

ITU 2026 — TRATAR A INFECÇÃO, NÃO O EXAME

Segurança do paciente,
uso racional de exames
e combate à resistência
antimicrobiana na APS.

Prefeitura de Itariri |  Saúde em Movimento



UROCULTURA POSITIVA $\neq$ ITU



O reflexo perigoso:
Ver bactéria no papel →
Prescrever antibiótico.

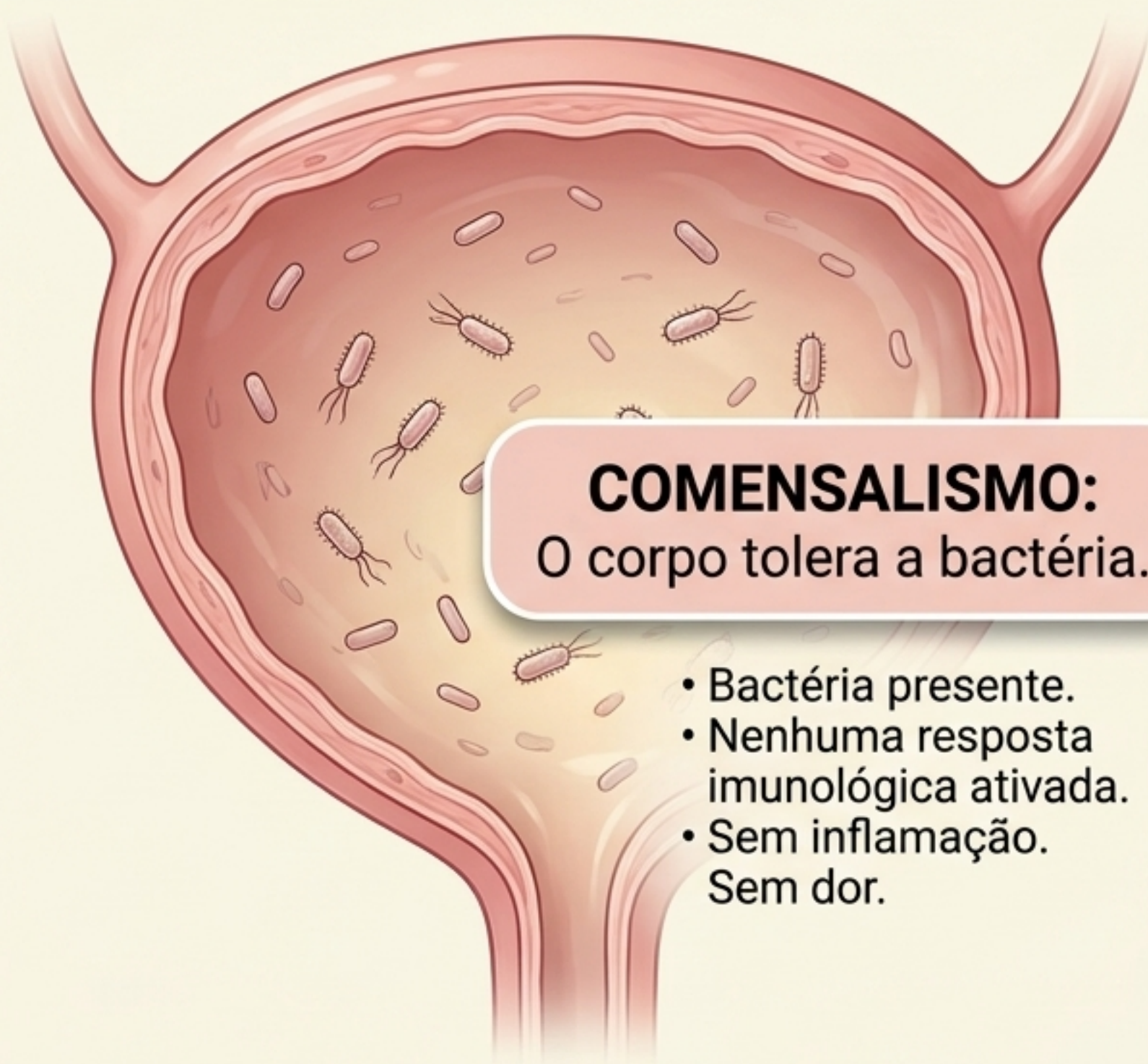


A realidade clínica: A bexiga não é um ambiente estéril em todos os pacientes. Presença de bactéria sem inflamação sistêmica ou local é apenas um dado, não uma doença.



COLONIZAÇÃO

Bacteriúria Assintomática



COMENSALISMO:
O corpo tolera a bactéria.

- Bactéria presente.
- Nenhuma resposta imunológica ativada.
- Sem inflamação. Sem dor.



INFECÇÃO

ITU Sintomática



DOENÇA:
Resposta imunológica ativada.

- Invasão tecidual.
- Inflamação ativa (disúria, urgência).

O exame laboratorial não sabe a diferença. Apenas a sua anamnese sabe.

O GATILHO CLÍNICO: O QUE REALMENTE SUSTENTA A ITU?



ITU LOCALIZADA (CISTITE)

- ✓ • Disúria
- ✓ • Polaciúria
- ✓ • Urgência miccional
- ✓ • Dor suprapúbica
(Sintomas urinários exclusivos, sem febre)



ITU SISTÊMICA (PIELONEFRITE)

- ⚠ • Febre ($>38^{\circ}\text{C}$)
- ⚠ • Calafrios
- ⚠ • Dor lombar (Giordano +)
- ⚠ • Náuseas/Vômitos
- ⚠ • Toxemia



FALSOS GATILHOS (Cuidado!)

- ✗ • Urina com odor forte isolado
- ✗ • Urina turva isolada
- ✗ • Confusão mental isolada no idoso (sem outros focos descartados)

Sem clínica compatível, o exame de urina é apenas um gerador de falsos diagnósticos.

USO RACIONAL DO EAS (URINA TIPO 1): INTERPRETAÇÃO CRUZADA

Nitrito	+ Nitrito (+) & Leucocitúria (-) - Incomum / Possível contaminação. Correlacionar rigidamente com clínica.	+ Nitrito (+) & Leucocitúria (+) + Altamente sugestivo de ITU (quando há clínica).
	- Nitrito (-) & Leucocitúria (-) - Baixa probabilidade de ITU.	- Nitrito (-) & Leucocitúria (+) + Sugestivo, porém não exclui ITU (inflamação presente).
Leucocitúria		



O EAS auxilia, mas não decide sozinho. A leucocitúria de referência é > 10.000 cel/mL ou > 10 leucócitos/campo.

UROCULTURA: QUANDO O PADRÃO-OURO SE TORNA ARMADILHA

QUANDO PEDIR



- ✓ • Suspeita de ITU Sistêmica / Pielonefrite
- ✓ • Gestantes (rastreio de rotina/sintomas)
- ✓ • Sintomas atípicos ou falha terapêutica
- ✓ • ITU recorrente ou precoce
- ✓ • ITU em Homens



QUANDO NÃO PEDIR



- ✗ • Cistite típica em mulher jovem, sem fatores de risco (O diagnóstico é 100% CLÍNICO!)
- ✗ • Check-up de rotina em pacientes assintomáticos
- ✗ • Urina malcheirosa sem disúria/urgência



Pedir urocultura sem indicação é o primeiro passo para o sobretratamento.

A REGRA DE OURO: BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

Presença de ≥ 100.000 UFC/mL na urina, SEM sintomas.



TRATAR APENAS:

- ✓ • Gestantes (risco materno-fetal comprovado)
- ✓ • Antes de procedimentos urológicos com quebra de mucosa



NÃO TRATAR ROTINEIRAMENTE:

- ✗ • Mulher saudável sem sintomas
- ✗ • Idosos / Pós-menopausa
- ✗ • Diabetes controlado
- ✗ • Institucionalizados / Uso de sonda (cateter)
- ✗ • ITU recorrente (no período assintomático)

Tratar colonização não previne infecção futura; apenas seleciona bactérias resistentes.

5 SITUAÇÕES EM QUE O ANTIBIÓTICO PODE FAZER MAIS MAL DO QUE BEM

1. Gera Resistência Direta:
Seleciona superbactérias
na flora do próprio paciente
para infecções futuras.

2. Destrói o Microbioma: Elimina
bactérias protetoras essenciais
(flora vaginal e intestinal).

3. Efeitos Adversos Imediatos:
Expõe ao risco de toxicidade
orgânica, alergias e
choque anafilático.

4. Mascaramento Clínico: Atrasa
o diagnóstico da verdadeira
causa do sintoma (ex:
desidratação grave ou
infecção respiratória
em idosos).

5. Custo e Danos Ocultos:
Tratamentos prolongados de
diarreia grave por *C. difficile*
gerada pelo uso irracional.

A ARMADILHA DO PACIENTE IDOSO



O Fato:

Idosos frequentemente têm bacteriúria assintomática crônica. É a **regra, não a exceção**.

O Erro Clínico:

Paciente com confusão mental isolada, queda ou inapetência → Coleta de urina → Urina tem bactéria → Culpa-se a “ITU” → Inicia-se antibiótico.

A Conduta Segura:

Alteração de status mental **SEM** febre e **SEM** sintomas urinários locais exige descartar causas primárias primeiro:

- Desidratação grave
- Infecção respiratória oculta
- Polifarmácia / Interações medicamentosas

“Não trate a idade somada ao papel do laboratório.”

SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO: CISTITE (Empirismo Racional)

Contexto: Mulher jovem, clínica típica confirmada. Tratamento empírico é seguro e recomendado.

ESQUEMAS-BASE (Linha Preferencial)



Nitrofurantoína

100 mg VO de 6/6 horas
por 5 dias.



Fosfomicina trometamol

3 g VO, Dose única
(preferencialmente à noite).

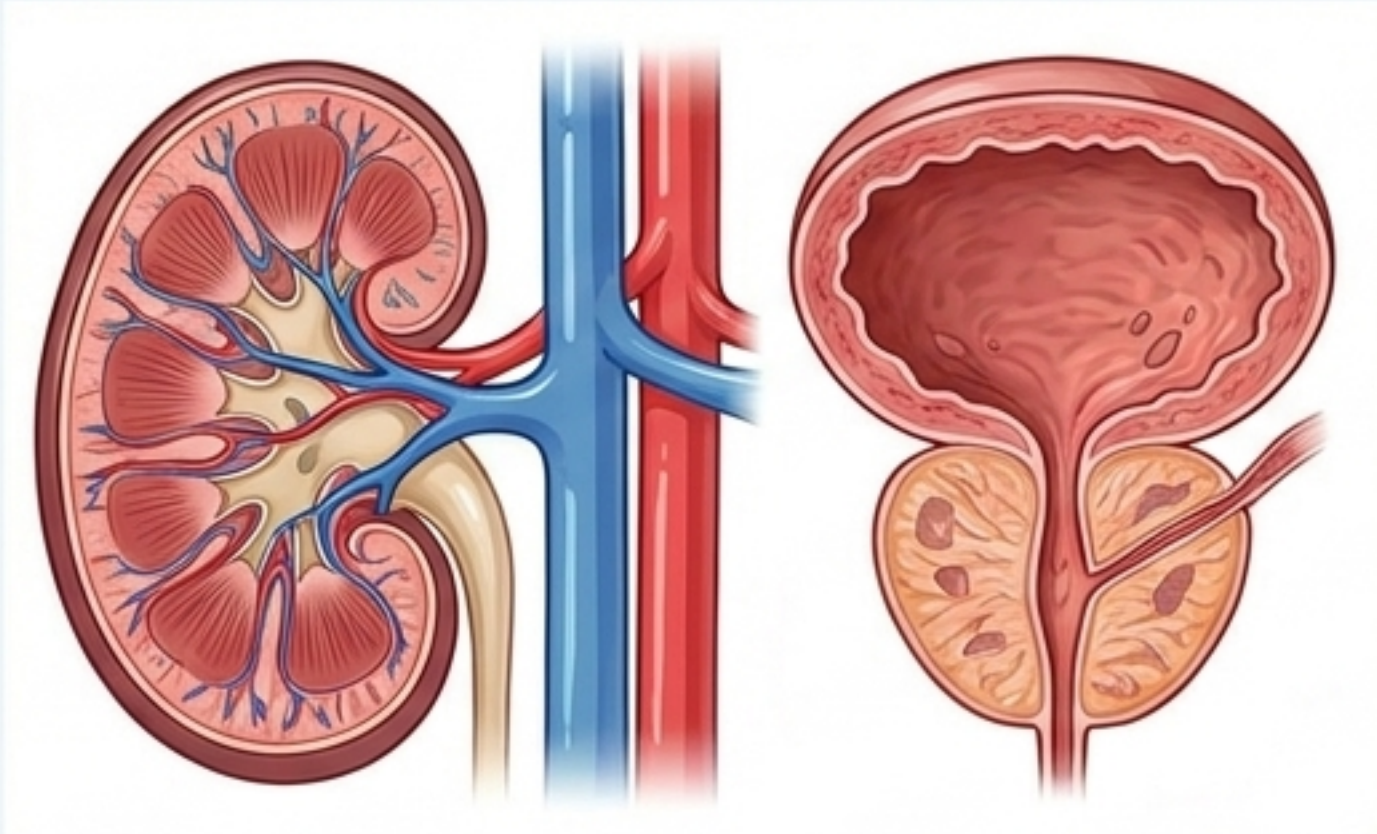


ALERTA EDITORIAL / STEWARDSHIP

EVITAR QUINOLONAS (Ciprofloxacina/Levofloxacina) como primeira escolha para cistite não complicada. O uso irracional destrói sua eficácia para infecções graves e traz altos riscos de efeitos adversos estruturais.

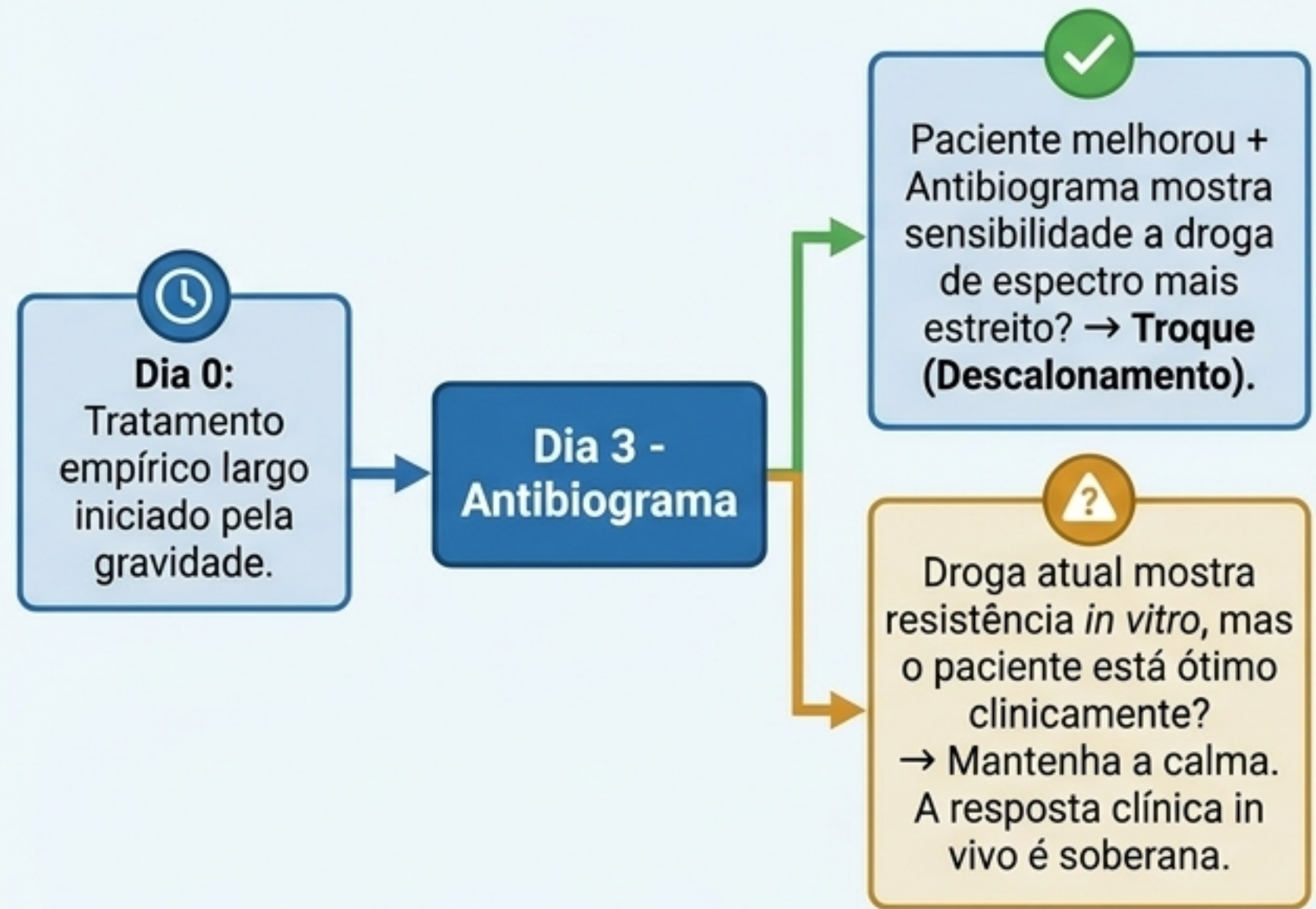
SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO: SÍTIO DE INFECÇÃO E DESCALONAMENTO

1. Penetração Tecidual



- **ITU Sistêmica** (Pielonefrite) e **Prostatite** exigem antibióticos que penetrem o **parênquima maciço** (Ciprofloxacina, Levofloxacina, Ceftriaxona).
- **Alerta:** Nitrofurantoína e Fosfomicina **NÃO TRATAM** rim ou próstata.

2. Ajuste após Cultura



QUEBRANDO O CICLO DA ITU RECORRENTE

Definição: ≥ 2 episódios em 6 meses **OU** ≥ 3 episódios em 1 ano.



A Solução Segura



- **Imunoterapia:** Uro-Vaxom® (6 mg, 1 cápsula/dia por 30 dias).



- **Correção Fisiológica:** Estrogênio vaginal na pós-menopausa (corrige atrofia geniturinária).



- **Comportamento:** Aumento rigoroso da ingesta hídrica (2-3 Litros/dia); evitar espermicidas.



Nota: Antibiótico profilático (ex: Nitrofurantoína) é exceção, não a regra, e deve ser estritamente limitado a um máximo de 6 meses.

ANTES DE PRESCREVER, RESPONDA 5 PERGUNTAS:

- ☐ 1. O paciente tem sintomas urinários ou sistêmicos claros, ou estou apenas olhando para um exame alterado? (Se não tem sintomas = PARE).
- ☐ 2. O quadro é puramente localizado (cistite) ou há sinais de alarme sistêmico? (Define a necessidade real de urocultura).
- ☐ 3. Este perfil de paciente precisava deste EAS de rotina? (Lembre-se: diagnóstico da cistite típica é 100% clínico).
- ☐ 4. O antibiótico que escolhi realmente atinge o tecido certo? (Nitro/Fosfo não curam rim ou próstata).
- ☐ 5. Estou prescrevendo para curar uma doença ou para tranquilizar a mim/ao paciente diante do laudo impresso?

O IMPACTO DO USO RACIONAL (STEWARDSHIP NA APS)

MENOS

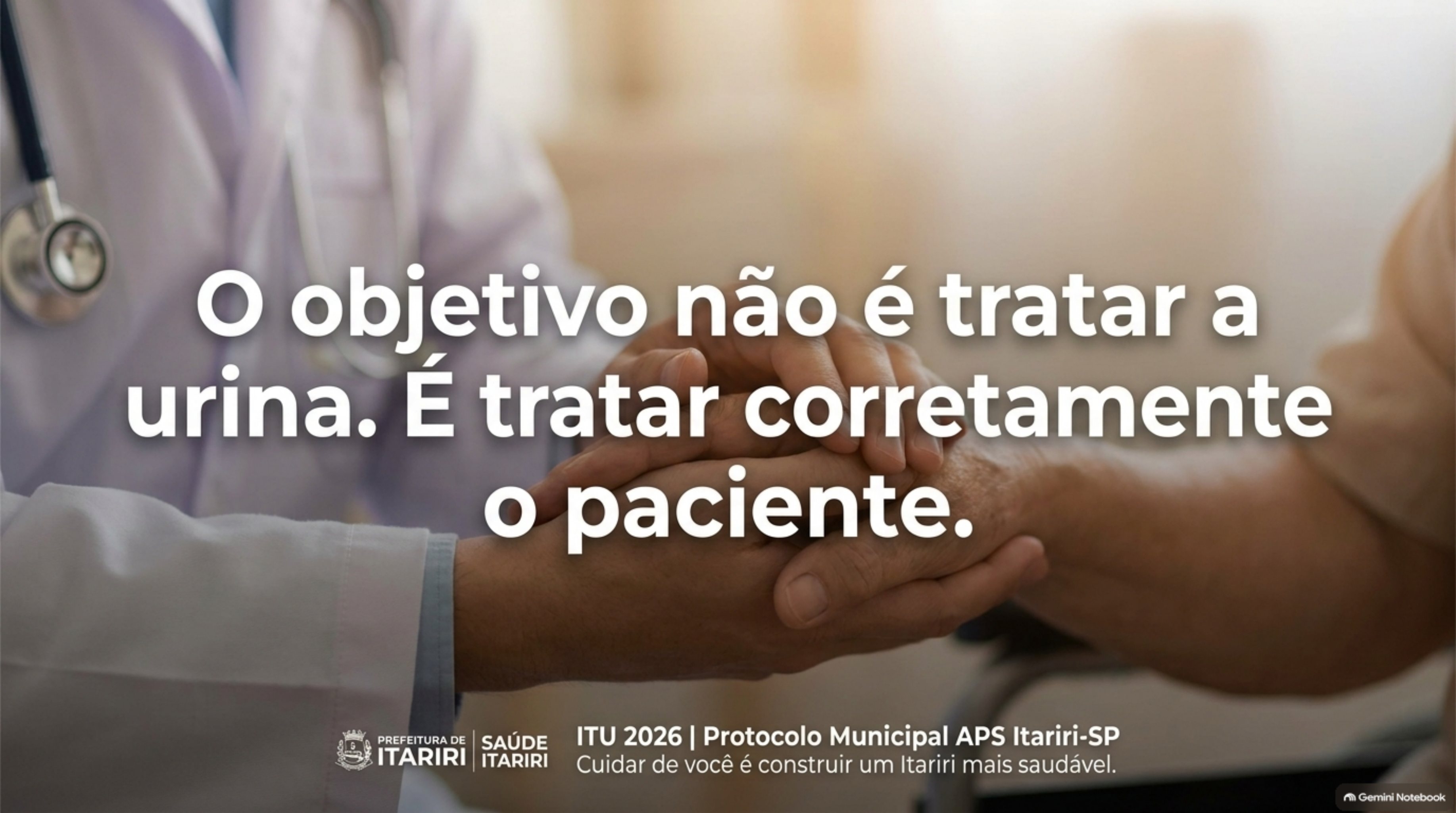
- **Menos** seleção de **superbactérias** multirresistentes.
- **Menos internações** por efeitos adversos (anafilaxia, lesão renal, toxicidade).
- **Menos custos** invisíveis ao sistema municipal.

MAIS

- **Mais** eficácia do antibiótico quando o paciente tiver uma **sepsse grave** no futuro.
- **Mais** segurança e preservação da **imunidade/microbioma** do paciente.
- **Mais** qualidade de vida (Saúde Itariri 2026).



O uso racional de antibióticos hoje garante a cura de amanhã.



**O objetivo não é tratar a
urina. É tratar corretamente
o paciente.**



PREFEITURA DE
ITARIRI

**SAÚDE
ITARIRI**

ITU 2026 | Protocolo Municipal APS Itariri-SP
Cuidar de você é construir um Itariri mais saudável.