



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(33):62-74

Artigos de Revisão

DOI:

<https://doi.org/10.51723/hrj.v7i33.1211>

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 26/05/2025

Aceito: 13/01/2026

Racecadotrila para manejo da diarreia em unidades de terapia intensiva: proposta de protocolo para uma Secretaria de Estado de Saúde

Racecadotril for diarrhea management in intensive care units: proposal of a protocol for a Public Health Department

Mário Albert Ferreira Barbosa¹ , Felipe Ferreira¹ , Priscila Ribeiro Guimarães¹ 

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde.

Correspondência: marioferreira1112@gmail.com

RESUMO

A diarreia é uma complicação frequentemente ignorada no paciente crítico. Critérios diagnósticos e estratégias de manejo diferem entre profissionais, e o manejo da diarreia pode ser inadequado ou negligenciado. A diarreia no paciente crítico está associada a desfechos negativos como úlceras, internação prolongada e reabilitação demorada, maior demanda assistencial e conflitos interprofissionais. A aplicação de protocolos de *bowel care* está associada a manejo rápido de sintomas, reabilitação acelerada dos pacientes e maior percepção de apoio interprofissional pela equipe. Este paradigma é agravado em hospitais da SES-DF, onde a ausência de medicamentos antidiarreicos dificulta o tratamento efetivo da diarreia em pacientes críticos. **Objetivo:** produzir um protocolo de *bowel care* de acordo com as diretrizes da Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS), no intuito de viabilizar a padronização da racecadotrila como opção antidiarreica em UTIs da SES-DF. **Métodos:** duas revisões integrativas foram realizadas. A primeira revisão sintetiza etiologia, epidemiologia, estratégias de manejo e desfechos associados à diarreia em pacientes críticos. A segunda revisão sintetiza eficácia e eficiência da racecadotrila no tratamento da diarreia em pacientes adultos e pediátricos. Os estudos incluídos foram referenciados na produção de protocolo de *bowel care* no padrão CPPAS. **Resultados:** um protocolo de *bowel care*, incluindo diagnóstico, prevenção e tratamento da diarreia em pacientes críticos foi produzido. Fluxogramas de conduta para pacientes adultos e pediátricos foram incluídos. **Conclusão:** com a utilização de um protocolo de *bowel care*, espera-se melhora nos desfechos clínicos dos pacientes. Com a adequação às diretrizes da CPPAS, espera-se agilização da incorporação da racecadotrila às opções de tratamento da SES-DF.

Palavras-chave: Diarreia; Terapia intensiva; Antidiarreico; Protocolos clínicos.

ABSTRACT

Diarrhea is a commonly overlooked complication of critical care patients. Diagnostic criteria and management strategies differ between professionals, and management of diarrhea may be inadequate, or neglected altogether. Diarrhea in

critical patients is associated with negative outcomes such as skin ulcers, prolonged length of stay and slower rehabilitation, as well as increasing healthcare staff burden and interprofessional conflict. The application of bowel care protocols is associated with rapid symptom management, faster rehabilitation of patients and higher perception of interprofessional support by staff. This paradigm is aggravated in SES-DF hospitals, in which the lack of antidiarrheal drug agents hinders effective treatment of diarrhea in critical care patients. **Objective:** to produce a bowel care protocol in accordance with Permanent Commission for Healthcare Protocols (CPPAS) requirements, with the aim of enable the incorporation of racecadotril as an antidiarrheal option in SES-DF intensive care units. **Methods:** two integrative reviews were performed. The first review summarizes the etiology, epidemiology, management strategies and associated outcomes of diarrhea in critical patients; the second review summarizes the efficacy and safety of racecadotril in the treatment of diarrhea in adult and pediatric patients. Included studies were referenced in the production of a CPPAS-standard bowel care protocol. **Results:** a bowel care protocol, including diagnosis, prevention and treatment of diarrhea in critical care patients was produced. Protocol flowcharts for adult and pediatric patients were included. **Conclusion:** the application of a bowel care protocol is expected to improve patient outcomes. By following CPPAS requirements, incorporation of racecadotril into SES-DF treatment options is expected to be accelerated.

Keywords: Diarrhea; Intensive care; Antidiarrheals; Clinical protocols.

INTRODUÇÃO

A diarreia é uma complicação frequente do paciente internado em unidade de terapia intensiva (UTI). O recente estudo *Diarrhea: Interventions, Consequences and Epidemiology in the Intensive Care Unit* (DICE-ICU) estima uma incidência de 37,7% até 73,8% entre pacientes críticos¹; a heterogeneidade dos critérios diagnósticos empregados nos estudos compromete a estimativa de prevalência. Similarmente, as definições empregadas por diferentes profissionais de saúde, bem como a conduta acerca do quadro, costumam diferir entre si², levando a dificuldades no reconhecimento e manejo da diarreia. No Brasil, um estudo de coorte demonstrou a incidência de diarreia em 29,5% dos pacientes³ em uma UTI adulta.

A literatura é conflitante quanto aos desfechos associados à diarreia no paciente crítico. Estudos relatam maior tempo de internação^{1,4,5}, maior carga de trabalho para as equipes assistenciais^{5,6} e maior morbidade e mortalidade⁵, enquanto outros estudos não relatam impacto na mortalidade⁷ ou complicações⁴. Contudo, é evidente o impacto da diarreia tanto para o paciente quanto para a equipe assistencial, de modo que é essencial uma estratégia efetiva para o seu manejo na UTI⁸.

São extensivamente documentadas as complicações decorrentes da diarreia no paciente crítico.

Um quadro de diarreia sem manejo adequado resulta em prejuízo à integridade cutânea, acarretando quadro de dermatite associada à incontinência (DAI)⁹. Esta pode progredir para a formação de lesões por pressão (LP), ou o agravamento de lesões preexistentes^{1,6}, bem como o aumento do risco de infecção. Um estudo com 86 pacientes críticos demonstrou que a diarreia é fator de risco importante para o desenvolvimento de DAI e LP⁹, de modo que entre pacientes com diarreia, somente 18% não desenvolveram nenhuma das lesões⁹.

Além das complicações cutâneas, um quadro prolongado de diarreia acarreta má absorção de macro e micronutrientes, devido ao trânsito intestinal alterado, bem como depleção de água e eletrólitos, e acidose metabólica devido à perda acentuada de íons bicarbonato^{5,10}. A consequente redução do aporte nutricional, associada ao estado de maior catabolismo do paciente crítico, leva a um balanço energético e proteico negativos. Dessa forma, a diarreia prolongada contribui para a perda de peso e massa muscular do paciente, bem como prejudica sua regeneração tecidual e função imunológica^{1,10}.

A incidência de lesões cutâneas, o maior risco de infecção e o déficit nutricional ocasionados por um quadro de diarreia no paciente crítico culminam em maior tempo de internação e recuperação mais lenta do paciente^{1,5,10}, além de estarem associados ao desconforto e prejuízo à sua dignidade.

Um fator adicional, comumente ignorado, é o impacto da diarreia na equipe assistencial, em função do aumento da carga de trabalho. No recente estudo *The Burden of Diarrhea in the Intensive Care Unit (ICU-BD)*, profissionais de enfermagem relataram maior demanda assistencial, exaustão, queixas e conflitos interprofissionais associados ao cuidado de pacientes com diarreia na UTI⁶. Adicionalmente, relataram a percepção de falta de suporte da equipe médica no manejo dos quadros, e de forma geral, atenção insuficiente ao cuidado da diarreia. Além disso, o estudo demonstrou aumento dos custos de tratamento de pacientes com diarreia, estimando o custo de cada episódio de diarreia em CHF 26,00, aproximadamente R\$ 175,00 (à época de redação do presente artigo). Esse aumento das despesas hospitalares ocasionado pela diarreia foi também demonstrado em outro estudo¹⁰, no qual o custo por episódio de diarreia foi estimado em € 30 a 50, ou aproximadamente R\$ 188 a R\$ 314 (à época de redação do presente artigo).

Outro estudo acerca da percepção da diarreia por profissionais intensivistas demonstrou divergências em opiniões e práticas de manejo, além de falta de comunicação da equipe médica sobre novo quadro de diarreia no paciente².

Atualmente, no contexto da saúde pública no Distrito Federal, a complexidade desta situação clínica é agravada devido à ausência de medicamentos antidiarreicos padronizados, de modo que o manejo da diarreia nas UTIs é limitado; quadros de diarreia no paciente crítico, dessa forma, estão sujeitos a uma maior incidência de complicações subsequentes e desfechos negativos, devido ao manejo insuficiente e prolongamento da condição.

O estudo recentemente concluído DICE-ICU⁷ avaliou a aplicação de *bowel care protocols*: protocolos de manejo de função intestinal, através do monitoramento regular da evacuação, administração adequada da nutrição enteral, e controle do trânsito intestinal, através da associação ou suspensão de procinéticos, laxativos e antidiarreicos. A utilização de *bowel protocols* resultou em menor atraso no tratamento da diarreia, melhora da percepção do apoio da equipe pela enfermagem e melhora da reabilitação dos pacientes¹⁰.

Dentre as medidas utilizadas no tratamento da diarreia, foi incluído o tratamento sintomático, através de medicamentos antidiarreicos, antiespas-

módicos, adsorventes e probióticos; nenhum dos quais se encontra na SES como opção terapêutica padronizada. Dentre os medicamentos estudados, figura a racecadotrila como opção de interesse para a UTI; sua ação antissecretora seria melhor indicada para o tratamento da diarreia de etiologia indefinida¹⁷; medicamentos de ação constipante, em especial a loperamida, ao induzir a retenção microbiana, poderiam favorecer a persistência de agentes infecciosos^{11,12}, além de estarem associados a efeitos adversos como constipação, distensão abdominal, íleo paralítico e megacólon¹².

O medicamento demonstrou eficácia contra a diarreia equivalente à da loperamida, possuindo, adicionalmente, menor risco comparativo de constipação¹¹⁻¹⁵. Possui bom perfil de segurança, não estando associada a ação central¹³ ou a eventos adversos graves^{13,15-17}, e possuindo tolerabilidade equivalente ao placebo¹¹⁻¹⁶. Por não possuir ação sob o peristaltismo, evita o risco de efeitos adversos associados à inibição da motilidade intestinal associados a antidiarreicos opioides¹¹⁻¹⁵. Além disso, é um medicamento também disponível na forma farmacêutica de pó granulado, apropriado para a administração via sondas enterais e gastrostomias¹⁹.

Considerando todos estes fatores, o presente trabalho descreve o processo de produção de um protocolo de *bowel care*, no qual foi incluída a utilização da racecadotrila como opção terapêutica para o manejo da diarreia no paciente crítico, a ser empregado em UTIs da rede pública do Distrito Federal. O protocolo tem como objetivo permitir e guiar o processo de padronização e emprego do medicamento pela SES-DF.

METODOLOGIA

Para a produção de protocolos assistenciais a serem utilizados por profissionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), os processos de elaboração, revisão e implementação dos protocolos são orientados pelas diretrizes da Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS). Esta determina o modelo e estrutura do protocolo, além de fornecer roteiro para a elaboração deste. A estrutura geral dos Protocolos Assistenciais e Protocolos de Uso de Tecnologias em Saúde é demonstrada no Quadro 1.

Quadro 1 – Modelo de Protocolo Assistencial/Usos de Tecnologia da CPPAS.

1	Metodologia de Busca da Literatura
1.1	Bases de dados consultadas
1.2	Palavra(s) chave(s)
1.3	Período referenciado e quantidade de artigos relevantes
2	Introdução
3	Justificativa
4	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)
5	Diagnóstico Clínico ou Situacional
6	Critérios de Inclusão
7	Critérios de Exclusão
8	Conduta
8.1	Conduta Preventiva
8.2	Tratamento Não Farmacológico
8.3	Tratamento Farmacológico
9	Benefícios Esperados
10	Monitorização
11	Acompanhamento Pós-tratamento
12	Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER
13	Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor
14	Referências Bibliográficas

Para a produção do protocolo de acordo com o modelo e diretrizes da CPPAS, foram realizadas duas revisões integrativas de literatura. A primeira revisão visou sintetizar a etiologia, epidemiologia, estratégias de manejo e desfechos associados à diarreia em pacientes críticos. A segunda revisão visou avaliar a eficácia e eficiência da racecadotrila no tratamento da diarreia em pacientes adultos e pediátricos. As bases de dados consultadas para a busca de artigos foram Medline/Pubmed, Cochrane Library e LILACS. Foram considerados, para ambas as revisões, somente artigos em português e inglês. O Bulário Anvisa foi consultado para a busca de monografias das formulações de racecadotrila disponíveis no mercado brasileiro, visando obtenção de dados acerca de posologia, eventos adversos e interações fornecidos pelos fabricantes.

Para a pesquisa sobre **diarreia no paciente crítico**, as palavras-chave utilizadas foram: *diarrhea*,

liquid stools, critical care, intensive care, critical illness, management, treatment, enteral nutrition, tube feeding, Clostridioides difficile. Para a pesquisa sobre **racecadotrila no tratamento da diarreia**, as palavras-chave utilizadas foram: *racecadotril, diarrhea, treatment, management, efficacy, safety, tolerability*. As combinações de palavras-chave e operadores booleanos utilizados nos diferentes bancos de dados são demonstradas nos Quadros 2 e 3. Na triagem inicial, estudos não-relacionados aos temas foram excluídos da pesquisa em função dos títulos e resumos.

Para a pesquisa em literatura sobre a diarreia no paciente crítico, foi referenciado o período a partir do ano de 1997, ano de publicação da Escala de Bristol¹. Neste período, um total de **15 artigos** foram considerados^{1-12,21,25,28}, tendo sido dada a preferência a revisões sistemáticas e meta-análises, com foco em diarreia em pacientes críticos, incluindo avaliação da incidência, fatores de risco, estratégias de manejo e desfechos associados à doença. Estudos de coorte, avaliando a incidência de diarreia ou eficácia de intervenções terapêuticas em pacientes hospitalizados, foram também considerados.

Para a pesquisa em literatura sobre eficácia, segurança e ensaios clínicos da racecadotrila em pacientes adultos e pediátricos, também foi referenciado o período a partir do ano de 1997, de modo a englobar estudos que tenham incluído um método padronizado de classificação da diarreia. Um total de **8 artigos** no período foram considerados^{13-19,22}. Foi dada preferência a ensaios clínicos controlados e randomizados e revisões sistemáticas, nas quais foi realizada avaliação da eficácia, segurança e tolerabilidade do medicamento.

Entre os critérios de exclusão de estudos para a pesquisa sobre diarreia no paciente crítico, foram considerados publicações não relacionadas à UTI ou não focadas na diarreia no paciente crítico. Foram também excluídas publicações voltadas exclusivamente à população pediátrica, a fim de evitar a heterogeneidade de critérios de inclusão e desfechos, priorizando estudos cujas evidências fossem aplicáveis a pacientes de diferentes grupos etários e permitindo uma síntese uniforme. Adicionalmente, foram excluídos artigos de tipo comentário/opinião ou ensaios clínicos ainda em andamento. A estratégia de busca é detalhada na Figura 1. A sintaxe de pesquisa utilizada em cada banco de dados é detalhada no Quadro 2.

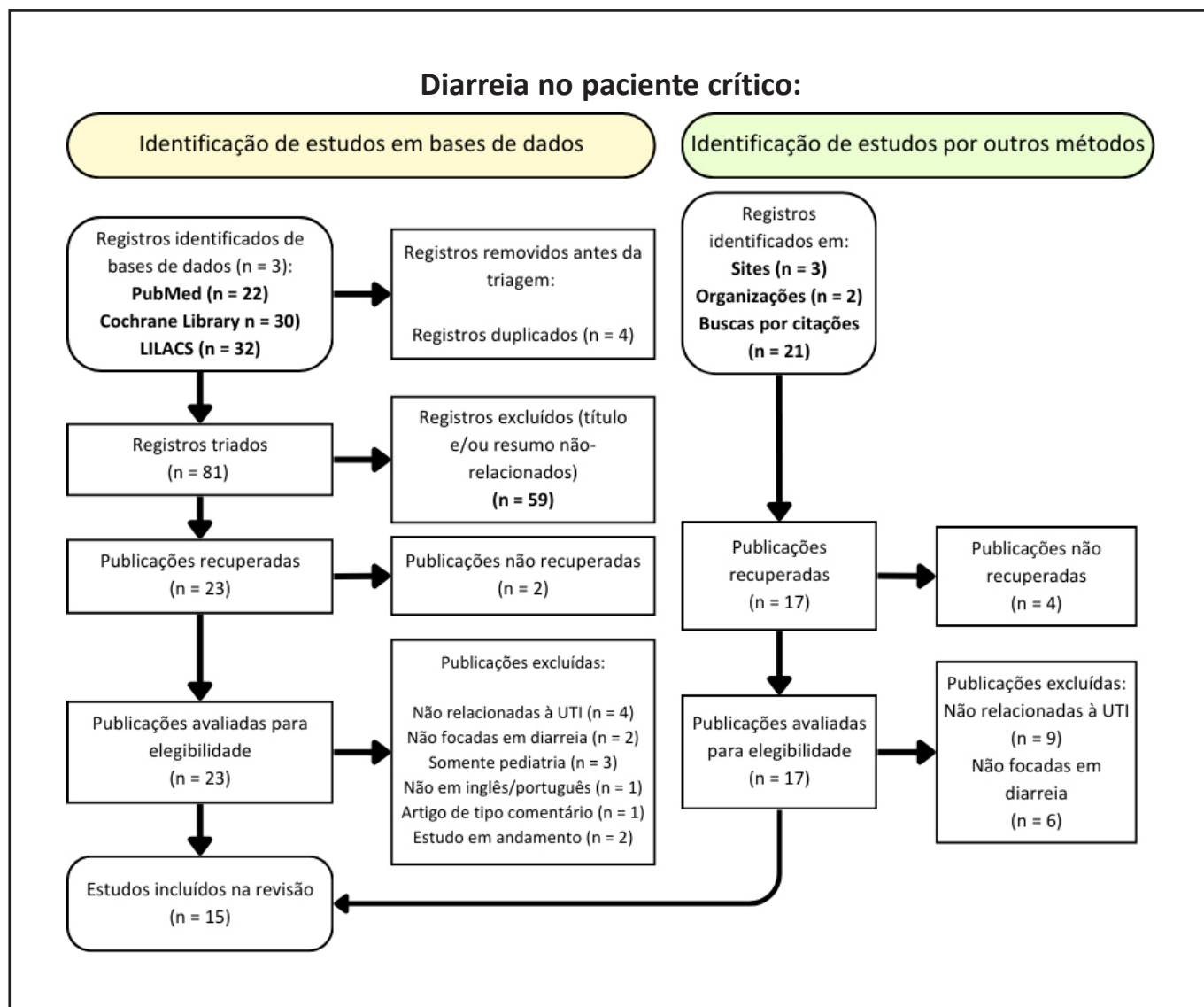


Figura 1 – Estratégia de busca sobre diarreia no paciente crítico.

Quadro 2 – Sintaxe da pesquisa sobre diarreia no paciente crítico em cada base de dados.

Base de dados	Sintaxe de pesquisa
PubMed	((Diarrhea) OR (diarrhoea) OR (liquid stools)) AND ((critical care) OR (critical illness)) AND ((management) OR (treatment)) AND ((enteral nutrition) OR (tube feeding)) AND (Clostridium difficile)
Cochrane Library	“diarrhea” OR “liquid stool” AND “critical care” OR “intensive care” OR “critical illness”
LILACS	(ti:(diarrhea)) AND (ti:(critical care) OR (intensive care) OR (critical illness))

Quanto à pesquisa sobre eficácia e segurança da racecadotrila, foram excluídas publicações não focadas na racecadotrila; ensaios clínicos não realizados em humanos; e estudos com intervenções realizadas

em pequeno número de pacientes. A estratégia de busca é detalhada na Figura 2. A sintaxe de pesquisa utilizada em cada banco de dados é detalhada no Quadro 3.

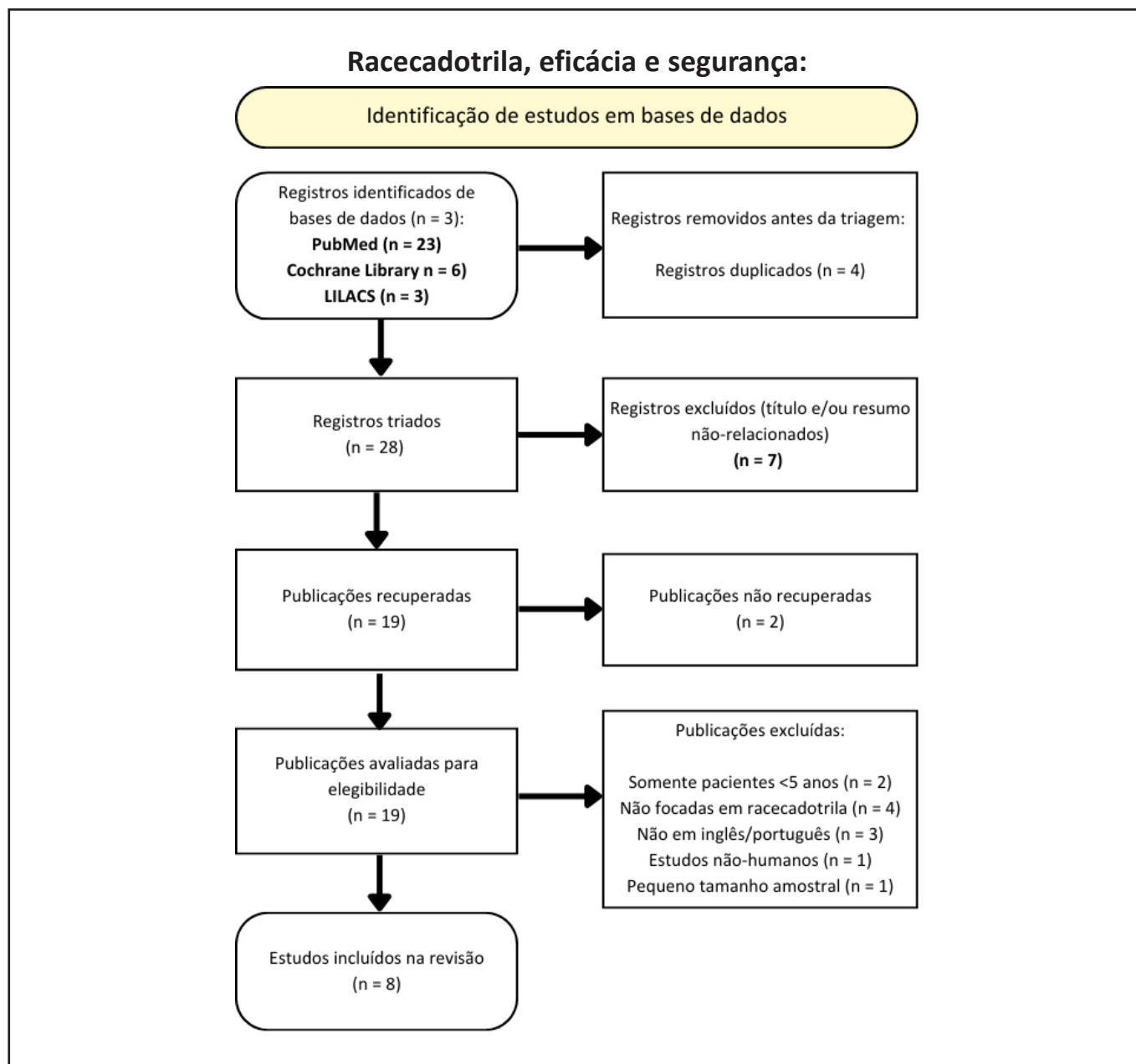


Figura 2 – Estratégia de busca sobre eficácia e segurança da racecadotrila.

Quadro 3 – Sintaxe da pesquisa sobre eficácia e segurança da racecadotrila em cada base de dados.

Base de dados	Sintaxe de pesquisa
PubMed	(racecadotril) AND (diarrhea) AND ((management) OR (treatment)) AND ((efficacy) OR (safety) OR (tolerability))
Cochrane Library	“racecadotril” AND “diarrhea” AND “management” OR “treatment” AND “efficacy” OR “safety” OR “tolerability”
LILACS	(ti:(racecadotril)) AND (ti:(diarrhea)) AND (ti:(treatment OR management))

No texto do protocolo, seguindo o modelo estabelecido pela CPPAS, para a seleção na seção 6. *Critérios de Inclusão*, o protocolo incluiu o paciente crítico (adulto e pediátrico >3 meses de idade) que apresente diarreia,

caracterizada por 3 ou mais episódios de evacuação líquida em 24h, sendo o quadro não ocasionado por medicamentos laxativos, ou refratário à suspensão destes, de acordo com a definição de diarreia estabelecida pela

OMS^{1,8,10}. A suspeita de diarreia infecciosa, ainda que por *C. difficile*, não consistiu em critério de exclusão do paciente.

Quanto à seção 7. *Critérios de Exclusão*, foi estabelecido que pacientes que apresentem diarreia enteroinvasiva, com presença de febre e sangue, não devem fazer uso da racecadotrila¹¹. Além disso, foram excluídos do protocolo pacientes de idade inferior a 3 meses e gestantes.

RESULTADOS

Seguindo o modelo de protocolo estabelecido pela CPPAS, as seções 1. *Metodologia de Busca da Literatura*, 2. *Introdução*, 3. *Justificativa*, 6. *Critérios de Inclusão* e 7. *Critérios de Exclusão* foram produzidas de acordo com o exposto nas seções de Introdução e Metodologia do presente artigo.

Para a seção 4. *Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10)* exigida pelo modelo, foram selecionados os CIDs **R15 – Incontinência fecal**, **R19.7 – Diarreia, inespecífica** e **A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível**.

Abordando a seção 5. *Diagnóstico Clínico ou Situacional*, foi determinado o diagnóstico pela ocorrência de 3 ou mais evacuações líquidas por dia, definição utilizada pela Organização Mundial de Saúde^{1,7,8,10}.

Para a seção 8. *Conduta*, foram produzidos dois fluxogramas assistenciais, estabelecendo etapas de avaliação da dieta enteral, uso de antibióticos, introdução da racecadotrila e manejo da posologia para pacientes adultos e pediátricos, exibidos, respectivamente, nas Figuras 3 e 4.

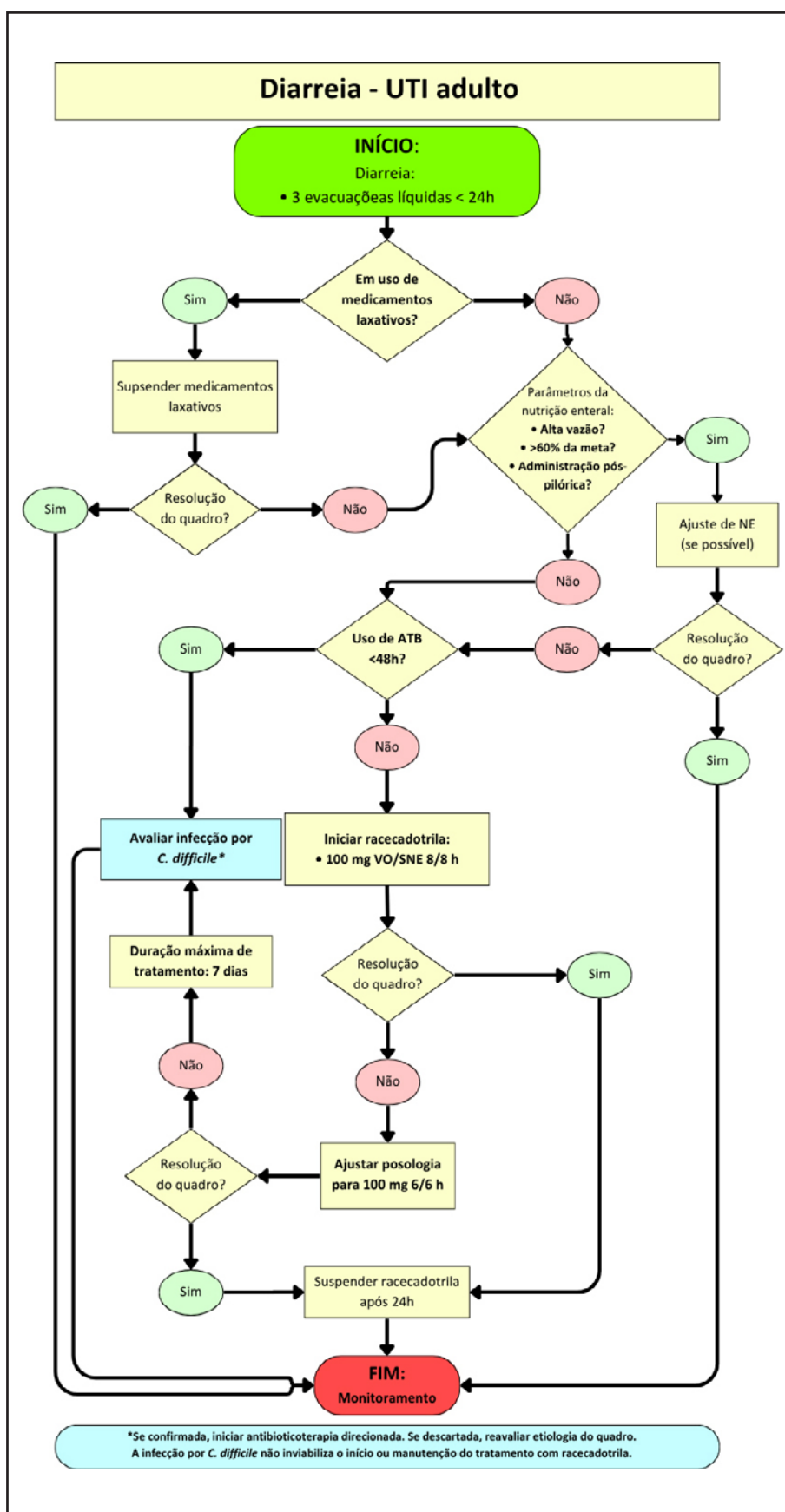


Figura 3 – Fluxograma de manejo da diarreia no paciente crítico adulto.

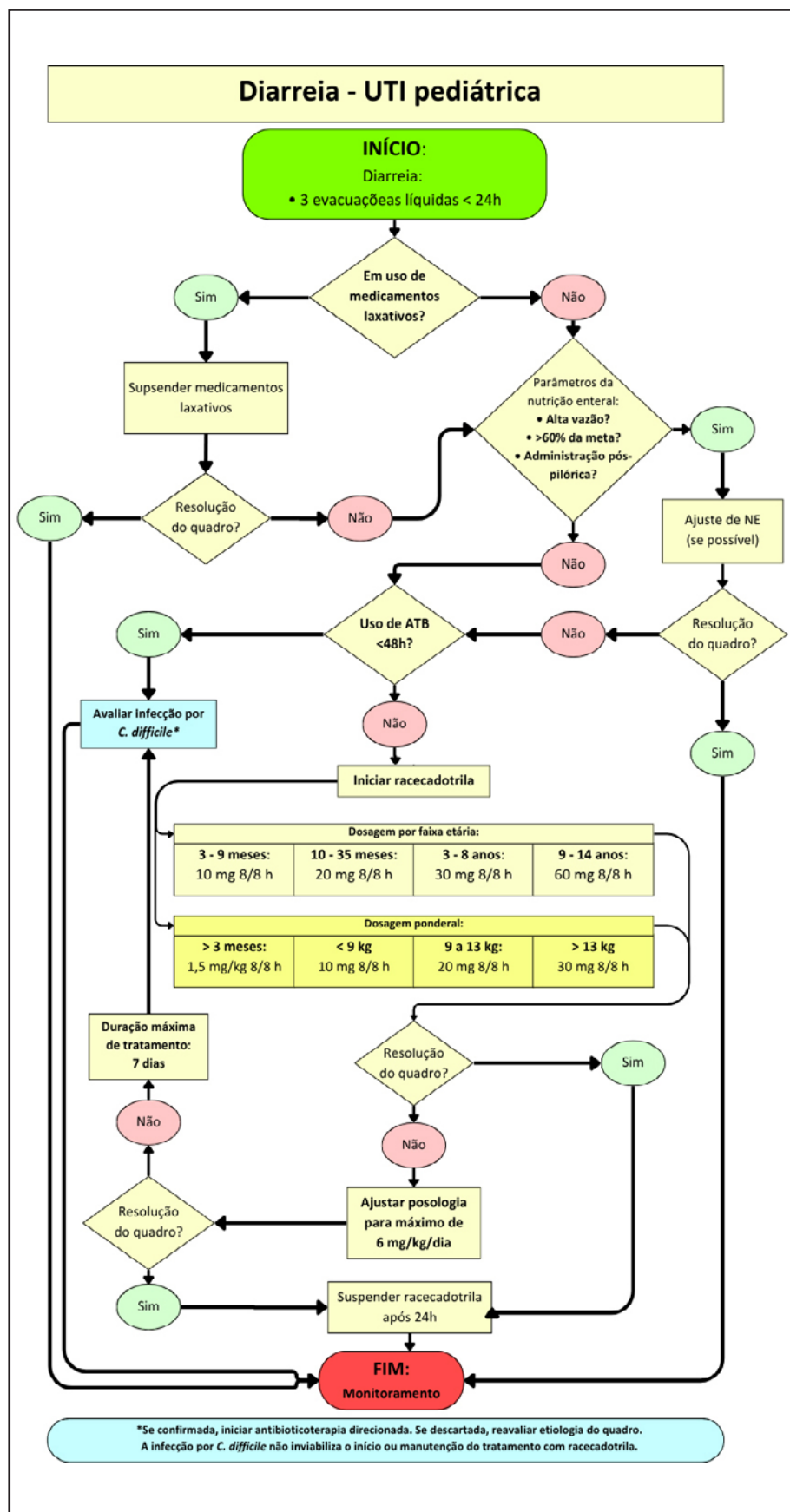


Figura 4 – Fluxograma de manejo da diarreia no paciente crítico pediátrico.

Quanto à seção 8.1. *Condução Preventiva*, o protocolo estabelece que a prevenção da diarreia na UTI é realizada, primariamente, através de boas práticas de higiene na assistência^{1,8}, atentando-se à higienização adequada das mãos, precauções de contato e ao isolamento de pacientes com diarreia de etiologia infecciosa, de forma a evitar a disseminação do agente. Em casos de suspeita ou confirmação de diarreia associada a *C. difficile*, é enfatizada a utilização de água e sabão para a higiene²¹. É, também, ressaltada a *stewardship* adequada de antimicrobianos como medida preventiva. Quanto à dieta enteral, são incluídas observações acerca da vazão, administração intragástrica, uso de formulações enterais com fibras em sua composição e proporção da meta atingida pela via.

Na seção 8.2 *Tratamento Não Farmacológico*, o manejo da diarreia na UTI inclui estratégias para o manejo de um quadro já estabelecido. Medidas iniciais consistem na suspensão de medicamentos laxativos e pro-cinéticos, e utilização de medicamentos antidiarreicos ou antiespasmódicos^{1,7,10}. Embora a suspensão da dieta enteral seja uma medida possível^{2,6}, quando esta seja conclusivamente determinada como a causa do quadro, carrega risco de agravo do déficit nutricional do paciente, não tendo sido recomendada no protocolo. A utilização de sonda retal para casos de difícil tratamento é descrita.

Na seção 8.3 *Tratamento Farmacológico*, foi selecionada

a racecadotrila como o medicamento de escolha. As formulações do medicamento disponíveis no Brasil (seção 8.3.1) incluem o comprimido 100 mg e pó para solução de uso oral 10 mg/g e 30 mg/g.

Os esquemas de administração (seção 8.3.2) para as formas de cápsula e pó para solução de uso oral seguiram as orientações descritas em monografia. Para adultos, a posologia inicial do medicamento em forma de cápsula e pó para solução de uso oral foi determinada como 100 mg 8/8h^{20,22}; como a dose total diária pode chegar a 400 mg, a posologia pode ser ajustada para 6/6h caso necessário²⁰. Para pacientes pediátricos, a posologia descrita em monografia segue a Tabela 1 e estabelece que a dose total diária, no paciente pediátrico, não deve exceder a aproximadamente 6 mg/kg²⁰, ressaltando que não há informação disponível sobre a utilização do medicamento em pacientes abaixo de 3 meses de idade, ou neonatos. Foi incluída, adicionalmente, a dosagem ponderal do medicamento, descrita em manual de referência em farmacoterapia pediátrica¹⁴.

Tabela 1 – Posologia da racecadotrila para crianças.

Idade	3 – 9 meses	10 – 35 meses
Peso	Menos de 9 kg	9 a 13 kg
Dose	10 mg a cada 8 horas	20 mg a cada 8 horas
Nº sachês/dose	1 x 10 mg a cada 8 horas	2 x 10 mg a cada 8 horas
Idade	3 – 8 anos	9 – 14 anos
Peso	14 a 27 kg	Mais de 27 kg
Dose	30 mg a cada 8 horas	60 mg a cada 8 horas
Nº sachês/dose	1 x 30 mg a cada 8 horas	2 x 30 mg a cada 8 horas

Fonte: Tiorfan Granulado 10 mg / 30 mg. Bula para profissionais da saúde.

Na seção 8.3.3. *Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção*, o fabricante orienta que a duração do tratamento com racecadotrila não deve exceder 7 dias²⁰. É também descrita interação entre a racecadotrila e medicamentos da classe inibidor da ECA, com risco de incidência ou agravamento de angioedema²⁰, de modo que o protocolo orienta o monitoramento regular de

sinais de angioedema em caso de uso concomitante destes medicamentos, e a suspensão do uso da racecadotrila em caso desenvolvimento do quadro.

Na seção 10. *Monitorização*, o protocolo orienta a monitorização habitual através do registro de evacuações do paciente, atentando-se à frequência e consistência das fezes. A resolução do quadro de diarreia, com ausência de evacuações líquidas em 24 horas, determina a satisfatoriedade do tratamento e permite o seu término. É ressaltado que o medicamento está associado a reações adversas cutâneas de incidência rara e severidade moderada²⁰, normalmente sem necessidade de interrupção do tratamento; porém, a interrupção é necessária em casos de reações graves.

Finalmente, na seção 11. *Acompanhamento Pós-tratamento*, é determinado que uma vez tratado o quadro de diarreia, o acompanhamento consiste no monitoramento regular das evacuações diárias do paciente, além de parâmetros como o balanço hídrico e eletrólitos séricos, diariamente examinados na UTI. Foi concluído que as seções 12. *Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER* e 13. *Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor* não se aplicam ao protocolo. As seções 9. *Benefícios Esperados* e 14. *Referências Bibliográficas* são sintetizadas na seção de conclusões e referências do presente artigo.

DISCUSSÃO

DIAGNÓSTICO

O quadro de diarreia pode ser determinado através de uma variedade de ferramentas. Enquanto a OMS utiliza como parâmetro a ocorrência de 3 ou mais evacuações líquidas por dia^{1,7,8,10}, há experiência na UTI relatada em literatura com as Escalas de Bristol^{1,7,8} e Bliss^{1,7}, e o King's Stool Chart⁵, que estabelecem pontuações através de critérios variáveis de forma, frequência ou volume das evacuações. Há variação na definição da diarreia na UTI quando estimada por diferentes escalas, de modo que a prevalência documentada é também variável, ainda que haja uma certa sobreposição entre os critérios.

A escala de Bristol²⁴ é amplamente difundida. Trata-se de ferramenta clínica para a avaliação qualitativa da evacuação, de modo a permitir uma classificação padronizada de distúrbios do trânsito intestinal como constipação e diarreia. Sendo uma das primeiras escalas a ser desenvolvida para este propósito, o ano

de sua publicação (1997) torna-se um ponto de corte ideal para a pesquisa em literatura, fornecendo uma data a partir da qual tornou-se possível uma classificação sistemática da diarreia em múltiplos contextos, incluindo o nosocomial.

Já para a implementação de um protocolo eficiente, é necessário utilizar uma definição clara, mas também abrangente e facilmente estabelecida da doença. A definição recomendada pela OMS demonstra maior adequação a esses aspectos. A determinação de três evacuações líquidas engloba uma análise qualitativa e quantitativa da evacuação do paciente. Além disso, trata-se de uma avaliação objetiva, evitando a necessidade de escalas e pontuações; permitindo, dessa forma, diagnóstico eficiente e rápido manejo. Esta definição, portanto, satisfaz os critérios diagnósticos para utilização na execução do protocolo.

PREVENÇÃO

Diversos fatores podem desencadear a diarreia no paciente crítico, de modo que a etiologia é comumente considerada como indeterminada. Não obstante, dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da diarreia, considera-se como principais responsáveis a infusão de dieta enteral em rápida vazão, a qual acarreta sobrecarga da capacidade absorptiva do intestino^{1,7,8,10,25}; e o tratamento com antibióticos, o qual ocasiona alterações na microbiota intestinal do paciente e, subsequentemente, disbiose^{1,3,7,8,10,25,26}, sendo demonstrado aumento de 16% no risco de incidência de diarreia por cada dia de antibioticoterapia³, e aumento de 65% pela adição de mais um antibiótico ao tratamento³. Outras etiologias incluem o uso de medicamentos procinéticos e laxativos^{3,4,7}, hipoperfusão intestinal e isquemia¹⁰, e infecção por Clostridioides²¹, embora esta seja uma causa rara de diarreia, frequentemente superestimada¹¹.

Considerando-se o uso de antibióticos como fator de risco independente para a diarreia²⁵, é essencial a *stewardship* adequada de antimicrobianos, visando preservar a microbiota endógena do paciente ao evitar tratamentos desnecessariamente longos, de espectro antimicrobiano excessivamente amplos, ou ao realizar o tratamento adequado da diarreia de etiologia infecciosa²¹. O uso de probióticos, embora ocasionalmente empregado em alguns estudos, não demonstra eficácia na prevenção ou tratamento da diarreia¹, não tendo sido incluído no protocolo.

A infusão lenta de dieta enteral (evitando-se vazão >100 mL/h), preferivelmente por administração intragástrica, e o uso de formulações enterais com fibras em sua composição possuem eficácia na prevenção de diarreia associada à dieta^{1,8}. Adicionalmente, a incidência de diarreia é aumentada quando mais de 60% da meta calórica é fornecida por meio da dieta enteral¹⁶. A suspensão da dieta enteral é uma medida possível²⁶ no manejo da diarreia, embora esta não seja recomendada senão como último recurso, devido ao risco de agravo do déficit nutricional do paciente; a manutenção e otimização da dieta consistem, de fato, em um fator protetivo contra a diarreia, e não agravante desta. A utilização de sonda retal é uma medida realizada em casos de diarreia de difícil controle.

TRATAMENTO

A **racecadotrila** ou **acetorfan** é um medicamento inibidor da encefalinase intestinal. Trata-se de molécula pró-fármaco do fármaco **tiorfan**, seu metabólito ativo¹³. Este atua inibindo a degradação de encefalinas intestinais, peptídeos opioides endógenos com ação inibitória sobre a secreção de água e eletrólitos no lúmen^{15,22}.

Há ampla experiência com o medicamento em diversas populações de pacientes, tendo sido demonstrada eficácia e segurança no tratamento da diarreia em populações adultas¹¹⁻¹³ e pediátricas^{11,14-16}, incluindo pacientes a partir de 3 meses de idade^{11,17}. A seleção do medicamento para o protocolo fundamentou-se em seu melhor perfil de segurança e maior aplicabilidade em quadros diarreicos de etiologias diversas, quando comparado a antidiarreicos alternativos estudados em UTI.

No Brasil, o preço da racecadotrila, determinado por lista publicada pela CMED²⁶, situa-se na faixa de R\$ 17,00 a 47,00, a depender da formulação comercializada e alíquota ICMS aplicada. Tal faixa de valor segue o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), o qual seria aplicado para fornecimento do medicamento a hospitais da SES-DF. Considerando o custo hospitalar acarretado por um quadro de diarreia, demonstrado previamente^{6,10}, uma análise de custo-benefício, a ser realizada por Comissão de Farmácia e Terapêutica, seria capaz de determinar o desfecho financeiro associado ao uso do medicamento, considerando a possibilidade de evitar custos adicionais com nutrição enteral, hidratação, frequência aumentada de

trocas e maior demanda de recursos humanos, bem como custos posteriores acarretados pela incidência de LP, DAI e infecções.

Como um aspecto a ser ressaltado, porém, deve-se considerar que os excipientes utilizados nas formulações dos produtos disponíveis no Brasil podem incluir sacarose¹¹ ou lactose²⁷, de modo que o protocolo orienta cautela na utilização do medicamento em pacientes com intolerância ou sensibilidade conhecida a esses componentes, como nos casos de diabetes melito ou galactosemia.

CONCLUSÃO

Abordando os aspectos discutidos do manejo da diarreia na UTI, incluindo o diagnóstico, prevenção e tratamento, a evidência avaliada permitiu o desenvolvimento de um protocolo de *bowel care*, cumprindo sistematicamente os critérios exigidos pela CPPAS, e seguindo a estrutura do modelo de protocolo fornecido.

Espera-se, com a utilização da racecadotrila para tratamento de diarreia na UTI, controle rápido do quadro, evitando não só desconforto para o

paciente, mas também permitindo melhores desfechos, ao evitar o comprometimento da integridade cutânea, perda de acessos intravenosos, espoliação de nutrientes e eletrólitos, e piora do déficit nutricional do paciente. Ao reduzir a incidência dessas complicações, espera-se que a reabilitação do paciente seja favorecida.

Finalmente, a disponibilidade de opção terapêutica sintomática para a diarreia seria um ponto de apoio para a equipe de enfermagem, permitindo menor frequência de trocas e banhos, dessa forma reduzindo a demanda do paciente e o desgaste da equipe assistencial.

O protocolo elaborado atendeu aos critérios estabelecidos para a CPPAS, tendo sido realizado mediante uma revisão integrativa dupla, permitindo uma sintetização da aplicabilidade da racecadotrila no manejo da diarreia em pacientes críticos, de forma direcionada à prática clínica. Através da evidência exposta, espera-se que o protocolo sirva como ponto de partida para a padronização e utilização da racecadotrila em hospitais da rede pública do Distrito Federal, permitindo melhor abordagem e um manejo otimizado da diarreia em pacientes críticos.

REFERÊNCIAS

1. Dionne JC, Mbuagbaw L. Diarrhea in the critically ill: definitions, epidemiology, risk factors and outcomes. *Current Opinion in Critical Care*. 2023 Feb 22;29(2):138-44.
2. Lordani CRF, Eckert RG, Tozetto AG, Lordani TVA, Duarte PAD. The knowledge of intensive care professionals about diarrhea. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [Internet]. 2014;26(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4188467/pdf/rbti-26-03-0299.pdf>
3. Borges SL, Pinheiro BV, Pace FHL, Chebli JMF. Diarréia nosocomial em unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de risco. *Arq Gastroenterol*. 2008;45(2):117-23.
4. Hay T, Bellomo R, Rechnitzer T, See E, Ali Abdelhamid Y, Deane AM. Constipation, diarrhea, and prophylactic laxative bowel regimens in the critically ill: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care* [Internet]. 2019 Aug 1;52:242-50. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944118312590?via%3Dihub>
5. Taito S, Kawai Y, Liu K, Ariie T, Tsujimoto Y, Banno M et al. Diarrhea and patient outcomes in the intensive care unit: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care*. 2019 Oct;53:142-8.
6. Heidegger CP, Graf S, Perneger T, Genton L, Oshima T, Pichard C. The burden of diarrhea in the intensive care unit (ICU-BD). A survey and observational study of the caregivers' opinions and workload. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2023 Jan 20];59:163-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222461/>

7. Dionne JC, Mbuagbaw L, Devlin JW, Duprey MS, Cartin-Ceba R, Tsang J et al. Diarrhea during critical illness: a multicenter cohort study. *Intensive Care Medicine*. 2022 Apr 11;48(5):570-9.
8. Reintam Blaser A, Deane AM, Fruhwald S. Diarrhoea in the critically ill. *Curr Opin Crit Care*. 2015;21(2):142-53.
9. Saurusaitis AD, Santiago LC, Augusto A, Carlos R, Schutz V. Diarreia: dermatite associada à incontinência e lesão por pressão. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2019 Nov 13;13.
10. Occhiali E, Rodrigues B, Prieur W, Tiarci S, Carmon N, Veber B et al. Reducing diarrhoea in an adult surgical intensive care unit: A quality improvement study. *Nursing in Critical Care*. 2023 Jun 16;29(1):208-18.
11. Marcon AP, Gamba MA, Vianna LAC. Nosocomial diarrhea in the intensive care unit. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2006 Dec;10(6).
12. Tirlapur N, Puthucheary ZA, Cooper JA, Sanders J, Coen PG, Moonesinghe SR et al. Diarrhoea in the critically ill is common, associated with poor outcome and rarely due to *Clostridium difficile*. *Scientific Reports* [Internet]. 2016 Apr 20 [cited 2020 Dec 21];6(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4837391/pdf/srep24691.pdf>
13. Manfredi M, Marcianò G, Iuliano S, Leo F, Gallelli L. Racecadotril in the management of diarrhea: an underestimated therapeutic option? *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2025 Jan;18.
14. Fischbach W, Andresen V, Eberlin M, Mueck T, Layer P. A Comprehensive Comparison of the Efficacy and Tolerability of Racecadotril with Other Treatments of Acute Diarrhea in Adults. *Frontiers in Medicine*. 2016 Oct 14;3.
15. Lecomte JM. An overview of clinical studies with racecadotril in adults. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2000 Feb;14(1):81-7.
16. Eberlin M, Chen M, Mueck T, Däbritz J. Racecadotril in the treatment of acute diarrhea in children: a systematic, comprehensive review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Pediatrics*. 2018 Apr 3;18(1).
17. Gordon M, Akobeng A. Racecadotril for acute diarrhoea in children: systematic review and meta-analyses. *Archives of Disease in Childhood*. 2015 Dec 29;101(3):234-40.
18. Szajewska H, Ruszczynski M, Chimielewska A, Wieczorek J. Systematic review: racecadotril in the treatment of acute diarrhoea in children. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2007 Jul 20;26(6):807-13.
19. Tormo R, Polanco I, Salazar-Lindo E, Goulet O. Acute infectious diarrhoea in children: new insights in antisecretory treatment with racecadotril. *Acta Paediatrica*. 2008 Aug;97(8):1008-15.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Tiorfan: bula para profissionais de saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2025. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=156260002>
21. Adelman MW, Woodworth MH, Shaffer VO, Martin GS, Kraft CS. Critical Care Management of the Patient with *Clostridioides difficile*. *Critical Care Medicine* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Sep 11];49(1):127-39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33156122/>
22. Matheson AJ, Noble S. Racecadotril. *Drugs*. 2000 Apr;59(4):829-35.

23. Gomes R. Blackbook – Pediatria. 5a ed. Belo Horizonte: Black Book Editora; 2019.
24. Lewis SJ, Heaton KW. Stool Form Scale as a Useful Guide to Intestinal Transit Time. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* [Internet]. 1997 Jan;32(9):920-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9299672/>
25. Thibault R, Graf S, Clerc A, Delieuvain N, Heidegger C, Pichard C. Diarrhoea in the ICU: respective contribution of feeding and antibiotics. *Critical Care*. 2013;17(4):R153.
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). [Internet] Preço Máximo de Venda ao Governo. 2025 [citado 2025 Set 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmmed/precos>
27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Avide – bula para profissionais de saúde [Internet]. Bulário Anvisa. 2025 [citado 2025 Fev 5]. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=105730476>
28. Oczkowski SJW, Duan EH, Groen A, Warren D, Cook DJ. The Use of Bowel Protocols in Critically Ill Adult Patients. *Critical Care Medicine*. 2017 Jul;45(7):e718-26.

