

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA E GENÉTICA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Discente Orientanda: Aglória Moreira Garcia Ximenes**

**PERFIL DE PACIENTES SUBMETIDOS A POSTECTOMIA EM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – EXPERIÊNCIA DE 2 ANOS**

**Docente Orientador(a): Ana Cláudia Soares Penazzi**

**João Pessoa**

**2014**

## PERFIL DE PACIENTES SUBMETIDOS A POSTECTOMIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – EXPERIÊNCIA DE 2 ANOS

### Profile of Patients who underwent circumcision at a University Hospital in João Pessoa – 2 year experience

Agláia Moreira Garcia Ximenes<sup>1</sup>, Ana Cláudia Soares Penazzi<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Graduanda em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba

<sup>2</sup> Professora de Cirurgia Pediátrica – Departamento de Pediatria e Genética – Centro de Ciências Médicas ; Médica do serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley – Universidade Federal da Paraíba

*Estudo realizado no serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley – Universidade Federal da Paraíba*

Não há conflitos de interesses. Estudo financiado pelos autores sem fonte de auxílio.

Autor correspondente:

Agláia Moreira Garcia Ximenes

*Via Litorânea, s/n, Granja Bela Vista III*

*Ponta de Campina, Cabedelo -PB, Brasil. CEP: 58310-000*

aglaiamoreiragx@yahoo.com.br

**RESUMO: Objetivo:** traçar o perfil de atendimento prestado aos pacientes portadores de fimose no serviço de cirurgia pediátrica de um hospital universitário.

**Material e Métodos:** estudo retrospectivo, observacional e descritivo realizado no serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa – PB. Foram selecionados os pacientes submetidos a postectomia em 2010 e 2011 dos quais foram resgatados dados relativos ao perfil epidemiológico, quadro clínico, histórico de complicações, uso de corticoide tópico e dados do procedimento cirúrgico. As variáveis foram tabuladas e submetidas a análise de frequências e tabulação cruzada. **Resultados:** Foram incluídos 124 pacientes, sendo 93,5%

menores de 10 anos de idade. Todos os apresentavam dificuldade de expor a glândula como queixa principal e os sintomas associados mais prevalentes foram esforço e dor ao urinar. A complicação mais prevalente foi a balanopostite (29%). A idade foi maior determinante para a ocorrência de prurido e dor ao urinar. Registro de tratamento tópico foi encontrado em 32,3% dos pacientes. O tempo médio entre o atendimento ambulatorial e a realização da cirurgia foi de 6,5 meses. Todos os pacientes evoluíram sem intercorrências durante o procedimento e no pré-operatório imediato e receberam alta após recuperação anestésica. **Discussão:** a fimose tende à resolução espontânea quanto maior for a idade do paciente, porém a frequência de sintomas e complicações aumenta com a idade. O tratamento tópico isolado nem sempre é eficaz e sucessivas tentativas deste não devem retardar o tratamento cirúrgico, principalmente nos pacientes que já apresentam complicações locais ou sistêmicas.

**Descritores: Fimose; Prepúcio; Circuncisão masculina.**

**ABSTRACT: Objective:** to establish the profile of care provided to patients with phimosis at a pediatric surgery reference center from a university hospital. **Material e Métodos:** retrospective, observational descriptive study was conducted at the Pediatric Surgery center, from Lauro Wanderley University Hospital, João Pessoa, PB – Brazil. Data regarding epidemiological aspects, clinical features, complications, use of topical steroid and surgical procedure was collected from patients who underwent postectomy in 2010 and 2011. Frequency analysis and cross-tabulation were performed using the pre-determined variables. **Results:** 124 patients were included, and 93% of them were under 10 years of age. All presented with difficulty to retract the foreskin, and the most frequent associated symptoms were pain and

excessive effort while urinating. The most frequent complication was balanopostitis (29%). Age was a stronger determinant factor for the occurrence of itching and pain while urinating. Topical steroids were used in 32,3% of the patients. The average time between the first consult and the surgical procedure was 6,5 months. All patients had no complications during surgery and presented a good immediate outcome. **Discussão:** fimosis tends to spontaneous resolution as the patient becomes older, however frequency of symptoms and complications also grows with age. Isolated topical treatment is not Always effective, and successive attempts using this method of treatment must not delay surgery, mainly in patients that already presented local or systemic complications.

**Key-Words: Phimosi; Foreskin; Circumcison, Male.**

## **INTRODUÇÃO**

Fimose é a condição clínica na qual não há possibilidade de retrain a pele prepucial devido a um anel estenótico distal à glândula. No período neonatal, a não retratibilidade do prepúcio se deve não à estenose, mas à separação incompleta entre esta estrutura e a glândula. Utilizar o termo fimose para estes casos é inadequado uma vez que a condição, apesar de presente em cerca de 96% dos neonatos não tem repercussões clínicas, e a resolução é espontânea<sup>1,2</sup> podendo ocorrer até o 3º ano de vida, quando ocorre maior queratinização da pele prepucial<sup>3</sup>.

Considerando as controvérsias relativas a esta denominação, alguns autores recomendam utilizar o termo Fimose sempre diferenciando a mesma em fisiológica e patológica (ou verdadeira)<sup>4,5</sup>.

A incidência de fimose declina para cerca de 10% ou menos até a adolescência quando nenhum tratamento é instituído. Isto ocorre principalmente nos

casos em que há apenas aderências congênitas entre glândula e prepúcio, e a pele tem aspecto normal<sup>6</sup>.

Nos casos com alto grau de estenose associada ou não a alterações locais na pele do prepúcio e complicações (como infecção do trato urinário (ITU) de repetição), indica-se a postectomia<sup>6,7,8,9</sup>.

Postectomia (ou circuncisão) é o procedimento cirúrgico mais frequentemente realizado em crianças, além de ser um dos mais antigos de que se tem nota, sendo amplamente difundido no oriente médio antigo, como mostram textos bíblicos e do Egito antigo<sup>3</sup>. É também indicada em crianças portadoras de balanite, postite, balanopostite, parafimose e válvula de uretra posterior (neste último caso, como método preventivo de ITU)<sup>6,10</sup>. A circuncisão é um procedimento também associado a questões religiosas e culturais, sendo realizado em algumas culturas mesmo sem indicação formal.

Estudos recentes apontam a persistência do prepúcio não retrátil como causa estatisticamente significativa ITU recorrente, e indicam a postectomia no período neonatal como método preventivo de saúde, com impacto significativo na redução de hospitalizações<sup>8</sup>. Apesar disto, nos últimos anos nota-se um queda no número de postectomias em virtude do tratamento tópico com corticosteroides<sup>11,12</sup>. Esta opção terapêutica é amplamente utilizada em pacientes de variadas idades, apesar de ser mais eficaz na faixa etária de 4 a 8 anos<sup>13</sup>.

A escolha do fármaco utilizado varia entre os serviços, podendo ser usados corticosteroides de baixa até os de alta potência. A droga mais usada é o Valerato de Betametasona creme, na concentração de 0,05% ou 0,1%, sempre com uma taxa cura superior a 69%<sup>2,14,15</sup>. Outras opções são o Propionato de Clobetasol a 0,05%<sup>5</sup>,

o Furoato de Mometasona a 0,1%<sup>12</sup>, a Hidrocortisona a 1-2%<sup>6</sup> e o Propionato de Fluticasona a 0,05%<sup>12</sup>.

A indicação de corticóide tópico para as crianças portadoras de fimose deve ser cuidadosa, principalmente nos casos em que há estenose importante e total impossibilidade de retração do prepúcio, associados ou não a complicações. Nestas situações, o uso inadequado do corticoide apenas adiará um tratamento cirúrgico inevitável, retardando a resolução do quadro clínico, com risco de novas complicações<sup>1,16</sup>.

Na prática ambulatorial da cirurgia infantil, com frequência são avaliadas crianças portadoras de fimose sem classificação de gravidade e em uso de tratamento tópico com corticoides, porém com avaliação clínica pelo cirurgião pediatra mostrando alto grau de estenose de prepúcio com baixa perspectiva de melhora apenas com o tratamento conservador.

Além disso, é frequente o atraso no encaminhamento para tratamento cirúrgico da fimose. Muitos pacientes são referidos ao serviço de referência apenas quando já existe histórico de complicações da fimose e falha no tratamento medicamentoso isolado.

Em virtude da alta prevalência de fimose na infância e do fato de que a escolha do tratamento desta patologia depende de sua severidade, é necessário avaliar o perfil de atendimento dado estes pacientes. Este estudo teve como objetivo traçar o perfil de crianças e adolescentes portadores de fimose no serviço de cirurgia pediátrica de um hospital universitário.

### 3. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado estudo retrospectivo, observacional e descritivo, no serviço de Cirurgia Pediátrica (CIPE) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa – PB. Foram pré-selecionados todos os pacientes com indicação de realizar postectomia registrados nos livros de marcação de cirurgias de 2010 e 2011 no referido serviço.

A partir deste registro foi obtido o número dos prontuários, os quais foram resgatados no serviço de arquivo médico do hospital. Foram excluídos os pacientes cujos prontuários não foram localizados ou apresentavam insuficiência de dados. Foi criado um banco de dados no qual constava para cada paciente selecionado as seguintes informações: idade, origem do paciente, data de atendimento na cirurgia pediátrica, quadro clínico (presença de dificuldade ao urinar, dor ao urinar, balonamento prepucial, jato urinário partido, hiperemia, prurido, ardor e febre), histórico de complicações decorrentes da fimose (balanite/postite/balanopostite, infecção do trato urinário (ITU)), histórico de uso de corticoides tópicos prévio ao atendimento pela cirurgia pediátrica, resultado de exames pré-operatórios, data do procedimento cirúrgico, material utilizado, presença de outras patologias que necessitassem de tratamento cirúrgico.

As variáveis foram tabuladas e submetidas a análise de frequências e tabulação cruzada utilizando os softwares IBM SPSS Statistics Standart e Microsoft Excel, versão Microsoft Office 2010. Os sinais e sintomas, bem como complicações foram correlacionados com a idade, e as complicações foram correlacionadas como o uso de corticoides tópicos. Para análise de inter-dependência entre as variáveis foi calculado o coeficiente V de Cràmmer, que baseia-se nos valores do teste do Qui-Quadrado de Pearson.

## RESULTADOS

Foram pré-selecionados 223 pacientes com base nos livros de marcação de cirurgia de 2010 e 2011. Destes, 86 prontuários não foram localizados e 13 apresentavam insuficiência de dados. Foram incluídos no estudo 124 pacientes, de 0 a 17 anos.

Destes, 94 foram encaminhados ao serviço de CIPE por unidade básica de saúde e 30 por outros ambulatórios do HULW. A maioria dos pacientes (71%) nunca havia recebido atendimento no referido hospital. A fimose acometeu principalmente crianças menores de 10 anos de idade (93,5%), e apenas 8 pacientes tinham idade de 10 anos ou mais.

Quanto ao quadro clínico, todos os pacientes apresentavam dificuldade de expor a glândula como queixa principal, sendo esta a única queixa para 20 pacientes. Os demais apresentavam pelo menos um sinal ou sintoma associado, sendo os mais prevalentes esforço urinário, dor e balanamento prepucial. A Tabela 1 mostra a frequência geral de cada sinal ou sintoma e a Tabela 2 mostra a distribuição de sinais ou sintomas por idade. A complicação da fimose prévia ao tratamento cirúrgico mais prevalente foi a balanopostite (29% dos pacientes), sendo que a metade destes (14,5%) tinha histórico de mais de 1 episódio. A tabela 3 mostra a frequência absoluta das complicações e a distribuição por idade.

A idade foi maior determinante para a ocorrência de prurido e dor ao urinar (V de Cràmmer 0,706 e 0,539 respectivamente), como mostra a tabela 4.

Para 32,3% dos pacientes foi prescrito tratamento tópico prévio ao atendimento na CIPE, sendo a droga mais utilizada a betametasona (23,4% dos

pacientes), com ou sem associações (hialuronidase (3,2%) ou cetoconazol e neomicina (9,7%)).

O tempo médio em meses entre o atendimento na CIPE e a realização da cirurgia foi de 6,5 meses. O tempo máximo de espera foi de 23 meses, sendo que nos casos em que a espera foi de mais de 12 meses houve necessidade de reagendar o procedimento pelo menos uma vez, por não comparecimento do paciente, por condição clínica que contraindicou o procedimento anestésico ou por indisponibilidade de material. A postectomia foi realizada utilizando anel plástico em 120 dos pacientes e pelo método convencional em 4 dos pacientes mais velhos (12 a 17 anos). Em 21,8% dos pacientes houve associação entre fimose e hérnia de parede abdominal (sendo mais comum a hérnia inguinal direita – 11,3% dos pacientes) e as duas patologias foram abordadas em sequência durante o mesmo procedimento anestésico. Todos os pacientes evoluíram sem intercorrências no pré-operatório imediato e receberam alta após recuperação anestésica. Apenas 1 paciente apresentou estenose prepucial e sinais postite 67 dias após o procedimento e necessitou de nova correção cirúrgica após a qual evoluiu sem intercorrências e sem recorrência da estenose.

**Tabela 1** – Frequência de sintomas referidos

<b>Sinal/Sintoma</b>	<b>Esforço urinário</b>	<b>Dor ao urinar</b>	<b>Balonamento preucial</b>	<b>Jato urinário partido</b>	<b>Hiperemia</b>	<b>Prurido</b>	<b>Febre</b>
<b>Frequencia absoluta</b>	96	38	38	29	21	7	2
<b>Percentual</b>	77,4%	30,6%	30,6%	23,4	16,9	5,6	1,6

**Tabela 2 – Distribuição de sinais e sintomas por idade**

<b>Idade (em anos)</b>	<b>Número de pacientes*</b>	<b>Esforço urinário</b>	<b>Dor</b>	<b>Balonamento</b>	<b>Jato urinário partido</b>	<b>Hiperemia</b>	<b>Prurido</b>	<b>Febre</b>
<b>&lt; 1</b>	3	66,6%	33,3%	66,6%	33,3%	33,3%	0%	0%
<b>1</b>	12	41,6%	25%	41,6%	8,3%	16,6%	8,3%	8,3%
<b>2</b>	20	65%	10%	30%	15%	5%	5%	0%
<b>3</b>	15	60%	20%	6,6%	26,6%	13,3%	0%	6,6%
<b>4</b>	17	88,2%	11,7%	41,17%	17,6%	5,8%	0%	0%
<b>5</b>	14	85,7%	21,4%	35,7%	35,7%	7,1%	0%	0%
<b>6</b>	8	87,5%	25%	50%	20%	0%	0%	0%
<b>7</b>	12	100%	75%	25%	33,3%	33,3%	8,3%	0%
<b>8</b>	7	100%	71,4%	28,5%	28,5%	28,5%	0%	0%
<b>9</b>	8	87,5%	62,5%	12,5%	37,5%	50%	0%	0%
<b>10</b>	1	100%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
<b>11</b>	1	100%	100%	0%	0%	100%	100%	0%
<b>12</b>	2	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>13</b>	1	0%	0%	0%	100%	0%	100%	0%
<b>14</b>	2	100%	100%	0%	0%	100%	100%	0%
<b>17</b>	100	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%

\* Os percentuais de cada sintoma foram calculados separadamente por idade, utilizando o número absoluto de pacientes de cada idade como 100%.

**Tabela 3** – Frequência percentual de complicações e distribuição por idade.

<b>Idade</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Balanopostite (29%)*</b>	<b>Infecção do Trato Urinário (11,3%)*</b>
<b>&lt; 1 ano</b>	3	0%	0%
<b>1 ano</b>	12	16,6%	0%
<b>2 anos</b>	20	10%	0%
<b>3 anos</b>	15	20%	13,3%
<b>4 anos</b>	17	17,6%	0%
<b>5 anos</b>	14	34,7%	21,4%
<b>6 anos</b>	8	50%	0%
<b>7 anos</b>	12	33,3%	8,3%
<b>8 anos</b>	7	42,8%	0%
<b>9 anos</b>	8	50%	37,5%
<b>10 anos</b>	1	100%	100%
<b>11 anos</b>	1	0%	0%
<b>12 anos</b>	2	50%	50%
<b>13 anos</b>	1	100%	100%
<b>14 anos</b>	2	100%	50%
<b>17 anos</b>	1	100%	100%

\* Os percentuais gerais foram calculados usando o número total de pacientes (124) como 100%. Os percentuais por idade foram calculados usando o número de absoluto de pacientes de cada idade como 100%.

**Tabela 4** – Coeficiente V de Cràmmer para tabulação cruzada entre idade sinais, sintomas e complicações

<b>Variável correlacionada com a Idade</b>	<b>Coeficiente V de Cràmmer*</b>
<b>Sinal ou Sintoma</b>	
<b>Prurido</b>	0,706
<b>Dor</b>	0,539
<b>Hiperemia</b>	0,506
<b>Esforço urinário</b>	0,466
<b>Balonamento</b>	0,377
<b>Jato urinário partido</b>	0,300
<b>Complicação</b>	
<b>Balanopostite</b>	0,447
<b>ITU</b>	0,604
<b>Tratamento prévio à cirurgia</b>	
<b>Uso de corticoide tópico</b>	0,392

\* O coeficiente V de Cràmmer avalia correlação entre duas variáveis nominais, e tem valor situado entre 0 e 1. Quando for igual a 0(zero), não há correlação entre as variáveis. Quanto mais próximo de um, mais significativa é a correlação entre as mesmas. Para estes estudo a variável idade foi considerada como variável nominal, onde cada valor de idade corresponde a uma categoria.

## DISCUSSÃO

A diferença entre pacientes pré-selecionados para o estudo e pacientes incluídos mostra a falha no sistema de localização de prontuários. Isto reflete as dificuldades geradas por um sistema de arquivo médico não informatizado. Um sistema totalmente manual, como o usado no serviço em questão, está sujeito a grande número de falhas no armazenamento de registros. Como consequência há prejuízo não só para o desenvolvimento de pesquisas, mas principalmente para a qualidade do atendimento, uma vez que o profissional perde o acesso aos registros de consultas anteriores. A parte mais lesada por este processo é o paciente, que tem a continuidade de seu atendimento prejudicada<sup>17</sup>.

Apesar desta dificuldade, a amostra obtida foi compatível em tamanho com casuísticas de estudos recentes que abordam a mesma patologia<sup>7,11,15,18</sup>. O grande número de pacientes procedentes de unidades básicas de saúde (94%), o que também é descrito por outros autores<sup>19</sup>, implica na necessidade de conhecimento da patologia, suas implicações e opções terapêuticas de acordo com a severidade por parte de médicos generalistas que estão na porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

O perfil de idade da amostra foi compatível com a incidência da fimose por faixa etária<sup>20</sup>, considerando a taxa de resolução espontânea crescente à medida que o paciente chega à adolescência. O discreto percentual encontrado de pacientes menores de 1 é fruto a alta taxa de resolutividade espontânea da fimose e baixa taxa de complicações nesta faixa etária, na qual geralmente ainda não é necessário o tratamento cirúrgico.

A análise por tabulação cruzada mostrou que frequência de sintomas por idade tendeu a aumentar com a idade (tabelas 2, 3 e 4) bem como a frequência de

complicações, proporcionalmente à amostra de pacientes de cada idade. Os valores de coeficiente V de Cràmmer (tabela 4) foram sugestivos desta tendência principalmente para prurido (apesar de ser o segundo sintoma menos frequente), dor, hiperemia e esforço urinário.

Os sintomas associados mais presentes foram esforço e dor durante a micção, bem como balonamento prepucial, decorrente da obstrução provocada pelo anel estenótico da fimose. Os mesmos quadro clínico foi descrito por outros autores<sup>21</sup>.

Quanto ao grau de fimose mais beneficiado pelo tratamento tópico, os estudos divergem, uma vez que alguns autores mostram impacto significativo apenas em pacientes com aderências congênitas ou fimose de grau leve, e outros mostram que a postectomia pode ser evitada em pacientes com graus variados de fimose<sup>12,13</sup>.

O tratamento tópico deve ser associado a mudança nos hábitos de higiene e realização periódica de massagem para exposição da glândula, uma vez que após o término do tratamento pode haver recorrência da estenose<sup>14</sup>.

Em concordância com trabalhos recentes, o estudo mostrou maior preferência dos profissionais pelo tratamento tópico com betametasona seguida da hidrocortisona. No entanto, 13,7% tinham histórico de uso da betametasona com associações, opção que traz maior custo para o paciente e não há evidência de benefício em relação à betametasona isolada. Poucos pacientes (2,4%) foram tratados com drogas tópicas não indicadas habitualmente para a fimose (neomicina e nistatina)<sup>22</sup>.

O estudo mostrou ainda que dos pacientes com histórico de tratamento tópico, 37,5% apresentavam histórico de balanopostite e 10% apresentavam mais

de um episódio. Além disso, mais de 10% dos pacientes apresentavam histórico de Infecção do Trato urinário decorrente da fimose, prevalência esta que foi menor do que a encontrada por outros autores<sup>7</sup>, porém desca-se o fato de que todos os adolescentes incluídos em nosso estudo tinham histórico de pelo menos 1 episódio de ITU. A prevalência de Balanopostite e ITU foi similar a estudos anteriores<sup>11,23</sup> e não foram encontrados casos de parafimose. Considerando que a balanopostite já é bem estabelecida como fator de risco para o câncer de pênis na idade adulta (85% destes pacientes apresentam fimose não tratada)<sup>24</sup> e os riscos da ITU para pacientes em faixa etária pediátrica<sup>25</sup>, estes resultados achados alertam para a necessidade de encaminhamento precoce destes pacientes para avaliação cirúrgica.

Em todos os pacientes incluídos no estudo a postectomia transcorreu sem complicações, e apenas 1 necessitou ser reabordado cirurgicamente. Considerando a segurança do desta opção terapêutica<sup>20,23</sup> e seu caráter de resolução definitiva da patologia, a mesma deve ser indicada sempre que haja falha no tratamento tópico ou se o paciente apresentar um grau severo de estenose (anel estenótico que impeça completamente a exposição da glândula ou permita que a mesma seja exposta provocando constrição proximal) que não tem perspectiva de melhora apenas com tratamento medicamentoso local.

Tendo em vista a existência de filas de espera para cirurgia eletivas em hospitais públicos não só no Brasil como em diversos países, a despeito das políticas públicas de ampliação do acesso à estes procedimentos<sup>26,27,28,29</sup> após avaliação do paciente portador de fimose pela cirurgia, haverá ainda uma janela de espera pelo procedimento, na qual o paciente continua sujeito a complicações. Este estudo revelou uma média de 6,5 meses de espera. Isto reforça ainda mais a

necessidade de encaminhamento precoce do paciente para um serviço de referência em cirurgia infantil, abreviando ao máximo o tempo até o tratamento definitivo.

Em pacientes estáveis com outras patologias que necessitaram de tratamento cirúrgico, a postectomia pôde ser realizada usando a mesma indução anestésica. Isto não implicou em maior risco para o paciente, uma vez que 26,6% dos pacientes apresentavam outra patologia a ser abordada cirurgicamente (dentre eles, 21,8% do total de pacientes apresentava hérnia de parede abdominal), e apenas 1 apresentou uma complicação tardia (infecção de ferida operatória na cicatriz da hernioplastia, que foi reabordada e teve boa evolução).

Conclui-se que a fimose é uma patologia que tende à resolução espontânea quanto maior for a idade do paciente, porém a frequência de sintomas e complicações também aumenta com a idade. O tratamento tópico isolado nem sempre é eficaz e é necessário avaliar o grau de severidade da doença para escolher entre o tratamento tópico ou cirúrgico, não devendo este último ser retardado por sucessivas tentativas uso de medicações tópicas, principalmente nos pacientes que já apresentam complicações locais ou sistêmicas (balanopostite e infecção do trato urinário). O reconhecimento da fimose que requer tratamento cirúrgico é importante para nortear a conduta principalmente dos profissionais que estão na porta de entrada do Sistema Único de Saúde, a fim de que possam encaminhar os pacientes prontamente quando necessário.

## **REFERÊNCIAS**

1. Miernik A, Hager S, Frankenschmidt A. Complete removal of the foreskin-why? Urol Int. 2011 April 7;86(4):383-7

2. Ashfield JE, Nickel KR, Siemens DR, MacNeily AE, Nickel JC. Treatment of phimosis with topical steroids in 194 children. *J Urol*. 2003;169:1106–1108.
3. Gairdner D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. *Br Med J*. 1949;2:1433–1437
4. Monsour MA, Rabinovitch HH, Dean GE. Medical management of phimosis in children: our experience with topical steroids. *J Urol*. 1999;162(3 Pt 2):1162–1164.
5. Lee CH, Lee SD. Effect of topical steroid (0.05% clobetasol propionate) treatment in children with severe phimosis. *Korean J Urol*. 2013; 54(9):624-30.
6. Kikiros CS, Beasley SW, Woodward AA. The response of phimosis to local steroid application. *Pediatr Surg Int*. 1993;8:329–332.
7. Shim YH, Lee JW, Lee SJ. The risk factors of recurrent urinary tract infection in infants with normal urinary systems. *Pediatr Nephrol*. 2009;24:309–312
8. Schoen EJ, Colby CJ, Ray GT. Newborn circumcision decreases incidence and costs of urinary tract infections during the first year of life. *Pediatrics*. 2000;105(4 Pt 1):789–793.
9. To Teresa, Agha Mohammad, Dick Paul T, Feldman William. Cohort study on circumcision of newborn boys and subsequent risk of urinary-tract infection. *Lancet*. 1998; 352(9143):1813-6.
10. Mukherjee S1, Joshi A, Carroll D, Chandran H, Parashar K, McCarthy L. What is the effect of circumcision on risk of urinary tract infection in boys with posterior urethral valves? *J Pediatr Surg*. 2009 Feb;44(2):417-21.

11. Pileggi FO, Vicente YA. Phimotic ring topical corticoid cream (0.1% mometasone furoate) treatment in children. *J Pediatr Surg.* 2007;42:1749–1752
12. Zavras N, Christianakis E, Mpourikas D, Ereikat K. Conservative treatment of phimosis with fluticasone proprionate 0.05%: a clinical study in 1185 boys. *J Pediatr Urol.* 2009;5:181–185.
13. Zampieri N, Corroppolo M, Zuin V, Bianchi S, Camoglio FS. Phimosis and topical steroids: new clinical findings. *Pediatr Surg Int.* 2007;23:331–335.
14. Orsolla a, Cafarratti J, Garat Jm. Conservative treatment of phimosis in children using topical steroid. *Urology* 2000 Aug 1; 56(2); 307-310.
15. Kuehhas FE, Miernik A, Sevcenco S, Tosev G, Weibl P, Schoenthaler M, et al. Predictive power of objectivation of phimosis grade on outcomes of topical 0.1% betamethasone treatment of phimosis. *Urology.* 2012;80:412–416.
16. Pinto K. Circumcision controversies. *Pediatr Clin North Am.* 2012;59:977–986.
17. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc. saúde coletiva.* 2007; 12(4): 935-944.
18. Leitzke Lionel, Martinez Paula Flores, Bellora Roberta Magalhães. Tratamento conservador da fimose com pomada de betametasona e hialuronidase. *Rev bras med [serial on the Internet]* 2014. [cited 2014 July 12]. Available from: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=2885](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2885)

19. Barkin J, Rosenberg M T, Miner M A. guide to the management of urologic dilemmas for the primary care physician (PCP). *Can J Urol.* 2014; 21(3):55-63.
20. Korkes Fernando, Silva Il Jarques Lucio, Pompeo Antonio Carlos Lima. Circuncisão por motivos médicos no sistema público de saúde do Brasil: epidemiologia e tendências. *Einstein (São Paulo)* [serial on the Internet]. 2012 Sep [cited 2014 July 13] ; 10( 3 ): 342-346. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082012000300015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082012000300015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082012000300015>
21. Pereira NMF. hidrocele e varicocele. Três patologias frequentes na criança e no adolescente do sexo masculino. *Acta médica portuguesa*, 1999 v12n1-3.
22. Tannuri U. Eficácia do tratamento tópico da balanite xerótica obliterante (fimose adquirida) com cremes de cortisona. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006; 52(1):2-2.
23. El Achkar ME, Machado AB, Pereima MJ, Bastos JCF. Análise clínica e estudo anatomopatológico do prepúcio de pacientes submetidos à postectomia. *An. Bras. Dermatol.* 2004; 79(1):29-37.
24. Reis Angela Adamski da Silva, Paula Leonardo Barcelos de, Paula Adriano Augusto Peclat de, Saddi Vera Aparecida, Cruz Aparecido Divino da. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(Suppl1):1105-1111.
25. Hachul Maurício, da Silva Davidson Bezerra, Priscila Cavini Melantonio, Juliana Daud Ribeiro. Infecção do trato urinário. *Rev Bras de medicina*

- [serial on the Internet] 2013 Dez [cited 2014 July 13] 70(12). Available from: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=488](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=488)
26. Santos José Sebastião, Sankarankutty Ajith Kumar, Salgado Junior Wilson, Kemp Rafael, Leonel Elias Paim, Silva Junior Orlando Castro e. Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. Med Rib Preto [serial on the Internet]2008 [cited 2014 July 13] v41n3 Available from: [http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP\\_4Cirurgia\\_ambulatorial.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_4Cirurgia_ambulatorial.pdf)
27. Sarmiento Junior, AKM, Tomita S, Ko AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. Rev. Bras. Otorrinolaringol. . 2005; 71(3): 256-262.
28. Siciliani L, Hurst J. Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. OECD Health Working Paper 2003 [serial on the Internet]; 7: 1-72. [cited 2014 July 13] Disponível em: <http://78.41.128.130/dataoecd/15/52/35028282.pdf>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) para os exercícios de 2013 e 2014. Portaria Nº 1.557, De 31 de Julho de 2013 [cited 2014 July 13]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1557\\_31\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1557_31_07_2013.html)