

ARTIGO ORIGINAL

Síndrome Disúria na Mulher*

ANA MARIA NUNES DE FARIA STAMM¹, LESSANDRO GESSER LUCIANO², ANDRÉA GISELE PEREIRA³

RESUMO

Objetivos: Foram utilizados critérios clínicos e laboratoriais para estudar a prevalência da Infecção do Trato Urinário Inferior (I.T.U.I.), em mulheres sexualmente ativas. Foi avaliada a distribuição dos sintomas nos grupos de pacientes com e sem I.T.U.I., e, finalmente, foi determinado a sensibilidade e especificidade do exame parcial de urina no diagnóstico de I.T.U.I., considerando a cultura de urina como padrão-ouro.

Local: Hospital terciário de ensino, em Florianópolis, Santa Catarina.

Métodos: Durante janeiro, fevereiro e julho de 1995 e janeiro, junho e julho de 1996, em 62 pacientes do sexo feminino, foram investigados sintomas do trato urinário e realizada coleta de urina para exames laboratoriais (parcial e cultura). Cálculos foram utilizados para determinar a sensibilidade e especificidade do exame parcial de urina, considerando a cultura como padrão-ouro.

Resultados: Das 62 pacientes, 12 (19,4%) apresentaram I.T.U.I., tendo a polaciúria como o sintoma prevalente (100%), seguido pela disúria - dor (91,6%), urgência (75%) e dor lombar (75%). As 50 (80,6%) pacientes não portadoras de I.T.U.I., tiveram sintomas semelhantes. Evidência clínica de vaginite esteve presente em 41,6% das mulheres com I.T.U.I. e 52% das que não apresentaram infecção urinária. História de I.T.U.I. nos últimos seis meses foi mencionada por aproximadamente 33% das pacientes de ambos os grupos. Aproximadamente 66% das pacientes, com ou sem I.T.U.I., utilizavam anticoncepcionais orais como método contraceptivo. O exame parcial de urina detectou leucocitúria em 91,6% (11/12) das pacientes com I.T.U.I. e em 42% (21/50) das mulheres com cultura de urina considerada negativa. A sensibilidade e especificidade do exame parcial de urina em relação à cultura foram, respectivamente, 91,7% e 58,0%, e a *Escherichia coli* foi o agente etiológico mais isolado nas pacientes com I.T.U.I.

Conclusões: Sintomas urinários, por si só, não foram suficientes para firmar o diagnóstico de infecção urinária. O exame parcial de urina mostrou alta sensibilidade, mas baixa especificidade no diagnóstico de I.T.U.I.

Woman Urinary Tract Infection

ABSTRACT

Objectives: To study the prevalence of low urinary tract infection (LUTI) in sexually active women using clinical and laboratory data. To evaluate the distribution of symptoms in those with and without LUTI and finally, to determine the specificity and sensitivity of urine sediment analysis in diagnosing LUTI, having urine culture results as the gold standard.

Setting: Tertiary teaching hospital in Florianópolis, Santa Catarina.

Methods: During January, February and July of 1995 and January, June and July of 1996, demographic and clinical data on low urinary tract symptoms of 62 women were collected. Analysis of the sediment and bacterial urine culture were performed. Calculations for sensitivity and specificity were done using the urine culture results as gold standard.

Results: Twelve out of 62 women (19,4%) had LUTI and showed increased urine frequency as the main symptom (100%), followed by urinary pain (91,6%), urgency (75%) and lumbar pain (75%). Fifty patients (80,6%) without LUTI had similar symptoms. Clinical evidence of vaginitis was present in 41,6% of the LUTI women, and in 52% of the non-LUTI group. History of LUTI in the previous 6 months was present in around 33% in the 2 groups. Approximately 66% of the whole sample were using oral contraceptives. Sediment analysis identified leukocyturia in 91,6% (11/12) in the LUTI group and in 42% of the non-LUTI group (urine culture negative). The sensitivity and specificity of the sediment analysis to diagnose LUTI were 91,7% and 58,0% respectively and *Escherichia coli* was the most common etiological agent.

Conclusions: Urinary symptoms are not useful to distinguish between presence or absence of LUTI. Urine sediment analysis for the diagnosis of LUTI is very sensitive but shows lack of specificity.

Urinary Tract Infection (UTI) is the most common infection among sexually active young women, men with prostatic obstruction, and elderly people. The aim of this paper is to discuss particularities of UTI in women, emphasizing the importance of risk factors in this population.

*Este trabalho foi apresentado no XIII Congresso Catarinense de Medicina, sendo classificado como um dos quatro melhores Temas Livres, com o título: "Infecção do Trato Urinário na Mulher".

¹Professora Assistente do Departamento de Clínica Médica da UFSC.

²Acadêmico da 12^a fase do Curso de Graduação em Medicina da UFSC.

³Médica - Residente do Hospital Infantil Joana de Gusmão

Descritores: - Infecção Urinária
- Urina
- Sensibilidade e Especificidade

Keywords: - Urinary Infection
- Urine
- Sensitivity and Specificity

Endereço para correspondência:

Ana Maria Nunes de Faria Stamm

R. Germano Wendhausen n.32, Ed. Domus, Ap 101

Centro, Florianópolis, CEP 88015460

Telefones: (048) 223-1008 e 972-4877

INTRODUÇÃO

A Infecção Aguda do Trato Urinário Inferior (I.T.U.I.) é uma causa comum de morbidade na mulher. Estima-se que entre 10 a 20% das mulheres terão uma Infecção do Trato Urinário (I.T.U.) em algum momento da sua vida, sendo que 80% das que tiverem uma infecção, terão outra dentro de um ano^{1,2,3}.

A maior suscetibilidade feminina à I.T.U.I., parece dever-se principalmente a condições anatômicas como uretra curta, proximidade do meato uretral ao intróito vaginal e ânus, anomalias congênitas e diferenças biológicas e imunológicas ao nível da mucosa, ligadas ao sexo e as secreções do trato gênito-urinário. Considera-se que a via ascendente é o caminho mais freqüente de acesso de microorganismos às vias urinárias^{4,5}.

Quando uma mulher apresenta-se com sintomas sugestivos de I.T.U.I. (disúria-dor, urgência, polaciúria e desconforto supra-púbico), é de fundamental importância a distinção entre as diversas síndromes clínicas que podem manifestar-se como disúria. Estas incluem a cistite, pielonefrite, uretrite e vaginite⁶. STAMM et al. (1980), em seus estudos sobre as causas da Síndrome Uretral Aguda na mulher (sintomas sugestivos de infecção urinária, sem "bacteriúria significativa"), afirmam que a metade de todas as mulheres que procuram assistência médica, portadoras de disúria e freqüência urinária, apresentam cistite aguda, caracterizada por piúria, hematúria e cultura do jato médio contendo bactérias coliformes, *Staphylococcus*, ou *Pseudomonas aeruginosa* em quantidades maior ou igual a 10⁵ Unidades Formadoras de Colônia por mililitro (UFC/ml) de urina. Porém, a outra metade restante das mulheres, com disúria e freqüência urinária, não têm "bacteriúria significante" (= 10⁵ organismos por mililitro), sendo que cerca de 30% delas possuem cultura de urina estéril. Portanto, os agentes responsáveis por estes sintomas, neste grande grupo de mulheres, são pouco conhecidos⁷.

Tendo como objetivo principal avaliar mulheres sexualmente ativas com Síndrome-disúria, atendidas no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), através de um formulário-padrão e exames laboratoriais, verificamos a prevalência dos diferentes sintomas e a presença de I.T.U.I. nesse grupo estudado.

MÉTODO

Este trabalho é um estudo observacional, transversal, descritivo e não controlado, realizado no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da UFSC, nos meses de janeiro, fevereiro e julho de 1995 e janeiro, junho e julho de 1996, abrangendo 62 pacientes do sexo feminino, com faixa etária de 13 a 50 anos, sexualmente ativas, que procuraram o laboratório do

hospital, com solicitação de exame de Cultura e Parcial de Urina, devido consulta médica anterior, apresentando queixas sugestivas de I.T.U.I.

As pacientes foram submetidas a um formulário-padrão, aplicado por dois estudantes do Curso de Graduação em Medicina do 5º e 6º ano, com o objetivo de investigar os sintomas urinários presentes, o uso de métodos contraceptivos^{8,9,10,11}, a presença de fator de risco para a I.T.U.I. e/ou condições que pudessem alterar os exames laboratoriais que seriam solicitados (I.T.U. nos últimos 6 meses¹², uso de antibióticos nos últimos 14 dias, diabetes mellitus, pielonefrite, febre, evidências de vaginite, gravidez, menstruação nos últimos 3 dias, litíase renal e cateterização vesical no último ano)¹³. Previamente ao preenchimento do formulário-padrão, as pacientes foram informadas sobre os objetivos do trabalho, sendo esclarecidas quanto a não interferência deste na conduta médica.

Previamente ao procedimento, as pacientes receberam orientação quanto à realização de higiene da genitália externa. Foi então realizada a coleta do jato médio miccional, da primeira urina da manhã, em recipiente estéril¹⁴.

No laboratório do H.U. o exame Parcial de Urina foi feito com contagem de Almeida, analisado pelo Urotron[®] e, posteriormente, com microscopia óptica. A cultura de urina foi obtida através da inoculação, por alças de fio de platina calibradas, em meio ágar C.L.E.D. (Cysteíne Lactose Eletrolyte - Deficient Medium) e em ágar Mac Conkey, e quando necessário em ágar sangue (meio de base Casoy com 5% de sangue de carneiro desfibrinado). As placas foram incubadas entre 35 e 37°C, sendo a leitura feita em 24 a 48 horas.

O critério utilizado para diagnóstico de I.T.U., foi a cultura de urina positiva para maior ou igual 10⁵ UFC/ml do jato médio (bacteriúria significativa)^{15,16}. A presença de leucocitúria, no Parcial de Urina, foi considerada positiva, com contagem maior ou igual a 10 leucócitos por mm³ de urina¹⁷. A cultura de urina foi utilizada como o método padrão-ouro, para o diagnóstico de I.T.U.I.

A análise das variáveis e de suas categorias, foi realizada através da elaboração de um banco de dados, utilizando o programa estatístico Epi Info[®], versão 6.03.

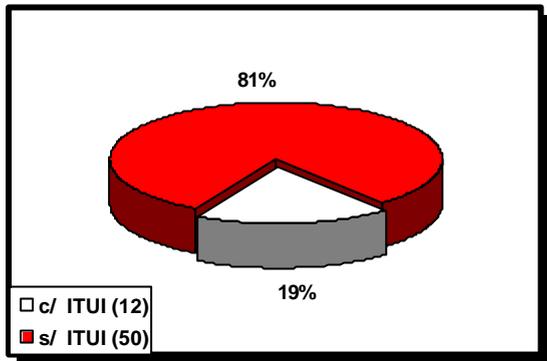
A pesquisa foi iniciada após o consentimento da Comissão de Ética Médica do H.U.

RESULTADOS

Este trabalho foi baseado em dados referentes a 62 pacientes, do sexo feminino, com a idade variando de 15 a 49 anos e média de 26,2 anos. Destas, 12 tiveram I.T.U.I. (Gráfico 1). A maioria delas, ou seja, 93,4% eram

Síndrome disúria na mulher

procedentes de localidades pertencentes à Grande Florianópolis.



HU/UFSC - 1995/1996

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes com Síndrome Disúria.

Nas pacientes com diagnóstico de I.T.U.I., os sintomas como frequência e disúria-dor foram os mais prevalentes, com percentual de 100% e 91,6% respectivamente (Tabela 1).

TABELA 1
Frequência dos Sintomas em Pacientes com I.T.U.I.

Sintomas	Frequência	Percentual
Polaciúria	12	100,0
Disúria -dor	11	91,6
Urgência	9	75,0
Dor lombar	9	75,0
Dor no flanco	8	66,6
Odor fétido	8	66,6
Urina turva	8	66,6
Disúria -dificuldade	7	58,3
Dor supra-púbica	6	50,0
Febre	4	33,3
Hematúria	3	25,0

HU/UFSC - 1995/1996

A frequência e urgência foram os sintomas que predominaram entre as pacientes sem diagnóstico de I.T.U.I. (Tabela 2).

TABELA 2
Frequência dos Sintomas em Pacientes com I.T.U.I.

Sintomas	Frequência	Percentual
Polaciúria	38	76,0
Disúria-dor	36	72,0
Urgência	35	70,0
Dor lombar	34	68,0
Dor no flanco	32	64,0
Odor fétido	30	60,0
Urina turva	25	50,0
Disúria-dificuldade	24	48,0
Dor supra-púbica	14	28,0
Febre	7	14,0
Hematúria	6	12,0

HU/UFSC - 1995/1996

As evidências de vaginite (leucorréia, prurido), e I.T.U. nos últimos meses, foram os fatores mais presentes, tanto nas pacientes com ou sem I.T.U.I. (Tabelas 3 e 4).

TABELA 3
Frequência de condições co-mórbidas em pacientes com I.T.U.I.

Fatores	Frequência	Percentual
I.T.U. nos últimos 6 meses	6	50,0
Evidência de Vaginite	5	41,6
Febre	3	25,0
Litíase renal	2	16,6
Gravidez	1	8,3
Diabetes Mellitus	1	8,3
Antb. nos últimos 14 dias	0	0
Cateterização no último ano	0	0

HU/UFSC - 1995/1996

TABELA 4
Frequência de condições co-mórbidas em pacientes sem I.T.U.I.

Fatores	Frequência	Percentual
I.T.U. nos últimos 6 meses	18	36,0
Evidência de vaginite	26	52,0
Gravidez	15	30,0
Febre	7	14,0
Antb. nos últimos 14 dias	3	6,0
Cateterização no último ano	2	4,0
Litíase renal	1	2,0
Diabetes Mellitus	1	2,0

HU/UFSC - 1995/1996

Stamm AMNF, Luciano LG, Pereira AG

O método contraceptivo mais utilizado, nos dois grupos, foi o anticoncepcional oral (Tabelas 5 e 6).

TABELA 5
Contraceptivos utilizados por pacientes com I.T.U.I.

Contraceptivos	Frequência	Percentual
Orais	8	66,6
Esterilidade Cirúrgica	2	16,6
Condom	1	8,3
Nenhum	1	8,3

HU/UFSC - 1995/1996

TABELA 6
Contraceptivos utilizados por pacientes sem I.T.U.I.

Contraceptivos	Frequência	Percentual
Orais	33	66,0
Nenhum	7	14,0
Esterilidade Cirúrgica	7	14,0
Condom	5	10,0
D.I.U.	1	2,0
Percutâneo	1	2,0
Coito Interrompido	1	2,0

HU/UFSC - 1995/1996

Entre as 62 pacientes com sintomas de I.T.U.I., 12 (19,4%), apresentaram bacteriúria significativa (cultura de urina = 10^5 U.F.C./ml) (Tabela 7).

TABELA 7
Frequência de bacteriúria significativa* em pacientes com sintomas de I.T.U.I.

Cultura	Frequência	Percentual
< 10^5 U.F.C./ml	50	80,6
> 10^5 U.F.C./ml	12	19,4
Total	62	100,0

HU/UFSC - 1995/1996

*Bacteriúria significativa: > 10^5 U.F.C./ml.

A leucocitúria, ou seja, exame Parcial de Urina com = 10 leucócitos/mm³, foi detectada em 51,6% das pacientes (Tabela 8).

TABELA 8
Frequência de leucocitúria no parcial de urina de pacientes com Sintomas de I.T.U.I.

P.U.	Frequência	Percentual
< 10 Leuc./mm ³	30	48,4
> 10 Leuc./mm ³	32	51,6
Total	62	100,0

HU/UFSC - 1995/1996

Observamos que a leucocitúria esteve presente na maioria das pacientes com I.T.U.I., mas também em 42% das pacientes sem infecção (Tabela 9).

TABELA 9
Relação entre frequência dos resultados do parcial de urina e cultura de urina obtidos em pacientes com sintomas de I.T.U.I.

Parcial	Cultura		Total
	< 10^5 UFC/ml	> 10^5 UFC/ml	
< 10 Leuc./mm ³	29	1	30
> 10 Leuc./mm ³	21	11	32
Total	50	12	62

HU/UFSC - 1995/1996

Quando avaliamos o Parcial de Urina, em relação à Cultura, para o diagnóstico laboratorial de I.T.U.I., observamos que o mesmo tem alta sensibilidade e baixa especificidade. (Tabela 10).

TABELA 10
Sensibilidade, especificidade e valores preditivos do P.U. em relação à cultura de pacientes com sintomas de I.T.U.I.

Parcial de urina	Percentual	I.C.
Sensibilidade	91,7	(58,8-99,6)
Especificidade	58,0	(43,3-71,5)
Valor Preditivo +	34,4	(19,2-53,2)
Valor Preditivo -	96,7	(80,2-99,8)

HU/UFSC - 1995/1996

I.C. significa Intervalo de Confiança.

Nas pacientes com diagnóstico de I.T.U.I., o germe mais freqüente foi *Escherichia coli* (10/12 (83,3%) (Tabela 11).

Síndrome disúria na mulher

TABELA 11
 Frequência dos agentes etiológicos na I.T.U.I.

Agente Etiológico	Frequência	Percentual	Cum
<i>E. coli</i>	10	83,3	83,3
<i>K. pneumoniae</i>	1	8,3	91,6
<i>P. mirabilis</i>	1	8,3	100,00
Total	12	100,0	

HU/UFSC - 1995/1996

DISCUSSÃO

A I.T.U. é uma das doenças infecciosas mais comuns, sendo menos freqüente apenas que infecções do trato respiratório⁵.

Numerosos estudos indicaram que os sintomas das vias urinárias, particularmente a disúria, ocorrem em aproximadamente 20% das mulheres a cada ano, mas apenas a metade delas procura cuidados médicos. Das que procuram cuidados médicos, um terço apresenta "síndrome uretral aguda", ao passo que dois terços tem uma "bacteriúria significativa", pelos critérios tradicionais de 10^5 ou mais U.F.C. de bactérias por ml de urina. Entretanto, o médico não pode separar as pacientes com síndrome uretral aguda das com bacteriúria vesical ou renal, apenas em bases clínicas. A polaciúria, a ardência à micção e a dor supra-púbica são encontradas em proporções aproximadamente iguais nesses grupos de pacientes¹³.

Neste estudo, realizado no HU da UFSC, abrangendo pacientes do sexo feminino, foi verificado que os sintomas relacionados ao trato urinário são semelhantes tanto nas pacientes com diagnóstico de I.T.U.I., como naquelas cuja infecção não foi detectada. Apesar da presença dos sintomas, apenas 19,4% das pacientes incluídas na pesquisa apresentaram diagnóstico final de I.T.U.I. ("bacteriúria significativa").

Baseado nestes dados, observamos a importância de uma investigação apropriada na qual seja possível detectar I.T.U.I. ou, excluindo esta, a busca de uma causa para a sintomatologia, evitando desta forma, o tratamento inapropriado, com base apenas no quadro clínico.

Uma mulher jovem apresentando disúria aguda, usualmente tem um dos três tipos de infecção: cistite aguda, uretrite aguda por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* ou vírus *Herpes* simples, ou vaginite causada por *Cândida* ou *Trichomonas*¹⁸.

As mulheres com bacteriúria vesical de baixa contagem (menos de 10^5 U.F.C. por ml de urina) e piúria não podem ser diferenciadas clinicamente das com cistite bacteriana típica (igual ou superior a 10^5 U.F.C. por ml de urina) e piúria. Entretanto, as mulheres com síndrome

uretral devido à infecção por clamídia (urina vesical estéril e piúria) têm com mais freqüência, história de novo parceiro sexual no mês anterior ao início do sintoma, menos freqüentemente apresentam história de sintomas de I.T.U. nos dois anos precedentes e com mais freqüência usam anticoncepcionais orais do que as mulheres com bacteriúria vesical de baixa contagem e piúria. Esses achados podem ajudar no diagnóstico e tratamento da mulher que se apresenta com disúria e micção freqüente¹³.

O surpreendente aumento na freqüência da I.T.U., coincidindo com o início da atividade sexual, sugere intensa relação entre estes dois eventos¹⁹. Estudos retrospectivos, comparando a incidência de I.T.U. entre mulheres usuárias exclusivas de anticoncepcional oral e de diafragma, foram realizados comprovando a presença de I.T.U. significadamente mais freqüente nas usuárias de diafragma-espermicida¹⁹.

Neste estudo, todas as pacientes eram sexualmente ativas. A maioria usuária de anticoncepcional oral, porém, não havendo diferença significativa entre portadoras ou não de I.T.U.I.

Sendo um assunto de difícil abordagem, a investigação dos hábitos sexuais como fatores de risco para I.T.U. envolve uma série de dificuldades. A realização de um estudo de caso-controle, comparativo, seria o ideal para melhor investigarmos estes fatores de risco, o que não foi possível com o desenho do estudo realizado.

Quando realizamos um exame laboratorial, como a cultura de urina, temos que ter em mente as situações que podem alterar o seu resultado, como por exemplo, ingestão excessiva de líquidos e uso de agentes antimicrobianos. As técnicas para a coleta da amostra de urina também devem ser levadas em consideração, devido o risco de contaminação²⁰.

A cultura de urina, como método diagnóstico para I.T.U., foi inicialmente utilizada por KASS com o objetivo de diferenciar contaminação e bacteriúria verdadeira, em mulheres sintomáticas e naquelas com pielonefrite aguda. Seus estudos e os de SANFORD, demonstraram que 95% das pacientes com pielonefrite aguda tinham bacteriúria maior ou igual 10^5 U.F.C. por ml, e que duas culturas consecutivas que cresciam mais que 10^5 U.F.C. de bactérias por ml, em mulheres assintomáticas, estavam associadas com bacteriúria verdadeira. Porém, nesses estudos não foram realizados testes para diferenciar I.T.U. superior e inferior, e mulheres com sintomas agudos, atribuídos à I.T.U. inferior, não foram estudadas. Quando STAMEY et al., utilizaram punção aspirativa supra-púbica, mostraram que de 75 mulheres com urina vesical infectada, um terço tinham menos que 10^5 microorganismos presentes na urina. GOLDBERG et al. também estudaram mulheres que tinham bacteriúria vesical documentada pela aspiração supra-púbica e

Stamm AMNF, Luciano LG, Pereira AG

demonstraram contagem de bactérias inferior a 10^5 UFC/ml em 39% dos casos⁷.

Estudos prévios sugerem que 30 a 45% das mulheres com disúria aguda e freqüência urinária, não apresentam bacteriúria com número de bactérias maior ou igual a 10^5 U.F.C. por ml de urina⁷. Das 62 pacientes que procuraram o HU, com sintomas sugestivos de I.T.U.I., 80,6% não apresentaram cultura de urina maior ou igual a 10^5 U.F.C. por ml.

Stamm et al. (1982), realizaram um estudo para reavaliar os critérios de diagnóstico de I.T.U., por bactérias coliformes, em mulheres sintomáticas, através da cultura da uretra, vagina, jato médio urinário e urina vesical. Nessa pesquisa, o critério diagnóstico tradicional de maior ou igual a 10^5 bactérias por ml do jato médio urinário, identificou apenas 51% das mulheres cuja urina vesical continham coliformes²¹. Concluíram, então, que o melhor critério diagnóstico para I.T.U. em mulheres sintomáticas é a presença de cultura maior ou igual a 10^2 U.F.C. de coliformes por ml de urina, tendo este sensibilidade de 95% e especificidade de 85%²¹.

Os resultados obtidos nesta pesquisa no qual foi adotado critério-padrão maior ou igual a 10^5 U.F.C. por ml de urina para diagnóstico de I.T.U., demonstraram a presença de bacteriúria significativa em apenas 19,4% (12/62) das mulheres com Síndrome disúria. Se o critério adotado fosse o preconizado por Stamm ($\geq 10^2$ coliformes por ml de urina e/ou $\geq 10^5$ para outras bactérias), provavelmente teríamos uma percentagem maior de pacientes com diagnóstico de I.T.U. Um outro estudo semelhante seria necessário para podermos avaliar melhor essas mulheres com Síndrome-disúria em nosso meio.

Em um estudo sobre urinálise e cultura de urina em mulheres com disúria, demonstrou que a piúria foi encontrada em cerca de 90 a 95% das pacientes com cultura de urina maior ou igual a 10^5 U.F.C. por ml. Nas pacientes com contagem de colônias entre 10^2 e 10^5 U.F.C. por ml de urina, a piúria foi detectada em cerca de 70%, ocorrendo somente em 1% das pacientes assintomáticas e sem bacteriúria²².

Nas pacientes estudadas, a leucocitúria, ou seja, o achado de 10 ou mais leucócitos por mm^3 de urina, foi detectada em 91,6% (11/12) das mulheres com I.T.U.I. (maior ou igual a 10^5 U.F.C. por ml de urina) e em 42% (21/50) das pacientes com cultura de urina considerada negativa.

Segundo a literatura, o exame parcial de urina apresenta sensibilidade de 91%, especificidade de 50%, com valor preditivo positivo e negativo de 67% e 83% respectivamente²¹. Baseado nos valores obtidos através do exame parcial de urina, realizado nas 62 pacientes incluídas nesta pesquisa, pudemos constatar a alta sensibilidade (91,7%) e baixa especificidade (58%) do exame (respectivamente, valor preditivo positivo de 34,4% e negativo de 96,7%).

A *Escherichia coli* é citada por muitos autores como o agente etiológico mais freqüente na I.T.U., sendo responsável por aproximadamente 80% dos casos^{2,18,19,21,23,24,25,26,27}. Nesse estudo, a *E. coli* também foi a bactéria mais freqüente encontrada nas pacientes com o diagnóstico final de I.T.U.I. (10/12 (83,3%)).

CONCLUSÕES

A prevalência de I.T.U.I. na amostra analisada foi de 19,4%.

O sintoma mais prevalente entre os pacientes com e sem I.T.U.I. foi a polaciúria.

As principais condições co-mórbidas encontrados nas pacientes com síndrome-disúria, com ou sem diagnóstico final de I.T.U.I., foram evidência clínica de vaginite e infecção do trato urinário inferior nos últimos 6 meses.

A presença de leucocitúria maior ou igual a 10 leucócitos por mm^3 no exame parcial de urina apresentou alta sensibilidade (91,7%) e baixa especificidade (58%) no diagnóstico laboratorial de I.T.U.I.

A *Escherichia coli* foi o agente etiológico mais freqüente encontrado nas pacientes com I.T.U.I.

Propõem-se estudo de validação de critério diagnóstico de bacteriúria significativa buscando um ponto de corte mais adequado na detecção de I.T.U.I. em mulheres com Síndrome – disúria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnson CC. Definições, classificações e manifestações clínicas das infecções do trato urinário. In: Kaye D. Clínicas médicas da América do Norte. Rio de Janeiro: Interlivros, 1991:249-61.
2. Johnson MAG. Urinary tract infections in women. Am Fam Physic 1990; 41(2):565-71.
3. Palma PCR, Netto JR. Infecções do trato geniturinário. Rev Bras Med 1991; 48:648.
4. Benson RC. Infecção do trato urinário. In: Considerações clínicas e cirúrgicas especiais em ginecologia. 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980:369-71.
5. Marangoni DV, Moreira BM. Infecções do trato urinário. In: Schechter M, Marangoni DV. Doenças Infeciosas: conduta diagnóstica e terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
6. Berg AO, Heidrich FE, Fihn SD et al. Establishing the cause of genitourinary symptoms in women in a family practice. JAMA 1984; 251(5):620-5.
7. Stamm WE, Wagner KF, Amsel R et al. Causes of the acute urethral syndrome in women. N Engl J Med 1980; 308(8):409-15.
8. Buckley JR, Guckin MM, Gregor RRM. Urine bacterial counts after sexual intercourse. N Engl J Med 1978; 298(6):321-4.
9. Fihn SD, Lathan RH, Roberts P et al. Association between diaphragm use and urinary tract infection. JAMA 1985; 254(2):240-5.
10. Nicolle LE, Harding GKM, Preiksaitis J et al. The association of urinary tract infection with sexual intercourse. J Infect Dis 1982; 146(5):579-83.
11. Nicolle LE, Ronald AR. Infecção recidivante do trato urinário em mulheres adultas: diagnóstico e tratamento. In: Andriole VT. Infecções do trato urinário. Rio de Janeiro: Interlivros, 1988:83-96.

Síndrome disúria na mulher

12. Schaeffer AJ. Recurrent urinary tract infection in the female patient. *Urology* 1988; 32(3):12-5.
13. Andriole VT. Infecção bacteriana. In: Burrow GN & Ferris TF. *Complicações Clínicas na gravidez*. 2ª ed., São Paulo: Roca, 1983:297-304.
14. Komaroff A. Urinalysis and urine culture in women with dysuria. *Ann Intern Med* 1986; 104(2):212-8.
15. Kunin CM. Os conceitos de bacteriúria significativa e bacteriúria assintomática, síndromes clínicas e epidemiologia de infecções do trato urinário. *Infecções Urinárias*, 4ª ed., Rio de Janeiro: Revinter, 1991:59-130.
16. Neu HC. Urinary tract infections. *Am J Med* 1992; 92(S4A):63-70.
17. Pappas PG. O laboratório no diagnóstico e o tratamento das infecções do trato urinário. In: Kaye D. *Clínicas médicas da América do Norte*. Rio de Janeiro: Interlivros, 1991:325-37.
18. Stamm WE, Hooton TM. Management of urinary tract infections in adults. *N Engl J Med* 1993; 329(18):1328-34.
19. Stamm WE, Hooton TM, Johnson JR. Urinary tract infections: from pathogenesis to treatment. *J Infect Dis* 1989; 159(3):400-6.
20. Kunin CM. Uma revisão das infecções do trato urinário. *Infecções Urinárias*, 4ª ed., Rio de Janeiro: Revinter, 1991:1-58.
21. Stamm WE, Counts GW, Running K R et al. Diagnosis of coliform infection in acutely dysuric women. *N Engl J Med* 1982; 307(8):463-8.
22. Ronald A. Sex and urinary tract infections. *N Engl J Med* 1996; 335(7):511-2.
23. Hovelius B, Mardh PA. *Staphylococcus saprophyticus* as a common cause of urinary tract infections. *Rev Infect Dis* 1984; 6(3):328-37.
24. Measley RE, Levison ME. Mecanismos de defesa do hospedeiro na patogenia da infecção do trato urinário. In: Kaye D. *Clínicas médicas da América do Norte*. Rio de Janeiro: Interlivros, 1991:285-90.
25. Stamm WE, Kevt MM, Roberts PL et al. Natural history of recurrent urinary tract infections in women. *Rev Infect Dis* 1991; 13(1):77-84.
26. Stamm WE, Turck M. Infecções das vias urinárias. In: Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ et al. *Harrison Medicina Interna*, 13ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1995:574-80.
27. Sobel, JD. Agentes etiológicos bacterianos na patogenia da infecção do trato urinário. In: Kaye D. *Clínicas Médicas da América do Norte*, Rio de Janeiro: Interlivros, 1991:263-74.