

Pediatria ATUALIZE SE

BOLETIM DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO



ATENÇÃO DOMICILIAR EM PEDIATRIA

Critérios de elegibilidade para atenção domiciliar • Página 4
Prevenção de infecções relacionadas a dispositivos • Página 7
Infecção urinária de repetição na atenção domiciliar • Página 9

SPSP educa

PORTAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Faça sua inscrição para
os cursos da SPSP

Acesse as aulas gravadas dos
eventos da SPSP



www.spspeduca.org.br

EXPEDIENTE

Diretoria da Sociedade
de Pediatria de São Paulo
Triênio 2025-2028

Diretoria Executiva

Presidente
Sulim Abramovici
1º Vice-presidente
Renata Dejtiar Waksman
2º Vice-presidente
Claudio Barsanti
Secretária-geral
Maria Fernanda B. de Almeida
1ª Secretária
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck
2º Secretário
Mario Roberto Hirschheimer
1º Tesoureiro
Paulo Tadeu Falanghe
2ª Tesoureira
Ana Cristina Ribeiro Zollner

Diretoria de Publicações

Diretora
Cléa R. Leone
Coordenadores do *Pediatra Atualize-se*
Antonio Carlos Pastorino
Mário Cícero Falcão

Departamento Científico
colaborador: Atenção Domiciliar

Informações Técnicas

Produção editorial:
Sociedade de Pediatria
de São Paulo
Jornalista responsável:
Paloma Ferraz (MTB 46219)
Revisão: Lucia Fontes
Projeto gráfico e diagramação:
Lucia Fontes

Foto de capa:
halfpoint | depositphotos.com

Periodicidade: bimestral
Versão eletrônica: www.spsp.org.br

Contato comercial:
Karina Aparecida Ribeiro Dias
karina.dias@apm.org.br
Malu Ferreira
malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção:
Paloma Ferraz
paloma@spsp.org.br

ISSN 2448-4466

ATENÇÃO DOMICILIAR EM PEDIATRIA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

A atenção domiciliar em Pediatria constitui uma estratégia relevante para a continuidade e a integralidade do cuidado, especialmente para crianças com doenças crônicas, condições complexas ou necessidades especiais de saúde. Ao possibilitar a assistência no ambiente familiar, essa modalidade pode contribuir para maior conforto, qualidade de vida e redução de hospitalizações evitáveis.

Entretanto, o cuidado domiciliar exige planejamento, acompanhamento multiprofissional e adequada capacitação dos familiares. A participação da família é fundamental, mas não deve representar a transferência da responsabilidade assistencial para os cuidadores. É necessário oferecer orientação, suporte e acesso oportuno aos serviços de saúde.

Nesse contexto, fortalecer a atenção domiciliar pediátrica significa investir em um modelo de cuidado humanizado, seguro e centrado na criança e na família. Para isso, são essenciais equipes qualificadas, redes de atenção integradas e políticas públicas que assegurem equidade e continuidade do cuidado.

Nesta edição do *Pediatra Atualize-se*, o Departamento Científico de Atenção Domiciliar da SPSP apresenta três artigos abordando os critérios de elegibilidade para atenção domiciliar, com recomendações para uma transição segura do hospital para o domicílio, a prevenção de infecções relacionadas a dispositivos e os desafios diagnósticos, manejo e prevenção de infecção urinária de repetição na atenção domiciliar.

Boa leitura!



MÁRIO CÍCERO FALCÃO
EDITOR

ÍNDICE

Crítérios de elegibilidade para atenção domiciliar 4
por Ana Lucia Santoro

Prevenção de infecções relacionadas a dispositivos 7
por Monica Yukie Kagohara

Infecção urinária de repetição na atenção domiciliar 9
por Ana Lucia Santoro

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA ATENÇÃO DOMICILIAR

Ana Lucia Santoro

Mestre em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Sócia fundadora e diretora técnica da *Pediatric Home Care*. Vice-presidente do Departamento Científico de Atenção Domiciliar da SPS.

A atenção domiciliar (AD) pediátrica constitui importante estratégia para continuidade do cuidado de crianças e adolescentes com condições agudas ou crônicas clinicamente estáveis. Além de favorecer a desospitalização, pode reduzir complicações associadas à internação prolongada, fortalecer o vínculo familiar e contribuir para a qualidade de vida da criança e de seus cuidadores. A definição de critérios objetivos de elegibilidade é fundamental para garantir segurança assistencial, reduzir reinternações evitáveis e promover a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar.¹⁻³

Críticos de elegibilidade

A indicação da atenção domiciliar deve resultar de avaliação multidimensional envolvendo aspectos clínicos, familiares, sociais e estruturais.

Do ponto de vista clínico, são considerados elegíveis pacientes com estabilidade hemodinâmica e respiratória, ausência de necessidade de monitorização intensiva contínua, baixa probabilidade de deterioração aguda e plano terapêutico passível de execução no domicílio.⁴⁻⁶ Pacientes com necessidade frequente de intervenções emergenciais ou ajustes terapêuticos complexos devem permanecer em

ambiente hospitalar até estabilização adequada.⁴⁻⁶

Entre as condições mais frequentemente acompanhadas em atenção domiciliar estão infecções que requerem antibioticoterapia intravenosa, doenças respiratórias estáveis, necessidade de suporte nutricional prolongado e condições crônicas complexas.⁴⁻⁶

O aumento da sobrevivência de crianças com necessidades especiais de saúde ampliou a presença de pacientes dependentes de tecnologia no ambiente domiciliar.² Crianças com traqueostomia, gastrostomia, ventilação mecânica domiciliar, oxigenoterapia prolongada ou suporte nutricional enteral podem ser elegíveis, desde que exista capacidade de manejo seguro pelos cuidadores e suporte multiprofissional adequado.^{2,7,8} A elegibilidade dessas crianças deve considerar não apenas a estabilidade clínica, mas também a disponibilidade de cuidadores treinados, equipamentos adequados e acompanhamento multiprofissional contínuo, aspectos reconhecidos como fundamentais para a segurança da assistência domiciliar.^{2,7,8}

A avaliação familiar representa etapa indispensável do processo. Recomenda-se verificar a presença de cuidador principal disponível, a compreensão do plano terapêutico, a capacidade de aprendizado dos procedimentos ne-



cessários, a adesão ao tratamento e a existência de rede de apoio.^{2,7,8} O treinamento prático dos cuidadores deve anteceder a alta, especialmente em situações de dependência tecnológica.^{2,7}

A estrutura domiciliar também deve ser considerada. O domicílio deve apresentar condições adequadas de higiene, disponibilidade de energia elétrica e água, espaço para equipamentos e insumos, além de meios de comunicação que permitam contato rápido com os serviços de saúde quando necessário.^{1,4-6}

A Figura 1 (página 6) apresenta um fluxograma para avaliação da elegibilidade à atenção domiciliar pediátrica.

Influência da idade na elegibilidade

A idade, isoladamente, não constitui critério de exclusão para atenção domiciliar. Entretanto, influencia diretamente a complexidade da avaliação e a intensidade do monitoramento necessário.^{2,5-8}

- Recém-nascidos e lactentes representam grupo de maior vulnerabilidade clínica, exigindo avaliação mais rigorosa da estabilidade respiratória e maior treinamento dos cuidadores.^{6,7}
- Em pré-escolares e escolares, a elegibilidade costuma estar relacionada principalmente à condição clínica de base e à capacidade da família em executar os cuidados prescritos.^{4,5,8}
- Já nos adolescentes, aspectos relacionados à autonomia, adesão ao tratamento e participação nas decisões terapêuticas devem ser considerados.^{2,7}

De maneira geral, quanto menor a idade da criança, maior tende a ser a necessidade de supervisão, apoio familiar e acompanhamento multiprofissional para garantir a segurança da assistência domiciliar.⁵⁻⁷

Situações que contraindicam ou adiam a atenção domiciliar

A inclusão em atenção domiciliar deve ser adiada na presença de instabilidade clínica significativa, necessidade de monitorização intensiva contínua, ausência de cuidador capacitado, recusa familiar ou condições domiciliares incompatíveis com o cuidado proposto. Nesses casos, recomenda-se reavaliação periódica da elegibilidade.⁴⁻⁶

Os principais aspectos a serem avaliados antes da inclusão da criança em atenção domiciliar estão na Tabela 1.

Mensagem final da autora

A elegibilidade para atenção domiciliar pediátrica deve basear-se em avaliação clínica, familiar, social e estrutural. A estabilidade da criança, associada à capacitação dos cuidadores e à adequação do ambiente domiciliar, constitui o principal requisito para uma transição segura do hospital para o domicílio.^{1,2,4-8} A seleção criteriosa dos pacientes contribui para redução de reinternações e para a continuidade do cuidado centrado na criança e na família.^{2,3,7} Importante: a atenção domiciliar pediátrica deve ser indicada somente após avaliação multidimensional que contemple estabilidade clínica, cuidadores capacitados, domicílio adequado e suporte multiprofissional. A seleção criteriosa dos pacientes é essencial para garantir segurança, continuidade do cuidado e redução de reinternações.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde: recomendações para organização do cuidado. Rio de Janeiro: SBP; 2024.
3. Berry JG, Hall M, Cohen E, O'Neill M, Feudtner C. Ways to identify children with medical complexity and the importance of coordinated care. *Pediatrics*. 2015;135:e1057-65.
4. Batlle A, Aldemira A, Agúndez B, Cabrera I, Esquerdo E, López S, et al. Home hospitalization of the acute patient: a new approach to care. *An Pediatr (Barc)*. 2023;99:329-34.
5. Detollenaere J, Van Ingelghem I, Van den Heede K, Vlayen J. Systematic literature review on the effectiveness and safety of paediatric hospital-at-home care as a substitute for hospital care. *Eur J Pediatr*. 2023;182:2735-57.
6. Brewster RC, Wickremasinghe W, Levine DM. Implementing acute hospital care at home in pediatrics. *Pediatrics*. 2024;154:e2023064794.
7. Lin E, Noritz G, Council on Children With Disabilities. Home health care of children, adolescents and young adults with complex medical needs. *Pediatrics*. 2025;156:e2025073171.
8. Foster CC, Morales L, Fawcett AJ, Coleman CL. Access and quality of pediatric home healthcare: a systematic review. *Home Health Care Management & Practice*. 2023;35:195-206.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do(s) autor(es).

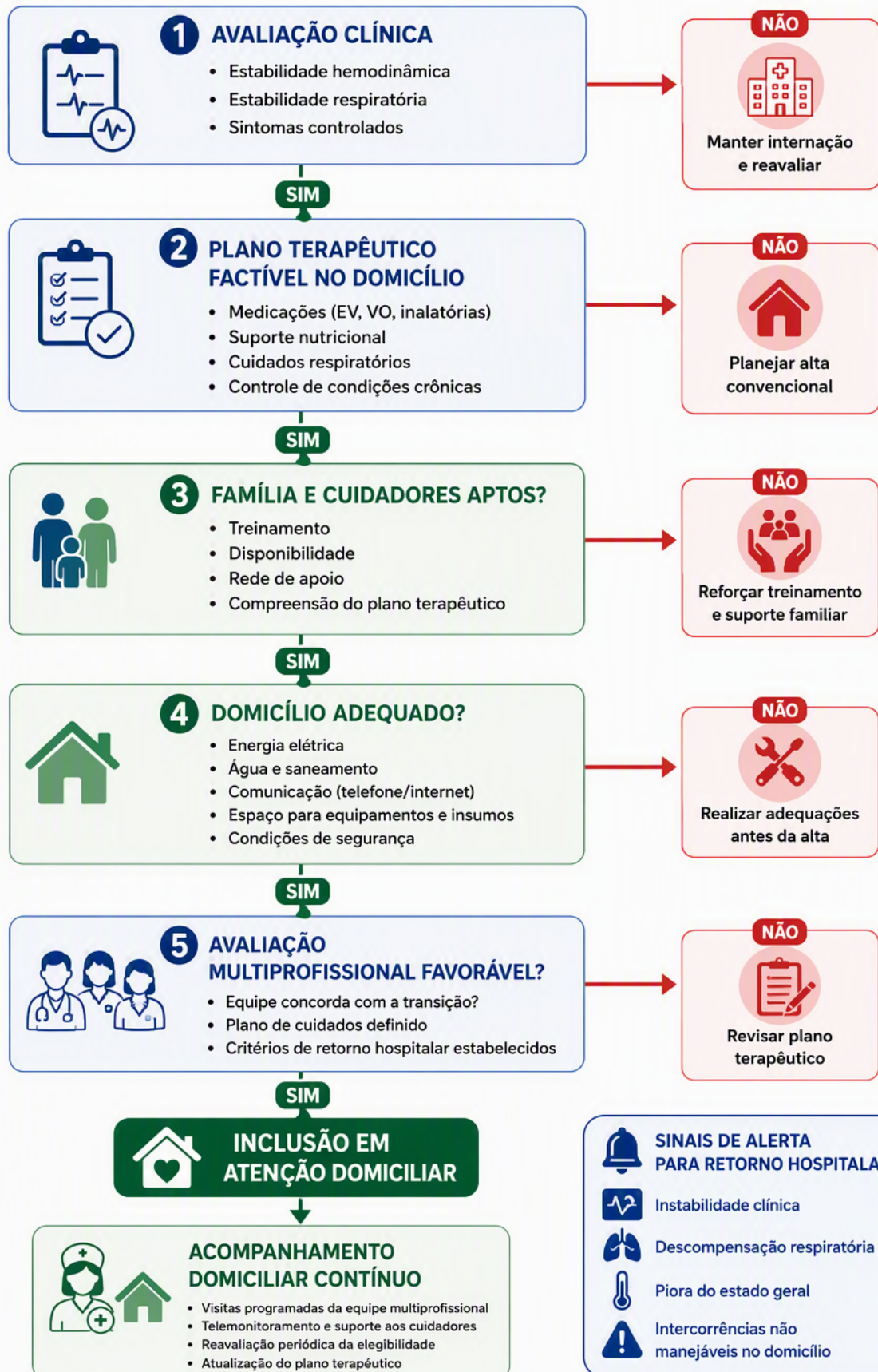
Tabela 1 – Aspectos a serem avaliados antes da inclusão em atenção domiciliar

Domínio	Principais critérios
Clínico	Estabilidade hemodinâmica e respiratória; ausência de necessidade de cuidados intensivos
Terapêutico	Plano terapêutico definido e factível no domicílio
Familiar	Presença de cuidador treinado e disponível
Social	Rede de apoio e adesão ao acompanhamento
Estrutural	Condições adequadas do domicílio e acesso aos recursos necessários

Fonte: Adaptado de Detollenaere J, et al.⁵



FLUXOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DA ELEGIBILIDADE À ATENÇÃO DOMICILIAR PEDIÁTRICA



A elegibilidade para atenção domiciliar pediátrica deve considerar estabilidade clínica, viabilidade do plano terapêutico, capacitação da família, adequação do domicílio, disponibilidade de recursos e concordância da equipe multiprofissional.

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS A DISPOSITIVOS

Monica Yukie Kagohara

Médica visitadora do Programa Melhor em Casa. Membro do Departamento Científico de Atenção Domiciliar da SPSP.

O aumento da complexidade tecnológica no cuidado pediátrico tem permitido que crianças com condições médicas graves recebam cuidados em ambiente domiciliar. Dispositivos como cateteres venosos centrais, sondas vesicais de demora, traqueostomias e gastrostomias são frequentemente necessários para a manutenção e a qualidade de vida dessas crianças. No entanto, esses dispositivos representam importante porta de entrada para infecções, que podem resultar em hospitalizações, aumento de morbidade e custos elevados para o sistema de saúde.

As infecções relacionadas a dispositivos na atenção domiciliar apresentam desafios únicos quando comparadas ao ambiente hospitalar, incluindo a necessidade de capacitação adequada dos profissionais, cuidadores e familiares, tendo as limitações de recursos, materiais e supervisão profissional.

Princípios gerais de prevenção

A prevenção de infecções relacionadas a dispositivos baseia-se em três pilares fundamentais: educação e capacitação dos cuidadores, protocolos institucionais de técnica asséptica rigorosa e vigilância contínua.

O envolvimento ativo da família como protagonista do cuidado é essencial. Estudos demonstram que programas estruturados de capacitação familiar, que incluem padronização do ensino, fortalecimento do conhecimento, simulação prática e suporte ao ambiente domiciliar, podem reduzir significativamente as taxas de infecção.³ A abordagem centrada na família e cuidadores como principais interessados no processo representa mudança de paradigma em relação aos modelos tradicionais focados exclusivamente na equipe de saúde.

A higienização adequada das mãos permanece como a intervenção mais importante e com maior evidência de redução de infecções, incluindo em neonatos.^{1,2} A família deve dispor de água, sabonete líquido, papel-toalha e álcool 70% em local acessível.

A técnica asséptica deve ser mantida durante todas as etapas do cuidado. Recomenda-se que os procedimentos sejam realizados em superfície limpa, com materiais previamente organizados e evitando-se a manipulação desnecessária de conexões, pontas estéreis e partes internas dos dispositivos.

A educação dos cuidadores deve combinar explicações teóricas, demonstração, prática supervisionada e simulação de situações de emergência. O método *teach-back*, no

qual o cuidador reproduz o procedimento ou explica as orientações com suas próprias palavras, permite verificar a compreensão e identificar necessidades de reforço.³

Também é fundamental avaliar periodicamente a necessidade de cada dispositivo. A permanência prolongada, quando não justificada clinicamente, aumenta o risco de infecção e outras complicações. A atuação da enfermagem é essencial para a elaboração de protocolos, avaliação das habilidades familiares, acompanhamento domiciliar e identificação de oportunidades para retirada precoce.¹

Com base nesses princípios, apresentam-se, nas Tabelas 1 e 2 (página 8), as principais estratégias baseadas em evidências para a prevenção de infecções relacionadas a dispositivos no contexto pediátrico domiciliar.



Tabela 1 – Principais medidas preventivas conforme o tipo de dispositivo

Dispositivo	Principais medidas de prevenção	Sinais de alerta
Geral (todos)	Higiene rigorosa das mãos, uso de técnica asséptica, organização de materiais e educação contínua do cuidador (<i>teach-back</i>) ¹⁻³	Qualquer alteração no estado geral da criança ou integridade do dispositivo ^{4,5}
Cateter venoso central	Desinfecção de conexões antes do uso, manter sistema fechado e curativo limpo, seco e bem aderido ⁶	Rubor, calor, dor, edema ou secreção no sítio de inserção ⁶
Cateter urinário	Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, evitar dobras no tubo e manter sistema de drenagem fechado ⁷	Febre, hematúria e dor abdominal/lombar ⁴
Traqueostomia	Observação diária do estoma, aspiração seletiva (se necessário), umidificação adequada e higiene oral ^{8,9}	Secreção purulenta, sangramento no estoma, queda de saturação ou aumento do esforço respiratório ^{8,9}
Gastrostomia	Limpeza do estoma, manter pele seca, lavagem do dispositivo após dietas/medicações e posicionamento adequado na alimentação ⁵	Vômitos persistentes, distensão abdominal, vazamento significativo ou sinais inflamatórios no estoma ⁵

Fonte: Elaborado pela autora com base na literatura revisada.

Tabela 2 – Rotina de cuidados preventivos na internação domiciliar^{1,3,7}

Momento do cuidado	Conduta recomendada	Objetivo
Antes do procedimento	Higienizar as mãos, separar os materiais e limpar a superfície de trabalho e higienizar mãos	Reduzir a contaminação do ambiente e dos materiais
Durante o procedimento	Calçar as luvas evitando tocar em partes estéreis, conexões e extremidades dos dispositivos	Preservar a técnica asséptica
Após o procedimento	Descartar materiais adequadamente e higienizar as mãos	Evitar contaminação cruzada
Diariamente	Inspecionar o dispositivo, o sítio de inserção e o estado geral da criança	Identificar precocemente sinais de infecção ou complicação
Periodicamente	Reavaliar a necessidade do dispositivo	Reduzir o tempo de exposição ao risco
Na presença de sinais de alerta	Suspender manipulações desnecessárias e comunicar a equipe de saúde	Permitir avaliação e intervenção precoces
Durante o acompanhamento	Reforçar o treinamento e avaliar a técnica do cuidador	Manter a qualidade e a segurança do cuidado

Fonte: Elaborado pela autora com base na literatura revisada.

Mensagem final da autora

O cuidado domiciliar de crianças com dispositivos invasivos representa um desafio complexo que exige parceria verdadeira entre profissionais de saúde e famílias. O sucesso na prevenção de infecções não depende apenas de protocolos técnicos, mas fundamentalmente do empoderamento dos cuidadores como protagonistas do cuidado. Investir tempo na capacitação adequada dos profissionais e das famílias, com treinamento estruturado, simulação prática e suporte contínuo, não é apenas recomendação baseada em evidências, é imperativo ético que garanta a dignidade, segurança e qualidade de vida para essas crianças e suas famílias.

Referências

- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, O'Heard J, et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Clin Infect Dis. 2011;52:e162-93.
- Wendel D, Mezzoff EA, Raghu VK, Cole CR, Kaufman SS, Bines JE, et al. Management of Central Venous Access in Children With Intestinal Failure: A Position Paper From the NASPGHAN Intestinal Rehabilitation Special Interest Group. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2021;72:474-86.
- Wong CI, Ilowitz M, Yan A, Bober MB, Aoyama K, McNeer JL, et al. Reducing ambulatory central line-associated bloodstream infections: A family-centered approach. Pediatr Blood Cancer. 2024;71:e31064.
- Foster CB, Ackerman K, Hupertz V, Chiu J, Fischer A, Garg S, et al. Catheter-Associated Urinary Tract Infection Reduction in a Pediatric Safety Engagement Network. Pediatrics. 2020;146:e20192057.
- Page SP, McCusker R, Simpson S, Short M, Berkhout A. Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Children: An Evidence-Informed Narrative Review of Diagnosis, Management and Prevention. J Paediatr Child Health. 2026.
- Morrison JM, Hassan A, Kysh L, Dudas RA, Russell CJ. Diagnosis, management, and outcomes of pediatric tracheostomy-associated infections: A scoping review. Pediatr Pulmonol. 2022;57:1145-56.
- Amin R, Agarwal A, Chiang J, Collaco JM, Cristea AI, Probst EJ, et al. Care of Infants and Children With Tracheostomies: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2025.
- Flodgren G, Conterno LO, Mayhew A, Omar O, Pereira CR, Sheppard S. Interventions to Improve Professional Adherence to Guidelines for Prevention of Device-Related Infections. Cochrane Database Syst Rev. 2013;CD006559.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do(s) autor(es).

INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Ana Lucia Santoro

Mestre em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Sócia fundadora e diretora técnica da *Pediatric Home Care*. Vice-presidente do Departamento Científico de Atenção Domiciliar da SPS.

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das infecções bacterianas mais frequentes na infância e importante causa de morbidade pediátrica. Quando recorrente, pode estar associada à ocorrência de cicatrizes renais, hipertensão arterial, comprometimento da função renal e redução da qualidade de vida da criança e de sua família. A identificação precoce dos fatores predisponentes e a instituição de medidas preventivas adequadas são fundamentais para minimizar essas complicações.^{2,3}

Na atenção domiciliar pediátrica, a abordagem da ITU recorrente apresenta desafios específicos. Muitas crianças acompanhadas nesse contexto apresentam condições crônicas complexas, comprometimento neurológico, dependência tecnológica ou necessidade de cateterismo vesical intermitente limpo (CVIL). Nessas situações, sinais e sintomas clássicos podem estar ausentes ou ser de difícil reconhecimento, exigindo vigilância clínica cuidadosa e protocolos assistenciais bem definidos.^{3,4,5}

Quando suspeitar de ITU recorrente? (Figura 1)

Considera-se ITU recorrente a ocorrência de: dois ou mais episódios de pielonefrite; um episódio de pielonefrite associado a um ou mais episódios de ITU baixa; três ou mais episódios de cistite.^{1,3}

Em crianças assistidas em domicílio, febre sem foco aparente, irritabilidade, inapetência, dor abdominal, dor lombar, letargia ou alteração do comportamento habitual podem representar manifestações de infecção urinária.^{1,9}

Nos pacientes com comprometimento neurológico ou dificuldades de comunicação, sintomas menos específicos devem ser valorizados, incluindo:

- Aumento da espasticidade;
- Desconforto durante o cateterismo;
- Piora da continência urinária;
- Urina com odor incomum associada a sintomas sistêmicos;
- Piora do estado geral sem outra causa identificada.^{4,5,10}

A Figura 1 (página 11) apresenta um fluxograma para manejo da ITU de repetição na atenção domiciliar pediátrica.

Confirmação diagnóstica

Sempre que possível, a amostra de urina deve ser obtida antes do início da antibioticoterapia. A interpretação do resultado deve considerar simultaneamente o quadro clínico, os achados da urinálise, o método de coleta e a urocultura. Os principais aspectos a serem avaliados estão apresentados na Tabela 1.^{2,3}

A presença isolada de bacteriúria não confirma infecção urinária. Esse conceito é particularmente importante em crianças submetidas ao cateterismo vesical intermitente ou portadoras de bexiga neurogênica, nas quais a colonização bacteriana é frequente. Nessas situações, o tratamento da bacteriúria assintomática não é recomendado rotineiramente, pois não reduz recorrências e favorece o desenvolvimento de resistência bacteriana.^{4,5,7}

Investigação dos fatores predisponentes

A recorrência da ITU deve motivar investigação sistemática de condições predisponentes.^{2,3} Os principais fatores associados incluem:

- Constipação intestinal;
- Disfunção vesicointestinal;

Tabela 1 – Bacteriúria assintomática versus ITU sintomática

Característica	Bacteriúria assintomática	ITU sintomática
Sintomas clínicos	Ausentes	Presentes
Urocultura	Positiva	Positiva
Tratamento com antibiótico	Não recomendado rotineiramente	Recomendado conforme quadro clínico e antibiograma
Impacto do tratamento	Não reduz recorrências e favorece resistência bacteriana	Melhora clínica e controle da infecção

Fonte: Adaptado de Stein R, et al.⁵

- Refluxo vesicoureteral;
- Malformações do trato urinário;
- Obstruções urinárias;
- Bexiga neurogênica;
- Esvaziamento vesical incompleto;
- Baixa ingestão hídrica;
- Técnica inadequada de cateterismo;
- Frequência insuficiente de cateterismo vesical.^{2,3,4}

Nas crianças com controle esfinteriano, o diagnóstico e o tratamento da disfunção vesical e intestinal constituem uma das medidas mais eficazes para prevenção de recorrências.^{2,3}

Crianças com bexiga neurogênica

As crianças com disfunção neurogênica do trato urinário inferior representam um grupo de especial atenção na assistência domiciliar. O cuidado desses pacientes deve priorizar a preservação da função renal, a manutenção de baixas pressões vesicais e a prevenção de infecções sintomáticas e não simplesmente a obtenção de culturas urinárias negativas.^{4,5,10}

Diante de episódios recorrentes de ITU, é essencial revisar:

- Técnica do cateterismo vesical;
- Frequência do cateterismo;
- Adesão ao tratamento medicamentoso;
- Hidratação;
- Manejo intestinal;
- Necessidade de reavaliação urológica especializada.^{4,5,10}



Manejo e prevenção

O tratamento deve ser individualizado, levando em consideração a idade da criança, a gravidade clínica, os agentes etiológicos previamente identificados e os padrões locais de resistência bacteriana. Sempre que disponível, o antibiograma deve orientar a escolha terapêutica.^{3,7}

Estratégias preventivas prioritárias

- Incentivo à adequada ingestão hídrica;
- Tratamento da constipação intestinal;
- Correção de hábitos miccionais inadequados;
- Tratamento da disfunção vesicointestinal;
- Otimização do programa de cateterismo vesical;
- Educação continuada dos cuidadores;
- Acompanhamento multiprofissional periódico.^{2,3}

A antibioticoprofilaxia não deve ser utilizada de forma indiscriminada. Sua indicação deve ser individualizada, com avaliação criteriosa dos potenciais benefícios e dos riscos relacionados ao desenvolvimento de resistência bacteriana.^{1,7,9}

Conclusão

A infecção urinária recorrente na atenção domiciliar pediátrica exige abordagem multiprofissional e individualizada. O reconhecimento precoce dos sintomas, a confirmação diagnóstica adequada, a investigação dos fatores predisponentes e a diferenciação entre bacteriúria assintomática e ITU sintomática são fundamentais para reduzir recorrências, preservar a função renal e evitar o uso desnecessário de antimicrobianos. Em crianças com bexiga neurogênica ou submetidas ao cateterismo vesical intermitente, a otimização do manejo vesical e intestinal constitui uma das principais estratégias de prevenção.^{3,4,5}

Mensagem final da autora

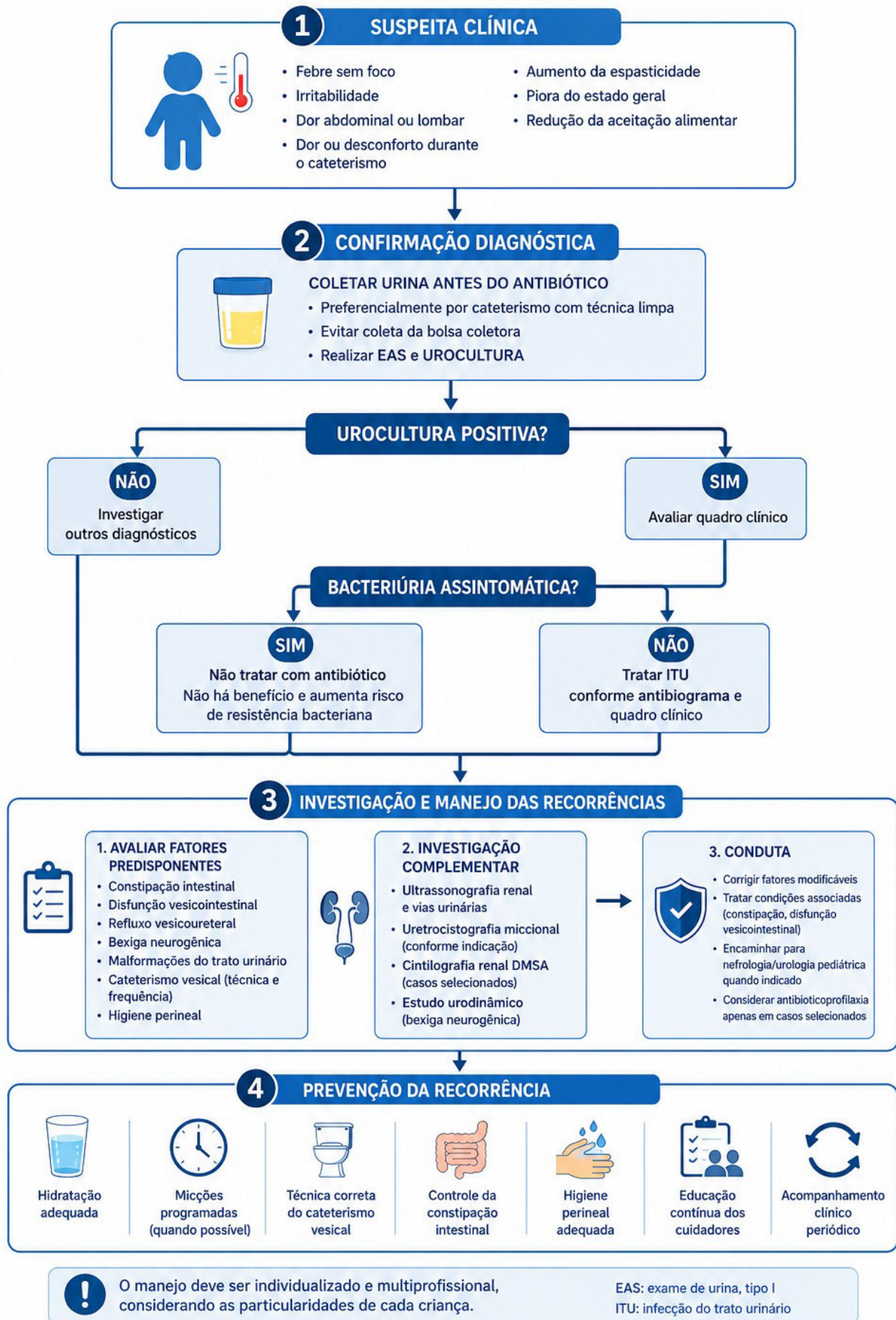
Cultura urinária positiva isoladamente não define infecção urinária. Em crianças em atenção domiciliar, especialmente aquelas com bexiga neurogênica e uso de cateterismo vesical intermitente, a decisão de tratar deve sempre estar associada à presença de sinais e sintomas clínicos compatíveis com infecção.^{4,7}

Referências

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary tract infection in under 16s: diagnosis and management (NG224). London: NICE; 2022.
2. European Association of Urology (EAU), European Society for Paediatric Urology (ESPU). EAU Guidelines on Paediatric Urology. Amsthem: EAU Guidelines Office; 2025.
3. Gnech M, Bujons A, Radmayr C, t'Hoen L, Bogaert G, Burgu B, et al. Update and summary of the EAU/ESPU paediatric guidelines on urinary tract infection in children. J Pediatr Urol. 2025.
4. Spina Bifida Association. Urology Guideline. Chicago: Spina Bifida Association; 2025.
5. Stein R, Bogaert G, Dogan HS, Hoen L, Kovara R, Nijman RJ, et al. EAU/ESPU guidelines on the management of neurogenic bladder in children and adolescent part of the EAU guidelines. J Pediatr Urol. 2020;16:175-82.
6. Nelson Z, Aslan AT, Beahm NP, Blyth M, Cappiello M, Casaus D, et al. Guidelines for the Prevention, Diagnosis, and Management of Urinary Tract Infections in Pediatrics and Adults: A WikiGuidelines Group Consensus Statement. JAMA Netw Open. 2024;7:e2444495.
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary tract infection (recurrent): antimicrobial prescribing (NG112). Updated December 2024.
8. Elagami H, Abbas TO, Evans K, Murphy F. Management of neuropathic bladder secondary to spina bifida: twenty years' experience with a conservative approach. Front Pediatr. 2022;10:913078.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do(s) autor(es).

MANEJO DA INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR PEDIÁTRICA





A Revista Paulista de Pediatria destina-se à publicação de artigos originais, de revisão e relatos de casos clínicos de investigação metodológica com abordagem na área da saúde e pesquisa de doenças dos recém-nascidos, lactantes, crianças e adolescentes.

Para submeter novos manuscritos [clique aqui](#).

Normas de publicação da revista estão disponíveis em formato PDF. [Baixe agora](#).

RPPED

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO