

Protocolos de encaminhamento para Urologia Pediátrica

O protocolo de Urologia Pediátrica será publicado ad referendum, conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Urologia Pediátrica. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e deve ser descrito quando realizado pelo paciente e sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos, e não impedem a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com hidronefrose, suspeita de anomalia da diferenciação sexual ou infecção urinária associada a anormalidade do trato urinário devem ter preferência no encaminhamento ao urologista pediátrico, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 09 março de 2020.

Supervisão Geral:
Arita Bergmann

Coordenação:
Roberto Nunes Umpierre
Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização e Edição:
Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Rudi Roman

Autores:
Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Guilherme Behrend Silva Ribeiro
Milena Rodrigues Agostinho
Rafael Carvalho Ipe da Silva
Rudi Roman
Sara Kvitko de Moura

Revisão técnica:
Tiago Elias Rosito
Patric Machado Tavares

Colaboração:
Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

Normalização:
Geise Ribeiro da Silva

Diagramação:
Lorenzo Costa Kupstaitis

Como citar este documento:
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para Urologia Pediátrica**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS-UFRGS 2020
Porto Alegre – RS.



Protocolo 1 – Hipospádia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de anomalia da diferenciação sexual (hipospádia perineal isolada, hipospádia associada a testículo não palpável ou outro achado compatível com genitália ambígua – ver quadro 1) em recém-nascido nos primeiros dias de vida, caso não tenha sido investigado na maternidade.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia Pediátrica:

- todas as crianças com hipospádia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia Pediátrica E Endocrinologia Pediátrica:

- crianças com hipospádia e testículo não palpável (unilateral ou bilateral) ou outras características sugestivas de anomalia da diferenciação sexual (ver quadro 1), após avaliação na maternidade ou emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas (incluir posição do meato uretral, suspeita de estenose uretral, suspeita de anomalia da diferenciação sexual (ver quadro 1) ou outras anormalidades como criptorquidia e hérnia inguinal);
- número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Patologias escrotais benignas

As principais características clínicas e o diagnóstico diferencial entre criptorquidia, testículos retráteis, hérnia inguinal, hidrocele e cisto de cordão estão apresentadas no [quadro 2](#), no anexo. Não é necessário nenhum exame de imagem na avaliação da criptorquidia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de torção de testículo (dor testicular aguda, edema e nódulo com consistência macia);
- suspeita de anomalia da diferenciação sexual (testículos não palpáveis bilateralmente, testículo não palpável unilateral associado a anormalidade peniana como hipospádia ou micropênis, ou outro achado compatível com genitália ambígua – ver [quadro 1](#)) em recém-nascido nos primeiros dias de vida, caso não tenha sido investigado na maternidade.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia Pediátrica:

Hidrocele

- hidrocele (não associada a hérnia ou outra patologia escrotal) que persiste em crianças com mais de 12 meses de idade; ou
- dúvida diagnóstica de hidrocele e associação com hérnia ou outra patologia escrotal;

Varicocele

- varicocele associada a alguma das seguintes características:
 - testículo ipsilateral diminuído (diferença de 10 a 15% entre os testículos ou maior que 2 mL por ecografia);
 - condição testicular adicional que afete a fertilidade (testículo retido, ausente ou atrofico);
 - varicocele palpável bilateral;
 - dor ou desconforto;
 - alteração do espermograma (em adolescentes).

Criptorquidia

- testículo retido (palpável ou impalpável) após os 4 meses de idade (ou idade corrigida em prematuros);
- testículo ectópico, ausente ou ascendente em qualquer idade;
- dúvida diagnóstica entre testículo retrátil e criptorquidia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia Pediátrica E Endocrinologia Pediátrica:

- suspeita de anomalia da diferenciação sexual, após avaliação na maternidade ou em emergência, sugerido se qualquer um dos critérios abaixo:
 - testículos não palpáveis bilateralmente; ou
 - testículo não palpável (uni ou bilateral) associado a hipospádia ou micropênis; ou
 - outras características sugestivas de anomalia da diferenciação sexual (ver [quadro 1](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Pediátrica:

- hidrocele em crianças com hérnia inguinal em qualquer idade.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (dor ou sensação de peso escrotal, descrever se o volume escrotal é variável ou estável, palpação de testículo em bolsa escrotal ou após tração manual, alterações no volume testicular, palpação de varicocele, presença de hérnia inguinal, atrofia de bolsa escrotal, anomalia da diferenciação sexual (ver [quadro 1](#));
2. ecografia de bolsa escrotal, se realizada, com data;
3. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Fimose

A maioria dos meninos nasce com fimose (96%), sendo a condição considerada fisiológica até os cinco anos de idade. Não é necessário encaminhar para intervenção cirúrgica todos os pacientes com fimose fisiológica. O tratamento conservador inicial ([quadro 3](#)) pode ser realizado inicialmente na APS a partir dos dois anos de idade. Casos que persistem com fimose fisiológica podem ser encaminhados de acordo com a preferência do paciente ou dos pais por motivos individualizados (cultural, religiosos).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de parafimose (prepúcio retraído com anel prepucial estreito constringindo o corpo do pênis e/ou glândula, causando edema ou possível necrose).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia Pediátrica ou Cirurgia Pediátrica:

- fimose fisiológica persistente após tratamento conservador em crianças com mais de 5 anos, quando há desejo de intervenção cirúrgica;
- fimose fisiológica ou patológica persistente após tratamento conservador ([quadro 3](#)), em qualquer idade, e que apresente uma das seguintes complicações:
 - infecções urinárias de repetição;
 - balanopostite recorrente;
 - sangramento pelo orifício prepucial;
 - retenção urinária crônica (formação de balão que necessita ser reduzido manualmente);
 - ereção dolorosa.
- balanite xerótica obliterante (dermatite atrófica crônica caracterizada por tecido cicatricial esbranquiçado).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico associado a fimose:
 - infecção urinária recorrente (sim ou não). Se sim, quantos episódios no último ano;
 - balanopostite recorrente (sim ou não). Se sim, quantos episódios no último ano;
 - sangramento pelo orifício prepucial (sim ou não);
 - presença de retenção urinária crônica (sim ou não);
 - presença de placa ou cicatriz no pênis (sim ou não);
 - outros sinais e sintomas associados.
2. tratamento realizado para fimose (descreva tratamento realizado e duração);
3. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 – Incontinência urinária e enurese

O controle do esfíncter vesical se dá em 70% das crianças aos 3 anos de idade e 90% aos 4 anos. A **continência urinária** diurna e noturna é normalmente atingida entre 5 a 7 anos de idade. **Enurese** é definida como incontinência urinária durante o sono, a partir dos 5 anos de idade.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia Pediátrica:

- incontinência urinária diurna associada a outros sintomas de trato urinário inferior (polaciúria, urgência com ou sem incontinência, jato fraco, infecções urinárias recorrentes); ou
- incontinência urinária diurna associada a suspeita ou diagnóstico de disrafismos espinhais (como meningomielocele, lipomeningocele, agenesia sacral e lesões ocultas); ou
- enurese associada a sintomas diurnos de trato urinário inferior (polaciúria, urgência com ou sem incontinência, jato fraco, infecções urinárias recorrentes) ou disfunção vesical.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia Pediátrica ou Nefrologia Pediátrica:

- enurese sem outros sintomas de trato urinário inferior ou disfunção vesical, refratária ao tratamento conservador na APS por 3 meses (aconselhamento, medidas de suporte, reforço positivo, tratamento de constipação - [quadro 4](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia Pediátrica:

- incontinência urinária associada a atraso de desenvolvimento neuropsicomotor.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica:

- enurese secundária (desenvolvida depois de a criança atingir continência urinária noturna por pelo menos 6 meses), após tratamento conservador na APS por 3 meses (aconselhamento, medidas de suporte, reforço positivo, tratamento de constipação - [quadro 4](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descreva se incontinência urinária é diurna ou exclusivamente noturna, se existem outros sintomas associados como polaciúria, noctúria, urgência, incontinência fecal ou constipação e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor);
2. suspeita de enurese secundária (história de ter atingido continência urinária noturna por algum período previamente)? Se sim, descreva por quanto tempo;
3. resultado de EQU, urocultura, glicemia e creatinina, com data;
4. se enurese monossintomática, descreva tratamento conservador realizado;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 5 – Infecção urinária em crianças

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia Pediátrica:

- infecção urinária e indicação de exame complementar não disponível na APS ([quadro 5](#)); ou
- infecção urinária e diminuição de função renal ou hipertensão persistente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia Pediátrica:

- infecção urinária e diagnóstico de anormalidade em trato urinário (estenose da junção ureteropélvica, refluxo vesicoureteral, uropatia obstrutiva, disfunção vesical, abscesso renal).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. número de episódios de infecção urinária, se características atípicas e resposta ao tratamento;
2. sinais e sintomas do trato urinário associados (como polaciúria, urgência, incontinência urinária);
3. resultado de EQU, urocultura e creatinina, se realizado, com data;
4. resultado de ecografia de vias urinárias ou outros exames de imagem, se realizados, com data;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Hidronefrose

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia Pediátrica:

- hidronefrose pós-natal moderada a grave – diâmetro da pelve renal >10 mm em ecografia realizada após o nascimento; ou
- hidronefrose pós-natal com envolvimento bilateral ou rim único afetado; ou
- hidronefrose pós-natal associada a outras anomalias do trato urinário (como megaureter, estenose de JUP, rim displásico multicístico, ureterocele, válvulas uretrais posteriores, ureter ectópico, cisto uracal, atresia de uretra).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (presença de massa abdominal ou bexiga palpáveis ao exame físico, uma única artéria umbilical, anomalias na coluna vertebral ou membros inferiores, infecções urinárias, hematúria, déficit de crescimento);
2. história gineco-obstétrica;
3. exames complementares (ecografias obstétricas, com data; ecografias pós-natais de vias urinárias, com data);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Referências

- BAE, J. J.; KIM, B. S.; CHUNG, S. K. Long-term outcomes of retractile testis. Korean Journal of Urology, Daegu, v. 53, n. 9, p. 649-653, set. 2012. Doi 10.4111/kju.2012.53.9.649. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3460009/>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- BASKIN, L. S. Hypospadias: management and outcome. Waltham (MA): UpToDate, 3 dez. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/hypospadias-management-and-outcome>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- BASKIN, L. S. Hypospadias: pathogenesis, diagnosis, and evaluation. Waltham (MA): UpToDate, 19 ago. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/hypospadias-pathogenesis-diagnosis-and-evaluation>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- BASKIN, L. S. Overview of fetal hydronephrosis. Waltham (MA): UpToDate, 17 jun. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-fetal-hydronephrosis?search=Overview>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- BASKIN, L. S. Postnatal management of fetal hydronephrosis. Waltham (MA): UpToDate, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/postnatal-management-of-fetal-hydronephrosis>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- BRENNER, J. S.; OJO, A. Causes of painless scrotal swelling in children and adolescents. Waltham (MA): UpToDate, 8 out. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-scrotal-pain-in-children-and-adolescents#!>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- CHO, A. et al. Undescended testis. The British Medical Journal, London, v. 364, p. 1926. 2019. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.i926>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- COOPER, C. S.; DOCIMO, S. G. Undescended testes (cryptorchidism) in children: management. Waltham (MA): UpToDate, 2 abr. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/undescended-testes-cryptorchidism-in-children-management>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- DUNCAN, B. B. et al. (ed.). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- DYNAMED. Record No. T115197, varicocele in children and adolescents. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 1995 [atual. 30 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115197>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- DYNAMED. Record No. T116161, enuresis. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 1995 [atual. 30 nov. 2018]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/enuresis>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- DYNAMED. Record n. 115591, urinary tract infection (UTI) in children. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 1995 [atual. 30 nov. 2018]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/enuresis>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- DYNAMED. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995. Record No. T913127, hidrocele in infants and children. 30 nov. 2018, Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T913127>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

NAIWEN, D. T.; BASKIN, L. S.; ARNHYM, A. M. Nocturnal enuresis in children: etiology and evaluation. Waltham (MA): UpToDate, 29 out. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nocturnal-enuresis-in-children-etiology-and-evaluation>. Acesso em: 27 fev. 2020.

NAIWEN, D. T.; BASKIN, L. S. Nocturnal enuresis in children: management. Waltham (MA): UpToDate, 5 nov. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nocturnal-enuresis-in-children-management>. Acesso em: 27 fev. 2020.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE - NICE. Urinary tract infection in under 16s: diagnosis and management: Clinical guideline [CG54]. Manchester: NICE, 2007 [atualizado em nov. 2018].

NEPPLE, K. G.; COOPER, C. S. Etiology and clinical features of bladder dysfunction in children. Waltham (MA): UpToDate, 15 abr. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-clinical-features-of-bladder-dysfunction-in-children>. Acesso em: 27 fev. 2020.

MAU, E. E.; LEONERD, M. P. Practical approach to evaluating testicular status in infants and children. Canadian Family Physician, Toronto, v. 63, n. 6, p. 432-435, jun. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5471079/>. Acesso em: 27 fev. 2020.

RADMAYR, C. et al. EAU guidelines on Paediatric Urology. Arnhem: European Association of Urology, 2018. 159 p. <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Paediatric-Urology-2018-large-text.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

REY, J. M.; MARTIN, A. (ed.). JM REY'S IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015. Disponível em: <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>. Acesso em: 27 fev. 2020.

SILVEIRO, S. P.; SATLER, F. Rotinas em endocrinologia. Porto Alegre: Artmed, 2015.

TEWS, M.; SINGER, J. I. Paraphimosis: clinical manifestations, diagnosis, and treatment. Waltham (MA): UpToDate, 21 jan. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/paraphimosis-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment/print#>. Acesso em: 27 fev. 2020.

WILCOX, D. Care of the uncircumcised penis in infants and children. Waltham (MA): UpToDate, 22 jan. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/care-of-the-uncircumcised-penis-in-infants-and-children>. Acesso em: 27 fev. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. Qual o manejo da fimose em crianças? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 28 mar. 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/fimose/>. Acesso em: 27 fev. 2020.

Anexos – figuras e quadros auxiliares

Quadro 1 – Suspeita de anomalia da diferenciação sexual (genitália ambígua)

- clitoromegalia (> 6 mm de diâmetro e/ou > 9 mm de comprimento); ou
- fusão labial posterior; ou
- testículos não palpáveis bilateralmente; ou
- hipospádia perineal isolada; ou
- hipospádia associada a testículo não palpável unilateral ou bilateral ou micropênis (pênis < 2,5 cm no recém-nascido a termo).

Fonte: Silveiro e Satler (2015).

Quadro 2 – Diagnóstico diferencial entre patologias escrotais benignas

Hérnia inguinal: Aumento de volume em região inguinal ou inguinoescrotal aos esforços, exame físico com evidência de tumoração ou espessamento do cordão espermático (sinal da seda).

Hidrocele comunicante: Aumento de volume escrotal insidioso ao longo do dia, melhor durante a manhã e aumento com o decorrer do dia (ortostatismo), exame físico com transluminação positiva. Quando se consegue esvaziar a hidrocele com delicada compressão do escroto, confirmada com transluminação, provavelmente há comunicação do saco escrotal com a cavidade peritoneal.

Hidrocele não comunicante: Podendo ser septada ou não, consiste em aumento de volume escrotal invariável ou com redução gradual ao longo dos meses. Exame físico com transluminação positiva.

Cisto de cordão: Aumento de volume fixo ou pouco variável em região inguinal, cístico, móvel, indolor. Exame físico com presença de nodulação em região inguinal, cística, móvel e indolor.

Criptorquidia: Consiste em um ou dois testículos que não desceram espontaneamente para a bolsa escrotal até os quatro meses de idade. Os testículos criptorquídicos podem ser palpáveis ou impalpáveis, estar ausentes ou em localizações anômalas.

Testículos retráteis: São aqueles que desceram normalmente ao escroto, mas que retraem intermitentemente para o canal inguinal como resultado da contração e hiperexcitabilidade do músculo cremaster. Quando os testículos não são palpáveis na bolsa escrotal, mas consegue-se trazê-los eventualmente, deve-se fazer a diferenciação entre criptorquidia e testículos retráteis. Recomenda-se a seguinte manobra: tentar trazer com a palpação o testículo até a bolsa escrotal e segurá-lo com a mão (ver [figura 1](#)). Deve-se mantê-lo na posição por 1 minuto até fatigar o músculo cremaster. Se o testículo não conseguir ser posicionado na bolsa escrotal ou se eles retornarem imediatamente para sua posição ascendente após 1 minuto, trata-se de testículo criptorquídico. Se ele se mantiver na bolsa, trata-se de testículo retrátil.

Fonte: TelessaudeRS-UFRGS (2020), adaptado de Gusso, Lopes e Dias (2019).



Figura 1 – Manobra de palpação de testículo retido



1. Posicionado ao lado direito do paciente, coloque a sua mão esquerda lateralmente ao anel inguinal profundo.



2. Pressione gentilmente com a mão esquerda, movendo-a ao longo do canal inguinal em direção cranio-caudal até o tubérculo púbico.



3. Quando a mão esquerda estiver no tubérculo púbico, determine a localização do testículo com a mão direita e puxe-o suavemente até a base do escroto.

Fonte: Cho *et al.* (2019).

Quadro 3 – Tratamento da fimose na atenção primária à saúde

Cuidados gerais em paciente com fimose sem complicação:

- Evitar tração forçada do prepúcio ou “massagens” (para evitar sangramento e fibrose, com subsequente desenvolvimento de fimose patológica).
- Tração gentil do prepúcio durante as trocas de fralda e/ou durante o banho, que usualmente irá retrair o prepúcio e expor a glândula gradual e progressivamente.
- Enquanto o prepúcio vai sendo naturalmente retraído, lavar e secar a região exposta.
- Após a tração do prepúcio, sempre reduzir a tração (recobrir a glândula) para evitar parafimose (quando o prepúcio fica retraído abaixo da glândula e não pode ser reduzido a sua posição normal), que resulta em congestão venosa e linfática da glândula.
- Quando o menino vai ficando mais velho, ele deve ser instruído a fazer essa tração gentil no banho, higiene adequada e redução da tração (cobertura da glândula).

Tratamento conservador para pacientes com fimose primária ou secundária:

São opções de corticoide tópico, a ser aplicado duas vezes ao dia, por 4 a 8 semanas: dipropionato de betametasona 0,05% creme, valerato de betametasona 0,1 a 0,2% creme ou pomada, mometasona 0,05 a 0,1% pomada, triamcinolona 0,01 a 0,5% creme ou pomada, clobetasol 0,05% creme, dexametasona 0,1% creme, fluticasona 0,05% creme, hidrocortisona 0,2% pomada ou creme. Não existem evidências quanto a superioridade de um corticoide sobre o outro.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

Quadro 4 - Tratamento clínico otimizado para enurese na atenção primária à saúde

Intervenções comportamentais: são a primeira escolha em casos de enurese. Consistem em:

- Identificação e manejo de evento estressor (divórcio dos pais, nascimento de irmão), se identificado.
- Desaconselhar qualquer tipo de punição e procurar remover a culpa e a vergonha, possibilitando que o paciente converse sobre o problema.
- Promover retreinamento: beber mais líquidos durante o dia e menos no período noturno.
- Incentivar micções diurnas regulares e o esvaziamento vesical antes de dormir.
- Aconselhamento motivacional: procurar engajar o paciente no tratamento, sugerindo, por exemplo, que ele marque com desenhos os dias em que não houve enurese; negociar pequenas recompensas pelos sucessos.
- Tratamento conjunto da constipação, se presente.

Fonte: TelessaúdeRS (2018), adaptado de Duncan *et al.* (2013) e de Rey e Martin (2015).

Quadro 5 – Indicação de exame de imagem na investigação de crianças com infecção do trato urinário

Idade	Resposta ao tratamento/ Tipo de ITU	Exame			
		Ecografia urinária durante infecção aguda	Ecografia urinária em 6 semanas	Cintilografia com DMSA 4 a 6 meses após infecção aguda	Uretrocistografia miccional
< 6 meses	Boa resposta ao tratamento em 48h	Não	Sim ³	Não	Não
	ITU atípica*	Sim ¹	Não	Sim	Sim
	ITU recorrente**	Sim	Não	Sim	Sim
6 a 35 meses	Boa resposta ao tratamento em 48h	Não	Não ⁴	Não	Não
	ITU atípica*	Sim ¹	Não	Sim	Não ⁵
	ITU recorrente**	Não	Sim	Sim	Sim
≥ 36 meses	Boa resposta ao tratamento em 48h	Não	Não ⁴	Não	Não
	ITU atípica*	Sim ^{1,2}	Não	Não	Não ⁵
	ITU recorrente**	Não	Sim	Sim	Sim

DMSA = ácido dimercaptossucínico marcado com tecnécio 99.

*Quadro clínico grave, jato urinário fraco, massa abdominal ou vesical, creatinina elevada, septicemia, sem resposta ao tratamento antibiótico em 48h, ITU por gêmeo não E. coli.

**2 ou mais episódios de pielonefrite (bacteriúria + febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e/ou dor lombar); ou 1 episódio de pielonefrite + 1 ou mais episódios de cistite (bacteriúria sem sintomas sistêmicos); ou 3 ou mais episódios de cistite.

¹Se infecção por gêmeo não E. coli que responde bem à tratamento antibiótico e sem outros achados de infecção atípica, a ecografia pode ser realizada em 6 semanas.

²Ecografia em crianças com controle esfinteriano deve ser realizada com bexiga cheia para estimar volume pré-miccional e volume residual pós-miccional.

³Se anormal, considerar uretrocistografia miccional.

⁴Não deve ser realizado como rotina, mas é recomendado quando a criança tem baixo ganho ponderal, hipertensão arterial ou história familiar de doença renal/urológica.

⁵Não deve ser realizado como rotina, mas é recomendado quando há cintilografia renal evidenciando cicatriz renal ou pelo menos 1 episódio de pielonefrite associado a dilatação na ecografia, jato urinário fraco, infecção por gêmeo não E. coli, história familiar de refluxo vesico-ureteral, baixo ganho ponderal ou hipertensão arterial.

Se for solicitada cintilografia renal com DMSA em 4 a 6 meses após a infecção aguda e a criança tiver nova ITU enquanto aguarda a realização do exame, não há necessidade de aguardar novo intervalo de 4 a 6 meses para realização do exame.

Se for solicitada uretrocistografia miccional, prescrever antibiótico profilático por 3 dias e orientar a realização do exame no 2º dia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de NICE (2018).