

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUSQUE  
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO  
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIAS DE ESPECIALIDADES  
ANO DE REFERÊNCIA 2019**

**PROTOCOLO DE ACESSO SUGERIDO PARA:  
CONSULTA EM UROLOGIA**

Define-se protocolo como um conjunto de regras ou deliberações que determina a maneira que um processo deverá ser executado. No caso dos **protocolos de acesso** a finalidade é de ordenar as solicitações e definir a priorização do acesso segundo a gravidade clínica do usuário, sendo usados também para definir os fluxos de referência entre os estabelecimentos.

O protocolo de Urologia têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade do 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.

**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.

## NEOPLASIAS RENAS

**- CISTOS SIMPLES** NÃO SÃO CONSIDERADOS RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER RENAL E NÃO MOTIVAM ENCAMINHAMENTO À ESPECIALIDADE.

**-ENCAMINHAR SOMENTE SINTOMÁTICOS (>10CM OU QUE CAUSAM HIDRONEFROSE POR SEREM PRÓXIMOS À PELVE RENAL)**

**- CISTOS COMPLEXOS** DEVEM SEMPRE SER AVALIADOS COM EXAME DE TC COM CONTRASTE.

**-ENCAMINHAR À ESPECIALIDADE PARA AVALIAÇÃO COM TC COM CONTRASTE (SE NÃO DISPONÍVEL NA ATENÇÃO BÁSICA).**

**- LESÕES SÓLIDAS OU NÓDULOS** DEVEM SEMPRE SER AVALIADAS COM TC COM CONTRASTE.

**-ENCAMINHAR À ESPECIALIDADE PARA AVALIAÇÃO COM TC COM CONTRASTE (SE NÃO DISPONÍVEL NA ATENÇÃO BÁSICA).**

*OBS: exceto Angiomolipomas que são lesões sólidas benignas –não motivam encaminhamento à especialidade.*

## NEOPLASIAS DA PRÓSTATA

- Discutir individualmente com pacientes assintomáticos o rastreamento. (50-75) (negros ou HF+ 45-75)

- Em pacientes sintomáticos (polaciúria, noctúria, hematúria, disúria, dificuldades de micção, incontinência urinária, infecções de repetição) realizar PSA total e Toque retal sempre.

### - CÂNCER DE PRÓSTATA

**- ENCAMINHAR SE PSA ELEVADO (2 EXAMES)**

Até 45 anos <1,5

**Até 55 anos <2,5**

**Até 75 anos <4,0**

= nunca considerar somente 1 exame de PSA, sempre repetir em 30 dias.

= PSA pode alterar por infecção urinária ou Prostatite, repetir após o 30 dias do término do antibiótico.

**= observar se elevação do PSA é > 1,0 ao ano**

= PSA livre somente deve ser solicitado se PSA entre 4 – 10

**- ENCAMINHAR SE TOQUE RETAL ALTERADO**

nódulo, consistência endurecida/pétreia, assimetria

**- HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA (HBP)**

Ocorre para todos os exames na prática, algumas vezes sem repercussão clínica.

**- ENCAMINHAR EM CASO DE PACIENTE SINTOMÁTICO SEM RESPOSTA AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO (DOXAZOSINA 2-4mg – TANSULOSINA 0,4mg à noite por 30 dias OU tratamento combinado com FINASTERIDA 5mg – DUTASTERIDA 0,5mg por 6 meses para próstatas >50g).**

(polaciúria, noctúria >3x, hematúria, disúria, dificuldades de micção, jato fraco, esforço miccional, urgência miccional, incontinência urinária, infecções de repetição, US demostrando resíduo após micção > 150ml) com o objetivo de evitar retenção urinária aguda ou insuficiência renal pós-renal.

*OBS: tamanho da próstata não é fator de encaminhamento se assintomático ou sintomático controlado com medicação.*

**NEOPLASIAS DA BEXIGA**

**- LESÃO POLIPOIDE OU VEGETANTE com ou sem HEMATÚRIA MICROSCÓPICA OU MACROSCÓPICA DEVEM SEMPRE SER ENCAMINHADAS.**

## NEOPLASIAS DE TESTÍCULO

**- CISTOS DE EPIDÍDIMO DEVEM SER ENCAMINHADOS SE SINTOMÁTICOS (> 3CM OU COM SINAIS DE DOR LOCAL OU SINAIS FLOGÍSTICOS)**

**- NÓDULO SÓLIDO NO PARÊNQUIMA TESTICULAR DEVEM SEMPRE SER ENCAMINHADOS**

*OBS: nodulações sólidas extra-testiculares não são associadas à câncer de testículo*

## OUTRAS PATOLOGIAS ESCROTAIS BENIGNAS

**- HIDROCELE**

**-ENCAMINHAR SE SINTOMÁTICO OU ESTETICAMENTE VOLUMOSA.  
NA INFÂNCIA, ENCAMINHAR SEMPRE.**

**- VARICOCELE**

**- ENCAMINHAR SE EM ADOLESCENTES OU INFERTILIDADE (TENTATIVA FRUSTRADA HÁ > 1 ANO E ESPERMOGRAMA ALTERADO) OU DOR INTRATÁVEL.**

**- TESTÍCULO NÃO DESCIDO (CRIPTORQUIDIA) OU NÃO PALPÁVEL**

**-ENCAMINHAR SEMPRE.**

## INCONTINÊNCIA URINÁRIA

**- ENCAMINHAR SE IMPACTO NA VIDA SOCIAL DO INDIVÍDUO, após TENTATIVA de fisioterapia do assoalho pélvico**

## DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

**- DISFUNÇÃO ERÉTIL – IMPOTÊNCIA ENCAMINHAR SE REFRATÁRIA À IPDE-5 OU SE CONTRAINDICAÇÃO DE USO (\*nitratos).**

Observar o controle da síndrome metabólica e suas comorbidades e a suspeita de hipogonadismo.

- **EJACULAÇÃO RÁPIDA** ENCAMINHAR SE **IMPACTO NA VIDA SOCIAL DO INDIVÍDUO.**

- **DOENÇA DE PEYRONIE (EREÇÃO DOLOROSA, NÓDULO PENIANO, CURVATURA PENIANA)** ENCAMINHAR SE **IMPACTO NA VIDA SOCIAL DO INDIVÍDUO.**

- **CURVATURA CONGÊNITA** ENCAMINHAR SE **IMPACTO NA VIDA SOCIAL DO INDIVÍDUO.**

### **INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO**

- **ENCAMINHAR SE 3 OU MAIS EPISÓDIOS AOS ANO TRATADOS BASEADOS EM UROCULTURA COM TSA.**

### **DST**

- **ENCAMINHAR SE CONDILOMAS VOLUMOSOS OU LESÕES VERRUCÓIDES MÚLTIPLAS.**

### **OUTRAS PATOLOGIAS PENIANAS**

- **FIMOSE** ENCAMINHAR SE **REFRATÁRIA AO TRATAMENTO COM POMADA POSTEC E APÓS 5 ANOS DE IDADE, BALANITES OU INFECÇÃO URINÁRIA.**

- **HIPOSPADIA** ENCAMINHAR SEMPRE.

### **LITÍASE**

**ENCAMINHAR SE:**

- **NEFROLITÍASE** ENCAMINHAR SE **LITÍASE >1CM E HIDRONEFROSE, MESMO**

## ASSINTOMÁTICO.

- URETEROLITÍASE SE LITÍASE > 0,8CM E HIDRONEFROSE, MESMO ASSINTOMÁTICO.
- URETEROLITÍASE SE LITÍASE >0,5CM A 0,7CM, SE SINTOMAS INTRATÁVEIS OU NÃO OCORRER ELIMINAÇÃO EM 2 MESES.
- CÁLCULO DE BEXIGA >1,0CM
- CÁLCULOS SINTOMÁTICOS (DOR EM CÓLICA, HEMATÚRIA, INFECÇÃO)

OBS.: REALIZAR NA UNIDADE AVALIAÇÃO METABÓLICA PARA DE MICROLITÍASE RENAL (<1CM)

## EMERGÊNCIAS

- ESCROTO AGUDO DEVE SEMPRE SER AVALIADOS EM EMERGÊNCIA COM US ESCROTAL COM DOPPLER PARA DIFERENCIACÃO DE ORQUIEPIDIDIMITE AGUDA OU TORÇÃO TESTICULAR.
- PIELONEFRITES FEBRIS DEVEM SER AVALIADOS EM EMERGÊNCIA COM US DE VIAS URINÁRIAS PARA DIFERENCIACÃO DE OBSTRUTIVAS OU DE NÃO-OBSTRUTIVAS
- SEPSE URINÁRIA
- HEMATÚRIA MACROSCÓPICA COM COÁGULOS
- RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA
- ANÚRIA ou OLIGÚRIA SEVERA
- FRATURA DE PÊNIS (GRANDE EDEMA E EQUIMOZE PENIANA)

## INSUFICIÊNCIA RENAL

- **ENCAMINHAR AO NEFROLOGISTA.**

*Obs.: Em casos agudos pode ser necessário encaminhar à emergência.*