



PROTOCOLO

Infecções do Trato Urinário (ITU) na Gestação

1. INTRODUÇÃO

Uma ITU é definida pela colonização, invasão e proliferação de agentes infecciosos em qualquer parte do sistema urinário. É a principal causa infecciosa no ciclo gravídico.

As pessoas grávidas estão entre as populações com recomendação para tratamento de bactériuria assintomática, pois entre 20% e 35% das mesmas, que permanecem sem tratamento, desenvolvem uma ITU sintomática, incluindo pielonefrite. Este risco é reduzido em 70 a 80% se a bactériuria for erradicada.

A incidência de infecção urinária alta/pielonefrite na gestação é maior do que na população geral, provavelmente como resultado de alterações fisiológicas no trato urinário e, geralmente, ocorre no segundo ou terceiro trimestre da gravidez. Até 20% das mulheres com pielonefrite grave desenvolvem complicações que incluem síndrome do choque séptico ou suas variantes e síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). Outras complicações descritas são anemia e insuficiência renal.

Devido à gravidade e as consequências do manejo inadequado não podemos negligenciar o

diagnóstico e o tratamento das infecções urinárias na gravidez. Assim, institui-se o protocolo de rastreamento, prevenção e tratamento das Infecções do Trato Urinário na gestação no Estado de Goiás, cujo objetivo é orientar e promover o melhor acompanhamento das gestantes, evitando agravos previsíveis.

2. PATOGENESE

2.1 Alterações gravídicas que favorecem surgimento de ITU:

- Estase urinária;
- Alteração do pH urinário;
- Relaxamento da musculatura lisa pela ação dos hormônios progesterona e prostaciclina;
- Alteração da concentração urinária acarretada por hemodiluição fisiológica;

- Dextrorrotação uterina, com ação mecânica compressiva sobre o trato urinário, aumentando as afecções em ureter e rim direitos.

2.2 Fatores Predisponentes

- Práticas sexuais específicas
- Alterações anatômicas e malformações do trato urinário
- Bexiga neurogênica
- Refluxo vesicoureteral
- Urolitíase
- Diabetes Mellitus
- Distopias urogenitais
- Imunossupressão (como uso crônico de corticoides e/ou infecção pelo HIV)

2.3 Consequências da ITU na gestação:

- Aumento de risco de trabalho de parto prematuro
- Prematuridade
- Baixo peso ao nascer
- Rotura prematura de membranas amnióticas
- Corioamnionite
- Sepse materna e neonatal
- Anemia
- Insuficiência renal
- Condições que elevam a morbimortalidade do binômio materno-fetal.

2.4 Agentes Etiológicos

São geralmente aqueles da microbiota vulvoperineal:

- Escherichia coli (E. coli) é o patógeno mais frequente (75-95%).
- Gram-negativos: Enterobacter sp., Klebsiella sp., Pseudomonas sp.;
- Gram-positivos :Staphylococcus saprophyticus, Enterococcus faecalise, Streptococcus agalactiae (do Grupo B)

2.5 Classificação:

- Trato urinário inferior (Baixa): quando acomete bexiga e uretra
- Trato urinário superior (Alta): quando há acometimento renal (Pielonefrite)
- Bacteriúria Assintomática: urocultura com mais de 100.000 UFC/ml (unidades formadoras de colônia por mililitro) uma ou mais espécies de bactérias, em cultura de jato médio de urina ou mais de 10.000 UFC/ml em cultura de urina coletada com cateterismo vesical.

3 DIAGNÓSTICO

3.1 Diagnóstico Clínico

| | |
|--|-------------------------------|
| C is ti t e (in fe c ç ão B a ix a): f o r m a si n t o m á ti c a m a is c | Pielonefrite (Infecção Alta): |
|--|-------------------------------|

| | |
|--|--|
| o m u m | |
| P o l a c i ú r i a , | <ul style="list-style-type: none">● D ● Sintomas anteriores<ul style="list-style-type: none">i ● Taquicardias ● Dor a punho percussão lombar (sinal de Giordano +)ú ● Queda no estado geral (náuseas e vômitos)r ● Possível associação com febrei ● Piúria a ● Polaciúria, |

| | |
|-----------------------------|--|
| | <p>ú b i c a • I n c o n t i n ê n c i a u r i n á r i a • N o c t ú r i a • H e m a t ú r i a</p> |
| Ci s t e C o | |

| | |
|------------------------------|---|
| m pl ic a d a | Si nt o m as ac i m a as so ci a d o à h e m at úr ia fr a nc a e/ o u fe br e |
|------------------------------|---|

3.2 Diagnóstico Laboratorial

- Urina tipo 1 deve ser realizada duas vezes durante o pré-natal: na primeira consulta e no terceiro trimestre.
- Uroculturas são consideradas positivas: mais de 100.000 UFC/ml (unidades formadoras de colônia por mililitro) ou mais de 10.000 UFC/ml em cultura de urina coletada com cateterismo vesical. A urocultura com antibiograma deve ser solicitada na 1º consulta de pré-natal.

3.3 ITU de Repetição

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

4 TRATAMENTO

A escolha do antibiótico deve ser guiada pelo resultado do antibiograma, pela toxicidade, concentração mínima inibitória do crescimento bacteriano, segurança, custo e disponibilidade do medicamento.

4.1 Tratamento Oral da Bacteriúria Assintomática e Cistite

| MEDICAÇÃO | POSOLOGIA | DURAÇÃO | OBSERVAÇÃO |
|-----------------------------|------------------------|------------|---|
| Cefalexina | 500 mg VO 6/6hs | 7 dias | - |
| Amoxicilina-Clavulonato | 500+125 mg VO 8/8hs ou | 7 dias | - |
| | 875+125 mg VO 12/12hs | | |
| Fosfomicina | 3 g VO | Dose única | Mesma eficácia que outros esquemas |
| Cefuroxima | 250 mg VO 8/8hs | 7 dias | - |
| Nitrofurantoína | 100 mg VO 6/6hs | 7 dias | Evitar 3º trimestre |
| Sulfametoxazol-Trimetoprima | 800+160 mg VO 12/12 hs | 7 dias | Não usar no 1º e 3º trimestres(grau de 30%de resistência, só utilizar com antibiograma) |

4.2 Tratamento das Pielonefrites

| MEDICAÇÃO | POSOLOGIA |
|-------------------------|--|
| Ceftriaxona | 1 g EV 12/12 hs ou 2 g EV 24/24 h |
| Cefalotina | 1 g EV 6/6 hs |
| Cefazolina | 1 g EV 8/8 hs |
| Gentamicina | 5 mg/kg/d, EV dividido em 3 doses 8/8 h(somente em casos que está CI uso de penicilinas) |
| Cefepime | 1 g EV 12/12 hs |
| Piperacilina-Tazobactam | 3.375 g EV 6/6 hs |
| Meropenem | 1 g EV 8/8 hs |

*A Fosfomicina, Cefuroxima, Cefalotina, Cefazolina, Meropenem, Piperacilina-Tazobactam, Cefepime, Vancomicina não estão contemplados no Componente Básico da Assistência Farmacêutica que é de financiamento tripartite governo federal, estadual e municipal, portanto não faz parte do RENAME.

Se persistência de febre e/ou piora do quadro clínico após 48/72 horas do tratamento inicial ou apresentar necessidade de reinternação, solicitar avaliação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar/Infectologista.

A eficácia do tratamento deve ser avaliada de **7 a 10** dias após o término do tratamento para controle de cura. Em caso positivo, reavaliar o tratamento.

4.3 Situações Especiais

CISTITE RECORRENTE

Definição

≥ 2 episódios na gestação;
≥ 2 episódios nos últimos seis meses;
≥ 3 episódios em 12 meses, antes do início da gestação.

Profilaxia

Nitrofurantoína 100 mg/dia(até 36 semanas)
Cefalexina 500 mg/dia(até o parto)

INFECÇÃO URINÁRIA POR STREPTOCOCCUS DO GRUPO B

Adjuvantes

Cranberry 400 mg 2x ao dia
Vitamina C 100 mg/dia.

Bacteriúria Assintomática Ou cistite

- Tratar se > 100.000 UFC/ml com amoxicilina ou cefalexina – uso oral, 5-7 dias;
- Sempre fazer profilaxia sepse neonatal intraparto

Pielonefrite

- Penicilina G cristalina 3-4 milhões UI EV 4/4 hs 24-48 hs +Clindamicina VO (10 dias total)
- Se alergia a penicilina: Vancomicina EV 24-48hs + Clindamicina VO (10-14 dias)

5 CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- 1) Orientar a prevenção primária de infecção urinária: evitar roupas íntimas oclusivas o dia todo, adequada hidratação oral, não adiar a micção, higiene adequada após a micção e evacuação e a micção programada pós-coito.
- 2) Rastreamento pré-natal adequado para diagnóstico da bacteriúria assintomática a fim de evitar as formas mais complicadas de ITU;
- 3) Realizar urocultura e antibiograma específicos para gestantes, para melhor opção de escolha dos antibióticos;
- 4) Valorização dos sinais clínicos das formas sintomáticas para diagnóstico e tratamento precoces visando à prevenção secundária da evolução para sepse e complicações graves;
- 5) Escolha empírica da antibioticoterapia, obedecendo à epidemiologia e à sensibilidade bacteriana regional na escolha da droga;
- 6) Elencar os casos com fatores de risco, critérios para recorrência e necessidade de profilaxia com antibióticos e adjuvantes.

REFERÊNCIAS

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) . Infecções do trato urinário durante a

gravidez. São Paulo: FEBRASGO; 2021. Disponível em:

[<https://sogirgs.org.br/area-do-associado/infeccoes-do-trato-urinario-durante-a-gravidez.pdf>](https://sogirgs.org.br/area-do-associado/infeccoes-do-trato-urinario-durante-a-gravidez.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília, 2022. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>.

Nota técnica nº 002/2022/11ªRS/DVAGS/SCAPS. Disponível em: <<https://www.campinadalagoa.pr.gov.br/documentos/arquivos/65.pdf>>.

Protocolo de Infecções do Trato Urinário (ITU) na Gestação Prefeitura do Município de São Paulo. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Infeccoes_Trato_Urinario_PMSP_2021.pdf>.

Guia do Episódio de Cuidado: Infecção Trato Urinário na Gestação. Disponível em : <<https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Infeccao-do-Trato-Urinario-na-Gestacao.pdf>>.

Protocolo de Atenção à Saúde: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO, Governo do Distrito Federal.

Disponível em : <https://www.saude.df.gov.br/>

Souza RT. Infecção urinária [owchart]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

RENAME 2024 - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

ELABORAÇÃO:

André Gustavo Costa de Toledo

Fernanda Rodrigues Silva Resende

Joana Keith Vasquez

Maíra Wolney Costa Mathews

Carolinne Brito de Araújo

COLABORAÇÃO/REVISÃO:

Anna Cecília da Silva Rodrigues

Amanda Caroline da Silva Faria

Gerência da Assistência Farmacêutica/SPAIS/SES-GO

Gerência de Populações Específicas/SPAIS/SES-GO

Grupo Operacional da Rede Alyne – Goiás

João Alves de Araújo Filho

Rosane Silva Carneiro de Araújo

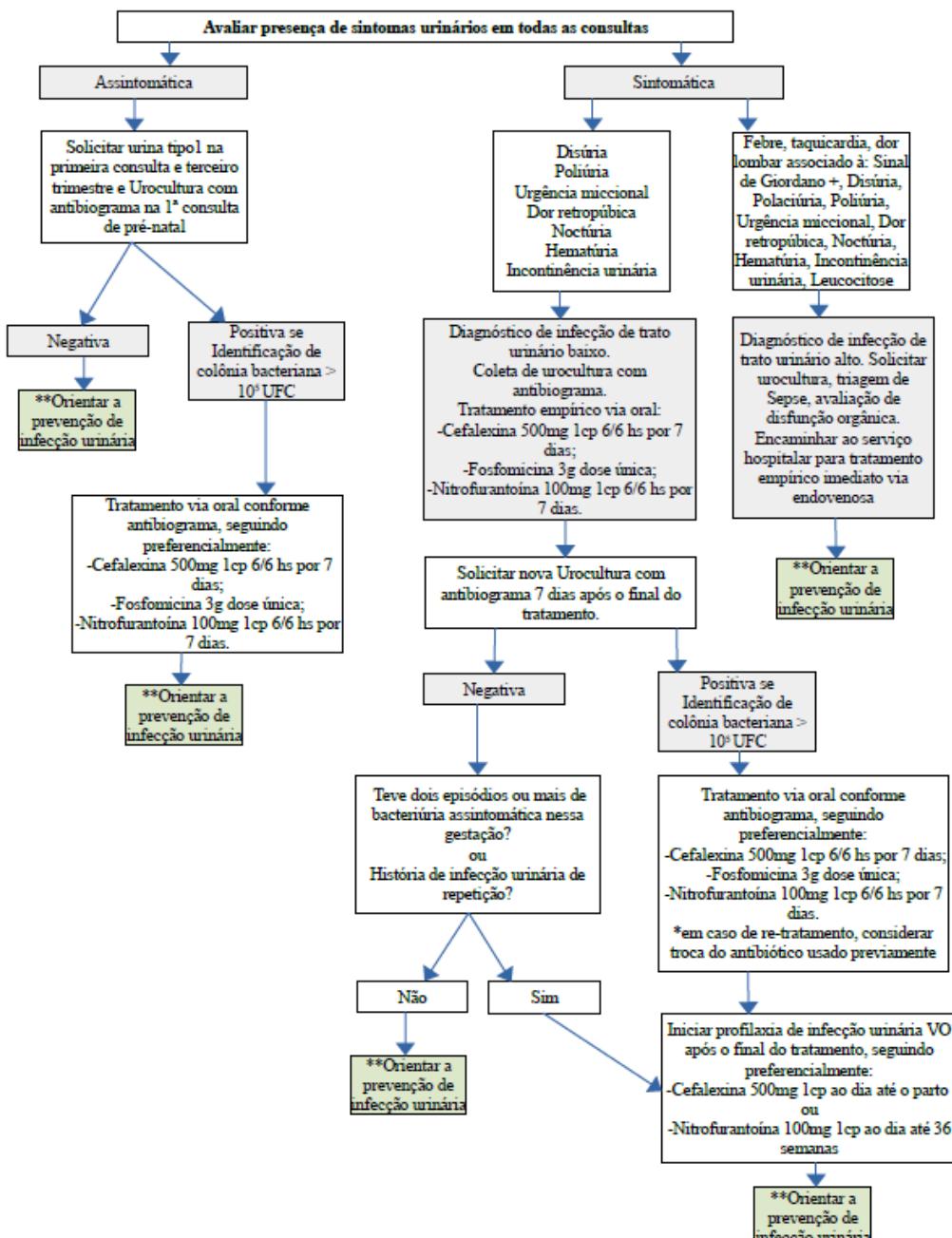
Anexo 1

| RESUMO | | | |
|--------------------------------|--|---|--|
| | Bacteriúria Assintomática | Cistite | Pielonefrite |
| Clínica | Assintomática | Disúria de início agudo, associada ou não a urgência ou frequência miccional, polaciúria e dor suprapúbica. | Febre, dor em flancos, sensibilidade no ângulo costo-vertebral (Giordano positivo), com ou sem náuseas e/ou vômitos, sinais de bacteremia. Pode ou não ter sintomas de cistite. Atentar para possibilidade de sepse. |
| Laboratório | Urocultura: bactérias em >100.000 UFC/ml | Urina 1: leucocitúria com ou sem hematuria. Urocultura: patógenos típicos >1.000 UFC/ml ou para patógenos atípicos >100.000 UFC/ml. | Urina 1: leucocitúria. Urocultura: positiva. Hemograma: leucocitose com ou sem desvio. PCR/VHS: aumentados. |
| Diagnóstico Diferencial | Contaminação | Uretrites, vaginites, modificações fisiológicas da gestação, doenças sexualmente transmissíveis. | Nefrolitíase, foco infecioso não urinário, corioamnionite e trabalho de parto prematuro. |
| Tratamento | | Antibiótico via oral. | Antibiótico IV hospitalar mínimo 24- |

| | | |
|------------|--|--|
| | ambulatorial, preferencialmente guiado por antibiograma. | 48h, seguido por tratamento parenteral hospital-dia ou oral. |
| Profilaxia | Não necessária | Se recorrente Após o primeiro episódio na gestação. |

Anexo 2

Fluxograma: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTANTE





Documento assinado eletronicamente por **AMANDA MELO E SANTOS LIMONGI, Superintendente**, em 21/09/2025, às 23:23, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA JOSE VIEIRA DE SENA, Gerente**, em 02/10/2025, às 16:07, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANO DE MOURA CARVALHO, Subsecretário (a)**, em 03/10/2025, às 18:06, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **LIGIA VANESSA SILVA CRUZ DUARTE, Gerente**, em 07/10/2025, às 14:59, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **GYSELLA SANTANA HONORIO DE PAIVA, Gerente**, em 10/10/2025, às 15:29, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **79992886** e o código CRC **D9F23DD0**.



Referência: Processo nº 202500010072857

SEI 79992886