



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde**  
**Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde**  
**Núcleo Especial de Atenção Especializada**

**PROTÓCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A  
CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS EM  
UROLOGIA**

HOMOLOGADO PELA RESOLUÇÃO CIB/ES:

**Vitória**



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**Julho 2017**

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Ricardo de Oliveira

**SUBSECRETÁRIO DE ASUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA  
ATENÇÃO À SAÚDE**

Engre Beilke Tenorio

**GERENTE DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Joanna D'Arc Victoria Barros De Jaegher

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Lucileia Rosa Eller

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E  
EXAMES ESPECIALIZADOS**

Patrícia Védova

**COLABORAÇÃO**

Núcleo Especial de Regulação de Consultas e Exames Especializados  
Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica

**ORGANIZAÇÃO**

**EQUIPE TÉCNICA REDE DE DOENÇAS CRÔNICAS**

Luiz Augusto Fagundes Filho

Larissa DellaAntonio Pereira

Neide Aparecida Soares Fontes



**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*

## **APRESENTAÇÃO**

Os protocolos de encaminhamento são ferramentas, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

A atenção Básica (AB) cumpre papel estratégico nas redes de atenção, entre outras coisas, se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como local de gestão do cuidado dos usuários, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade do cuidado, portanto é fundamental que a AB tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação com outros pontos da rede de saúde.

Neste protocolo destacamos alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento que, para se potencializarem e efetivarem precisa ser articulado a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou à distância, considerando a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

O objetivo do presente protocolo é firmar recomendações para os profissionais de saúde da Atenção Primária de Saúde (APS) de como funciona o fluxo ambulatorial do SUS ofertado pelo Estado, no que tange quando e como encaminhar para o médico especialista, na tentativa de otimizar a assistência. E também, orientar a ação dos médicos REGULADORES tanto municipais como os do Estado, visando criar uma cultura de que o acesso a Atenção Especializada seja determinado por necessidades reais identificadas na Atenção Primária, após esta ter esgotado toda sua capacidade de condução do caso, mas com a consciência de que a Atenção Primária em Saúde é e sempre será a responsável pelo acompanhamento de seus usuários.

O médico especialista deverá ser visto como um interconsultor, em casos de difícil condução ou que necessite um parecer especializado, mas este usuário deverá sempre retornar à APS para seguimento e acompanhamento de seu cuidado, não devendo permanecer vinculado à Atenção Especializada.

O acesso a estas consultas e exames especializados deverá ser embasado em documentos de referência e contra referência, constando de história clínica, detalhamento de exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares já realizados e seus laudos ou resultados e o CID-10 (classificação internacional de doenças) coerente com a necessidade, pois este é um dado indispensável para a orientação da Regulação na priorização de casos. Além de orientar o médico especialista e evitar a repetição de exames, como acontece hoje, quando o usuário chega ao especialista sem nenhum direcionamento e muitas vezes não sabendo contar sua história, portando somente um encaminhamento com o nome da especialidade, em papel comum de receituário com caligrafia ruim, de difícil compreensão e muitas vezes até sem data.

Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que caminham no sentido de aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica.

O desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Boa leitura!

## UROLOGIA ADULTO

### **1 É Neoplasia em trato geniturinário**

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia em trato geniturinário (lesões sólidas no trato geniturinário ou cisto com classificação de Bosniak superior a 3 devem ter preferência no encaminhamento ao urologista (UNACON/CACON), quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos.

### **2 É Hiperplasia Prostática Benigna (HBP)**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- Episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual 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
- Sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria).

### **3 É Neoplasia de Próstata**

Não é recomendável solicitar PSA para rastreamento populacional do câncer de próstata. É necessário levar em consideração as preferências pessoais dos pacientes e informá-los sobre potenciais benefícios e malefícios do rastreamento. Para pacientes com sintomas do trato urinário inferior, o PSA deve ser solicitado conforme suspeita clínica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Suspeita clínica (toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria); ou
- Pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade (ver quadro 1 no anexo 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; ou
- Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ml; ou
- 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 1 mês).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para UNACON/CACON:

- neoplasia em biópsia prostática

#### **4 É 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

## **5 É Incontinência urinária**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia ou Ginecologia:

- Incontinência urinária.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária.

## **6 É 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 contra-indicação (hipersensibilidade 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.
- Suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo.

## **7 É Litíase renal**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Cálculo ureteral maior que 10 mm assintomático; ou
- Cálculo ureteral entre 4 e 10 mm sintomático ou que não eliminou o cálculo após tratamento clínico; ou



- Cálculo vesical; ou
- Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário); ou
- Cálculo renal assintomático maior que 10 mm.

### **8 Ë 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).

### **9 Ë Doença renal crônica**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), independente da taxa de filtração glomerular; ou
- Alterações que provoquem lesão ou perda da função renal.

### **10 Ë Infecção urinária recorrente**

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).

## 11 É Condiloma acuminado / verrugas virais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

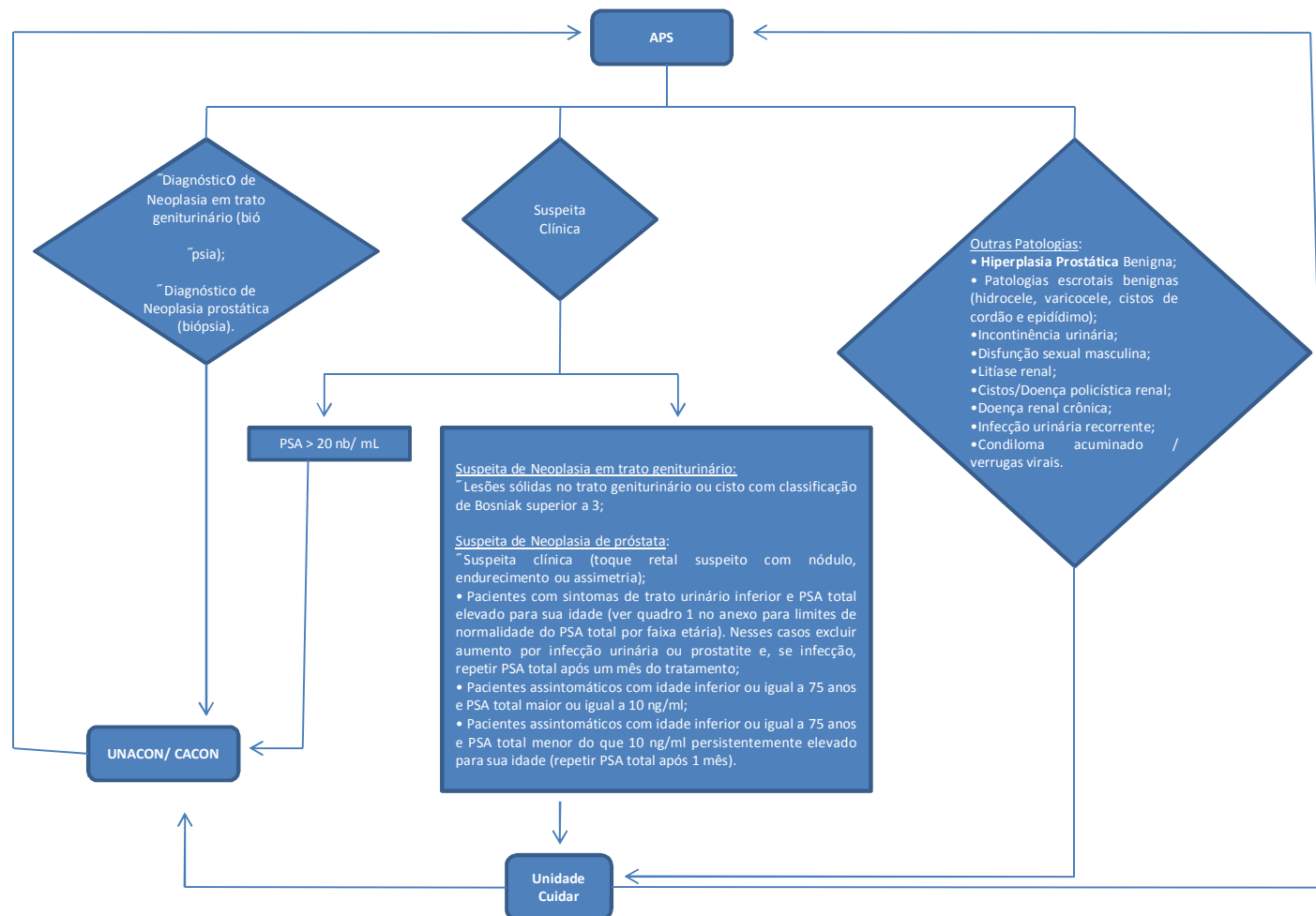
- Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

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

<b>Idade</b>	<b>Valores do PSA total (ng/ml):</b>
50 . 59 anos	< 3
60 . 69 anos	< 4
70 . 79 anos	< 5

Fonte: BURFORD (2010).

## Fluxograma de encaminhamento da APS para a Unidade Cuidar - UROLOGIA



## REFERÊNCIAS

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

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.

BENNETT, W. M.; KRUSKAL, J. B.; RICHIE, J. P. Simple and complex renal cysts in adults.

Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/simple-and-complex-renal-cysts-in-adults>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

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: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDT\\_IST\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: Urologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v. 6.

BREEN, E.; BLEDAY, R. Condylomata acuminata (anogenital warts) in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-in-adults>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

BURFORD D. C., KIRBY M., AUSTOKER, J. Prostate Cancer Risk Management Programme information for primary care; PSA testing in asymptomatic men: evidence document. Oxford: NHS Cancer Screening Programmes, 2010. Disponível em: <<http://www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/pcrmp-guide-2.html>>

CHAPMAN, A. B.; RAHBARI-OSKOUI, F. F.; BENNETT, W. M. Course and treatment of autosomal dominant polycystic kidney disease. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/course-and-treatment-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

CLEMENS, J. Q. Urinary incontinence in men. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-in-men>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

CUNNINGHAM, G. R., R.C. Overview of male sexual dysfunction. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em:

<<http://www.uptodate.com/contents/overview-ofmale-sexual-dysfunction>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

CUNNINGHAM, G. R., KADMON, Dov. Medical treatment of benign prostatic hyperplasia. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

DUBEAU, C. E. Approach to women with urinary incontinence. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-towomen-with-urinary-incontinence>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

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

EYRE, R.C. Evaluation of nonacute scrotal pathology in adult men. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-ofnonacute-scrotal-pathology-in-adult-men>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

FLANNERY M.T., ABEL E. Hiperplasia prostática benigna. Best Practice [Internet]. Londres: BMJ Publishing Group Limited, 2014 [atualizada em 31 out 2014]

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.

HOOTON, T. M.; GUPTA, K. Recurrent urinary tract infection in women. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/recurrenturinary-tract-infection-in-women>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

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: 12 ago. 2015.

LEVEY, S. A. INKER, L. A. Definition and staging of chronic kidney disease in adults. Waltham (MA): UpToDate Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults>>. Acesso em: 20 jan 2015.

MCVARY, K. T. SAINI, R. Lower urinary tract symptoms in men. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinarytract-symptoms-in-men?>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Lower urinary tract symptoms. The management of lower urinary tract symptoms in men. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2010. 34 p. (Clinical guideline, n. 97). Disponível em:

<<http://www.nice.org.uk/guidance/cg97/resources/guidance-lowerurinary-tract-symptoms-pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL 21

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

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.

SARTOR, A.O. Risk factors for prostate cancer. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-prostate-cancer>>. Acesso em 11 dez 2014.

SNYDER, P. J. Clinical features and diagnosis of male hypogonadism. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

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., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-male-hypogonadism>>. Acesso em: 21 jan. 2015.