



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 1/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024	Próxima revisão: 21/02/2026
		Versão: 1	

SUMÁRIO:

1. SIGLAS E CONCEITOS.....	2
1.1- SIGLAS.....	2
1.2- CONCEITOS.....	2
2. OBJETIVOS.....	4
3. JUSTIFICATIVAS.....	4
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	4
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES.....	4
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO.....	4
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	9
8. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO E PROGNÓSTICOS.....	10
9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.....	10
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA.....	17
11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA.....	18
12. MONITORAMENTO.....	18
13. REFERÊNCIAS.....	19
14. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	20

1. SIGLAS E CONCEITOS

SIGLAS:

DDAs: DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS

HUPAA: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

SRO: SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL

CONCEITOS:

DEFINIÇÃO: As doenças diarreicas agudas (DDAs) correspondem a um grupo de doenças infecciosas gastrointestinais caracterizadas por uma síndrome, na qual ocorre a diminuição da consistência das fezes, o aumento do número de evacuações (mínimo de 3 episódios em 24 horas) e, em alguns casos, há presença de muco e sangue (disenteria) [3].

ETIOLOGIA: É causada na maioria das vezes por vírus (Norovírus, Adenovírus, Rotavírus), enquanto bactérias e protozoários respondem por menos de 10% dos casos (Campylobacter, Shigella,

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 2/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024	Próxima revisão: 21/02/2026
		Versão: 1	

Salmonella, Escherichia Coli, Clostridioides, Cryptosporidium, Giardia, Ameba) [1]. Os quadros 1 a 3 mostram as principais etiologias das DDAs:

Quadro 1 – Principais bactérias que causam doenças diarreicas agudas, modos de transmissão, reservatórios e grupos etários dos casos

AGENTE ETIOLÓGICO	MODO DE TRANSMISSÃO E PRINCIPAIS FONTES	RESERVATÓRIO	GRUPO ETÁRIO DOS CASOS
<i>Bacillus cereus</i>	Alimentos	Ambiente e alimentos	Todos
<i>Staphylococcus aureus</i>	Alimentos	Humanos e animais	Todos
<i>Campylobacter spp.</i>	Fecal-oral, alimento, água, animais domésticos	Aves, bovinos e ambiente	Todos
<i>E. coli enterotoxigênica (Etec)</i>	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa	Humanos	Todos
<i>E. coli enteropatogênica (Epec)</i>	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa	Humanos	Crianças
<i>E. coli enteroinvasiva (Eiec)</i>	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa	Humanos	Adultos
<i>E. coli entero- - hemorrágica (EHEC)</i>	Fecal-oral, alimento, pessoa a pessoa	Humanos	Todos
<i>Salmonella spp. (não tifoide)</i>	Fecal-oral, alimento, água	Aves, mamíferos domésticos e silvestres, bem como répteis	Todos, principalmente crianças
<i>Shigella spp.</i>	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa	Primatas	Todos, principalmente crianças
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa, animal doméstico	Suínos	Todos
<i>Vibrio cholerae</i>	Fecal-oral, alimento, água	Ambiente	Todos, principalmente adultos

Fonte: Adaptado de CDC (1990).

Quadro 2 – Principais vírus que causam doenças diarreicas agudas, modos de transmissão, reservatórios e grupos etários dos casos

AGENTE ETIOLÓGICO	MODO DE TRANSMISSÃO E PRINCIPAIS FONTES	RESERVATÓRIO	GRUPO ETÁRIO DOS CASOS
Astrovírus	Fecal-oral, alimento, água	Provavelmente humanos	Crianças e idosos
Calicivírus	Fecal-oral, alimento, água, nosocomial	Provavelmente humanos	Todos
Adenovírus entérico	Fecal-oral, nosocomial	Provavelmente humanos	Crianças
Norovírus	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa	Humanos	Todos
Rotavírus grupo A	Fecal-oral, nosocomial, alimento, água, pessoa a pessoa	Humanos	Crianças
Rotavírus grupo B	Fecal-oral, água, pessoa a pessoa	Humanos	Todos
Rotavírus grupo C	Fecal-oral	Humanos	Todos

Fonte: Adaptado de CDC (1990).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 3/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

Quadro 3 – Principais parasitos intestinais oportunistas que causam doenças diarreicas agudas, modos de transmissão, reservatórios e grupos etários dos casos

AGENTE ETIOLÓGICO	MODO DE TRANSMISSÃO E PRINCIPAIS FONTES	RESERVATÓRIO	GRUPO ETÁRIO DOS CASOS
<i>Balantidium coli</i>	Fecal-oral, alimentos, água	Primatas, roedores e suínos	Indefinido
<i>Cryptosporidium spp.</i>	Fecal-oral, alimentos, água, pessoa a pessoa, animais domésticos	Humanos, bovinos, outros animais domésticos	Crianças e adultos com aids
<i>Entamoeba histolytica</i>	Fecal-oral, alimentos, água	Humanos	Todos, principalmente adultos
<i>Giardia lamblia</i>	Fecal-oral, alimentos, água	Humanos, animais selvagens e domésticos	Todos, principalmente crianças
<i>Cystoisospora belli</i>	Fecal-oral	Humanos	Adultos com aids

Fonte: Adaptado de CDC (1990).

A grande maioria das diarreias agudas é autolimitada, com tendência à regressão espontânea, exigindo apenas tratamento sintomático. A tentativa de definição etiológica deve ser limitada à interpretação dos dados epidemiológicos e clínicos, que permitirão hipóteses diagnósticas acuradas o bastante para servirem de guia às medidas terapêuticas. [5].

2. OBJETIVOS

Orientar os profissionais da urgência/assistência e padronizar a abordagem terapêutica na diarreia aguda.

3. JUSTIFICATIVAS

Apesar das DDAs serem autolimitadas, com duração de até 14 dias, o quadro clínico pode evoluir para desidratação leve à grave. Quando tratadas incorretamente ou não tratadas, podem levar à desidratação grave e ao distúrbio hidroeletrólítico, podendo ocorrer óbito, principalmente quando associadas à desnutrição [3].

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

As diarreias podem ser classificadas quanto ao tempo de evolução em:

- Agudas: até 15 dias de duração;
- Persistentes: de 16 a 30 dias de duração;
- Crônicas: mais de 30 dias de duração [5];

Serão incluídos neste protocolo os pacientes acompanhados no HUPAA com quadro de diarreia aguda (com duração de até 15 dias).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 4/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Profissionais da assistência envolvidos no atendimento a pacientes adultos que estão em unidades de urgência/internação/ambulatório do HUPAA com quadro de diarreia aguda.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Na avaliação de um paciente com diarreia algumas questões são importantes na coleta dos dados da história [5]:

Tempo de evolução: uma evolução maior que 15 ou 30 dias, caracterizando quadros persistentes ou crônicos, mudará a abordagem diagnóstica, uma vez que esses casos necessitam de uma investigação complementar mais ampla, diferentemente dos quadros de diarreia aguda.

Diarreias tóxicas: surgem entre 4 e 24 horas após a ingestão do alimento contaminado por toxinas de bactérias como *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens* e *Bacillus cereus*, e tendem a regredir logo após a eliminação da toxina, entre 1 e 2 dias após seu início.

Diarreias infecciosas: ocorrem 48 horas ou mais após a contaminação. São mais frequentemente secundárias a infecções virais, porém, podem ser causadas por bactérias ou protozoários. A duração das diarreias virais não costuma ser maior que 3 a 4 dias, ao passo que as bacterianas podem evoluir por até 7 dias. Quadros diarreicos que duram mais de 1 semana devem levantar a suspeita de infecção por protozoários.

Características físicas das evacuações: deve-se avaliar a consistência das fezes, presença de sangue ou muco, volume, número, presença de gordura. Diarreias secundárias a doenças do delgado costumam ser aquosas e volumosas, apresentando risco maior de desidratação. Ao contrário, nas diarreias secundárias a colites as fezes são de pequeno volume e podem apresentar muco ou sangue, o que será sugestivo de infecção por microrganismo com potencial invasivo (*Campylobacter*, *E. coli*, *Shigella* e *V. parahemolyticus*). Presença de gordura nas fezes sugere doença disabsortiva.

Presença de outros sintomas: febre, náusea, vômitos, dor abdominal – a febre é sugestiva de doença infecciosa, mais frequentemente viral. Já a presença de vômitos deve servir de alerta para a maior probabilidade de desidratação, uma vez que aumenta a perda de líquidos, ao mesmo tempo que prejudica a reposição oral. Além disso, vômitos sem diarreia ou com diarreia mínima são sugestivos de etiologia viral. A presença de dor abdominal torna pouco provável o diagnóstico de diarreia funcional.

Dados epidemiológicos: contatos, viagens, uso de medicamentos, refeições em ambientes que não o domicílio, ingestão de alimentos crus, principalmente frutos do mar (ostras):

- História de contato com indivíduo portador de sintomas semelhantes há mais de 48 horas sugere doença infecciosa. Relatos de epidemias na região de domicílio do paciente podem direcionar o diagnóstico.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 5/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

-Viagens a países tropicais tornam os indivíduos mais suscetíveis de adquirir patologias específicas dessas regiões, como esquistossomose, amebíase, giardíase e outras helmintíases intestinais. Além do contato com agentes infecciosos ou toxinas, a ingestão de alimentos exóticos, totalmente fora dos padrões de alimentação do indivíduo, pode ter como consequência um quadro diarreico que tem como característica a curta duração (24 a 48 horas), com resolução espontânea.

-O hábito dos indivíduos de ambientes urbanos de frequentar restaurantes é fator importante no aumento dos casos de diarreia, seja pela “libação” alimentar no restaurante, seja pela má conservação, pelo aproveitamento de restos de alimentos, pelas más condições de higiene do ambiente ou, ainda, pelo excesso de temperos.

- Inúmeros medicamentos são associados a quadros diarreicos, com fisiopatologia que varia desde inibição da absorção de gorduras até o desencadeamento de colites microscópica e pseudomembranosa.

Alguns medicamentos estão relacionados a diarreia em mais de 10 a 20% dos pacientes que os utilizam, outros o fazem ocasionalmente, conforme discriminado no Quadro 4 [5].

Quadro 4 – Frequência de diarreia relacionada a medicamentos

Drogas que causam diarreia em ≥ 20% dos pacientes	Drogas que causam diarreia ocasionalmente
Inibidores da alfa-glicosidase (acarbose) Biguanidas	5-aminosalicilatos (especialmente olsalazina)
Auranofina (sais de ouro)	Inibidores da acetilcolinesterase Anticolinérgicos
Colchicina	Cafeína
Diacereína	Calcitonina
Tratamento antiviral altamente ativo (HAART)	Carbamazepina
Prostaglandinas	Ácido quenodesoxicólico
Inibidores da tirosina cinase	Colestiramina
Drogas que causam diarreia em ≥ 10% dos pacientes	Inibidores da colinesterase
Antibióticos	Cimetidina
Quimioterápicos	Preparações à base de sulfato ferroso (raro)
Colinérgicos	Agentes venotônicos relacionados a flavonoides
Digoxina	Inibidores da HMG-CoA redutase (estatinas)
Imunossupressores	Irinotecano
Metoclopramida	Isotretinoína
Orlistate (inibidor da lipase)	Levodopa-benserazida
Laxativos osmóticos	Antiácidos à base de magnésio
Carboidratos não absorvíveis ou mal absorvíveis Inibidores seletivos da recaptção da serotonina	Metildopa
Ticlopidina	Agonistas da motilina
	Anti-inflamatórios não esteroides
	Octreotide
	Penicilamina
	Pré-bióticos
	Inibidores da bomba de prótons
	Tacrina
	Teofilina
	Hormônios tireoidianos

Fonte: Zaterka *et al*, 2016

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 6/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

As manifestações clínicas mais frequentes estão descritas nos Quadros 5, 6 e 7, de acordo com o agente etiológico [3].

Quadro 5 – Manifestações clínicas, período de incubação e duração das doenças diarreicas agudas causadas por principais bactérias

AGENTE ETIOLÓGICO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS			PERÍODO DE INCUBAÇÃO	DURAÇÃO DA DOENÇA
	DIARREIA	FEBRE	VÔMITO		
Bacillus cereus	Geralmente pouco importante	Rara	Comum	1 a 6 horas	24 horas
Staphylococcus aureus	Geralmente pouco importante	Rara	Comum	1 a 6 horas	24 horas
Campylobacter spp.	Pode ser disentérica	Variável	Variável	1 a 7 dias	1 a 4 dias
E. coli enterotoxigênica (Etec)	Aquosa, pode ser profusa	Variável	Eventual	12 horas a 3 dias	3 a 5 dias
E. coli enteropatogênica (Epec)	Aquosa, pode ser profusa	Variável	Variável	2 a 7 dias	1 a 3 semanas
E. coli enteroinvasiva (Eiec)	Pode ser disentérica	Comum	Eventual	2 a 3 dias	1 a 2 semanas
E. coli entero- - hemorrágica (EHEC)	Inicia aquosa, com sangue em seguida	Rara	Comum	3 a 5 dias	1 a 12 dias
Salmonella spp. (não tifoide)	Pastosa, aquosa, às vezes, com sangue	Comum	Eventual	8 horas a 2 dias	5 a 7 dias
Shigella spp.	Pode ser disentérica	Comum	Eventual	1 a 7 dias	4 a 7 dias
Yersinia enterocolitica	Mucosa, às vezes, com presença de sangue	Comum	Eventual	2 a 7 dias	1 dia a 3 semanas
Vibrio cholerae	Pode ser profusa e aquosa	Geralmente afebril	Comum	5 a 7 dias	3 a 5 dias

Fonte: Adaptado de CDC (1990).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 7/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

Quadro 6 – Manifestações clínicas, período de incubação e duração das doenças diarreicas agudas causadas por vírus

AGENTE ETIOLÓGICO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS			PERÍODO DE INCUBAÇÃO	DURAÇÃO DA DOENÇA
	DIARREIA	FEBRE	VÔMITO		
Astrovírus	Aquosa	Eventual	Eventual	1 a 14 dias	1 a 14 dias
Calicivírus	Aquosa	Eventual	Comum em crianças	1 a 3 dias	1 a 3 dias
Adenovírus entérico	Aquosa	Comum	Comum	7 a 8 dias	8 a 12 dias
Norovírus	Aquosa	Rara	Comum	18 horas a 2 dias	12 horas a 2 dias
Rotavírus grupo A	Aquosa	Comum	Comum	1 a 3 dias	5 a 7 dias
Rotavírus grupo B	Aquosa	Rara	Variável	2 a 3 dias	3 a 7 dias
Rotavírus grupo C	Aquosa	Ignorado	Ignorado	1 a 2 dias	3 a 7 dias

Fonte: Adaptado de CDC (1990).

Quadro 7 – Manifestações clínicas, período de incubação e duração das doenças diarreicas agudas causadas por parasitos intestinais oportunistas

AGENTE ETIOLÓGICO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS			PERÍODO DE INCUBAÇÃO	DURAÇÃO DA DOENÇA
	DIARREIA	FEBRE	ABDOMEN		
<i>Balantidium coli</i>	Eventual com muco ou sangue	Rara	Dor	Ignorado	Ignorado
<i>Cryptosporidium spp.</i>	Abundante e aquosa	Eventual	Cãibra eventual	1 a 2 semanas	4 dias a 3 semanas
<i>Entamoeba histolytica</i>	Eventual com muco ou sangue	Variável	Cólica	2 a 4 semanas	Semanas a meses
<i>Giardia lamblia</i>	Incoercíveis fezes claras e gordurosas	Rara	Cãibra/ distensão	5 a 25 dias	Semanas a anos
<i>Cystoisospora belli</i>	Incoercível	Ignorado	Ignorado	2 a 15 dias	2 a 3 semanas

Fonte: Adaptado de CDC (1990).

No exame físico deve-se avaliar peso, temperatura, estado geral, frequência cardíaca e respiratória e presença de sinais de desidratação [4]. O exame do abdome avaliará distensão e sensibilidade abdominais.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 8/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024	Próxima revisão: 21/02/2026
		Versão: 1	

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Poderão ser solicitados alguns exames complementares no caso de manifestações mais severas, do agravamento progressivo, apesar das medidas adotadas, ou naqueles com mais de 48 horas de duração dos sintomas, sem sinais de arrefecimento, para avaliar o quadro hematológico: hemograma, níveis do sódio e potássio séricos, ureia e creatinina. Podem-se considerar exceção os casos de diarreia sanguinolenta, que poderão merecer investigação etiológica precoce [5].

Quando for necessária a definição do agente etiológico da diarreia aguda, os exames recomendados serão direcionados para a(s) hipótese(s) levantadas com os dados clínicos, conforme discriminados no quadro 8.

Quadro 8 – Investigação complementar das diarreias infecciosas

Agente etiológico	Exames complementares
Rotavírus, norovírus, astrovírus, citomegalovírus	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rotavírus, norovírus: ■ Fezes = PCR (preferência) ou microscopia eletrônica. ■ Soro = ELISA para anticorpo específico.
<i>Campylobacter</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Microscopia direta com coloração pelo Gram e coprocultura. ■ Pesquisa da bactéria por PCR nas fezes.
<i>Salmonella</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gastroenterite: coprocultura. ■ Infecção sistêmica: hemocultura, diagnóstico sorológico (Reação de Widal). ■ Diagnóstico sorológico por ELISA ou PCR.
<i>Shigella</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coprocultura. PCR nas fezes.
<i>E. coli</i> entero-hemorrágica	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coprocultura. PCR nas fezes.
<i>E. coli</i> enteropatogênica	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coprocultura. PCR nas fezes.
<i>Vibrio cholerae</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coprocultura. PCR nas fezes. ■ Loop-mediated isothermal amplification (LAMP) de swab anal.
<i>Clostridioides difficile</i>*	<ul style="list-style-type: none"> ■ Detecção de toxinas A e/ou B nas fezes – ELISA. Resultado em 2 a 6 horas. ■ Pesquisa de citotoxina nas fezes – resultado tardio – 24 a 48 horas). ■ Coprocultura – não específico para cepas produtoras de toxina, difícil, demorada e cara. ■ Retossigmoidoscopia – aspecto característico de pseudomembranas.
<i>Yersinia enterocolitica</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pesquisa de leucócitos fecais. ■ Difícil de ser diferenciada de outros patógenos nas fezes. ■ Coprocultura específica: difícil devido à interferência da microbiota intestinal. ■ Diagnóstico histológico a partir de gânglios, quando presente, é mais viável. ■ Diagnóstico sorológico: interpretação dependente de cultura, devido a reação cruzada com outros microrganismos. ■ US ou TC quando suspeita em quadro compatível com apendicite.
<i>Clostridium perfringens</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coprocultura, ELISA e/ou PCR nas fezes.
<i>Candida albicans</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coprocultura para <i>Candida</i> – se contagem >10⁵ CFU/mL = supercrescimento. A simples presença de <i>Candida</i> nas fezes não é suficiente para o diagnóstico. Obs.: CFU = Colony forming units.
<i>Cryptosporidium</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pesquisa do protozoário em fezes preservadas em formalina a 10%. ■ Teste ELISA para antígenos do protozoário nas fezes.
<i>Giardia lamblia</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pesquisa do protozoário em fezes frescas ou imediatamente preservadas em formol 10%. ■ Aspirado duodenal, biópsia do duodeno e anticorpos anti-<i>Giardia</i>
Agente etiológico	Exames complementares

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 9/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024	Próxima revisão: 21/02/2026
		Versão: 1	

<i>E. histolytica</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fezes frescas: pesquisa de cistos ou trofozoítos. Diferenciação com <i>E. dispar</i> (não patogênica) difícil, exigindo análise isoenzimática ou imunológica. ■ Anticorpos séricos anti-<i>E. histolytica</i> para casos extraintestinais.
<i>Strongyloides stercoralis</i> (síndrome de Loeffler)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Raio X de tórax. ■ Fezes: método de Baermann para identificação de larvas ou ovos. Preferencialmente 3 exames de fezes frescas em 3 dias consecutivos (sensibilidade aumenta de 30% para 80%). ■ Sangue: sorologia (ensaio imunoenzimático ou fluorescência indireta) – 88 a 95% de sensibilidade. ■ Endoscopia: biópsia do duodeno. De normal a duodenite acentuada. ■ Aspirado duodenal: pesquisa de larvas. ■ Hemograma: eosinofilia.
<i>Tropheryma Whipple</i> (doença de Whipple)	<ul style="list-style-type: none"> ■ PC R em biópsias do duodeno. ■ Endoscopia: mucosa duodenal pálida, com áreas de hiperemia e friabilidade. Colher fragmentos para exame histopatológico. ■ Histologia: coloração PAS revela inclusões de cor vermelha no interior de macrófagos. ■ Imuno-histoquímica específica.

OBS: testes para identificação do *C. difficile* não disponíveis no HUPAA

Fonte: Zaterka *et al*, 2016.

8. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO E PROGNÓSTICOS

A Indicação de Internação hospitalar para os pacientes com diarreia aguda deve seguir os seguintes critérios [1]:

- Ausência de melhora clínica após sintomáticos, como manutenção de vômitos e/ou dor abdominal refratária;
- Distúrbio hidroeletrólítico importante (que necessite de reposição injetável);
- Sepses (seguir protocolo institucional).

9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO:

O tratamento fundamental da diarreia aguda é a reposição de água e eletrólitos, com objetivo de prevenir ou tratar distúrbios hidroeletrólíticos, independente da etiologia. Para orientar o manejo mais adequado, em adultos e crianças maiores de 5 anos, deve-se realizar avaliação clínica, incluindo exame físico completo, com objetivo de determinar a gravidade da desidratação e a conduta a ser tomada [4]. Os quadros 9 a 12 sintetizam os principais pontos da avaliação clínica e tratamento dos pacientes com diarreia aguda:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 10/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

Quadro 9: Avaliação do paciente com diarreia aguda

Avaliar e classificar		
Sem desidratação	Desidratação não grave	Desidratação grave
Não há sinais suficientes para classificar como DESIDRATAÇÃO ou DESIDRATAÇÃO GRAVE.	Dois dos seguintes sinais: – Inquietação ou irritabilidade. – Olhos fundos. – Lágrimas ausentes. – Bebe avidamente, com sede. – Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior. – Pulso rápido, fraco. – Enchimento capilar prejudicado (3 a 5 segundos).	Dois dos seguintes sinais: – Letargia ou inconsciência. – Olhos muito fundos. – Lágrimas ausentes. – Não consegue beber ou bebe com dificuldade. – Sinal da prega: a pele volta muito lentamente (> 2 segundos) ao estado anterior. – Pulso rápido, fraco. – Enchimento capilar muito prejudicado (> 5 segundos).
PLANO A	PLANO B	PLANO C

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Ministério da Saúde [S.d.].

Quadro 10 - Plano A: tratamento da diarreia em casa – pacientes sem sinais de desidratação.

Plano A: tratamento da diarreia em casa – pacientes sem sinais de desidratação
1. Ingerir mais líquidos que o habitual para prevenir a desidratação, tanto líquidos caseiros (água de arroz, sopas, sucos e chás) quanto soro de reidratação oral. Não se deve consumir refrigerantes ou bebidas adoçadas como forma de hidratação. Após cada evacuação diarreica, pacientes adultos devem consumir pelo menos 200mL de líquido. Crianças de 5 a 10 anos podem consumir de 100 a 200mL de líquido após cada evacuação diarreica.
2. Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição.
3. Orientar paciente e responsável quanto aos sinais de alarme e desidratação. Se não houver melhora em 2 dias ou ocorrendo qualquer um dos sinais de alarme, deve retornar imediatamente a unidade de saúde. – Os sinais de alarme são: piora da diarreia, vômitos de repetição, sede excessiva, recusa alimentar, sangue nas fezes, oligúria/anúria.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Ministério da Saúde [S.d.].

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 11/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

Quadro 11 - Plano B: tratar a desidratação na unidade de saúde.

Plano B: tratar a desidratação na unidade de saúde

1. Iniciar solução de reidratação oral (SRO) na unidade, continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. Administrar 50 a 100mL/kg no período de 4 a 6 horas. Exemplo: paciente de 60kg irá receber de 3000mL a 6000mL de SRO por via oral no período de 4 a 6 horas.

O paciente deve permanecer na unidade de saúde até a reidratação completa.

2. Reavaliar o paciente e os sinais de desidratação.

- Se os sinais de desidratação desaparecerem: seguir plano A (quadro 10)
- Se continuar desidratado: indicar sonda nasogástrica.
- Se evoluir para desidratação grave, seguir o plano C (quadro 12)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Ministério da Saúde [S.d.]

Quadro 12 - Plano C: tratar a desidratação grave em unidade hospitalar.

Plano C: tratar a desidratação grave em unidade hospitalar

1. Iniciar reposição endovenosa imediatamente, conforme abaixo.

Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.

	Solução	Peso do paciente	Volume total	Tempo de administração
Fase rápida	1ª etapa: soro fisiológico 0,9%	-	30mL/kg	30 minutos
	2ª etapa: ringer lactato ou solução polieletrólítica	-	70mL/kg	2 horas e 30 minutos
Fase de manutenção	Soro glicosado a 5% + SF 0,9%. Proporção 4:1	Até 10kg	100 mL/kg	Fase de manutenção e fase de reposição devem ser administradas juntas ao longo de 24 horas.
		10 a 20kg	1.000 mL + 50 mL/kg de peso que exceder 10kg	
		> 20kg	1.500 mL + 20 mL/kg de peso que exceder 20 kg	
Fase de reposição	Soro glicosado a 5% + SF 0,9%. Proporção 1:1 KCl 10%	-	Iniciar com 50 mL/kg/dia. Reavaliar conforme perdas do paciente.	
		-	2 mL para cada 100 mL de solução da fase de manutenção	

2. O paciente deve ser observado por pelo menos 6 horas. Se isso não for possível no contexto da APS ou se a unidade não possuir as soluções necessárias para hidratação endovenosa (EV), o paciente deve ser transferido para ambiente hospitalar.

3. Quando o paciente conseguir beber, pode ser iniciada reidratação por via oral com SRO enquanto mantém a hidratação endovenosa.

4. Ao conseguir manter ingesta de SRO suficiente para manutenção da hidratação, o paciente pode ser liberado para casa conforme orientação do Plano A ou B.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Ministério da Saúde [S.d.]

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 12/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

Disenteria aguda é caracterizada pela diarreia com presença de sangue nas fezes, podendo haver também muco e/ou pus. É acompanhada de sintomas gerais, mais frequentemente febre, e de sintomas locais, como cólica e tenesmo. A desidratação é incomum. Além da *Shigella* sp. e *Salmonella* sp, outros agentes causadores são *Yersinia enterocolitica*, *Entamoeba* sp. e *Cryptosporidium* [4].

Os antibióticos devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e comprometimento do estado geral ou em casos de cólera grave. Em outras condições, os antibióticos são ineficazes e não devem ser prescritos.

O manejo da disenteria aguda é demonstrado no quadro 13.

Quadro 13- Manejo da Disenteria aguda

IDENTIFICAR DISENTERIA E/OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA
<p>PERGUNTAR SE O PACIENTE TEM SANGUE NAS FEZES</p> <p>Em caso positivo e com comprometimento do estado geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reidratar o paciente de acordo com os planos A, B ou C. • Iniciar antibioticoterapia.
<p>Tratamento de adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacino: 500 mg de 12/12h, via oral, por 3 dias. • Ceftriaxona: 50 a 100 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa • Orientar o paciente ou acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio. • Reavaliar o paciente após 2 dias. • Se mantiver presença de sangue nas fezes ou melena após 48 horas do início do tratamento: <ul style="list-style-type: none"> - Se o paciente estiver com condições gerais boas, iniciar Ceftriaxona 2g, via intramuscular, 1 vez ao dia, por 2 a 5 dias. - Se estiver com condições gerais comprometidas, encaminhar para internação hospitalar.

OBS: Sulfametoxazol + Trimetopim - Levantamento da literatura mostrou que, no Brasil, as amostras de *Shigella* testadas apresentam alta taxa de resistência (até 90%)

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde [S.d.]

Os antiparasitários: devem ser usados somente para:

- Amebíase, quando o tratamento de disenteria por *Shigella* sp fracassar, ou em casos em que se identificam nas fezes trofozoítos de *Entamoeba histolytica* englobando hemácias.
- Giardíase, quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se identificarem cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal.

Em adultos: prescrever metronidazol 750mg, de 8/8h, por 5 dias.

Antidiarreicos e antieméticos não devem ser utilizados [2].

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 13/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

Os probióticos são úteis na regularização de hábito intestinal após resolução do quadro. Promovem pequena redução na duração do quadro. Prescrever *Saccharomyces Boulardi* (Floratil®) 400mg (02 comprimidos de 200mg) por via oral de 8/8h, durante 5 dias [1].

A doença causada pelo *Clostridioides difficile* (DCd) é na atualidade importante causa de diarreia relacionada aos cuidados de saúde, principalmente nos hospitais, respondendo por 15% a 25% dos casos de diarreia associada ao uso de antibióticos. Os casos descritos na comunidade também vêm aumentando, embora em frequência muito menor [6].

Os quadros 14 e 15 mostram os principais fatores de risco e principais antibióticos envolvidos na doença associada ao *Clostridioides difficile*:

Quadro 14 - Principais fatores de risco da doença associada ao *Clostridioides difficile*

Idade acima de 65 anos	Tratamento domiciliar	Diabetes mellitus
Internações prolongadas	Ingestão de carne processada	Cirrose hepática
Casas de apoio a idosos	Cirurgias em geral e gastrointestinal	Doença renal crônica
Antibioticoterapia em geral	Endoscopia digestiva	Doença inflamatória intestinal
Antibioticoterapia prolongada	Sonda nasogástrica	Colite ulcerativa
Associação antibiótica	Gastrostomia	Imunossupressão em geral
Profilaxia antibiótica em cirurgia	Jejunostomia	Imunodeficiências. Aids
Imunossupressores	Comorbidades em geral	Desnutrição
Inibidores da bomba de prótons	Neoplasias sólidas	Hipoalbuminemia
Antagonistas dos receptores H2	Neoplasias hematológicas	Transplantes de medula
Quimioterapia antineoplásica	Doença de Hirschsprung	Transplantes de órgãos Fibrose cística

Fonte: Adaptado de Doença associada à infecção pelo *Clostridioides difficile*. Atualização Nelson Gonçalves Pereira et al

Quadro 15 - Principais antibióticos envolvidos na doença associada ao *Clostridioides difficile*

Comumente envolvidos	Ocasionalmente envolvidos	Raramente envolvidos
Fluoroquinolonas Cefalosporinas Clindamicina Penicilinas de largo espectro Carbapenemas	Macrolídeos Trimetoprim Sulfonamidas Penicilinas de curto espectro Cefalosporinas de primeira geração	Aminoglicosídeos Vancomicina Metronidazol Cloranfenicol Tetraciclina Tigeciclina

Fonte: Adaptado de Doença associada à infecção pelo *Clostridioides difficile*. Atualização Nelson Gonçalves Pereira et al

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 14/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

De acordo com a gravidade, podemos classificar a DCd em [7]:

- **Portadores assintomáticos:** correspondem a cerca de 50% dos casos e podem servir como fonte de infecção para os suscetíveis.
- **Casos Leves e Moderados:** são os mais comuns. Os pacientes apresentam diarreia, dor abdominal, febre baixa ou moderada, hiporexia, náuseas e vômitos ocasionais. Cerca de 60% destes pacientes têm franca melhora em 10 dias e 30% apresentam quadro mais arrastado, evoluindo em média em cerca de 18 dias.
- **Casos Graves:** correspondem a 5% a 10% dos pacientes, que apresentam febre alta, diarreia intensa, desidratação e distúrbios eletrolíticos.
- **Casos Graves Complicados:** correspondem a cerca de 3% a 8% dos pacientes, que podem apresentar perfuração intestinal, peritonite, megacólon tóxico, sepse, insuficiência renal, podendo evoluir para óbito.
- **Formas Recorrentes:** ocorrem em 15% a 35% dos pacientes e podem ser causadas por reinfecções ou recaídas. Os principais fatores de risco para as recorrências são o uso de antibióticos, a doença inflamatória intestinal e a cirurgia intestinal prévia.

Em 2013, Miller e colaboradores publicaram uma análise de dois ensaios clínicos com o objetivo de validar um sistema de categorização que estratifica pacientes com DCd em grupos graves ou leves a moderados. Uma combinação de 5 variáveis clínicas e laboratoriais simples e comumente disponíveis (idade, tratamento com antibióticos sistêmicos, contagem de leucócitos, albumina e a creatinina sérica), medidas no momento do diagnóstico de DCd, foi capaz de prever com precisão a resposta terapêutica. Posteriormente, um sistema de pontuação de risco diferente para a prática clínica diária foi proposto [7].

- Idade superior a 70 anos - 2 pontos
- Contagem de glóbulos brancos superior a 20.000/uL ou inferior a 2000/uL - 1 ponto
- Insuficiência cardiorrespiratória - 7 pontos
- Sensibilidade abdominal difusa - 6 pontos

Pacientes com escore de até 6 pontos foram considerados de baixo risco, enquanto pacientes com escore maior ou igual a 6 foram considerados de alto risco. Infelizmente, nenhum achado clínico ou laboratorial pode prever qual paciente não responderá à terapia clínica e, eventualmente, precisará de intervenção cirúrgica. Portanto, algumas indicações comuns para solicitar a avaliação de um cirurgião incluem, mas não estão limitadas a [7].

- Hipotensão com ou sem a necessidade de uso de drogas vasopressoras
- Temperatura maior ou igual a 38,5°C
- Íleo ou distensão abdominal significativa
- Megacolon (> 7 cm de diâmetro no cólon)
- Peritonite ou sensibilidade abdominal significativa
- Ar livre em cavidade abdominal, identificada em exame de imagem

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 15/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

- Estado mental alterado
- Contagem de glóbulos brancos superior a 2000 células/mL
- Níveis séricos de lactato superiores a 2,2 mmol/L
- Admissão em unidade de cuidados intensivos devido à deterioração clínica ou falência de órgãos
- Paciente transplantado
- Ausência de melhora após 3 a 5 dias de terapia clínica

Pacientes com colite fulminante por *Clostridioides difficile* que progridem para toxicidade sistêmica devem iniciar antibióticos enquanto aguardam consulta cirúrgica. Atrasar a cirurgia aumenta a probabilidade de desfechos adversos. Portanto, pacientes adultos infectados com *C. difficile* devem ser submetidos à cirurgia precocemente, antes de desenvolver choque e necessitar de vasopressores. Embora o tempo ideal permaneça controverso, as diretrizes recomendam a intervenção cirúrgica 3 a 5 dias após a falha em melhorar com o tratamento clínico [7].

Os quadros 16 e 17 sumarizam os principais esquemas terapêuticos para os pacientes com DCd [6].

Quadro 16 - Tratamento em adultos das formas leves, moderadas, graves e graves complicadas da doença causada pelo *Clostridioides difficile*, primeiro episódio

Tratamento das formas leves ou moderadas possíveis de se fazer no Brasil

1- Vancomicina: 125mg, VO, 4 vezes/dia, durante 10 a 14 dias, esquema preferencial

2- Metronidazol: 500mg, VO, 3 vezes/dia, 10 a 14 dias, quando não é possível fazer a vancomicina e para casos sem fatores de risco de gravidade ou de recorrências

Tratamento das formas leves ou moderadas não disponíveis no Brasil

3- Fidaxomicina: 200mg, VO, 2 vezes/dia, 10 dias

Tratamento das formas graves

4- Vancomicina no esquema 1

5- Fidaxomicina no esquema 3 (não disponível no Brasil)

Tratamento das formas graves complicadas e fulminantes

6- Vancomicina, 500mg, VO*, de 6/6 horas, por 10 a 14 dias associada ao

7- Metronidazol 500mg, EV, 3 vezes/dia, por 10 dias**

* A vancomicina pode ser feita por sonda nasogástrica, clister, por ileostomia ou gastrostomia

** Ver possibilidade de tigeciclina quando não há disponibilidade do metronidazol EV

Obs: A formulação da vancomicina oral em cápsulas não existe no comércio do Brasil. Propõem-se então quebrar a ampola e ministrar o antibiótico em sua apresentação venosa por via oral.

Fonte: Adaptado de Doença associada à infecção pelo *Clostridioides difficile*. Atualização Nelson Gonçalves Pereira et al

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 16/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024	Próxima revisão: 21/02/2026
		Versão: 1	

Quadro 17 - Tratamento em adultos das formas recorrentes do *Clostridioides difficile*

Primeira recorrência
Tratar como o episódio inicial. Veja no Quadro 16
Segunda ou mais recorrências. Esquemas possíveis no Brasil
1- Vancomicina: 125mg, VO, de 6/6 horas, durante 10 a 14 dias
2- Vancomicina com retirada progressiva e pulsado
Vancomicina: 125mg, VO, de 6/6 horas, por 2 semanas
Vancomicina: 125mg, VO, de 12/12 horas, por 1 semana
Vancomicina: 125mg, VO, 1 vez/dia, por 1 semana
Vancomicina: 125mg, VO, a cada 2 ou 3 dias, por 2 a 8 semanas
3- Vancomicina seguida da rifaximina
Vancomicina: 125mg, VO, de 6/6 horas, durante 10 a 14 dias, seguida de rifaximina, 400mg, VO, 3 vezes/dia, por 20 dias
4- Vancomicina nos esquemas 1 ou 2 ou 3, seguida de Transplante de microbiota fecal, respeitadas as contraindicações
Esquemas para recorrências recomendados, mas não disponíveis no Brasil
5- Fidaxomicina, 200mg, VO, 2 vezes/dia, por 10 dias
6- Fidaxomicina, 200mg, VO, 2 vezes/dia, por 5 dias, seguida de 200mg, VO, em dias alternados, 10 doses
7- Fidaxomicina, esquemas 5 ou 6, associada ao bezlotoxumab, dose abaixo
8- Fidaxomicina, esquemas 5 ou 6, seguida de transplante de microbiota fecal
9- Vancomicina, nos esquemas 1, 2 ou 3, associadas ao bezlotoxumab, 10mg/kg, EV, dose única

Fonte: Adaptado de Doença associada à infecção pelo *Clostridioides difficile*. Atualização Nelson Gonçalves Pereira et al

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Os critérios de mudança terapêutica, a depender da resposta às medidas de reidratação impostas e tratamento medicamentoso, são descritos nos quadros 10 a 13 e 16 a 17.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 17/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Ao conseguir manter ingesta de SRO suficiente para manutenção da hidratação, o paciente pode ser liberado para casa [2].

O quadro 18 mostra as orientações de alta para os pacientes:

Quadro 18 - Orientações de Alta Para os Pacientes

ORIENTAÇÕES DE ALTA
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir suas atividades até você se sentir melhor ou a diarreia e vômitos pararem • Beber aproximadamente dois litros de líquidos por dia, como água, isotônicos, chás sem cafeína e água de coco • Diminuir ou evitar a ingesta de leite e derivados, café e bebidas que tenham cafeína e refrigerantes até resolução do quadro • Evitar comer alimentos gordurosos, grãos (feijão, grão de bico, lentilha, milho), frutas, verduras e salada crua • Por 3 dias dê preferência para comer arroz, legumes cozidos (como batata, mandioca, cenoura, chuchu), carnes grelhadas bem passadas ou cozidas, macarrão, pão, bolacha água e sal, torradas sem fibra, banana e maçã. Após 3 dias reintroduza sua dieta habitual lentamente.

Fonte: Adaptado de Andrade L.C.V *et al*, 2017

12. MONITORAMENTO:

Os pacientes em tratamento domiciliar ou alta hospitalar deverão retornar ao médico ou pronto-atendimento se [1]:

- A diarreia durar mais que 5 dias sem melhora;
- Tiver dor intensa, localizada e persistente no abdômen;
- Tiver febre e calafrios após as primeiras 48 horas;
- Tiver fezes com sangue, muco ou vermes;
- Apresentar sinais de desidratação como boca seca, sede intensa, pele enrugada, diminuição do volume urinário, tontura ou muita fraqueza;
- Tiver náuseas e/ou vômitos persistentes.

13. REFERÊNCIAS

1. Andrade, L.C.V., Ferreira dos Santos, E., Pinto, I.C.S., et al. Protocolo assistencial pronto-socorro gastroenterocolite aguda. Hcor Associação Beneficente Síria. São Paulo; [acessado em 28, Ago 2022]. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp->

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 18/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

content/uploads/sites/3/2021/12/PROTOCOLOS_PRONTO_SOCORRO_GASTROENTEROCOLITE_AGUDA_v2_web.pdf

- Ministério da Saúde (Brasil). Cartaz manejo do paciente com diarreia. Brasília; 10 Fev 2022 [citado em 28 Ago 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dtha/arquivos/cartaz-manejo-do-paciente-com-diarreia.pdf/view>
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. 5a ed. Brasília, DF; 2021 [citado em 26 Ago 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-5ed-21nov21-isbn5.pdf/view>.
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. Qual o manejo da diarreia aguda em adultos e crianças maiores de 5 anos na Atenção Primária à Saúde (APS)? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 3 Jan 2022 [citado em 28, Ago 2022]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-manejo-da-diarreia-aguda-em-adultos-e-criancas-maiores-de-5-anos-na-atencao-primaria-saude-aps/>.
- Zaterka, S., Eisig, J.N. TRATADO DE GASTROENTEROLOGIA: DA GRADUAÇÃO À PÓS-GRADUAÇÃO - 2ª Ed. 2016. Editora Atheneu. São Paulo.
- Doença associada à infecção pelo Clostridioides difficile. Atualização Nelson Gonçalves Pereira et al. Med. Ciên. e Arte, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p.49-93, jul-set 2022
- Severe Clostridioides difficile Infection In The Intensive Care Unit – Medical and Surgical Management. Ramzy Husam Rimawi et al. Infectious Disease Clinics of North America, 2022-12-01, Volume 36, Edição 4, Páginas 889-895, Copyright 2022 Elsevier Inc.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1	21/02/2024	Helder de Matos Carvalho	Institui o Protocolo Diarreia Aguda.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 19/19	
Título do Documento	DIARREIA AGUDA	Emissão: 21/02/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 21/02/2026

Elaboração: Helder de Matos Carvalho Médico Gastroenterologista/ Unidade de Clínica Médica	Data: 21/02/2024
Análise: Aline Araujo Padilha Lages Médica / Chefe da Unidade de Clínica Médica	Data: ____/____/____
Validação: Maria Raquel dos Anjos Silva Guimaraes Médica Infectologista do Serviço de Controle de Infecção Relacionados à Assistência à Saúde Setor de Gestão da Qualidade	Data: ____/____/____ Data: ____/____/____
Aprovação: Jose Cardoso Cavalcante Junior Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado	Data: ____/____/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte