



Protocolo singularizado para o Município de ITU

UROLOGIA

Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde Unidade de
Gestão de Promoção da Saúde

2023



Secretaria Municipal
de Saúde



Guilherme Gazzola
Prefeito Municipal

Janaina Guerino de Camargo
Secretária Municipal de Saúde

Dra. Claudia Cristina Pinton Magaldi
Gestora médica

Dr. Fabiano C. B. Ralid
Coordenador Médico do Ambulatório de Especialidades Médicas

Dr. Fabiano C. B. Ralid
Médico Urologista do Ambulatório de Especialidades Médicas

Erica J. de Castro Tuani
Coordenação de Enfermagem do Ambulatório de Especialidades Médicas

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
FLUXO DE ATENDIMENTO	7
Priorização	7
DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA.....	8
Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta	8
1. Hiperplasia prostática benigna (HPB)	8
2. Neoplasia de próstata	9
3. Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo) .	10
4. Incontinência urinária.....	10
5. Disfunção sexual masculina.....	12
6. Litíase renal	12
7. Cistos/ doença policística renal.....	13
8. Doença renal crônica	14
9. Hematúria	15
10. Infecção urinária recorrente em mulheres	16
11. Condiloma acuminado / verrugas virais.....	17
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:	17
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia:	17
REFERÊNCIAS	18

APRESENTAÇÃO

A **Atenção Básica** se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade da atenção básica.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

A oferta deste protocolo objetiva aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica. Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto e otimizando o uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, garantir o acompanhamento tanto pela especialidade quanto pela Atenção Básica, além de dar qualificação e resolutividade ao cuidado, com cada ponto de atenção atuando dentro de suas competências e responsabilidades.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Urologia. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia em trato geniturinário (lesões sólidas no trato geniturinário ou cisto com classificação de Bosniak maior ou igual a 3) devem ter prioridade no encaminhamento ao urologista. Após avaliação em serviço de emergência, pacientes com hidronefrose bilateral e obstrução de rim único funcionante ou obstrução unilateral com TFG inferior a 15ml/min/1,73m², também devem ter preferência no encaminhamento ao urologista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos.

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

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

FLUXO DE ATENDIMENTO

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico/generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o encaminhamento deste paciente.
- Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.
- O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.
- O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria unidade básica (UBS).

Priorização

- **Urgência:** Não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar as Unidades de Urgência e Emergência do Município.
- **PRIORIDADE:** Casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias); e casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 02 meses;
- **NORMAL:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 02 meses sem prejuízo ao paciente.

Quadro demonstrando as priorizações disponíveis em nosso sistema de prontuário eletrônico – siss online.

A imagem mostra a interface de usuário do sistema de encaminhamento. À esquerda, há um menu vertical com ícones e botões para: RETORNO, URGÊNCIA, REFERÊNCIA (destacado em verde), CONTRA REFERÊNCIA, INTERNAÇÃO e TRATAMENTO / SESSÃO. À direita, o formulário principal, intitulado "Encaminhamento", contém uma seção "Referência" com os seguintes campos:

- * Procedimento: campo de texto amarelo.
- * Prioridade: menu suspenso com uma seta para baixo.
- * Diagnóstico: campo de texto amarelo com uma lista de opções aberta: URGÊNCIA, PRIORIDADE e NORMAL.
- * Justificativa: campo de texto grande com uma seta para cima no canto inferior direito.
- Provas Diagnósticas: campo de texto grande com uma seta para cima no canto inferior direito.

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

Este PROTOCOLO foi baseado em publicação do Ministério da Saúde e UFRGS denominado PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA UROLOGIA.

- Hiperplasia prostática benigna (HPB)
- Neoplasia de próstata
- Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)
- Incontinência urinária
- Disfunção sexual masculina
- Litíase renal
- Cistos/ doença policística renal
- Doença renal crônica
- Hematúria
- Infecção urinária recorrente em mulheres
- Condiloma acuminado / verrugas virais

Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta

1. Hiperplasia prostática benigna (HPB)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna.
- Hematúria macroscópica com dificuldade miccional

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residuais pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical); **ou**
- HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência); **ou**
- HPB e infecção urinária recorrente (ver protocolo infecção urinária recorrente); **ou**
- HPB e litíase vesical; **ou**
- Sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) **refratário ao tratamento clínico otimizado¹.**

Condições clínicas que NÃO DEVEM SER encaminhadas para urologia de imediato:

- Pacientes que procuram a Atenção Básica para exames de rotina de próstata com PSA normal e toque retal normal, sem sintomas.
- Pacientes que procuram a Atenção Básica para exames de rotina de próstata com PSA normal e toque retal normal com sintomas; devem ser inicialmente tratados na UBS com tratamento clínico otimizado*.
- *Tratamento clínico otimizado para HPB: medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (como doxazosina 2-4 mg/dia ou tansulosina 0,4mg/dia) e, nos casos de próstata maior que 40 g prescrever terapia combinada (tansulosina 0,4mg + dutasterida 0,5mg)

- Prevenção de neoplasia de próstata/rastreamento:
 - Pacientes com histórico de neoplasia de próstata na família: iniciar aos 45 anos de idade.
 - Pacientes sem histórico de neoplasia de próstata na família: iniciar aos 50 anos de idade.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e/ou sintomas (tempo de início, histórico de retenção urinária, descrição de toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
- Tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
- Resultado do exame de PSA total, com data;
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- Resultado de vias urinárias e próstata, com data.

2. Neoplasia de próstata

Atenção: Os inibidores da 5-alfa-redutase (como a finasterida) reduzem o valor do PSA. Portanto, os valores do PSA de pacientes que estão em uso desta medicação devem ser multiplicados por 2, quando utilizam a medicação por mais de 6 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Neoplasia em biópsia prostática; **ou**
- Suspeita clínica de neoplasia de próstata (presença de hematuria, obstrução urinária, sintomas constitucionais) em homens com PSA total > 2,5 ng/mL; **ou**
- Suspeita clínica de neoplasia de próstata por toque retal suspeito (com nódulo, endurecimento ou assimetria); **ou**
- Pacientes em qualquer idade e uma medida de PSA total \geq a 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite*.

*Se PSA elevado por suspeita de infecção urinária ou prostatite aguda, repetir PSA após 1 mês do tratamento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Pacientes com até 70 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite¹; **ou**
- Pacientes com 70 a 75 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml¹, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite¹, se expectativa de vida estimada superior a 10 anos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
- Resultado de biópsia prostática, se realizada;
- Resultado de PSA total, com data (se PSA total < 10 ng/mL em paciente assintomático ou PSA elevado em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com intervalo mínimo de um mês);
- Resultado de urina tipo 1, com data.

3. Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Patologias escrotais benignas sintomáticas, exceto varicocele.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia

- varicocele sintomática (dor ou desconforto); ou
- varicocele assintomática associada a uma ou mais condições:
 - testículo ipsilateral diminuído; ou
 - condição testicular adicional que afete a fertilidade (como criptorquidia); ou
 - varicocele palpável bilateral; ou
 - varicocele clínica* e alterações no espermograma (azoospermia, oligospermia ou outras alterações no espermograma).

* Define-se varicocele clínica quando é possível identificá-la visualmente ou na palpação de bolsa escrotal quando o paciente for examinado em posição ortostática (em pé). Também pode ser definida por parâmetros ultrassonográficos: diâmetro venoso > 2,45 mm em repouso ou 2,95 mm durante manobra de Valsava.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, fatores desencadeantes ou de alívio);
- Descrição da ecografia escrotal, com data (se realizado);
- Se varicocele, descrição do espermograma, com data (se realizado).

4. Incontinência urinária

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Homens com incontinência urinária complicada (incontinência grave, sintomas obstrutivos e/ou irritativos graves do trato urinário inferior, infecções urinárias recorrentes, dor pélvica, doença neurológica ou história de cirurgias pélvicas, prostáticas ou radioterapia pélvica).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia ou ginecologia:

- Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida – perda de peso quando necessário, diminuição da ingestão de cafeína/álcool).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- Paciente com prolapso genital e sintomas de incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Descrição do exame pélvico em mulheres (presença e grau de prolapso genital); classificação das distopias OBRIGATÓRIO. Quadro 1
- História prévia de cirurgia (pélvica, prostática) ou radioterapia pélvica (sim ou não). Se sim, descreva;
- Resultado do estudo urodinâmico, com data (se realizado);
- Tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Outros medicamentos em uso que afetam continência urinária (sim ou não). Se sim, quais?

QUADRO 1- Classificação das distopias

Estágio	Descrição
Estágio 0	Nenhum prolapso. Pontos Aa, Ba, Ap e Bp são -3 cm; pontos C ou D são menores que o (CVT - 2) cm

Estágio 1	Prolapso até -1 cm. Estão localizados até 1 cm acima do hímen.
Estágio 2	Prolapso entre -1 e + 1cm. Localizados entre 1 cm acima e 1cm abaixo do hímen.
Estágio 3	O prolapso está além de +1 cm, mas antes do (CVP-2). Localizados 1 cm abaixo do hímen, mas menor que 2 cm a menos que o CVT.
Estágio 4	Prolapso total ou eversão completa. O prolapso é maior que (CVT-2) cm.

5. Disfunção sexual masculina

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia

- Disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 meses; ou
- Disfunção erétil e contraindicação (hipersensibilidade ao fármaco ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5; ou
- Doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- Suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo*.

* Na possibilidade de investigar hipogonadismo, solicitar com a segunda amostra de testosterona total e livre os seguintes exames: LH, FSH, prolactina, TSH e T4-livre.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Tratamento em uso ou já realizado para disfunção erétil (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Outros medicamentos em uso com posologia;
- Se paciente com doença de Peyronie, apresenta incapacidade para manter relação sexual (sim ou não);
- Se suspeita de hipogonadismo descreva, com data, o resultado de dois exames de testosterona total coletados em dias diferentes.

6. Litíase renal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para EMERGÊNCIA:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Cálculo ureteral maior que 4 mm; ou
- Cálculo ureteral \leq 4 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico; ou
- Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário); ou
- Cálculo renal assintomático maior que 10 mm; ou
- Cálculo renal coraliforme, de qualquer tamanho; ou
- Cálculo vesical.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS; ou
- Impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos recorrentes com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Resultado de tomografia de abdômen sem contraste ou ecografia urinária ou raio X, com data (para cálculos menores ou iguais a 10 mm)
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- Tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;
- Investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas.

7. Cistos/ doença policística renal**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:**

- 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); ou
- Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- Suspeita de doença policística renal (quadro 1).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outro achado relevante);
- Resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- Resultado de urina tipo 1, com data (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 8 semanas entre eles e resultado de hemácias dismórficas*);
- Presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não), e parentesco com o paciente.

* A pesquisa de hemácias dimórficas é importante para definir se a origem é glomerular. Hematúria cuja origem não é glomerular deve ser avaliada por urologista

Quadro 2 – 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
10 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.

Fonte: BARROS (2013).

8. Doença renal crônica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Alterações ecográficas que sugerem lesão ou que provocam perda da função renal (quadro 4).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- Taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² (Estágio 4 e 5) (quadro 3); ou
- Taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m² (Estágio 3, 4 e 5) com complicações associadas a doença renal crônica (anemia ferropriva refratária e não atribuível a outra etiologia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, elevação persistente de PTH, hipertensão resistente, entre outros); ou
- Perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m² em 6 meses, com uma TFG <60 ml/min/1,73m², confirmado em dois exames); ou
- Proteinúria* (quadro 4); ou
- Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários); ou
- Alterações anatômicas (como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal) que provocam lesão ou perda de função renal (quadro 3).

*microalbuminúria (exceto em pacientes diabéticos) e macroalbuminúria (quadro 5).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de intervalo entre eles);
- Resultado microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
- Resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1, com data;
- Resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;

Quadro 3 – Alterações anatômicas que sugerem lesão ou provocam perda da função renal:

hidronefrose persistente sem causa definida após avaliação em serviço de emergência;
hiperplasia prostática benigna com obstrução causando hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ ou globo vesical;
cistos simples que causam obstrução;
massas ou tumores renais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

¹ Alterações como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal devem ser avaliadas inicialmente pelo nefrologista.

Quadro 4 – Estágios da Doença Renal Crônica (DRC)

Taxa de filtração glomerular calculada pela fórmula CKD-Epi,

O cálculo da taxa de filtração glomerular pode ser realizado com o aplicativo "Taxa de Filtração Glomerular – CKD-EPI" disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaude/rs/desenvolvimento/aplicativos/taxa-de-filtracao-glomerular/>

Estágio	Taxa de filtração glomerular (mL/min/1,73m ²)
1 ¹	> 90
2 ¹	60 a 89
3a	45 a 59
3b	30 a 44
4	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KDIGO (2017).

* Doença Renal Crônica é definida por anormalidades estruturais ou funcionais que persistem por mais de 3 meses, com repercussões sobre a saúde. TFG > 60 ml/min/1,73m², sem outros marcadores de dano renal (como proteinúria, cilindros patológicos, anormalidades estruturais), não é considerada DRC.

Quadro 5 – Valores de referência para albuminúria

Exame	Normoalbuminúria	Microalbuminúria	Macroalbuminúria
Amostra de urina única	< 17 mg/L	17 a 173 mg/L	≥ 174 mg/L
Amostra de urina de 24 horas.	< 30 mg	30 a 300 mg	> 300 mg
Relação Albuminúria/Creatinúria (em amostra)	< 30 mg/g	30 a 300 mg/g	> 300 mg/g

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KDIGO (2017) e DUNCAN (2013).

9. Hematúria

Atenção: Sempre descartar causas benignas (infecção urinária, febre, trauma ou sangramento menstrual) em pacientes com hematúria.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Hematúria macroscópica com coágulos, na ausência de infecção; ou
- Hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um exame de urina) e sem evidência de doença glomerular (quadro 6); ou
- Hematúria microscópica* assintomática persistente de origem não glomerular (confirmada em dois exames de urina com intervalo de 8 semanas e pesquisa de hemácias dismórficas** negativa) em pacientes com idade ≥ 35 anos ou com fatores de risco para neoplasia urotelial***.

*Hematúria microscópica: ≥ 3 hemácias/campo, quando analisado na microscopia/sedimentoscopia, ou acima do limite da referência, quando analisado por outro método quantitativo, como citometria de fluxo.

**A pesquisa de hemácias dimórficas é importante para definir se a origem é glomerular. Hematúria cuja origem não é glomerular deve ser avaliada por urologista.

***Risco para neoplasia urotelial: história de tabagismo, sintomas miccionais irritativos ou cistite crônica, radioterapia pélvica, cateterismo intermitente ou sondagem vesical de demora ou exposição ocupacional a carcinógenos (trabalhadores em fábrica de corantes, borracha, couro, têxteis, produtos de pintura e empresas de impressão, além de pintores, mecânicos, tipógrafos, cabeleireiros e motoristas de caminhão).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- Hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um exame de urina sugestiva de doença glomerular (quadro 6); ou
- Hematúria microscópica assintomática persistente sugestiva de doença glomerular (confirmada em um exame de urina e com pesquisa de hemácias dismórficas positiva ou outros achados de doença glomerular – quadro 5 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
- se hematúria sem coágulos, descreva resultados dos exames, com data: creatinina, microalbuminúria em amostra (ou albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria), hemácias dismórficas² e exame comum de urina (Urina tipo 1);
- resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data.

Quadro 6 – Achados sugestivos de hematúria por doença glomerular

hemácias dismórficas positiva (especialmente se descrito presença de acantócitos)
presença de acantócitos no exame de urina
proteinúria
cilindros hemáticos
Insuficiência renal (elevação de creatinina e/ou ureia)
história familiar de nefrite hereditária ou doença policística renal

Fonte: KURTZ (2017).

10. Infecção urinária recorrente em mulheres

Realizar tratamento inicial da ITU baseada no antibiograma, solicitar urocultura de controle pós-tratamento.

Em caso de nova infecção em intervalo de 2 meses, tratar a ITU baseada no novo antibiograma.

Em caso de reinfecção no período de 4 meses instituir tratamento com profilaxia:

- Macrodantina 100mg ao deitar, durante 03 meses ou
- Sulfametoxazol + trimetoprima 400/80mg ao deitar, durante 03 meses

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- Alteração anatômica ginecológica que provoque ITU recorrente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
- resultado de exame de creatinina sérica e urocultura, com data;
- resultado de cultura e antibiograma da secreção vaginal, com data;
- 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;

11. Condiloma acuminado / verrugas virais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- Pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões; ou
- Pacientes com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) / verrugas virais refratárias ao tratamento por pelo menos 3 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia:

- Pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- Mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));
- Resultado de anti-hiv ou teste rápido para hiv, com data;
- Tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);

Atenção: É de boa prática investigar outras DSTs (sífilis, HIV, hepatite B e C) em pessoas que apresentam condiloma acuminado.

REFERÊNCIAS

BARROS, E.; FOCHESSATTO, 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.

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: 10 jan. 2018.

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: 21 dez. 2017.

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-OSKOUI, F. F.; BENETT, W. M. **Course and treatment of autosomal dominant polycystic kidney disease**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/course-and-treatment-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

CLEMENS, J. Q. **Urinary incontinence in men**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-in-men>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

CUNNINGHAM, G. R., KADMON, D. **Medical treatment of benign prostatic hyperplasia**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

CUNNINGHAM, G. R., ROSEN, R. C. **Overview of male sexual dysfunction**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

CURHAN, G. C.; ARONSON, M. D.; PREMINGER, G. M. **Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis in adults**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-acute-management-of-suspected-nephrolithiasis-in-adults>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

DAVIS, R. et al. Diagnosis, evaluation and follow-up of asymptomatic microhematuria (AMH) in Adults: AUA Guideline. Linthicum, MD: American Urological

Association, 2012 [atualizado em 2016]. Disponível em: <[http://www.auanet.org/guidelines/asymptomatic-microhematuria-\(2012-reviewed-and-validity-confirmed-2016\)](http://www.auanet.org/guidelines/asymptomatic-microhematuria-(2012-reviewed-and-validity-confirmed-2016))>. Acesso em: 21 dez. 2017.

DUBEAU, C. E. **Approach to women with urinary incontinence**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-women-with-urinary-incontinence>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

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: 04 de abril de 2023.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. **Pediatric Urology**. Arnhem: EAU, 2017. Disponível em: <<http://uroweb.org/guideline/paediatric-urology/>>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

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: 04 de abril de 2023.

EYRE, R.C. **Evaluation of nonacute scrotal pathology in adult men**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-nonacute-scrotal-pathology-in-adult-men>>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

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.

FLANNERY M.T., ABEL E. Hiperplasia prostática benigna. **Best Practice**. Londres: BMJ Publishing Group Limited, 2014 [atualizada em 30 nov. 2016].

FREEDLAND, S. **Measurement of prostate-specific antigen**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/measurement-of-prostate-specific-antigen>>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

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, 2012. v. 2.

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., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/screening-for-prostate-cancer>>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Próstata** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

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: <<http://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/2017-KDIGO-CKD-MBD-GL-Update.pdf>>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

KURTZ, M.; FELDMAN, A. S.; PERAZELLA, M. A. **Etiology and evaluation of hematuria in adults**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-hematuria-in-adults>>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

LEVEY, S. A. INKER, L. A. **Definition and staging of chronic kidney disease in adults**. Waltham (MA): UpToDate Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults>>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

MCVARY, K. T. SAINI, R. **Lower urinary tract symptoms in men**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men>>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **Prostate cancer early detection**: NCCN, 2017. Sudbury: NCCN, 2017. Disponível em: <https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate_detection.pdf/>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

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: 04 de abril de 2023.

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., 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/management-of-ureteral-calculi>>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

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., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-prostate-cancer>> Acesso em: 04 de abril de 2023.

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. 2027- 2035, 2014.

SNYDER, P. J. **Clinical features and diagnosis of male hypogonadism**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-male-hypogonadism>>. Acesso em: 04 de abril de 2023. SOARES, J. L. M. F. et al. **Métodos diagnósticos**: consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TELESSAÚDERS, Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. **Teleconsultoria**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/>>. Acesso em: 04 de abril de 2023..

TORRES, V. E.; BENETT, W. M. **Diagnosis of and screening for autosomal dominant polycystic kidney disease**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 04 de abril de 2023.

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.

<https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/> acesso em Maio de 2023.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Versão:	Data aprovação: