a fórmula. Evitar sucos e refrigerantes até a resolução (NICE).
- **Zinco** por 10–14 dias (ver tabela).

Plano B (desidratação) — na unidade de saúde ou no consultório com condições de observação.

- **SRO 50–100 mL/kg em 4–6 horas** (MS/SBP), em pequenas alíquotas; o NICE usa 50 mL/kg em 4 h mais a manutenção.
- Manter o aleitamento; os demais alimentos após a fase de reidratação.
- Reavaliar periodicamente; quando desaparecerem os sinais de desidratação, passar ao Plano A e liberar com orientações.
- Se os vômitos persistirem apesar da ondansetrona ou a criança recusar o SRO, considerar a **gastróclise** (SRO por sonda nasogástrica, 20–30 mL/kg/h) antes de passar à hidratação venosa.
- Se não houver reidratação após cerca de 4–6 h de terapia oral adequada, ou se houver piora, passar ao Plano C.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Soro de reidratação oral (osmolaridade reduzida)	Plano A: volumes por idade após cada evacuação. Plano B: 50–100 mL/kg	Após cada evacuação (A); em 4–6 h (B)	Enquanto durar a diarreia	Primeira linha em todas as diretrizes
Zinco	< 6 meses 10 mg/dia; 6 meses a 5 anos 20 mg/dia (SBP 2023)	1x/dia	10–14 dias	O MS (2023) limitou o zinco aos menores de 5 anos (até 6 meses 10 mg; 6 meses a 5 anos 20 mg). ESPGHAN e AEP indicam só em contexto de deficiência ou desnutrição
Ondansetrona (via oral, comprimido dispersível)	6 meses a 2 anos 2 mg; 2–10 anos (até 30 kg) 4 mg; > 10 anos (> 30 kg) 8 mg (MS/SBP). AEPap por peso: 8–15 kg 2 mg; 15–30 kg 4 mg; > 30 kg 8 mg	Dose única	Dose única	Só nos vômitos persistentes que impedem a reidratação oral (Plano B). Evitar se QT longo, cardiopatia ou uso de drogas que prolongam o QT
Probióticos (cepas ESPGHAN 2023)	<i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745 250–750 mg/dia; <i>Lactaseibacillus rhamnosus</i> GG $\geq 10^{10}$ UFC/dia; <i>Limosilactobacillus reuteri</i> DSM 17938 $1\text{--}4 \times 10^8$ UFC/dia	1x/dia ou conforme bula	5–7 dias	Opcional; reduz a diarreia em cerca de 1 dia. Não recomendados: <i>Bacillus clausii</i> e a combinação <i>L. helveticus</i> R0052 + <i>L. rhamnosus</i> R0011 (ESPGHAN 2023)
Racecadotril	1,5 mg/kg/dose	8/8 h	Até cessar a diarreia	Adjuvante opcional (ESPGHAN 2014, SBP); não usar < 3 meses; não consta dos protocolos do MS; AEPap não recomenda de rotina

Antibiótico: indicações restritas

- Os antibióticos são ineficazes na maioria das diarreias e **não devem ser prescritos** de rotina (MS).
- Indicações:** disenteria com comprometimento do estado geral; cólera grave; suspeita de sepse ou infecção extraintestinal; *Salmonella* em lactente pequeno (< 3–6 meses), desnutrido ou imunodeprimido (NICE, consenso espanhol 2025).
- Não tratar** quando há suspeita de *E. coli* produtora de toxina Shiga (diarreia sanguinolenta sem febre alta, surto): risco de síndrome hemolítico-urêmica.

ANTIBIÓTICO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Azitromicina (até 30 kg ou 10 anos)	10 mg/kg no 1º dia e 5 mg/kg do 2º ao 5º dia (MS/SBP 2023)	1x/dia	5 dias	Primeira escolha oral na disenteria. ESPGHAN usa 12 mg/kg no 1º dia e 6 mg/kg nos 4 dias seguintes
Ceftriaxona IM/IV	50–100 mg/kg/dia (SBP); MS cita 50 mg/kg	1x/dia	3–5 dias	Alternativa; preferir IV em < 3 meses ou imunodeprimido
Ciprofloxacino (> 10 anos ou > 30 kg)	500 mg	12/12 h	3 dias	Esquema do MS para crianças maiores e adultos

O que não usar

- **Antidiarreicos** (loperamida, adsorventes, subsalicilato de bismuto): não usar (MS, NICE, ESPGHAN, AEPap).
- **Metoclopramida, bromoprida e dimenidrinato**: sem benefício e com risco de efeitos extrapiramidais e sedação; a SBP registra que a metoclopramida não deve ser usada em menores de 18 anos. O único antiemético com evidência é a ondansetrona em dose única.
- Refrigerantes, chás e sucos no lugar do SRO; jejum ou dieta restritiva; troca rotineira para fórmula sem lactose em pacientes ambulatoriais (ESPGHAN).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Desidratação grave (Plano C) ou sinais de choque.
- Alteração neurológica: letargia, sonolência, irritabilidade intensa, convulsão.
- Vômitos incoercíveis ou biliosos; falha do Plano B (sem melhora ou piora após 4–6 h de SRO adequado, mesmo com ondansetrona).
- Suspeita de condição cirúrgica (distensão, dor localizada, massa, sangue com dor em cólica).
- Suspeita de síndrome hemolítico-urêmica (oligúria, palidez, petéquias após diarreia com sangue).
- Lactente < 3 meses com desidratação ou disenteria; desnutrição grave; comorbidade relevante.
- Família sem condições de reidratar e observar em casa (ESPGHAN, NICE).

Como encaminhar (Plano C)

1. **Iniciar a hidratação venosa no consultório, se houver acesso e material**; se não for possível punccionar, iniciar SRO por boca ou por sonda nasogástrica enquanto aguarda o

transporte (conduta AIDPI).

2. **Esquema de expansão do Plano C (SBP/MS 2023, baseado na OMS):** soro fisiológico 0,9% ou Ringer lactato — < 1 ano: 30 mL/kg em 1 h e depois 70 mL/kg em 5 h; ≥ 1 ano: 30 mL/kg em 30 min e depois 70 mL/kg em 2 h 30 min. **Com choque instalado:** SF 0,9% ou Ringer lactato 20 mL/kg em 5–20 min, repetindo até 60 mL/kg conforme a perfusão (o NICE usa bolus de 10 mL/kg, repetido conforme a resposta). No desnutrido grave, o esquema é próprio (OMS: hidratação venosa só se houver choque, 15 mL/kg em 1 h, reavaliando a cada etapa pelo risco de sobrecarga; depois, reidratação oral lenta).
3. Oxigênio se houver choque ou rebaixamento de consciência; decúbito lateral se vomitar; glicemia capilar na criança letárgica.
4. Contatar o serviço de destino e acionar o SAMU (192) no choque ou no rebaixamento de consciência; não transportar a criança em choque sem hidratação em curso.
5. Relatório com peso, volumes recebidos, diurese e medicamentos.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Ofereça o soro depois de cada evacuação líquida, em pequenos goles; se vomitar, espere 10 minutos e recomece devagar."
- "Continue o peito e a comida de sempre. A diarreia costuma durar de 5 a 7 dias; os vômitos, 1 a 2 dias."
- "Lave bem as mãos, principalmente depois de trocar fraldas."
- Retorno programado em 24–48 h para lactentes pequenos ou após Plano B. **Retornar se não houver melhora em 2 dias** (MS), ou antes se surgir qualquer sinal de alerta.
- **Voltar imediatamente se:** piora da diarreia; vômitos repetidos, que impedem de beber; sangue nas fezes; muita sede ou recusa a beber; boca seca, olhos fundos, choro sem lágrimas; urina pouca ou escura, fralda seca por muitas horas; sonolência, moleza ou irritabilidade intensa; febre alta; mãos e pés frios, pele manchada.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Avaliação da hidratação	Planos A, B, C (sinais clínicos e perda de peso)	Sem diretriz própria vigente; o CDC (2003), baseado na diretriz AAP de 1996, usa mínima (< 3%), leve-moderada (3–9%), grave (> 9%)	Sem desidratação, desidratação clínica, choque; sinais de alerta (<i>red flags</i>)	Segue o NICE	Clinical Dehydration Scale (como a ESPGHAN 2014)
Reidratação oral	Plano B 50–100 mL/kg em 4–6 h	50–100 mL/kg em 2–4 h (CDC)	50 mL/kg em 4 h mais manutenção	Segue o NICE	Leve 30–50 mL/kg; moderada 60–90 mL/kg, mais perdas (AEPap)
Ondansetrona	Dose única nos vômitos persistentes, por idade	Não recomenda antieméticos de rotina (CDC 2003); IDSA 2017: pode ser usada a partir de 4 anos	Não recomenda (fora da bula; só como recomendação de pesquisa)	Segue o NICE	Dose única por peso após 2–3 vômitos (AEPap 2021)
Zinco	SBP e MS 2023: < 5 anos (10 mg < 6 meses; 20 mg de 6 meses a 5 anos), 10–14 dias	IDSA 2017: condicional, só com deficiência ou desnutrição	Avaliado em 2018 e não incorporado	Segue o NICE	Só em desnutrição ou países com deficiência
Probióticos e racecadotril	Probióticos de cepas ESPGHAN 2023; racecadotril opcional (SBP), fora do protocolo MS	AGA 2020: condicional contra probióticos	Não recomenda probióticos	Segue o NICE	Probióticos com recomendação fraca; racecadotril não de rotina
Antibiótico	Disenteria com comprometimento do estado geral e cólera grave;	—	Sepse, infecção extraintestinal, <i>Salmonella</i> < 6	Segue o NICE	Empírico só em < 3–6 meses, imunodeprimido, seps;e;

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
	azitromicina ou ceftriaxona		meses ou desnutrido		azitromicina ou ceftriaxona (consenso 2025)
Antidiarreicos	Não usar antidiarreicos; metoclopramida contraindicada	Não recomenda	Não usar	Segue o NICE	Não usar loperamida, adsorventes, bismuto

Leitura: há convergência total sobre o SRO de osmolaridade reduzida como tratamento central, a alimentação precoce sem restrições, a manutenção do aleitamento e a proscrição de antidiarreicos. As diferenças estão nos adjuvantes: o zinco é universal abaixo de 5 anos no Brasil (política da OMS para países em desenvolvimento), mas não é indicado para crianças bem nutridas pela ESPGHAN e pela AEP; a ondansetrona é aceita por MS, SBP e AEP em dose única, enquanto o NICE não a recomenda. A racecadotril e os probióticos são opcionais na ESPGHAN e na SBP, com evidência modesta. Nos antibióticos, todas restringem o uso; a azitromicina substituiu o ciprofloxacino como primeira escolha oral em crianças no esquema brasileiro de 2023.

PONTOS PRÁTICOS

1. Pesar e classificar a hidratação em toda criança com diarreia; o plano (A, B ou C) define onde tratar.
2. Plano B se faz sob observação: 50–100 mL/kg de SRO em 4–6 h, com reavaliação antes da alta.
3. Ondansetrona em dose única é o único antiemético aceitável; metoclopramida, bromoprida e antidiarreicos não.
4. Antibiótico só na disenteria com comprometimento do estado geral, na cólera grave e em grupos de risco; azitromicina é a primeira escolha oral.
5. Letargia, pulso fraco, enchimento capilar prolongado ou incapacidade de beber = Plano C: iniciar hidratação e encaminhar.
6. Diarreia com sangue seguida de palidez e oligúria: pensar em síndrome hemolítico-urêmica.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Gastroenterologia. Guia Prático de Atualização — Diarreia aguda infecciosa, 2023. [PDF](#)

- Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia (cartaz). [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Revisão de 2023 do manejo do paciente com diarreia (resumo das mudanças). [Estratégia MED](#)
- NICE. CG84 — Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in under 5s: diagnosis and management, 2009. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- ESPGHAN/ESPID. Evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014 (Guarino et al.). [PDF](#)
- ESPGHAN. Probiotics for the management of pediatric gastrointestinal disorders — position paper, 2023 (resumo). [Nestlé Nutrition Institute](#)
- CDC. Managing acute gastroenteritis among children — MMWR Recommendations and Reports, 2003. [cdc.gov](https://www.cdc.gov)
- AEPap. Algoritmo Diarreia aguda, 2021. algoritmos.aepap.org
- AEPap, Grupo de Gastroenterología y Nutrición. Uso de ondansetrón en el manejo de los vómitos asociados a gastroenteritis aguda, 2021. pap.es
- SEIP/AEPap/SEPEAP/SEGHNP/SEUP. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento etiológico de las gastroenteritis agudas de origen infeccioso. Anales de Pediatría, 2025. analesdepediatria.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.