



PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

PROTOCOLO DE UROLOGIA ADULTO

Vitória – ES

2022





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

JOSÉ MARIA JUSTO

Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI

RICARDO DOS SANTOS COSTA

Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde

JOSÉ TADEU MARINO

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

LUIZ CARLOS REBLIN

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

ERICO SANGIORGIO

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

Vitória, junho de 2022.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Elaboração e informações:

Governo do Estado do Espírito Santo

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5630
Site: <https://saude.es.gov.br/>

Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS)

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5671
Site: <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: ssercas@saude.es.gov.br

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)

Rua Duque de Caxias, 267 - Centro
CEP: 29010-120 - Vitória - ES.
Tel: (27) 5672-3347
Site: <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: icepi@saude.es.gov.br

Coordenação-Geral:

Patrícia Rocha Vedova Pirola

Organização:

Elaine Cristina Campos Dallorto
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Laís Coelho Caser
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Margareth Pandolfi
Patrícia Rocha Vedova Pirola
Roberta Pedrini Cuzzuol
Sílvio José Santana

Autores:

Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Laís Coelho Caser
Marcelo Zouain de Almeida
Orlando Cardoso Caetano
Paulo Roberto Fernandes de Oliveira
Sergio Riguete Zacchi
Roberta Pedrini Cuzzuol

Revisão Técnica:

Roberta Pedrini Cuzzuol

Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:

Gabriel Torabay
Guilherme Campello





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SUMÁRIO

Introdução	1
Apresentação	2
Critérios de Prioridade	3
Lista de Abreviaturas	5
1. Hiperplasia Prostática Benigna	6
2. Neoplasia de Próstata	7
3. Neoplasia de Rins e Bexiga	8
4. Neoplasia Testicular	8
5. Neoplasia de Pênis	9
6. Patologias Escrotais Benignas	9
7. Incontinência Urinária	10
8. Disfunção Sexual Masculina	11
9. Litíase Renal	12
10. Cistos/Doença Policística Renal	13
11. Infecção Urinária Recorrente	14
12. Urgências e Emergências Urológicas	15
13. Sugestão para Classificação da Prioridade em Urologia	15
14. Referências Bibliográficas	17





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Os motivos de encaminhamento selecionados e as patologias descritas são os mais prevalentes para as especialidades compreendidas neste Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial para acesso às consultas especializadas.

Protocolos são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. Porém, é importante ressaltar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações e esse fato traz a necessidade de se combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso, para garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Os pacientes podem não se enquadrar exatamente nas situações elencadas, 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, portanto, faz-se necessário que informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante 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.

Os resultados de exames complementares são uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e devem ser descritos quando realizados pelo paciente e suas solicitações constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

APRESENTAÇÃO

A gestão do cuidado é compreendida como a produção do cuidado orientado pelas necessidades de saúde do usuário, fundamentada em uma abordagem integral construída através do diálogo entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, implementada por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente como ferramentas centrais para produção de uma atenção básica resolutiva, pois os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos pontos da rede de atenção e serviços de saúde são essenciais para os profissionais de saúde da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de otimização do processo regulatório, a Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020, instituiu no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de Implantação da Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”, com o objetivo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, incorporando ao perfil de competências clínicas dos trabalhadores de saúde assistenciais, conhecimentos e habilidades de regulação, vigilância em saúde, educação permanente e pesquisa.

A Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, estabeleceu a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), sendo uma das diretrizes organizadoras a Autorregulação Formativa Territorial, fundamentada na reorientação do modelo de atenção à saúde desde a Atenção Primária até a Terciária/Hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando à integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica.

O caráter inovador está na potencialização do protagonismo dos profissionais da área da saúde nos processos de educação permanente e qualificação da atenção (principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde), baseadas em diretrizes e protocolos clínicos, incorporação do uso de tecnologia da informação, na desburocratização do acesso, no incremento de eficiência, de desempenho no sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, visando a estruturação de um sistema integrado nos diferentes níveis de atenção e de gestão do sistema de saúde.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, permitindo assim que esta alcance seu máximo potencial de resolubilidade, sendo uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

A consolidação dessa prática pretende aprimorar os processos de trabalho em saúde, reduzir o tempo nas filas de espera por consultas e exames especializados, oferecer atendimentos mais qualificados, encaminhamentos mais resolutivos e diminuir o absenteísmo.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

A Autorregulação Formativa Territorial se destina às consultas ambulatoriais especializadas bem como aos exames complementares e procedimentos, todos em caráter eletivo. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, os profissionais da atenção primária devem exercer a coordenação do cuidado dos usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso aos demais níveis de atenção, mantendo o foco na resolutividade das ações em saúde. Este protocolo serve como um parâmetro de critérios para embasamento das decisões tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento. Existem outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, portanto o médico solicitante possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e estabelecimento dos critérios de prioridade, assim como o médico especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuário do SUS, sendo essas ações atos médicos baseados no rigor técnico e na objetividade .

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos Incisos VIII e XVI do Capítulo I e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: *“(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...)*

(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente.(...)”

Capítulo II: *“(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.(...)”*

O sistema informatizado da Autorregulação Formativa Territorial permite no momento da solicitação de exame e/ou consulta especializada a priorização por cores, que deve ser utilizada criteriosamente de acordo com a real necessidade, para uma melhor orientação do acesso aos serviços especializados de saúde.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Legenda dos Critérios de Prioridades: os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	Eletivo de alta prioridade: são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	ALTA	Eletivo prioritário: são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	MÉDIA	Prioridade eletiva não urgente: são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	BAIXA	Eletivo de rotina: são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAS	Elementos Anormais do Sedimento
FSH	Hormônio Folículo-Estimulante
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPB	Hiperplasia Prostática Benigna
HPV	Papilomavírus Humano
ITU	Infecção do Trato Urinário
LH	Hormônio Luteinizante
PTTK	Tempo de Tromboplastina Parcial
PSA	Antígeno Prostático Específico
T4L	Tiroxina Livre
TAP	Tempo de Atividade da Protrombina
TC	Tomografia Computadorizada
TSH	Hormônio Tireoestimulante
USG	Ultrassonografia





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA:

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Urologia adulto eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter:

- Anamnese completa, incluindo:
História da doença atual;
Sintomas e tempo de evolução
História patológica progressiva, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial); e
História patológica familiar.
- Exame físico; e
- Exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) clínico(s) e/ou cirúrgico(s) prévio(s).

1. HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)

1.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Doença renal crônica associada à obstrução prostática em uso de sonda vesical;
- Hiperplasia prostática benigna com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência);
- Hiperplasia prostática benigna e infecção urinária recorrente (três ou mais episódios por ano);
- Sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, nictúria) após iniciar tratamento clínico com uso de medicamento alfa-bloqueador (doxazosina 2 mg/dia).

1.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Sinais e/ou sintomas (tempo de início, histórico de retenção urinária);
- Tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
- Resultado de exames: hemograma, glicemia de jejum, creatinina sérica, EAS e PSA total, com data;
- Resultado de ecografia de vias urinárias e próstata (pré e pós miccional), com data, quando realizada e/ou urofluxometria.

1.3. Prioridades para regulação:

- Pacientes sondados e/ou hematúria macroscópica.

1.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna;
- Falha na sondagem uretrovesical com necessidade de cistostomia suprapúbica.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

2. NEOPLASIA DE PRÓSTATA

2.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Neoplasia em paciente com confirmação em exame histopatológico;
- Pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade (ver quadro nº1 para limites de normalidade do PSA total por faixa etária). Nesses casos excluir aumento por infecção urinária ou prostatite e, se infecção, repetir PSA total após um mês do tratamento;
- Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ml;
- Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total menor do que 10 ng/ml persistentemente elevado para sua idade (repetir PSA total após um mês);
- Homens de raça negra e história de câncer de próstata na família (primeiro grau) iniciam os exames a partir dos 45 anos de idade, sendo que os demais, iniciam a partir de 50 anos de idade.

2.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrever os sinais e sintomas;
- Descrever resultado de biópsia prostática, se realizada;
- Descrever resultado de PSA total, com data (se PSA total < 10 ng/mL em paciente assintomático ou PSA elevado para sua idade em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com intervalo mínimo de um mês);
- Descrever resultado de EAS, urocultura e antibiograma, com data.

2.3. Prioridades para regulação:

- A critério médico.

2.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Evidência de metástase em coluna (paraplegia, dor intensa, limitação funcional);
- Paciente apresentando macro-hematúria e obstrução vesical.

LIMITES DE NORMALIDADE DO PSA TOTAL POR FAIXA ETÁRIA	
Idade	Valores do PSA total (ng/ml)
50 – 59 anos	≤ 3
60 – 69 anos	≤ 4
70 – 79 anos	≤ 5

Quadro 1 - Limites de normalidade do PSA total por faixa etária.

Fonte: Burford (2010).



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

3. NEOPLASIA DE RINS E BEXIGA

3.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Todos os casos suspeitos ou confirmados.

3.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrever os sinais e sintomas;
- Descrever resultado de EAS, com data;
- Descrever resultado de ecografia do aparelho urinário, com data.

3.3. Prioridades para regulação:

- Episódio prévio de hematúria macroscópica severa.

3.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Hematúria macroscópica severa com ou sem instabilidade hemodinâmica;
- Obstrução vesical devido formação de coágulos.

4. NEOPLASIA TESTICULAR

4.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Todos os casos suspeitos ou confirmados.

4.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrever os sinais e sintomas;
- Descrever resultado de EAS, com data;
- Descrever resultado da ecografia da bolsa testicular, com data;
- Descrever resultado da ecografia de abdômen total, com data;
- Solicitar: hemograma, TAP, PTTK, alfa-feto proteína, beta-HCG, desidrogenase láctica.

4.3. Prioridades para regulação:

- A critério médico.

4.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- A critério médico.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

5. NEOPLASIA DE PÊNIS

5.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Tumoração ou úlceras crônicas na glande, prepúcio ou corpo do pênis suspeitas de neoplasia, associadas ou não a linfonodos palpáveis em regiões inguinais;
- Neoplasia de pênis confirmada por biópsia e histopatológico.

5.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrever os sinais e sintomas;
- Descrever exame físico dirigido especificando: tipo de lesão, localização no pênis, presença ou não de fimose ou hipertrofia de prepúcio, se há linfonodos palpáveis em regiões inguinais;
- Descrever o tempo de surgimento da lesão e caracterizar a sua evolução morfológica;
- Descrever hábitos higiênicos do paciente;
- Descrever antecedentes ou não de DST's (HPV, Herpes Genital, Sífilis);
- Descrever biópsia/histopatológico, se houver, com data;
- Descrever solicitar hemograma, TAP, PTTK, glicemia de jejum, creatinina.

5.3. Prioridades para regulação:

- A critério médico.

5.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- A critério médico.

6. PATOLOGIAS ESCROTAIS BENIGNAS (HIDROCELE, VARICOCELE, CISTOS DE CORDÃO E EPIDÍDIMO)

6.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Descrever os sinais e sintomas;
- Hidrocele volumosa com indicação cirúrgica ou hidrocele menor em paciente sintomático (solicitar USG escrotal);
- Hidrocele comunicante em crianças acima de dois anos e adolescente (cirurgia pediátrica);
- Dor ou lesão testicular de etiologia não identificável;
- Varicocele volumosa (grau III) com dor;
- Varicocele e infertilidade.

6.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, fatores desencadeantes ou de alívio);
- Descrição da ecografia escrotal, com data (se realizado);
- Fatores de suposta relação com início do quadro.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

6.3. Prioridades para regulação:

- Ausência ou ectopia testicular.

6.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita de torção de testículo (dor testicular aguda, edema e nódulo de consistência macia).

7. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

7.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista urologista:

- Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por três meses (exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão de cafeína/álcool));
- Suposta ou evidente etiologia neurogênica.

7.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista ginecologista:

- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária de esforço associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por três meses.

7.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrever sinais e sintomas (diário miccional / histórico gineco-obstétrico / história de trauma e radioterapia prévia / passado cirúrgico / comorbidades);
- Descrever do exame pélvico (presença e grau de prolapso);
- Descrever resultado de urocultura, com data;
- Descrever resultado do estudo urodinâmico, com data (se disponível);
- Descrever tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Descrever outros medicamentos em uso que afetam continência urinária (antidepressivos/antipsicóticos).

7.3. Prioridades para regulação:

- Patologia neurológica (bexiga neurogênica).

OBS: excluir incontinência paradoxal (transbordamento urinário).

7.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.



8. DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

8.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista urologista:

- Disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por três meses;
- Disfunção erétil e contraindicação (hipersensibilidade ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5;
- Doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil);
OBS: Quando houver suspeita de causas psicogênicas, encaminhar ao terapeuta sexual/sexólogo.
- Ejaculação precoce.

8.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista endocrinologista:

- Suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo secundário (na possibilidade de investigar hipogonadismo solicitar com a segunda amostra de testosterona total os seguintes exames: LH, FSH, prolactina, TSH e T4-livre).

8.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrever os sinais e sintomas;
- Descrever tratamento em uso ou já realizado para disfunção erétil (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Descrever outros medicamentos em uso com posologia;
- Se paciente com Doença de Peyronie, avaliar incapacidade de manter relação sexual. Solicitar ao paciente para fotografar o pênis em ereção em três incidências após dez meses de evolução;
- Se suspeita de hipogonadismo, descreva, com data, o resultado de dois exames de testosterona total coletados pela manhã em dias diferentes.

8.4. Prioridades para regulação:

- A critério médico.

8.5. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Priapismo.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

9. LITÍASE RENAL

9.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista urologista:

- Cálculo ureteral maior que 10 mm;
- Cálculo ureteral entre 4 e 10 mm que não foi eliminado após seis semanas de tratamento clínico, excluído sinais clínicos de infecção urinária;
- Cálculo vesical;
- Cálculo renal assintomático maior que 10 mm;
- Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário).

9.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista nefrologista:

- Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS;
- Impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos;
- Micro-hematúria assintomática e persistente e já avaliado pelo urologista.

9.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrever os sinais e sintomas;
- Descrever resultado de ecografia urinária ou raio-X, com data (para cálculos menores ou iguais a 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo seis semanas de intervalo entre eles);
- Descrever resultado da Tomografia Computadorizada (TC), se disponível;
- Descrever resultado de exame de hemograma, TAP, PTTK, creatinina sérica, EAS, urocultura e antibiograma, com data;
- Descrever tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;
- Descrever investigação de causas tratáveis de litíase renal. Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas.

9.4. Prioridades para regulação:

- Obstrução das vias urinárias.

9.5. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ ou dor incontrolável com tratamento otimizado na APS.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

10. CISTOS/DOENÇA POLICÍSTICA RENAL

10.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista urologista:

- Cistos com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F);
- Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

10.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista nefrologista:

- Suspeita de doença policística renal.

10.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrever os sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outro achado relevante);
- Descrever resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;
- Descrever resultado de exame de creatinina sérica e EAS, com data.

10.4. Prioridades para regulação:

- Cisto complexo comprovado por exame de imagem;
- Classificação de Bosniak maior ou igual a 2F.

10.5. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Cisto roto com sangramento, instabilidade hemodinâmica.

SUSPEITA DE DOENÇA POLICÍSTICA RENAL
História familiar positiva e:
Pacientes com idade entre 15 e 39 anos com três ou mais cistos uni ou bilaterais
Pacientes com idade entre 40 e 59 anos com dois ou mais cistos em cada rim
Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com quatro ou mais cistos em cada rim
História familiar negativa e:
Dez ou mais cistos em cada rim, na ausência de achados sugestivos de outra doença renal cística, principalmente se rins aumentados bilateralmente ou presença concomitante de cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos.

Quadro 2 – Suspeita de doença policística renal.

Fonte: BARROS (2013).



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

11. INFECÇÃO URINÁRIA RECORRENTE

11.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista urologista:

- Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano).

11.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista nefrologista:

- ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

11.3. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista ginecologista:

- Alteração anatômica ginecológica que provoque ITU recorrente.

11.4. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrever número de infecções urinárias nos últimos doze meses;
- Descrever resultado de exame de creatinina sérica, EAS, urocultura e antibiograma, com data;
- Descrever resultado de ecografia das vias urinárias, com data;
- Descrever se foi realizado profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia);
- Em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino;
- Em homens, descrever se há história de prostatite e orquitepididimite recidivante.

11.5. Prioridades para regulação:

- Idoso com comorbidades crônicas (DM, HAS, imunodeprimidos).

11.6. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Prostatite aguda com sinais de sepse;
- Pacientes com instabilidade hemodinâmica.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

12. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS UROLÓGICAS

12.1 Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Fratura de pênis;
- Priapismo;
- Torção testicular;
- Parafimose;
- Traumatismo uretral (fratura de bacia, queda à cavaleiro);
- Urosepse;
- Síndrome de Fournier;
- Abscesso ou flegmão em região escrotal ou peniano;
- Retenção urinária aguda com globo vesical visível ou palpável;
- Cólica renal sem resposta ao tratamento medicamentoso oral e ou complicado por quadro febril.

13. CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DAS CONSULTAS ELETIVAS UROLÓGICAS

A classificação de prioridade é de autonomia do médico assistente, e dependerá de uma avaliação individualizada do quadro clínico de cada paciente. Os critérios descritos abaixo têm a finalidade apenas de auxiliar os médicos da atenção primária/especialistas, caso tenham alguma dúvida quanto à classificação. Porém, reiteramos que cada caso deve ser avaliado individualmente pelo médico assistente do paciente e o mesmo deve fazer a classificação de prioridade de acordo com a sua avaliação no momento do atendimento ao paciente.

Casos prioritários: faz-se necessária a classificação por cor no Sistema de Regulação Formativa, por parte do médico da UBS/ESF (profissional solicitante) ao encaminhar para o médico especialista (profissional de referência), bem como pelo médico especialista quando assim o achar necessário, conforme abaixo.

VERMELHO
Pacientes oncológicos com confirmação por biópsia ou por exame de imagem
Retenção urinária de repetição
Hematúria franca
Massa testicular com exame realizado
Nefrolitíase aguda/subaguda

LARANJA
Prostatismo com PSA e/ou toque retal alterado(s)



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

AMARELO

Oligo/Azoospermia
Prostatismo com falha ao tratamento clínico
Nefrolitíase crônica
Fimose
Lesões urológicas em pênis

VERDE

Disfunção erétil sem resposta a avaliação em APS
Incontinência urinária
Hidrocele, varicocele, demais situações





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, E.; FOCHESTATTO, L. F. (Org.). Medicina interna na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. S. (Org.). Nefrologia no consultório. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BARROS, E. et al. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BENETT, W. M.; KRUSKAL, J. B.; RICHIE, J. P. Simple and complex renal cysts in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/simple-and-complex-renal-cysts-in-adults>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

KRUSKAL, J. B.; RICHIE, J. P. Simple and complex renal cysts in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/simple-and-complex-renal-cysts-in-adults>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BURFORD D. C., KIRBY M., AUSTOKER, J. Prostate cancer risk management programme information for primary care: PSA testing in asymptomatic men. Evidence document. NHS Cancer Screening Programmes, 2010 [atualizado em 2016]. Disponível em: <<http://www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/pcrmp-guide-2.html>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: endocrinologia e nefrologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. v. 1.

CARTER, H. B. et al. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. The Journal of Urology, Baltimore, v. 190, n. 2, p. 419-426, 2013.

CHAPMAN, A. B.; RAHBARI-OSKOU, F. F.; BENETT, W. M. Course and treatment of autosomal dominant polycystic kidney disease. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/course-and-treatment-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CLEMENS, J. Q. Urinary incontinence in men. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2019. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-in-men>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CUNNINGHAM, G. R., KADMON, D. Medical treatment of benign prostatic hyperplasia. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benignprostatic-hyperplasia>>. Acesso em: 27 jul. 2021.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

CUNNINGHAM, G. R., ROSEN, R. C. Overview of male sexual dysfunction. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CURHAN, G. C.; ARONSON, M. D.; PREMINGER, G. M. Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-acute-management-of-suspected-nephrolithiasis-inadults>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

DUBEAU, C. E. Approach to women with urinary incontinence. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-women-with-urinary-incontinence>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. Male infertility. Arnhem: EAU, 2017. Disponível em: <<http://uroweb.org/guideline/male-infertility/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. Pediatric Urology. Arnhem: EAU, 2017. Disponível em: <<http://uroweb.org/guideline/paediatric-urology/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. Treatment of non-neurogenic male LUTS. Arnhem: EAU, 2017. Disponível em: <<http://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

EYRE, R.C. Evaluation of nonacute scrotal pathology in adult men. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-nonacute-scrotal-pathology-in-adult-men>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FANG, L. S. T. Evaluation of the patient with hematuria. In: GOROLL, A. H.; MULLER, A. G. Primary Care Medicine: office evaluation and management of the adult patient. 7a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014. p. 940-945.

FREEDLAND, S. Measurement of prostate-specific antigen. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/measurement-of-prostate-specific-antigen>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GOROLL, A. H., MULLEY, A. G. Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

HALPERN, J. A.; CHUGHTAI, B.; GHOMRAWI, H. Cost-effectiveness of common diagnostic approaches for evaluation of asymptomatic microscopic hematuria. *JAMA Intern Med.*, Chicago, v. 177, n. 6, p. 800-807, 2017.

HOFFMANN R. M. Screening for prostate cancer. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/screening-for-prostate-cancer>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) CKD-MBD WORK GROUP. KDIGO 2017 clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney International Supplement*. Malden, MA, v. 7, n. 1, p. 1-59. Disponível em: <<https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/2017-KDIGO-CKD-MBD-GL-Update.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

KURTZ, M.; FELDMAN, A. S.; PERAZELLA, M. A. Etiology and evaluation of hematuria in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-hematuria-in-adults>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MCVARY, K. T. SAINI, R. Lower urinary tract symptoms in men. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men?>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Prostate cancer early detection: NCCN, 2017. Sudbury: NCCN, 2019. Disponível em: 27 jul. 2021.< https://www2.tri-kobe.org/nccn/guideline/urological/english/prostate_detection.pdf />. Acesso em:

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Lower urinary tract symptoms in men: management. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2010 [atualizado em: jun. 2015]. Disponível em: < <https://www.nice.org.uk/guidance/cg97>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PAPADAKIS, M., MCPHEE, S., RABOW, M. W. Current: medical diagnosis & treatment. 52th. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2013.

PILATZ, A. et al. Color Doppler ultrasound imaging in varicoceles: is the venous diameter sufficient for predicting clinical and subclinical varicocele? *World Journal of Urology*, Berlin, v. 5, p. 645-650, 2011.

PREMINGER, G. M. Management of ureteral calculi. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/management-of-ureteral-calculi>>. Acesso em: 27 jul. 2021.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

POMPEO, A. C. L., et al. Câncer renal: diagnóstico e estadiamento. Associação Médica Brasileira, 2006. Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto Diretrizes.

RHODEN, E. L., et al. Urologia: no consultório. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROMAN, F. R. Hemácias dismórficas, detecção de. In: SOARES, J. L. M. F. et al. Métodos diagnósticos: consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 350-351.

SARTOR, A.O. Risk factors for prostate cancer. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-prostate-cancer> > Acesso em: 27 jul. 2021.

SCHRODER, F. H. et al. Prostate-specific antigen-based early detection of prostate cancer--validation of screening without rectal examination. Urology, Ridgewood, v. 57, n. 1, p. 83-90, 2001.

SCHRODER, F. H. et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. Lancet, London, v. 384, n. 9959, p. 20272035, 2014.

SOARES, J. L. M. F. et al. Métodos diagnósticos: consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TORRES, V. E.; BENETT, W. M. Diagnosis of and screening for autosomal dominant polycystic kidney disease. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

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 Adulto. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 27 jul. 2021.

WOLLIN, T.; LAROCHE, B.; PSOOY, K. Canadian guidelines for the management of asymptomatic microscopic hematuria in adults. Canadian Urological Association Journal, Montréal, v. 3, n. 1, p. 77-80, 2009.