

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Volume VI

Urologia

Versão preliminar

Brasília - DF

2016



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Volume VI



Urologia

Versão preliminar

Brasília - DF

2016





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: versão preliminar – 2016 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5 e 6, Ed. Premium, torre II, auditório, sala 4
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3306-8052
Fax: (61) 3305-8028
Site: www.saude.gov.br/dab
E-mail: dab@saude.gov.br

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5 e 6, Ed. Premium, torre II,
Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação
SAF/SUL, Quadra 2, Edifício Premium, Torre II – 3º Andar – Sala 301
Brasília/DF – 70070-600
Tel.: (61) 3315-5870
E-mail: drac@saude.gov.br

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Eplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 717
Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900
Tel.: (61) 3315.3394
Fax: (61) 3315.2974
Site: www.saude.gov.br/sgtes
E-mail: degex@saude.gov.br

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
Av. Borges de Medeiros, 1501 – 6º andar Bairro Praia de Belas
CEP: 90110 – 150 – Porto Alegre
Tel.: (51) 3288-5800
Site: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS/UFRGS
Rua Dona Laura, 320 - 1101Bairro Rio Branco
CEP: 90430-090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333 7025
Site: www.telessaunders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessaunders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

Cleuza Rodrigues da Silveira Bernardo
Dirceu Ditmar Klitzke
João Gabbardo dos Reis

Coordenação-Geral:

Dirceu Ditmar Klitzke
João Marcelo Barreto Silva

Revisão Técnica:

Ana Célia da Silva Siqueira
Carolina Pereira Lobato
Daniela Cristina Moreira Marculino Figueiredo
Graziela Tavares
Letícia Felipak dos Passos Martins
Luciano Gomes Marcelino
Luciana Morais Rocha
Rosely de Andrade Vargas

Organização:

Erno Harzheim
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Patrícia Sampaio Chueiri

Elaboração de texto:

Arthur Silva Lazaretti
Brasil da Silva Neto
Erno Harzheim
Elisa Eichenberg Furasté
Lígia Marroni Burigo
Lucas Medeiros Burttet
Marcelo Pelizzaro Dias Afonso
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Patrícia Sampaio Chueiri
Rodrigo da Silva
Rudi Roman

Colaboração:

Eduardo Alves Melo
Fernanda Chmelnitsky Wainberg
Jane Medianeira Santos Hoch
José Inácio Lermen
Maria Carolina Widholzer Rey
Mayra Marcela Souza Rodrigues
Marcio Chmelnitsky Kruter

Projeto Gráfico, design e capa:

Luiz Felipe Telles

Diagramação

Carolyne Vasques Cabral
Luiz Felipe Telles

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Urologia[recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Edição revisada – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
24 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 6)

Modo de acesso: World Wide Web: <www.saude.gov.br/svs>
ISBN

1. Planejamento em saúde. 2. Equidade em saúde 3. Regulação assistencial. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Título. III. Série.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS

Titulos para indexação:

Urology

SUMÁRIO



APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	6
1. UROLOGIA	8
1.1 Hiperplasia Prostática Benigna (HBP).....	9
1.2 Neoplasia de próstata	10
1.3 Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo).....	11
1.4 Incontinência urinária	12
1.5 Disfunção sexual masculina	13
1.6 Litíase renal	14
1.7 Cistos/Doença policística renal	15
1.8 Doença renal crônica	16
1.9 Infecção urinária recorrente	17
1.10 Condiloma acuminado / verrugas virais.....	18
REFERÊNCIAS	19
ANEXO - QUADROS AUXILIARES	22

APRESENTAÇÃO

A atenção Básica (AB), que se caracteriza, entre outras coisas, como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, 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 duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

Sabemos, por outro lado, que o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos, em especial no que se refere ao acesso a ele. Isso decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica nos diversos lugares. Os gargalos, anteriormente mencionados, requerem, para a sua superação, que se constituam 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.

Neste material, toma-se como foco a Atenção Básica, em especial alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento. É bem verdade que tais protocolos, para se efetivarem e terem maior potência, precisam ser articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) - tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, por exemplo- e que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados -pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros. Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

Neste contexto, os protocolos de encaminhamento são ferramenta, ao mesmo tempo, 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.

É com esta clareza, e contando com a parceria de um grupo de profissionais fundamentais do SUS vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que o Ministério da Saúde (MS) oferta os protocolos de encaminhamento para os gestores e trabalhadores do SUS. 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. Mãos à obra!

Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/SAS/MS

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul/SES-RS

TelessaúdeRS/UFRGS

INTRODUÇÃO

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno. Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica (AB), evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária). Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas do paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. 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.

Importante ressaltar a necessidade de se estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre as equipes de Atenção Básica com outros pontos de atenção. Ao encaminhar o paciente para cuidados especializados temporários ou prolongados, é interessante que as equipes de Atenção Básica possam compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo responder a duas questões principais ao médico regulador e orientar os profissionais que atuam na AB. As duas questões-chave são:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Para responder à primeira pergunta, é fundamental que a gestão, em parceria com a regulação e com os pontos de atenção envolvidos, estabeleça quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na AB.

Algumas condições clínicas são do campo de atuação de mais de uma especialidade. Nesses casos, o médico regulador deve conhecer as características dos serviços de referência e, na medida do possível, redirecionar os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade e/ou menor demanda. Aí, por suposto, desde que atendido o princípio de responsabilização clínica, economia de escala e resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado e, num plano posterior, o conforto de deslocamento do paciente.

A identificação de encaminhamentos fora dos protocolos ou imprecisos (com definição duvidosa) deve ser acompanhada, quando possível, de atividades de apoio matricial, a partir dos núcleos de telessaúde e outras ações pedagógicas. Nesses casos, identificamos um momento oportuno para o aprendizado e auxílio dos profissionais, por meio de teleconsultoria dirigida ao diagnóstico e/ou manejo corretos. A recusa do encaminhamento equivocado, aliada à discussão do caso clínico em questão, pode ser ótimo instrumento de desenvolvimento profissional contínuo. Isso porque tal recusa é centrada na observação de uma necessidade concreta de aprendizado do médico da AB, com potencial de aumentar sua resolutividade no caso discutido e em questões futuras semelhantes.

1 UROLOGIA ADULTO

As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade de encaminhamento.

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.

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, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos. Esses critérios devem ser readaptados conforme a necessidade da regulação local.

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 de encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

1.1 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) refratário ao tratamento clínico otimizado (uso de medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (doxazosina 4 mg/dia) e, nos casos de próstata maior que 40 g ou PSA total maior que 1,4 ng/ml, uso concomitante de inibidor da 5-alfa redutase (finasterida 5 mg/dia) por pelo menos 6 meses).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. 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);
2. tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
3. resultado do exame de PSA total, com data;
4. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
5. cor da pele (preta ou não), para cálculo da Taxa de Filtração Glomerular;
6. resultado de ecografia abdominal ou vias urinárias ou próstata, com data, quando realizada;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.



Taxa de Filtração
Glomerular

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.

Clique aqui para baixar <http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/aplicativos-telessauders-ufrgs/aplicativos-telessauders-ufrgs>

1.2 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:

- neoplasia em biópsia prostática; ou
- 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).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
2. resultado de biópsia prostática, se realizada;
3. 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);
4. resultado de EQU/EAS/Urina tipo 1, com data;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.3 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.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, fatores desencadeantes ou de alívio);
2. descrição da ecografia escrotal, com data (se realizado);
3. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

1.4 Incontinência urinária

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 ingestão de cafeína/álcool)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso);
3. resultado de urocultura, com data;
4. resultado do estudo urodinâmico, com data (se disponível);
5. tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
6. outros medicamentos em uso que afetam continência urinária (sim ou não). Se sim, quais?
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.5 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 (ver tratamento no quadro 2 do anexo); ou
- disfunção erétil e contraindicação (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.

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

- suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. tratamento em uso ou já realizado para disfunção erétil (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. outros medicamentos em uso com posologia;
4. se paciente com Doença de Peyronie, apresenta incapacidade de manter relação sexual (sim ou não);
5. se suspeita de hipogonadismo, descreva, com data, o resultado de dois exames de testosterona total coletados em dias diferentes;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

¹ Na possibilidade de investigar hipogonadismo solicitar com a segunda amostra de testosterona total os seguintes exames: LH, FSH, prolactina, TSH e T4-livre.

1.6 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 10 mm; ou
- cálculo ureteral entre 4 e 10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico (ver quadro 3 no anexo); 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.

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 com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de ecografia urinária ou raio-X, com data (para cálculos menores ou iguais a 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo 6 semanas de intervalo entre eles);
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. cor da pele (preta ou não), para cálculo da Taxa de Filtração Glomerular;
5. tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;
6. 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. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.



Taxa de Filtração
Glomerular

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.

Clique aqui para baixar <http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/aplicativos-telessauders-ufrgs/aplicativos-telessauders-ufrgs>

1.7 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 (ver quadro 4, no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outro achado relevante);
2. resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. cor da pele (preta ou não), para cálculo da Taxa de Filtração Glomerular;
5. resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1, com data (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo 8 semanas entre eles e resultado de hemácias dismórficas¹);
6. presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não), e parentesco com o paciente;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.



Taxa de Filtração
Glomerular

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.

Clique aqui para baixar <http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/aplicativos-telessauders-ufrgs/aplicativos-telessauders-ufrgs>

1.8 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 (ver quadro 5 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² (estágios 4 e 5) (ver quadro 6, no anexo) ; ou
- proteinúria (ver quadro 7, no anexo); ou
- 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 positiva) ; ou
- alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda de função renal (ver quadro 5, no anexo); 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
- presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. 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);
2. cor da pele (preta ou não), para cálculo da Taxa de Filtração Glomerular;
3. resultado microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
4. resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1 (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo 8 semanas entre eles e resultado de hemácias dismórficas¹), com data;
5. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

¹ a pesquisa de hemácias dismórficas é importante para definir se a origem é glomerular. Hematúria cuja origem não é glomerular deve ser avaliada por urologista.



Taxa de Filtração Glomerular

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 (<http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/aplicativos-telessauders-ufrgs/taxa-de-filtracao-glomerular>)

1.9 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).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada (ver quadro 8 no anexo), 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:

1. número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
3. cor da pele (preta ou não), para cálculo da Taxa de Filtração Glomerular;
4. resultado de ecografia das vias urinárias, com data;
5. descrever se foi realizado profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia);
6. em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.10 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 ginecologia:

- mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) 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;
- 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).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));
2. resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
3. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);
4. se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (sim ou não);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

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

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.
- BENETT, 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>. 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.
- BREEN, E.; BLEDDAY, 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-OSKOU, F. F.; BENETT, 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-of-male-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-to-women-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-of-nonacute-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/recurrent-urinary-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-urinary-tract-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-lower-urinary-tract-symptoms-pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

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.

ANEXO - QUADROS AUXILIARES

Quadro 1- 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

Fonte: BURFORD (2010).

Quadro 2- Tratamento para disfunção erétil com inibidor de fosfodiesterase-5

<p>Sildenafil (comprimidos de 25, 50 e 100 mg):</p> <ul style="list-style-type: none"> - iniciar com dose de 50 mg (iniciar com 25 mg em pessoas com mais de 65 anos). - tomar a medicação 1 hora antes do ato sexual. - utilizar a medicação somente 1 vez no dia e se necessário. - se efeito adverso reduzir para 25 mg. - dose máxima de 100 mg/dia.
<p>Contraindicação: hipersensibilidade ao medicamento ou uso concomitante (regular ou intermitente) de nitratos (nitroglicerina, mononitrato de isossorbida, dinitrato de isossorbida)</p>
<p>Efeitos adversos comuns: cefaleia, rubor facial, epigastralgia, congestão nasal, distúrbios visuais.</p>
<p>Pacientes com doença cardiovascular de baixo risco podem ser tratados para disfunção erétil com inibidores da fosfodiesterase-5 desde que não estejam em uso de nitratos. Nesses pacientes iniciar com doses mais baixas.</p>

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

Quadro 3 – Tratamento clínico para cálculo ureteral entre 4 a 10 mm

<p>Analgesia (anti-inflamatório não esteroide e/ou opióide)</p>
<p>Terapia medicamentosa expulsiva por 4 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bloqueador alfa-adrenérgico (doxazosina de 2 a 4 mg/dia); ou - Bloqueador dos canais de cálcio (nifedipina 30mg/dia).

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

Quadro 4 – 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).

Quadro 5 - Alterações anatômicas que sugerem avaliação com urologista.

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 (2015).

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

Quadro 6 – Estágios da Doença Renal Crônica

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

Fonte: DUNCAN (2013).



Taxa de Filtração Glomerular

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.

Clique aqui para baixar <http://www.ufrgs.br/telessaude/rs/nossos-servicos/aplicativos-telessaude/rs/aplicativos-telessaude/rs>

Quadro 7 – Valores de referência para albuminúria

Exame	Normoalbuminuria	Microalbuminuria	Macroalbuminuria
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 299 mg	≥ 300 mg
Relação Albuminúria/ Creatinúria (em amostra)	< 30 mg/g	30 a 299 mg/g	≥ 300 mg/g

Fonte: Duncan (2013).

Encaminhar ao nefrologista pacientes com macroalbuminúria, independente da taxa de filtração glomerular.

Se TFG entre 30 e 60 ml/min/1,73m², encaminhar para o nefrologista pacientes com microalbuminúria (exceto diabéticos, que devem ser encaminhados se apresentarem Macroalbuminúria).

Quadro 8 – Profilaxia para infecção de trato urinário recorrente em mulheres

Pode ser fornecida durante 3 a 12 meses de maneira contínua (todas as noites ou 3 vezes por semana), pós-coital ou administração intermitente quando há sintomas.
Uma semana antes de iniciar profilaxia, deve-se solicitar urocultura para confirmar erradicação de ITU prévia.
Escolha do antibiótico baseada em antibiograma prévio: Sulfametoxazol + Trimetoprima (1 comprimido de 200 mg/40 mg); ou Nitrofurantoína (1 comprimido de 50 a 100 mg); ou Cefalexina (1 comprimido de 250 mg); ou Norfloxacino (1 comprimido de 400 mg).

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015) adaptado de Duncan (2013).

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
para esclarecer dúvidas ligue:

0800 644 6543