

Disfunção vesicointestinal — perdas urinárias de dia, urgência e constipação

Terminologia da ICCS, diário de 48 horas, exame dirigido, ultrassonografia com resíduo, uroterapia padrão, constipação, oxibutinina e quando encaminhar (SBP 2019; SBP/SBU 2019)

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A **disfunção vesicointestinal (DVI)** é a associação de **sintomas do trato urinário inferior** — urgência, perdas diurnas, manobras de contenção (agachar sobre o calcanhar — **sinal de Vincent**), polaciúria, adiamento miccional, jato alterado — com **constipação**, em criança **neurologicamente normal** (ICCS 2016; SBP 2019). Perdas diurnas **a partir de 5 anos** não são normais. O diagnóstico é **clínico**: anamnese dirigida também à criança, **diário miccional de 48 horas** com registro das evacuações (Bristol), exame da **coluna lombossacra**, dos **genitais** e neurológico, e exame de urina; a **ultrassonografia com resíduo pós-miccional** separa quem o pediatra conduz de quem vai ao especialista (SBP/SBU 2019). O tratamento é **em casa (🟢)**: **constipação primeiro, uroterapia padrão e oxibutinina só depois**, com resíduo normal. Resíduo elevado, micção disfuncional, infecção urinária febril de repetição, **perda contínua na menina** (ureter ectópico), estigmas lombossacros ou falha da uroterapia: **encaminhar (🟡)**. **Retenção urinária, sinais neurológicos agudos ou infecção urinária febril com toxemia: pronto-socorro (🔴)**.

1. O que é e como se apresenta

Terminologia (ICCS 2016, adotada pela SBP 2019 e pela SBP/SBU 2019):

- **Disfunção do trato urinário inferior (DTUI)**: sintomas urinários na criança que já tirou as fraldas, relevantes a partir de **5 anos**, sem infecção, doença neurológica ou anomalia anatômica que os expliquem.
- **Disfunção vesicointestinal (DVI)**: DTUI **com constipação e/ou incontinência fecal** (antiga "síndrome da disfunção das eliminações"). Sem comorbidade intestinal, usa-se apenas DTUI.

Controle esfinteriano: o diurno costuma vir entre 2 e 4 anos, o noturno depois; jato intermitente é fisiológico antes de 3 anos (AEP 2014).

Sintomas (ICCS 2016):

FASE	SINTOMA	DEFINIÇÃO PRÁTICA
Armazenamento	Frequência aumentada / diminuída	≥ 8 / ≤ 3 micções por dia (a SBP/SBU considera normal 4–7)
Armazenamento	Urgência	Vontade súbita e inesperada de urinar
Armazenamento	Incontinência	Contínua (ureter ectópico, epispádia, lesão esfinteriana) ou intermitente
Esvaziamento	Hesitação, esforço, jato fraco ou intermitente	Relevantes a partir de 5 anos
Outros	Manobras de contenção	Ponta dos pés, cruzar as pernas, apertar os genitais, agachar com o calcanhar no períneo (sinal de Vincent)
Outros	Gotejamento pós-miccional	Na menina, sugere refluxo vaginal

Condições clínicas (ICCS 2016; SBP/SBU 2019):

- **Bexiga hiperativa:** a mais comum; urgência, polaciúria, perdas pequenas, manobras; muitas crianças **bebem pouco** para não perder urina.
- **Adiamento miccional:** "segura" até o limite, micção infrequente, perdas com a bexiga cheia; comorbidade comportamental.
- **Micção disfuncional:** contração do assoalho pélvico **durante a micção**, curva em **staccato**, resíduo, infecção, refluxo, uretra "em pião".
- **Bexiga hipoativa:** micções muito espaçadas, prensa abdominal, resíduo elevado.
- **Refluxo vaginal:** perda logo após urinar, por micção com as pernas fechadas; pode associar-se a sinéquia.
- Outras: incontinência do riso; **polaciúria diurna extraordinária** (≥ 1 micção/hora só de dia; autolimitada, após afastar infecção e diabetes — ICCS 2016).

Por que importa: resíduo, alta pressão vesical e retenção fecal favorecem **infecção urinária de repetição, refluxo vesicoureteral** persistente e **cicatrizes renais** (SBP 2019). Acima de 2 anos, a disfunção miccional causa mais de 90% das infecções urinárias (SBP/SBU 2019); 36–47% das crianças com sintomas urinários têm constipação (SBP 2019).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Sintomas diurnos (urgência, perdas pequenas, manobras de contenção, adiamento, polaciúria) a partir de 5 anos, exame normal (coluna, genitais, neurológico, PA), urina sem infecção, sem infecção urinária febril , jato normal, resíduo normal	Pediatra: tratar a constipação, uroterapia padrão , diário; retorno programado; oxibutinina se a bexiga hiperativa persistir, com resíduo normal
● Moderada	Resíduo > 10% da capacidade esperada ou > 20 mL (SBP/SBU 2019); jato fraco, esforço ou staccato; infecção urinária febril de repetição , refluxo, hidronefrose ou cicatriz; perda contínua na menina com micções normais (ureter ectópico) ; epispádia; estigmas lombossacros ou alteração neurológica crônica; falha da uroterapia; hipertensão; suspeita de abuso sexual	Encaminhar ao nefrologista ou urologista pediátrico — com urgência se o resíduo for elevado (SBP/SBU 2019: "imediatamente"); com prioridade se houver dilatação, infecção febril de repetição ou alteração neurológica; ressonância da coluna se houver suspeita de disrafismo; abuso: notificação obrigatória (compulsória)
● Grave	Retenção urinária; sinais neurológicos agudos (fraqueza ou perda de sensibilidade nos membros inferiores, perda súbita do controle da urina e das fezes, dor lombar intensa — compressão medular); infecção urinária febril com toxemia , sepse, vômitos persistentes ou desidratação	Pronto-socorro/hospital

Fatores que elevam a gravidade ou sugerem causa orgânica

- Perda **contínua**; jato fraco, gotejamento, globo vesical (no menino, **válvula de uretra posterior**).
- Estigmas lombossacros (fosseta atípica, tufo de pelos, lipoma, hemangioma, prega glútea assimétrica), pé cavo, marcha alterada.
- Perda do controle já adquirido; poliúria com polidipsia; escape fecal.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é clínico e pode ser feito por qualquer pediatra (SBP/SBU 2019).

Anamnese (pais e criança): desfralde; perdas (quantidade, horário, riso, pós-micção); urgência, manobras, micções, jato; enurese; infecções; **intestino** (Bristol, escape fecal — Roma IV); líquidos, cafeína; comportamento, TDAH, banheiro escolar; abuso.

Diário miccional e intestinal: 2 dias (48 horas, não precisam ser consecutivos) com horário e volume de cada micção, líquidos ingeridos, urgência e perdas; **7 dias** de evacuações;

7 noites se houver enurese (SBP 2019, adotado; o documento **Enurese noturna** do site pede 2 semanas de noites, pela ICCS). **Capacidade vesical esperada (CVE)** = (idade em anos + 1) × 30 mL, de 4 a 12 anos (ICCS 2016; SBP/SBU 2019).

Exame físico: peso, estatura, **PA**; abdome (globo vesical, massa fecal); **coluna lombossacra** (disrafismo oculto); **neurológico dos membros inferiores**; **genitais:** roupa molhada ou suja, vulvite, **sinéquia**, meato, **epispádia**, sinais de abuso. Na menina, gotejamento contínuo entre micções normais sugere **ureter ectópico**.

Exames:

EXAME	PARA QUEM	OBSERVAÇÃO
Urina tipo 1 ou fita; urocultura se sugestivo	Todos	Infecção, glicosúria, densidade baixa
Cálcio/creatinina urinária	Polaciúria, disúria ou hematúria sem infecção	Hipercalcúria (AEP 2014)
Ultrassonografia de rins e vias urinárias com resíduo	Toda criança com DTUI que vai ser tratada (SBP/SBU 2019)	Dilatação, parede vesical (idealmente < 3 mm), fecaloma, duplicidade; resíduo > 10% da CVE ou > 20 mL: encaminhar com urgência (ICCS 2016: limites por idade)
Urofluxometria (com eletromiografia)	Jato alterado, suspeita de micção disfuncional	Volume ≥ 50 mL; curva em sino (normal), torre, staccato ou interrompida
Ressonância lombossacra	Estigmas cutâneos, alteração neurológica	Disrafismo oculto, medula presa; uretrocistografia, DMSA e urodinâmica ficam com o especialista

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Enurese monossintomática** (só perdas no sono): com qualquer sintoma diurno ela é **não monossintomática**, e os sintomas diurnos e a constipação são tratados **antes** (ver **Enurese noturna**).
- **Infecção urinária; bexiga neurogênica** (disrafismo oculto, medula presa, lesão medular) e **válvula de uretra posterior** (ver **Válvula de uretra posterior e bexiga neurogênica**).
- **Ureter ectópico, epispádia; sinéquia, refluxo vaginal, vulvovaginite e oxiúros** (ver **Vulvovaginites, sinéquia de pequenos lábios e sinais de abuso sexual**).
- **Diabetes mellitus e insípido**, doença renal crônica, hipercalcúria; abuso sexual.

4. Tratamento e seguimento

O pediatra **inicia o tratamento** e encaminha resíduo elevado, causa orgânica ou refratários (SBP/SBU 2019); recaídas são comuns (SBP 2019).

1. Constipação primeiro — conforme o documento **Constipação intestinal** do site. Tratá-la melhora a urgência, as perdas e o resíduo e reduz as infecções de repetição (SBP/SBU 2019).

2. Uroterapia padrão (SBP 2019; SBP/SBU 2019; AEP 2014), para todos:

- Explicar a função da bexiga e do intestino; **desculpabilizar**; nunca punir.
- **Micções programadas** a cada 2–3 horas (nunca mais de 3 horas), ao acordar, na escola e antes de dormir, e **sempre que fizer manobra de contenção; relógio de pulso com alarmes vibratórios programados** melhora a adesão (SBP 2019).
- **Água distribuída ao longo do dia** (inclusive na escola), menos à noite; **não restringir líquidos; evitar cafeína** e bebidas irritantes.
- **Postura**: sentada, **redutor de assento e apoio para os pés**, roupa totalmente abaixada, pernas afastadas (no refluxo vaginal, afastar bem as pernas e inclinar o tronco à frente), sem pressa; **micção em dois tempos** se houver resíduo.
- Sentar no vaso 5–10 minutos após as refeições; **diário**; reforço positivo; 1 a 2 meses antes das medidas específicas (SBP/SBU 2019).

3. Medidas específicas (em geral do especialista):

- **Oxibutinina**: na **bexiga hiperativa** que persiste após uroterapia e tratamento da constipação, **com resíduo normal**; o uso empírico foi abandonado porque **piora a constipação e aumenta o resíduo e as infecções** (SBP 2019).
- **Biofeedback** do assoalho pélvico: escolha na **micção disfuncional**; **TENS parassacral**: primeira escolha na DVI para a SBP 2019 (o anticolinérgico piora a constipação); doxazosina, cateterismo e toxina botulínica: especialista.
- **Alarme de enurese**: só para a enurese que persiste **depois** de controlados os sintomas diurnos e a constipação (ver **Enurese noturna**).
- **Profilaxia antibiótica**: na infecção de repetição com DVI (SBP 2019), com os critérios e doses de **Infecção urinária**.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Polietilenoglicol (PEG) — desimpactação	1–1,5 g/kg/dia	1x/dia ou dividido	3–6 dias	Se fecaloma; SBP 2019 e Constipação intestinal do site (ESPGHAN/NASPGHAN 2014)
PEG — manutenção	Inicial ≈ 0,4 g/kg/dia; faixa 0,2–0,8 g/kg/dia	1x/dia	Mínimo 2 meses e até 1 mês sem sintomas; retirada gradual	Constipação intestinal do site (ESPGHAN/NASPGHAN 2014; SBP)
Lactulose	1–3 mL/kg/dia	1–2x/dia	Como o PEG	Segunda opção; SBP (Constipação intestinal do site)
Oxibutinina (solução 1 mg/mL; comprimido 5 mg)	0,2–0,6 mg/kg/dia, máx. 15 mg/dia	Dividida 2–3x/dia (AEP 2014: 0,1–0,2 mg/kg/dose, 2–3x/dia)	Reavaliar resposta, resíduo e intestino; tentar retirada	SBP/SBU 2019; bula brasileira: a partir de 5 anos (contraindicada abaixo). Só com resíduo normal; contraindicada com obstrução e glaucoma. Liberação prolongada: 5 ou 10 mg 1x/dia, inteira

Efeitos adversos da oxibutinina: constipação, boca seca, rubor, **intolerância ao calor**, visão borrada, alteração de comportamento, **aumento do resíduo**; suspender se houver retenção (SBP/SBU 2019; AEP 2014).

O que não fazer: anticolinérgico **empírico**, sem tratar a constipação e sem medir o resíduo; **restringir líquidos** de dia, punir, fralda permanente na criança maior; imipramina ou desmopressina para sintomas diurnos (a desmopressina é da enurese monossintomática); tratar bacteriúria assintomática; **separar à força a sinéquia**; indicar cirurgia de refluxo antes de tratar a DVI (SBP 2019).

Seguimento pelo pediatra: retornos com o diário; intestino e adesão; nova ultrassonografia com resíduo se infecção ou piora; PA se refluxo ou cicatriz; banheiro e água livres na escola.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

São urgências (raras na DVI):

- **Retenção urinária aguda** (fecaloma, anticolinérgico, sinéquia completa, causa neurológica).
- **Sinais neurológicos agudos:** fraqueza ou perda de sensibilidade nas pernas, perda súbita do controle urinário e fecal, dor lombar intensa (**compressão medular**).
- **Infecção urinária febril com toxemia**, sepse, vômitos persistentes, desidratação — critérios de **Infecção urinária** do site.

- Poliúria e polidipsia com perda de peso ou vômitos (cetoacidose): glicemia capilar.

Como encaminhar

1. **Retenção:** não comprimir a bexiga; cateterismo de alívio se houver estrutura e treinamento; suspender o anticolinérgico.
2. **Compressão medular:** criança deitada, exame neurológico documentado, serviço com neurocirurgia e ressonância.
3. **Infecção com toxemia:** urina por cateterismo antes da primeira dose, sem atrasar o antibiótico; **ceftriaxona 50 mg/kg IM/IV** (1ª dose, documento **Infecção urinária**) e expansão volêmica se houver choque; oxigênio para manter **SpO2 ≥ 94%** se houver desconforto ou hipoxemia.
4. **SAMU (192)** se houver instabilidade ou déficit neurológico progressivo; contato prévio com o serviço.
5. **Relatório:** sintomas, medicamentos, exames, exame neurológico.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Perder xixi de dia ou cruzar as pernas para segurar não é preguiça nem birra."
- "Primeiro vamos cuidar do intestino: com fezes macias todos os dias, a bexiga melhora muito."
- "Leve ao banheiro a cada 2 a 3 horas e sempre que ela cruzar as pernas ou se agachar para segurar; um relógio com alarme ajuda."
- "Água durante o dia todo, inclusive na escola; evite refrigerante de cola, chá mate ou preto e café."
- Oxibutinina: "Pode prender o intestino e dar calor e rosto vermelho; cuidado com exercício ao sol."
- **Voltar antes se:** ardência para urinar, febre, jato fraco ou em gotas, intestino preso apesar do remédio, perdas que aumentam.
- **Pronto-socorro se:** não consegue urinar, fraqueza ou formigamento nas pernas, perda súbita do controle do xixi e do cocô, dor forte nas costas, febre com prostração, vômitos ou pouca urina.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição	ICCS 2016; sintomas a partir de 5 anos	Sem posição específica localizada	Após 4 anos, perdas ≥ 6 meses pós-desfralde	Sem diretriz (CG111 é de enurese)	ICCS	Sem posição específica localizada	Diário é o componente mais importante	Segue o NICE
Avaliação	Diário 48 h, urina, US com resíduo (> 10% da CVE ou > 20 mL encaminha)	—	História, intestino, líquidos	—	Diário, urina, cálcio/creatina, US (resíduo > 20 mL)	—	Urina, urocultura; US, UCM, urodinâmica se indicadas	Segue o NICE
Primeira linha	Constipação + uroterapia (micção ≤ 3/3 h)	—	Constipação primeiro; micção a cada 2–3 h	—	Uroterapia (micção a cada 3–4 h)	—	Micção a cada 2–3 h	Segue o NICE
Anticolinérgico	Oxibutinina 0,2–0,6 mg/kg/dia (máx. 15 mg), após uroterapia	—	Medicamento, sem dose no texto	—	Oxibutinina 0,1–0,2 mg/kg/dose 2–3x/dia	—	Medicamento como apoio	Segue o NICE
Específicas	Biofeedback; TENS parasacral 1ª escolha na DVI	—	Biofeedback	—	Biofeedback; eletroestimulação promissora	—	Relaxamento; cirurgia rara	Segue o NICE

Leitura: SBP (2019; SBP/SBU 2019), AEP (2014), AAP (2019) e Boston Children's (Harvard) convergem na **terminologia da ICCS**, no **diagnóstico clínico com diário**, na **constipação e uroterapia padrão como primeira linha** e no **biofeedback para a micção disfuncional**. As diferenças são de detalhe: intervalo das micções (2–3 h na AAP e em Boston, até 3 h na SBP/SBU, 3–4 h na AEP); oxibutinina por dia na SBP/SBU e por dose na AEP (até 0,6 mg/kg/dia nas duas); resíduo (limite fixo na SBP/SBU e na AEP, por idade na ICCS); e a **neuromodulação**, primeira escolha na DVI para a SBP 2019 e apenas promissora para a AEP 2014. O NICE não tem diretriz para incontinência diurna, e Oxford e Cambridge seguem o NICE; não foi localizada posição do Ministério da Saúde nem de Johns Hopkins. Diário noturno: 7 noites na SBP, 2 semanas na ICCS e no documento Enurese noturna. **O site adota a posição da SBP: constipação e uroterapia primeiro, oxibutinina 0,2–0,6 mg/kg/dia (máx. 15 mg/dia) só depois, com resíduo normal** (bula: ≥ 5 anos), e encaminhamento com urgência se o resíduo for > 10% da capacidade esperada ou > 20 mL.

PONTOS PRÁTICOS

1. Perda de urina de dia, urgência, manobras de contenção (sinal de Vincent) e adiamento a partir de 5 anos não são normais: pergunte à criança e sempre pelo intestino; trate a constipação primeiro.
2. Diário de 48 horas, exame da coluna, dos genitais e neurológico, urina e ultrassonografia com resíduo; resíduo > 10% da capacidade esperada ou > 20 mL vai ao especialista com urgência.
3. Uroterapia padrão para todos: urinar a cada 2–3 horas, água durante o dia, sem cafeína, apoio para os pés.
4. Oxibutinina (0,2–0,6 mg/kg/dia, máx. 15 mg/dia — SBP/SBU; bula a partir de 5 anos) só depois da uroterapia e da constipação tratada, com resíduo normal.
5. Menina "sempre molhada" com micções normais: ureter ectópico até prova em contrário (🟡). Retenção urinária, sinais neurológicos agudos e infecção febril com toxemia: pronto-socorro (🔴).

Veja também, nesta Biblioteca: **Enurese noturna, Constipação intestinal, Infecção urinária e Vulvovaginites, sinéquia de pequenos lábios e sinais de abuso sexual** (Patologias do consultório); **Refluxo Vesicoureteral e ITU em Crianças** (Nefrologia e Urologia); **Válvula de uretra posterior e bexiga neurogênica** (nesta área).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Nefrologia. Disfunção vesical e intestinal na infância — Guia Prático de Atualização nº 3, maio de 2019. sbp.com.br; [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Urologia (Uropediatria) e Sociedade Brasileira de Pediatria (Nefrologia). Uropediatria — Guia para Pediatras, cap. 7, Disfunção vésico-intestinal (Barroso Jr U, Kaufman A), 2019. [PDF](#)
- International Children's Continence Society. Austin PF et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report. Neurourol Urodyn, 2016. [PDF \(ICS\)](#)
- AEP/AENP. Fernández Fernández M, Cabrera Sevilla JE. Trastornos miccionales y enuresis en la infancia. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Nefrología Pediátrica, 2014. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics, Section on Urology. McQuaid J. Daytime accidents and bladder control problems — voiding dysfunction explained (HealthyChildren.org), 2019. healthychildren.org

- Boston Children's Hospital (Harvard Medical School). Voiding dysfunction.
childrenshospital.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro
Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.