



|                     |  |                                |                                |
|---------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 1/13 |                                |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021            | Próxima revisão:<br>19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                      |                                |

## SUMÁRIO

|     |   |           |
|-----|---|-----------|
| 1.  | <b>SIGLAS E CONCEITOS .....</b>                                       | <b>2</b>  |
| 2.  | <b>OBJETIVOS .....</b>  | <b>2</b>  |
| 3.  | <b>JUSTIFICATIVAS .....</b>   | <b>2</b>  |
| 4.  | <b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO .....</b>                      | <b>3</b>  |
| 5.  | <b>ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES .....</b>            | <b>3</b>  |
| 6.  | <b>HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO .....</b>                          | <b>4</b>  |
| 7.  | <b>EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS .....</b>                            | <b>4</b>  |
| 8.  | <b>TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO .....</b>                  | <b>5</b>  |
| 9.  | <b>CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO.....</b>                                   | <b>8</b>  |
| 10. | <b>CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA.....</b>                          | <b>8</b>  |
| 11. | <b>CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA.....</b>                        | <b>9</b>  |
| 12. | <b>FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PACIENTE COM ITU NA GESTAÇÃO .....</b> | <b>10</b> |
| 13. | <b>MONITORAMENTO .....</b>  | <b>12</b> |
| 14. | <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>12</b> |
| 15. | <b>HISTÓRICO DE REVISÃO .....</b>                                     | <b>13</b> |

|                     |  |                                |                                |
|---------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 2/13 |                                |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021            | Próxima revisão:<br>19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                      |                                |

## 1. SIGLAS E CONCEITOS

ITU – Infecção do trato urinário

BA – Bacteriúria assintomática

UFC/ml – Unidades formadoras de colônia por mililitro

SMT – Sulfametoxazol

TMP – Trimetoprim

G6PD – Glicose-6-fosfato desidrogenase

CCIH – Comissão de controle de infecção hospitalar

CORIOAMNIONITE - infecção intrauterina do líquido amniótico, da placenta e das membranas ovulares.

## 2. OBJETIVOS

Padronizar o diagnóstico nos casos de infecção do trato urinário na gestação, evitar sua recorrência e complicações e orientar as diretrizes para a conduta nas pacientes atendidas na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

## 3. JUSTIFICATIVAS

A elaboração deste protocolo é importante para padronizar o diagnóstico e conduta da ITU na gestação, com a finalidade de diminuir as complicações maternas e fetais tais como rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepsse materna e infecção neonatal.

As infecções do trato urinário (ITU) ocorrem em 17 a 20% das gestações e podem ser assintomáticas (bacteriúria assintomática) ou sintomáticas (cistite ou pielonefrite aguda).

As modificações gravídicas aumentam a prevalência de bacteriúria assintomática, pielonefrite e quadros recorrentes de ITU, pois a gestação se associa a uma maior estase de urina, seja por dificuldades de esvaziamento associadas à compressão pelo útero gravídico, seja pelo peristaltismo ureteral reduzido e pela leve dilatação ureteral observada durante a gestação. Essa tendência à estase perturba um dos mecanismos de proteção do trato urinário contra a aderência e invasão bacterianas – o fluxo de urina e esvaziamento miccional, acarretando a descamação de células superficiais e a eliminação de bactérias eventualmente aderidas.

|                     |  |                                |                             |
|---------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 3/13 |                             |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021            | Próxima revisão: 19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                      |                             |

#### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Serão incluídas todas as pacientes que forem atendidas na maternidade do HULW com quadro clínico de infecção de trato urinário na gestação **OU** urocultura que apresente crescimento maior ou igual a 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitro (UFC/ml) de um único uropatógeno em pacientes sem sintomas urinários **OU** crescimento maior ou igual a 50.000 UFC/ml na presença de sintomas.

Serão excluídas desse protocolo as condutas nas pacientes que não possuem um quadro clínico compatível com infecção de trato urinário na gestação e urocultura que apresente crescimento menor que 50.000 unidades formadoras de colônia por mililitro (UFC/ml) de um único uropatógeno, sem sintomas.

#### 5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

##### 5.1 Equipe de enfermagem (triagem)

- Realizar acolhimento da paciente;
- Fazer a classificação de risco;
- Verificar SSVV;

##### 5.2 Equipe de enfermagem (enfermaria)

- Prestar assistência de enfermagem a paciente internada;
- Identificar sinais de piora clínica a comunicar à equipe médica de plantão.

##### 5.3 Equipe médica plantonista (obstetra e residente)

- Realizar anamnese e exame físico;
- Solicitar os exames necessários;
- Realizar internação da paciente caso seja necessária;
- Definir diagnóstico e orientar conduta;
- Prescrever tratamento na admissão;
- Comunicar-se com a paciente de forma clara e esclarecer suas dúvidas;
- Atender as intercorrências durante internação.

|                     |  |                                |                                |
|---------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 4/13 |                                |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021            | Próxima revisão:<br>19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                      |                                |

#### 5.4 Equipe médica evolucionista (obstetra visitador e residente)

- Acompanhar o paciente durante o internamento para evolução da conduta;
- Solicitar pareceres quando necessário (nefrologia, urologia, infectologia, CCIH);
- Identificar sinais de piora clínica e determinar conduta;
- Planejar alta hospitalar.

## 6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

### 6.1 Bacteriúria assintomática

A bacteriúria assintomática (BA) é definida como crescimento maior ou igual a 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitro (UFC/ml) de um único uropatógeno em pacientes sem sintomas urinários. Em caso de pacientes não tratadas, 35% delas poderão manifestar no futuro uma infecção sintomática, incluindo, pielonefrite aguda. Por isso, toda bacteriúria assintomática na gestação deve ser tratada.

### 6.2 Cistite

É a infecção sintomática baixa do trato urinário. Caracteriza-se por polaciúria, disúria, principalmente terminal, e/ou desconforto suprapúbico.

### 6.3 Pielonefrite aguda

Caracteriza-se pela presença de sintomas sistêmicos como: febre, calafrios, cefaleia, náuseas, vômitos e/ ou hipersensibilidade do ângulo costovertebral (sinal de Giordano positivo). Afeta 1 a 2% das gestantes.

Pode estar associada à desidratação, perda de função renal, anemia, sepse, prematuridade, baixo peso ao nascer, infecção feto-anexial e puerperal. Em razão do alto risco de complicações, o tratamento da gestante com pielonefrite deve ser feito em regime de internação, permitindo a monitorização dos sinais vitais, a identificação precoce de sinais de gravidade, o controle da diurese, a hidratação e a utilização parenteral dos antibióticos.

**Todas as gestantes com diagnóstico de pielonefrite aguda devem ser hospitalizadas.**

## 7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

|                     |  |                                |                             |
|---------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 5/13 |                             |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021            | Próxima revisão: 19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                      |                             |

### 7.1 Bacteriúria assintomática

- Urocultura  $\geq 100.000$  UFC/ml de um único uropatógeno em pacientes sem sintomas urinários. Deve ser realizada como rotina pré-natal no primeiro trimestre da gestação, e, posteriormente, uma em cada trimestre;
- Sumário de urina: pode apresentar blocos piocitários, hemácias, nitrito positivo e estearase.

### 7.2 Cistite

- Urocultura  $\geq 50.000$  UFC/ml de um único uropatógeno (confirma o diagnóstico na presença de sintomas);
- Sumário de urina: presença de bactérias, piúria e nitrito, sendo importante reforçar que a ausência de nitrito não exclui a presença de cistite.

### 7.3 Pielonefrite aguda

- Hemograma e leucograma: anemia e leucocitose com desvio à esquerda;
- Sumário de urina: presença de bactérias, piúria e nitrito, sendo importante reforçar que a ausência de nitrito não exclui a presença de cistite;
- Ureia e creatinina: elevados;
- Urocultura com antibiograma: confirma o diagnóstico e orienta com o antibiograma a prescrição mais adequada;
- PCR alterado;
- Ultrassom de aparelho urinário: nos casos de suspeita de pielonefrites complicadas como gestantes em uso de imunossupressão, portadoras de litíase, insuficiência renal, e/ ou rim único;
- Nos casos mais graves: gestantes com sinais clínicos de gravidade como taquicardia, hipotensão, taquipneia, dentre outros, devem ser submetidas também a exames de dosagem de eletrólitos, avaliação de função renal e coleta de hemoculturas e pesquisas de outros focos e complicações, com realização de radiografia de tórax.

## 8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

### 8.1 Bacteriúria assintomática (BA)

O tratamento é realizado com antibioticoterapia.

|                     |  |                                |                             |
|---------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 6/13 |                             |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021            | Próxima revisão: 19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                      |                             |

**Nitrofurantoína\* 100mg VO de 6/6 horas por 5 a 7 dias**

**Cefalexina 500mg VO de 6/ 6 horas por 7 dias**

**Cefuroxima 250mg VO de 8/8h por 7 dias**

**Fosfomicina 3g VO dose única**

**Amoxicilina-clavulanato (500mg + 125mg 8/8h ou 875mg + 125mg 12/12h) VO por 7 dias**

**Sulfametoxazol-trimetoprim (SMT+TMP)\* (160/800mg) VO de 12/12 horas por 5 dias**

\*Nitrofurantoína e Sulfametoxazol-trimetoprim devem ser evitados nos últimos dias antes do parto:

- **Nitrofurantoína:** risco de hemólise em fetos ou recém-nascidos com deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD), prevalente em 0,0004% dos conceptos, devendo, portanto, ser evitada nas últimas semanas da gestação.

- **Sulfametoxazol + trimetoprim:** aumento teórico do risco de Kernicterus. Associar ácido fólico (sulfa é antagonista do ácido fólico). Há relatos na população brasileira de taxas de até 30% de resistência da *E.coli* a SMT+TMP. Deve ser evitada no primeiro trimestre.

## 8.2 Cistite

- O tratamento deve ser iniciado sempre que houver suspeita clínica;
- Aumentar a ingesta hídrica;
- Colher urocultura antes do início do antibiótico (após o resultado da urocultura e antibiograma, pode se ajustar o antibiótico);
  - Antibióticos: mesmos da bacteriúria assintomática;
  - Sempre solicitar urocultura de controle após o tratamento (7 dias após);
  - Se cistite recorrente, conforme definição descrita mais adiante, recomenda-se iniciar profilaxia com antibioticoterapia oral, uma vez ao dia durante a gravidez e até duas semanas após o parto, com Nitrofurantoína 100 mg OU Amoxicilina 250mg OU Cefalexina 250mg.

## 8.3 Pielonefrite aguda

- Venóclise + Hidratação (2000ml de SF ou SRL) + monitorização de sinais vitais e curva térmica;

|                     |  |                                |                                |
|---------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 7/13 |                                |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021            | Próxima revisão:<br>19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                      |                                |

- Antibioticoterapia venosa;

**Cefalotina 1g EV 6/6h por 7 dias**

**Ceftriaxona 1g EV 12/12h por 7 dias**

**Cefepime 1g EV 12/12h por 7 dias**

Se a resposta terapêutica for satisfatória (paciente afebril por 48 horas), avaliar mudança para terapia oral, preferencialmente guiada por urocultura com antibiograma. Manter tratamento por via oral por 10 dias.

Em todos os casos de infecção urinária deve-se realizar cultura de urina para controle de cura 7 dias após o final do tratamento.

**As ITU são consideradas recorrentes quando preenchem pelo menos um dos critérios abaixo:**

- **Dois ou mais episódios de ITU na gestação, sintomáticos ou não;**
- **Duas infecções urinárias nos últimos seis meses ou três nos últimos 12 meses, antes do início da gestação.**

#### **8.4 Profilaxia**

A profilaxia com antibióticos reduz em até 95% a chance de nova infecção e deve ser realizada quando houver:

- História prévia de ITU recorrentes antes da gestação;
- Um episódio de pielonefrite durante a gravidez;
- Duas ou mais ITU baixas na gestação;
- Uma ITU baixa, complicada por hematúria franca e/ou febre;
- Uma ITU baixa associada a fatores de risco importantes para recorrência.

Recomenda-se realizar profilaxia com antibioticoterapia oral, uma vez ao dia durante a gravidez e até duas semanas após o parto, com:

- Nitrofurantoína 100 mg OU;
- Amoxicilina 250mg OU;
- Cefalexina 250mg.

|                     |  |                                |                                |
|---------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 8/13 |                                |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021            | Próxima revisão:<br>19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                      |                                |

**Em caso de BA recorrente (dois ou mais episódios):** os dados são insuficientes para recomendar o uso de profilaxia com antibiótico.

## 9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

### 9.1 Bacteriúria assintomática

Não há necessidade de internação hospitalar.

### 9.2 Cistite

Não há necessidade de internação hospitalar.

### 9.3 Pielonefrite aguda

Internar para monitorização dos sinais vitais, identificação precoce de sinais de gravidade, controle da diurese, hidratação e utilização parenteral dos antibióticos.

## 10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

### 10.1 Bacteriúria assintomática

Internar caso surjam sintomas compatíveis com evolução para pielonefrite.

### 10.2 Cistite

Em caso de cistite, se não houver resposta terapêutica satisfatória em 48h, deve-se avaliar sensibilidade ao germe, dosagem e modificação do antibiótico. Internar caso surjam sintomas compatíveis com evolução para pielonefrite.

### 10.3 Pielonefrite

Em caso de pielonefrite aguda, se a resposta terapêutica for satisfatória (paciente afebril por 48 horas e controle dos sintomas), avaliar mudança para terapia oral, preferencialmente guiada por urocultura com antibiograma, acompanhar ambulatorialmente e manter tratamento por via oral por 10 dias.



|                     |  |                                |                                |
|---------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 9/13 |                                |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021            | Próxima revisão:<br>19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                      |                                |

Casos que evoluam com piora clínica como queda de estado geral, febre persistente, taquicardia, hipotensão, taquipneia, solicitar parecer da nefrologia, urologia e CCIH para discussão de mudança de esquema antibiótico ou intervenções cirúrgicas (cálculos ou abscessos renais).

## 11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

### 11.1 Bacteriúria assintomática

Não há necessidade de internação.

### 11.2 Cistite

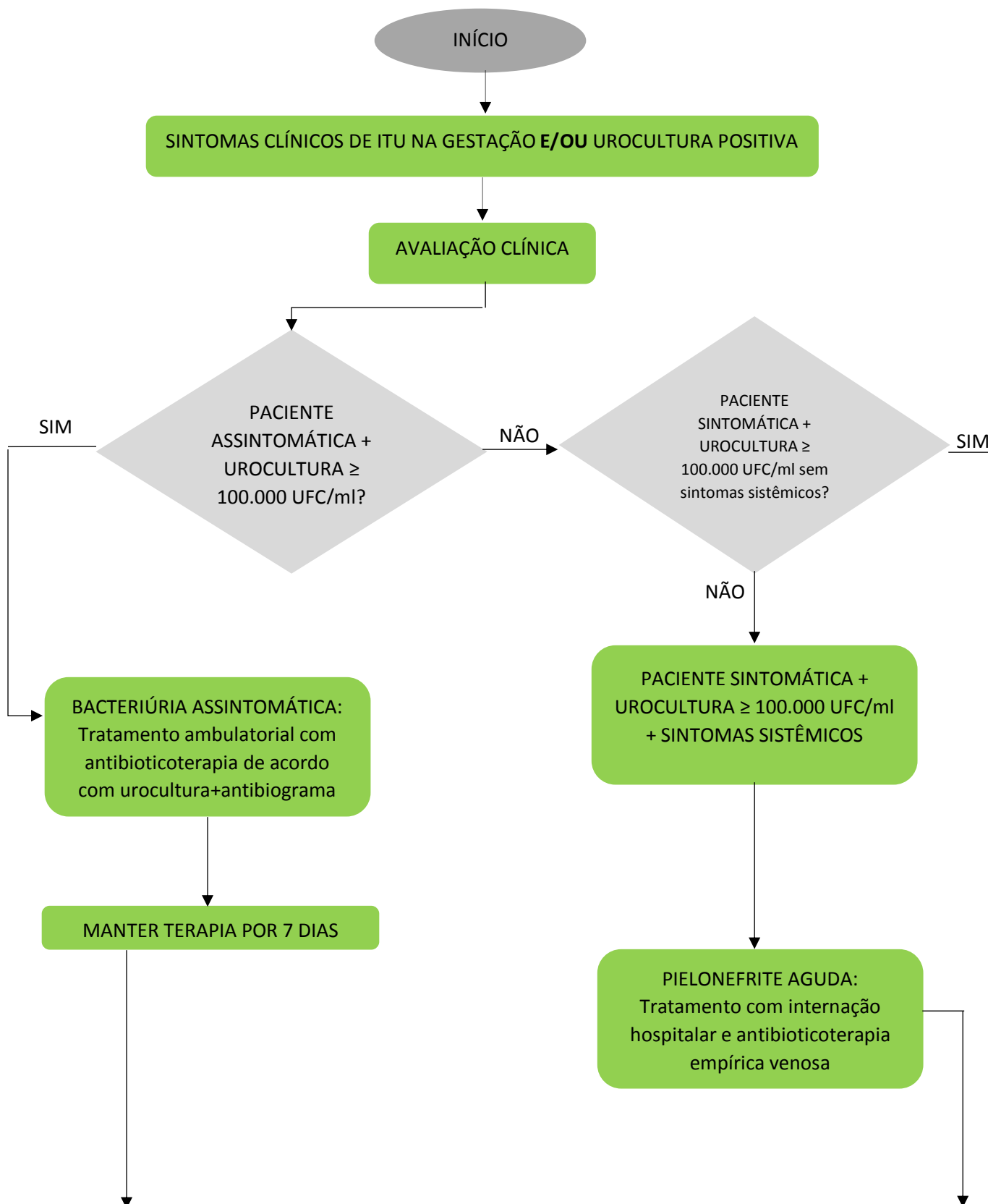
Não há necessidade de internação, se não houver resposta terapêutica satisfatória em 48h, deve-se avaliar sensibilidade ao germe, dosagem e modificação do antibiótico.

### 11.3 Pielonefrite

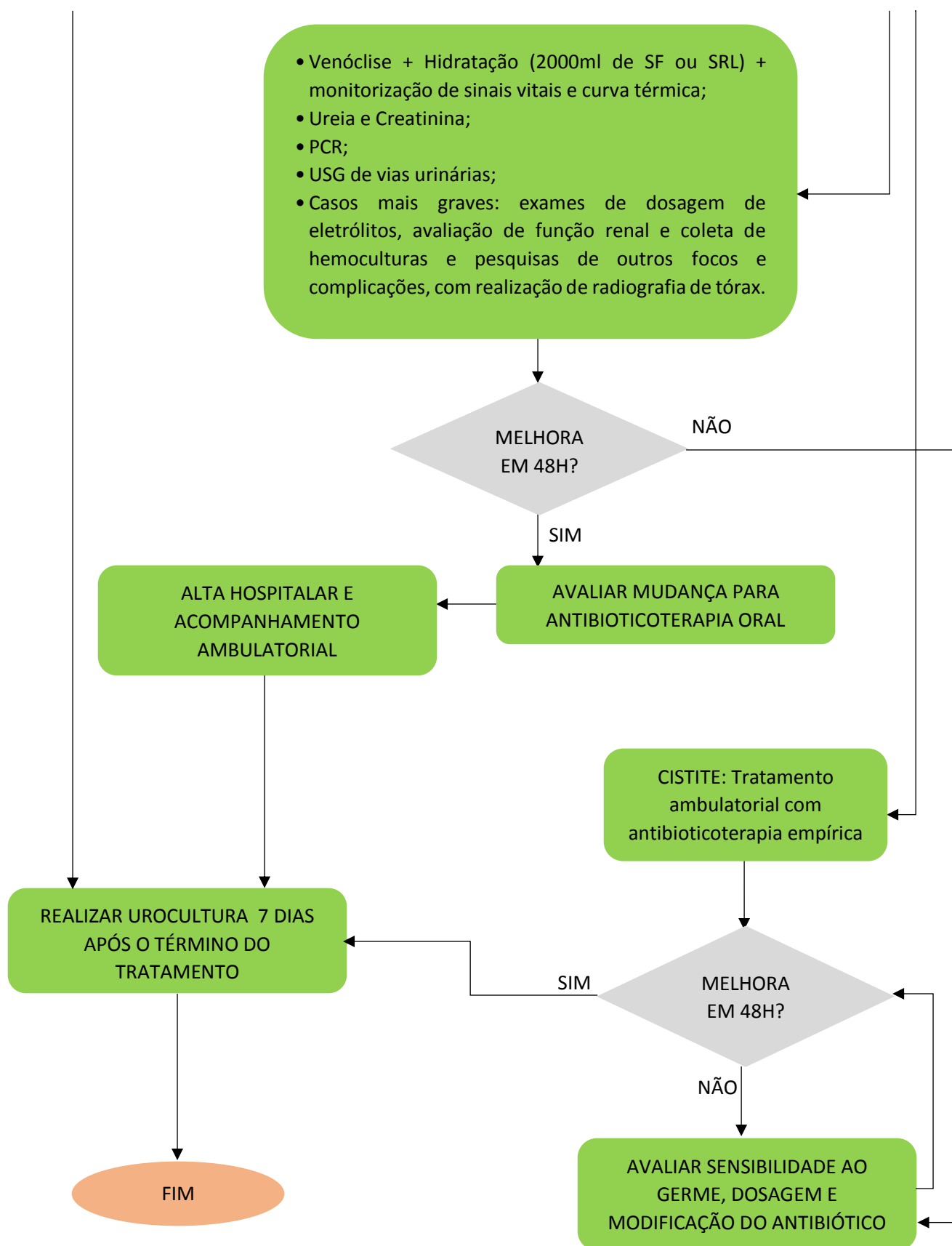
Alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial por ocasião da passagem do antibiótico por via oral e controle total dos sintomas da doença, além de uma nova urocultura, após 7 dias do término do tratamento. Transferência para a UTI se sinais de gravidade como taquicardia, hipotensão, taquipneia, desorientação e queda do estado geral.

|                     |  |                                 |                             |
|---------------------|--|---------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 10/13 |                             |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021             | Próxima revisão: 19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                       |                             |

## 12. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PACIENTE COM ITU NA GESTAÇÃO



|                     |  |                                 |                             |
|---------------------|--|---------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 11/13 |                             |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021             | Próxima revisão: 19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                       |                             |





|                     |  |                                 |                             |
|---------------------|--|---------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 12/13 |                             |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021             | Próxima revisão: 19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                       |                             |

### 13. MONITORAMENTO

As pacientes com diagnóstico de infecção do trato urinário devem realizar cultura de urina para controle de cura 7 dias após o final do tratamento, com acompanhamento ambulatorial. Nos casos de infecção urinária de repetição ou pielonefrite, manter antibiótico profilático e encaminhar ao pré-natal de alto risco de sua referência.

### 14. REFERÊNCIAS

ESPÍNOLA, A. R. W.; NÓBREGA, A. B. S.; D'OLIVEIRA, E. B. P. M.; AYRES, J. S. M. L.; SOUTO, M. N. D. M.; GADELHA, R. M. W.; MAIA, S. B.; FARIAS, S. A.; VIEIRA, T. V. F.; ISIDRO, V. M. U. A. **Protocolo de assistência obstétrica: Rede Cegonha**. Restrição de Crescimento Fetal, p.375-385. João Pessoa: Idéia Editora, 2021.

HUTTNER, A.; KOWALCZYK, A.; TURJEMAN, A.; BABICH, T.; BROSSIER, C.; ELIAKIM-RAZ, N. et al. Effect of 5-Day Nitrofurantoin vs Single-Dose Fosfomycin on Clinical Resolution of Uncomplicated Lower Urinary Tract Infection in Women: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**. 2018;319(17):1781-9.

KOCH, C.R.; RIBEIRO, J. C.; SCHNOR, O. H.; ZIMMERMANN, B. S.; MÜLLER, F. M.; D' AGOSTIN, J. et al. Resistência antimicrobiana dos uropatógenos em pacientes ambulatoriais, 2000-2004. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 2008; 41(3): 277-281. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822008000300010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822008000300010&lng=en).

MORONI RM, BRITO LGO. Infecção urinária de repetição - aspectos atuais. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); **Protocolo Febrasgo**, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/423-infeccao-urinaria-de-repeticao-aspectos-atuais>.

NICOLLE, L. E.; GUPTA, K.; BRADLEY, S.F.; COLGAN, R.; DEMURI, G. P.; DREKONJA, D.; et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. **Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America**. 2019.

SANTOS FILHO, O. O.; TELINI, A. H. Infecções do trato urinário durante a gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (**Protocolo Febrasgo** - Obstetrícia, no. 87/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

SMALL, F. M.; VAZQUEZ, J. C. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**. 2015(8): Cd000490.

THOMAS, M. H.; KALPANA, G. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. **Uptodate**. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy>.



|                     |  |                                 |                                |
|---------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLO</b>   | PRT.UMI.OBST.017 - Página 13/13 |                                |
| Título do Documento | <b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> | Emissão: 19/01/2021             | Próxima revisão:<br>19/01/2023 |
|                     |  | Versão: 1                       |                                |

## 15. HISTÓRICO DE REVISÃO

| VERSÃO | DATA     | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO  |
|--------|----------|-------------------------|
| 1      | 19/01/21 | Elaboração do protocolo |

*(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)*

|  |                     |
|--|---------------------|
| <p><b>Elaboração</b></p> <p>Aureliana Barboza da Silva<br/>Bárbara Renata Silveira de Moura<br/>Cristianne da Silva Alexandre<br/>Renata de Medeiros Wanderley Gadelha<br/>Sabina Bastos Maia</p>  | Data: 07/02/2021    |
| <p><b>Revisão</b></p> <p>Mônica Janine Andrade de Freitas Oliveira</p>   | Data: 07/03/2021    |
| <p><b>Validação</b></p> <p>Lecidamia Cristina Leite Damascena</p>  | Data: 25/03/2021    |
| <p><b>Aprovação</b> (Nome, função, assinatura)</p> <p><br/>Analayne Cibelle Medeiros Braga<br/>Chefe da Div. d e Gestão do Cuidado<br/>HULW/EBSERH-Mat. 1445721</p> | Data:<br>30/03/2021 |