

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À UROLOGIA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2023
Versão I



Prefeitura
de Jundiaí



Organização e Elaboração

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

Dr. César Thiago (Médico Urologista - Colaborador)

Dr. Danilo Barjud Pereira do Nascimento (Médico Urologista - UGPS)

Dr. João Carlos Falone (Médico Urologista - UGPS)

Dra. Paloma Pacheco (Médica Reguladora – Dep. de Regulação da Saúde/UGPS)

Dra. Patricia Ledo (Apoio Técnico em Saúde do Adulto e do Idoso)

DIRETORA: Fabiana Barrete de Alcântara (Diretora do Departamento de Regulação da Saúde - UGPS)



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO -----	3
FLUXO DE ATENDIMENTO -----	4
PRIORIZAÇÃO -----	5
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA -----	6
NEOPLASIA DE PRÓSTATA -----	8
LITÍASE RENAL -----	9
CISTOS NÓDULOS, MASSAS E ANOMALIAS RENAIIS -----	11
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RECORRENTE -----	13
BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA -----	15
PATOLOGIAS ESCROTAIS -----	15
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS -----	19
SÍFILIS -----	23
DISFUNÇÃO ERÉTIL -----	30
INFERTILIDADE MASCULINA -----	30
FIMOSE E BALANOPOSTITE -----	30
NÓDULO VESICAL E NEOPLASIA DE BEXIGA -----	31
INCONTINÊNCIA URINÁRIA-----	31
HEMATÚRIA -----	34
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO -----	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	38



APRESENTAÇÃO

A *Atenção Básica* se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para sua coordenação e efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a *Atenção Básica* seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias leves-duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da *Atenção Básica* com outros pontos da rede de saúde.

O *Serviço Especializado* (ou secundário) é marcado por diferentes “filtros” no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

Dessa forma, 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*.

A construção, pactuação e atualização periódica dos protocolos clínicos colaboram com a ação regulatória qualificando melhor as demandas e o uso dos recursos em saúde compondo mais uma estratégia de ampliação, resolutividade e coordenação do cuidado. Os protocolos oferecem subsídios para uma triagem clínica mais qualificada, evitando encaminhamentos desnecessários e colaborando com a priorização do acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos.

A *Regulação da Assistência à Saúde* visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno com equidade.



FLUXO DE ATENDIMENTO

A consulta especializada é determinada pelo médico da atenção primária à saúde, que ao constatar essa necessidade deve providenciar o encaminhamento do paciente para avaliação da atenção secundária à saúde

O agendamento da consulta especializada deve condizer com a estratificação de risco estabelecida pelo médico da unidade básica de saúde. Essa estratificação de risco é importante, uma vez que casos clínicos classificados como prioridade P1 devem ser enviados para a Regulação Médica (via email da regional de saúde a que pertence a UBS).

É fundamental que sejam esgotados todos os recursos diagnósticos e terapêuticos na atenção primária à saúde antes de encaminhar aos serviços especializados. Os encaminhamentos devem conter todas as informações clínicas do paciente, de forma clara e objetiva.

Após avaliação pelo serviço especializado, o paciente poderá: retornar em consulta no serviço; ser encaminhado para subespecialidade ou receber o relatório de contrarreferência para acompanhamento na unidade básica de saúde (UBS).



PRIORIZAÇÃO:

- o **P 0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato (urgências e emergências). Encaminhar ao PS (pronto-socorro).
- o **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 3 semanas);
- o **P2:** situações clínicas sem gravidade, mas que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses;
- o **P3:** necessitam de atendimento eletivo podendo ser acompanhados, inicialmente, pelos médicos da atenção básica. Agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.

Obs: Referenciamentos classificados como P1 devem ser encaminhados ao email da regulação médica, de acordo com a regional a que pertence a unidade básica de saúde:

Regional 1 - e-mail: regmedica.regional1@jundiai.sp.gov.br

Regional 2 - e-mail: regmedica.regional2@jundiai.sp.gov.br

Regional 3 - e-mail: regmedica.regional3@jundiai.sp.gov.br

Regional 4 - e-mail: regmedica.regional4@jundiai.sp.gov.br



HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

SINAIS E SINTOMAS POSSÍVEIS DE PROSTATISMO:

Obstrutivos	Irritativos
Jato fino	Disúria
Jato entrecortado	Urgência
Gotejamento terminal	Polaciúria
Hesitação Miccional	Noctúria
Sensação de resíduo pós miccional	Urgeincontinência

Escala Internacional de Sintomas Prostáticos:

Escore Internacional de Sintomas Prostáticos
(I-PSS – International Prostate Symptom Score)

Questionário auto-aplicado pelo homem com sintomas de trato urinário inferior.

	Nenhuma vez	Menos que 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre
1 No último mês, quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após terminar de urinar?	0	1	2	3	4	5
2 No último mês, quantas vezes você teve de urinar novamente em menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5
3 No último mês, quantas vezes você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4 No último mês, quantas vezes você observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
5 No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
6 No último mês, quantas vezes você teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5
	Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes
7 No último mês, quantas vezes em média você teve de se levantar à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5

Escore I-PSS

Sintomas leves: 0 a 7 pontos

Sintomas moderados: 8 a 19 pontos

Sintomas graves: 20 a 35 pontos



Para pacientes com sintomas de prostatismo deve-se solicitar: PSA total, Urina I e urocultura, uréia, creatinina e US vias urinárias e US próstata via abdominal (já vem com avaliação de resíduo pós miccional).

Se o exame de urina vier com infecção, tratar e depois reavaliar os sintomas. Se excluída infecção e paciente com sintomas de prostatismo pode iniciar o tratamento com Doxazosina 2mg, 01 comprimido à noite e encaminhar ao urologista.

Parâmetros de normalidade US:

- Resíduo pós miccional normal é até 100ml,
- Volume prostático normal: entre 20-30g, em pacientes acima de 50 anos até 40g.

Importante: a sintomatologia é preponderante a US, pacientes com sintomas de prostatismo devem ser tratados e encaminhados ao urologista mesmo que US esteja normal. Atenção à possível hipotensão que pode ser causada pela doxazosina.

Orientações aos pacientes com sintomas que podem melhorar a qualidade de vida: micção programada, evitar irritantes da bexiga (caféina, guaraná, energético), evitar álcool, avaliar horário do diurético e se há possibilidade de suspensão/troca e realizar restrição hídrica noturna.

Prioridades:

P0	- Retenção urinária
P1	- PSA acima de 10ng/ml, - Sintomas prostáticos graves (I-PSS \geq 20), - Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml)
P2	- Demais casos



Pacientes com HPB em uso de doxazosina e finasterida que foram avaliados pelo especialista no último ano e estão estáveis poderão ter a receita renovada pelo clínico. Se houver piora dos sintomas, encaminhar ao urologista.

NEOPLASIA PROSTÁTICA

O Rastreio deve ser realizado em homens a partir de **50 anos**. Nos pacientes afrodescendentes ou que tenham história familiar de primeiro grau de neoplasia de próstata o rastreio deve ser iniciado aos **45 anos**. O exame deve ser realizado anualmente, sendo importante comparar com os exames anteriores.

Interromper o rastreio aos 75 anos com exames prévios normais e paciente com expectativa de vida menor que 10 anos (muitas comorbidades, demência, fragilidade). Se houver sintomas, avaliar. (HPB? Infecção? Neoplasia?)

Rastreio é feito com dosagem de PSA total, urina 1, urocultura, além de toque retal. Importante ressaltar que paciente com ITU pode apresentar elevação do PSA, portanto, se houver infecção deve-se tratar e posteriormente repetir PSA (esperar pelo menos 4 semanas).

Deve-se estar atento aos pacientes com sintomas urinários após exclusão de infecção que apresentam sintomas constitucionais associados como linfonodomegalia, fadiga, perda de peso, febre diária ou intermitente.

Pacientes que já trataram neoplasia de próstata com prostatectomia radical devem ter PSA menor de 0,2.

PSA: preparação para o exame

- Não ter relações sexuais ou ejaculação nas 48 horas que antecedem o exame;
- Não realizar exercícios que causem impacto em região de períneo, como andar de bicicleta ou motocicleta, equitação (andar a cavalo) nas 48 horas antes da coleta;



Prioridades:

P0	- Retenção urinária
P1	- Suspeita clínica de neoplasia de próstata (presença de hematúria, obstrução urinária, sintomas constitucionais) em homens com PSA total > 3 ng/mL; na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite, - Toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria; - Pacientes em qualquer idade e uma medida de PSA total \geq a 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite - Paciente que dobrou o valor do PSA em 1 ano mesmo que o valor esteja dentro da normalidade - Paciente com diagnóstico de neoplasia e já iniciado tratamento em outro serviço
P2	- Rastreio neoplasia prostática em paciente assintomático com PSA acima de 2,5 ng/dl com dúvida no toque retal
P3	- Rastreio neoplasia prostática em paciente assintomático com PSA normal com dúvida no toque retal

LITÍASE RENAL

- Sem necessidade de encaminhar ao especialista:
 - Assintomáticos apresentando cálculo urinário de até 1 (um) cm e não obstrutivo (sem hidronefrose), devem ser acompanhados anualmente, com ultrassonografia.
- Encaminhar ao especialista:
 - Cálculo ureteral maior que 1cm mesmo que assintomático;



- Cálculo ureteral ≤ 1 cm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico;
- Na presença de hidronefrose causada ou não por litíase renal.
- Cálculo renal coraliforme, de qualquer tamanho;
- Cálculo vesical a partir de 1 cm

Exames: urina 1, urocultura, uréia, creatinina, ultrassonografia de rins e vias urinárias. Se já realizada TC de abdome, se dispensa a necessidade de US.

Tratamento cálculo ureteral: Doxazosina 2mg 02 cp/noite por 3 semanas, AINES por 5-7 dias em associação com butilescopolamina/dipirona (ou dipirona). Em idosos, evitar AINES e dar preferência a dipirona ou paracetamol.

Importante: atenção a possível hipotensão que a doxazosina pode causar, se preciso deixar apenas 01 comprimido.

Prioridades:

P0	<ul style="list-style-type: none">- Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ou dor incontrolável
P1	<ul style="list-style-type: none">- Cálculo ureteral maior que 1cm mesmo que assintomático;- Cálculo ureteral ≤ 1 cm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico;- Pacientes sintomáticos com diagnóstico definido de litíase renal
P2	<ul style="list-style-type: none">- Cálculo renal coraliforme, de qualquer tamanho;- Cálculo vesical a partir de 1 cm



CISTOS, NÓDULOS, MASSAS E ANOMALIAS RENAIS

1. Cistos simples (com paredes finas e regulares e conteúdo líquido) são considerados benignos independente do tamanho, não sendo necessário nenhum exame complementar para afastar neoplasia. São frequentemente observados em rins normais, podem ser solitários ou múltiplos e bilaterais. São mais frequentes em homens, e em pessoas com mais de 50 anos. Normalmente, os cistos simples não produzem sintomas, sendo raramente necessário tratamento para dor ou infecção.

Existem três principais critérios para caracterizar um cisto renal simples em ultrassonografia: massa anecóica, arredondada e bem demarcada; paredes lisas e finas; reforço posterior, indicando boa transmissão através do cisto.

Orienta-se acompanhamento com US anualmente na atenção primária. O cisto simples **deve ser encaminhado ao urologista se houver sintoma** (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária) ou se **mudar o padrão deixando de ser simples**.

2. Qualquer outra lesão cística que não preencha os critérios ultrassonográficos de cisto simples deve ser **encaminhada ao urologista**. Os seguintes critérios são altamente sugestivos de lesão neoplásica: paredes espessas e irregulares; septo espesso ou com realce no interior da massa; massa multilocular.
3. Doença Policística Renal encaminhar para NEFROLOGIA
A doença policística renal hereditária, mais especificamente Doença Policística Renal Autossômica Dominante (DPRAD), é a forma mais



comum de doença renal hereditária. Para isso, a informação principal é questionar a presença de história familiar (parente de primeiro grau com doença policística renal). Em pacientes com história familiar positiva, as alterações ecográficas sugestivas de DPRAD são: entre 15 e 39 anos: três ou mais cistos uni ou bilaterais; entre 40 e 59 anos: dois ou mais cistos em cada rim; com idade igual ou superior a 60 anos: quatro ou mais cistos em cada rim. Em pacientes sem história familiar de DPRAD, o diagnóstico é sugerido na presença de 10 ou mais cistos em cada rim, especialmente se houver presença de cistos extra renais.

4. Achado de lesão renal sólida deve ser encaminhada para urologista com prioridade P1.
5. Anomalias renais como ectopia, displasia e hipoplasia devem ser encaminhadas ao especialista para avaliação.

Prioridades

P0	- Retenção urinária
P1	- Lesão renal sólida - Lesão cística que não preencha os critérios ultrassonográficos de cisto simples
P2	- Cisto simples sintomático - Anomalias renais como ectopia, displasia e hipoplasia



INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RECORRENTE

A infecção do trato urinário (ITU) recorrente é definida como a presença de três ou mais episódios de infecção do trato urinário em 6 meses ou quatro ou mais episódios em 1 ano.

É fundamental a comprovação das infecções pela urocultura. Na ausência de alteração funcional ou anatômica, não há evidência que a ITU em adultos gera outros problemas de saúde, como hipertensão e doença renal crônica. Fatores de risco comportamentais, como frequência de relação sexual, coito anal seguido de coito vaginal e uso de espermicida (em especial quando utilização conjunta ao diafragma), estão associados com infecção urinária recorrente.

Algumas anormalidades anatômicas também predisõem à infecção urinária, como: distância pequena entre a uretra e ânus, presença de cistocele, prolapso uterino e retocele. Além disso, mulheres na pós-menopausa apresentam maior risco de infecção recorrente por alterações mecânicas e outros fatores fisiológicos.

Diversas estratégias têm sido utilizadas para evitar infecções urinárias recorrentes: hidratação adequada, micções frequentes, evitar e tratar infecções ginecológicas, evitar constipação, micção após o ato sexual e higiene anal no sentido anteroposterior, estrogênio vaginal para mulheres menopausadas.

A profilaxia com antimicrobiano deve ser oferecida para pacientes com ITU recorrente e pode ser realizada de maneira contínua ou pós-coital. Quando se opta por profilaxia contínua sugere-se utilizar antibioticoterapia à noite ou 3x/semana com duração de no mínimo 3 meses. A escolha do antibiótico se baseia na resistência apresentada em infecções prévias e geralmente são utilizados:



Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg/40mg
Nitrofurantoína	100mg
Cefalexina	250 mg
Norfloxacina	400 mg

Recorrências relacionadas ao ato sexual podem ser prevenidas com profilaxia com dose única pós-coital. Antes de iniciar a profilaxia deve-se confirmar a erradicação de ITU prévia por meio de urocultura negativa, solicitada uma a duas semanas antes do tratamento.

- O encaminhamento ao especialista pode ser indicado em casos de ITU recorrente, mesmo com profilaxia adequada por 6 meses.

- Exames para encaminhamento: urina 1, urocultura e ultrassonografia de vias urinárias.

Prioridades:

P0	- Sepse urinária
P1	- Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente
P2	- ITU recorrente, mesmo com profilaxia adequada por 6 meses.



BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

Tratar apenas em gestantes e pacientes que serão submetidos a procedimentos urológicos.

PATOLOGIAS ESCROTAIS

1) Torção testicular e anexos testiculares (Escroto Agudo)

Embora possa ocorrer em qualquer idade, o pico de incidência é entre 12 e 18 anos, seguido do período neonatal. É rara depois dos 35 anos e, com exceção do período neonatal, antes dos oito anos. Apresenta incidência de 1 entre 4.000 homens com menos de 25 anos e corresponde por quase 70% dos casos de escroto agudo em menores de 15 anos.

Torção de cordão espermático: a dor é o principal sintoma. Início súbito, de grande intensidade e, normalmente, não relacionada a qualquer evento precipitante.

Pela dificuldade em distinguir os quadros de torção testicular e de anexos testiculares, a conduta deve ser a mesma para ambos. A referência à **EMERGÊNCIA** deve ser imediata.

	Epididimite	Torção testicular
Idade	Sexualmente ativos Abaixo de 35 anos	Primeiro ano de vida e puberdade
Dor	Início gradual	Súbita e unilateral
Sintomas urinários	Presente	Ausente
Sinal de Prehn	Presente	Ausente
Reflexo cremastérico	Presente	Ausente
Febre	Presente ou não	Ausente

Quadro 1: Diagnóstico diferencial entre epididimite e torção testicular.



2) Orquites/Epididimites/Orquiepididimites

O testículo, por apresentar uma rica vascularização, apresenta maior defesa contra infecções, de modo que a orquite (na sua forma isolada) é uma enfermidade rara.

As orquites, na maioria das vezes, são secundárias a disseminação hematogênica, em especial de infecção viral, onde o foco primário pode estar localizado na parótida, trato respiratório ou amígdalas. A orquite por caxumba é mais comum na adolescência, geralmente, surge quatro a sete dias após o quadro de parotidite e o comprometimento testicular é quase sempre bilateral. O quadro clínico caracteriza-se por dor testicular intensa, edema escrotal, febre, podendo evoluir para um estado toxêmico. A complicação urológica deste quadro é a atrofia testicular que pode ocorrer em 50% a 60% dos casos e infertilidade pode atingir de 7% a 10%, em especial quando a atrofia for bilateral.

As orquites bacterianas são decorrentes de bacilos gram-negativos e resultam da extensão direta do epidídimo. Quando as afecções do epidídimo se alastram até os testículos se denominam orquiepididimites. Implantam-se de maneira gradual, geralmente acompanhadas de queixas urinárias ou sintomas gerais, como febre e prostração. Normalmente, ocorrem em homens sexualmente ativos ou em homens mais velhos com dificuldades urinárias.

Tratamento Geral: analgésicos, elevação escrotal, limitação das atividades e uso de compressas frias.

Orquiepididimitis bacteriana: ciprofloxacino 500 mg 12/12h ou amoxicilina+clavulanato 500mg 8/8h (de 7 a 10 dias) e azitromicina 500 mg (02 cp dose única). Na presença de coito promíscuo investigar ISTs.

Orquites virais: analgesia, repouso e uso de bolsas de água fria ou quente para alívio da dor. Quando associado à parotidite, resolvem-se em 3 a 10 dias.



Deve-se iniciar o tratamento e encaminhar ao urologista como P1 (prioridade).

3) Varicocele

É a dilatação anormal das veias do plexo pampiniforme testicular. Existe uma associação direta entre varicocele e infertilidade masculina, muito embora 2/3 dos portadores de varicocele sejam férteis. A varicocele é a causa tratável mais comum de infertilidade masculina. A maior incidência é no lado esquerdo seguida de bilateralmente e raramente apenas no lado direito.

A maioria dos casos de varicocele é assintomática. Alguns pacientes ocasionalmente queixam-se de sensação de peso, dor intermitente ou aumento do volume escrotal. Devido aos poucos sintomas, o diagnóstico se baseia no exame físico minucioso, que deve ser realizado com o paciente em pé, em ambiente tranquilo, em temperatura não refrigerada, o que favorece o relaxamento da musculatura escrotal. A manobra de Valsalva, em geral, facilita a visibilidade e palpação das veias dilatadas. Examina-se, posteriormente, o paciente deitado, no intuito de avaliar outras alterações intra escrotais e o volume dos testículos, observando a eventual assimetria entre os dois lados.

Encaminhar ao urologista na suspeita de varicocele em **pacientes jovens com prole não constituída - P2**

4) Hidrocele:

Pode ser uni ou bilateral, de etiologia congênita ou adquirida. Acomete com maior frequência bebês e adultos acima de 45 anos. O sintoma mais característico é o aumento indolor do volume escrotal, podendo ser discreto ou exacerbado. As hidroceles de grande volume, mesmo não sendo dolorosas, causam desconforto devido ao seu tamanho. História e exame físico são geralmente suficientes para diagnóstico. A transiluminação é uma ferramenta importante no exame físico. Em quase todas as hidroceles, o fluido será transiluminado quando o escroto for



investigado com um feixe de luz. O omento ou o intestino no escroto impedem a transiluminação. Se houver intestino no escroto serão observadas septações.

Na suspeita de hidrocele solicitar US bolsa escrotal e encaminhar ao urologista (P2).

5) Hérnia inguinal escrotal

Se a história e exame físico sugerirem encaminhar para cirurgião geral.

6) Nódulo sólido testicular

Na presença de nódulo sólido testicular encaminhar como prioridade (P1) ao urologista.

Encaminhamento deve ter: história, exame físico, US escrotal anexado (solicitar como prioridade P1).

Prioridades:

P0	- Torção testicular e anexos testiculares (Escroto Agudo)
P1	- Orquites/Epididimites/Orquiepididimites - Nódulo sólido testicular
P2	- Varicocele em jovens com prole não constituída - Hidrocele



INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

IST devem ser tratadas na Atenção Básica. Alguns casos deverão ser encaminhados conforme descrito abaixo:

- ❖ Devem ser encaminhados ao AMI:
 - Usuários (homens cisgênero e mulheres transsexuais) tratados na Atenção Básica para ISTs de maneira sindrômica com resposta inadequada ou inexistente. Enviar encaminhamento com dados de história clínica, tratamento e exames realizados.
 - Usuários (homens cisgênero e mulheres transsexuais) com verrugas genitais para avaliação e acompanhamento.

- ❖ Devem ser encaminhados ao Ambulatório de Saúde da Mulher - através de e-mail NIR nir_asmulher@jundiai.sp.gov.br:
 - Usuárias e gestantes tratadas na Atenção Básica para ISTs de maneira sindrômica com resposta inadequada ou inexistente. Enviar encaminhamento com dados de história clínica, tratamento e exames realizados.
 - Nos casos de verrugas genitais a cauterização poderá ser realizada por profissional médico da atenção básica com uso de ácido tricloroacético como orientado em protocolo de rastreio de câncer de colo uterino.

As principais manifestações clínicas das IST são: **corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais e verrugas anogenitais**. Embora possam sofrer variações, essas manifestações têm etiologias bem estabelecidas, o que permite uma abordagem e tratamento sindrômicos.

A duração e a transmissibilidade da infecção são maiores quando o acesso ao tratamento é menor, sendo muito importante o diagnóstico precoce e o tratamento imediato visando a cura da doença/infecção e a interrupção da cadeia



de transmissão.

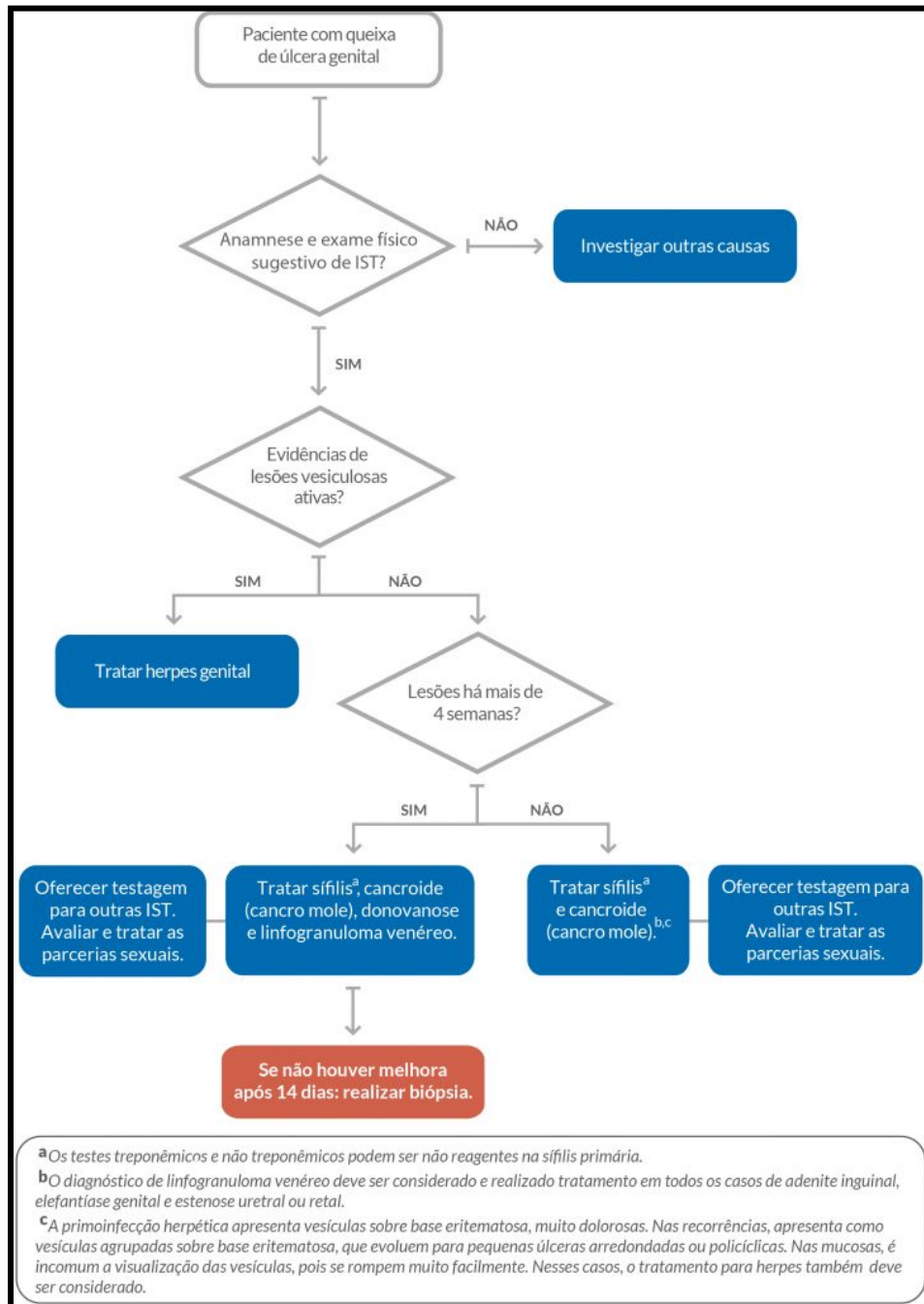
Seguem os quadros para tratamento sintomático preconizados:

CORRIMENTO URETRAL E VAGINAL

PATOLOGIA	ETIOLOGIA	TRATAMENTO
URETRITE CERVICITE CORRIMENTO VAGINAL SEM IDENTIFICAÇÃO	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>	Ceftriaxona 500mg IM dose única MAIS Azitromicina 500mg 2 cp VO dose única
URETRITE POR MICOPLASMA	<i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromicina 500 mg 2 cp VO dose única
URETRITE POR TRICOMONAS / CORRIMENTO VAGINAL	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 250 mg 2 cp VO 12/12h por 7 dias
CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	<i>Candida sp</i>	Miconazol creme 7d Nistatina creme 7d Fluconazol 150mg VO dose única
VAGINOSE BACTERIANA	<i>Gardnerella vaginalis</i>	Metronidazol 250mg 2 cp VO 12/12h por 7 d OU Clindamicina 300mg VO 12/12h por 7 d



ÚLCERA GENITAL





PATOLOGIA	ETIOLOGIA	CLÍNICA	TRATAMENTO
SÍFILIS PRIMÁRIA	<i>Treponema pallidum</i>	úlceras únicas, indolores, 2 – 6 semanas de duração	Penicilina benzatina 2.400.000U IM
HERPES SIMPLES	HSV 1,2	vesículas com base eritematosa úlceras múltiplas e dolorosas	Aciclovir 200mg 2cp VO 8/8h por 5 – 7d (recidivas)
CANCRÓIDE	<i>Haemophilus ducreyi</i>	úlceras múltiplas e dolorosas com exsudato necrótico e odor fétido autoinoculação linfonodomegalia inguino-crural	Azitromicina 500mg 2 cp VO dose única OU Ceftriaxone 250mg IM dose única
LINFOGRANULOMA VENÉREO	<i>Chlamydia trachomatis</i>	pápula, pústula ou exulceração c/ resolução espontânea adenopatia inguinal depois de 1-6 semanas (supuração/fistulização)	Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 21d OU Azitromicina 500mg 2cp VO 1x/semana por 21d
DONOVANOSE	<i>Klebsiella granulomatis</i>	ulceração de borda plana com fundo granuloso, evoluindo lentamente para lesão vegetante ou úlceras-vegetantes auto-inoculação	Azitromicina 500mg 2 cp VO 1x/semana por pelo menos 3 semanas OU Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 21 dias



VERRUGAS GENITAIS

O HPV (papilomavírus humano) pode induzir uma grande variedade de lesões cutâneas e/ou mucosas. A transmissão do HPV se dá por qualquer tipo de atividade sexual. Na maioria das pessoas, a infecção pelo HPV não produz qualquer manifestação, com tempo de latência de meses a anos, evoluindo com manifestações subclínicas (identificadas com colposcopia, peniscopia) até as verrugas anogenitais. O diagnóstico é tipicamente clínico. Em situações especiais, há indicação de biópsia (suspeita de neoplasias ou outras doenças).

A vacinação é uma opção segura e eficaz na prevenção da infecção pelo HPV e suas complicações, conferindo proteção contra os subtipos mais frequentes (6,11,16 e 18). No SUS está indicada nos seguintes casos:

- meninas e meninos de 9 a 14 anos, com esquema de 2 doses. (adolescentes que receberem a primeira dose dessa vacina poderão tomar a segunda dose mesmo se ultrapassado os seis meses do intervalo preconizado, para completar o seu esquema vacinal);

- mulheres e homens que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos na faixa etária de 9 a 45 anos, com esquema de três doses (0, 2 e 6 meses).

SÍFILIS

Sífilis deve ser tratada na Atenção Básica. Alguns casos deverão ser encaminhados conforme descrito abaixo:

❖ Devem ser encaminhados ao AMI:

- Usuários (homens cisgênero e mulheres transsexuais) tratados para sífilis na Atenção Básica com resposta inadequada ou inexistente. Enviar encaminhamento com dados de história clínica, diagnóstico, tratamento e seguimento sorológico.



❖ Devem ser encaminhados ao Ambulatório de Saúde da Mulher - através de e-mail NIR nir_asmulher@jundiai.sp.gov.br :

- Usuárias e gestantes tratadas para sífilis na Atenção Básica com resposta inadequada ou inexistente. Enviar encaminhamento com dados de história clínica, diagnóstico, tratamento e seguimento sorológico.

A Sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Seu agente etiológico é o *Treponema pallidum*, descoberto em 1905. A transmissão ocorre principalmente por contato sexual e da mãe para o feto. A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas e a transmissão pode ocorrer também nesses períodos. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo, especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

O quadro abaixo resume as manifestações clínicas da sífilis adquirida:

Quadro 11 – Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença

ESTÁGIOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Fonte: DCCI/SVS/MS.



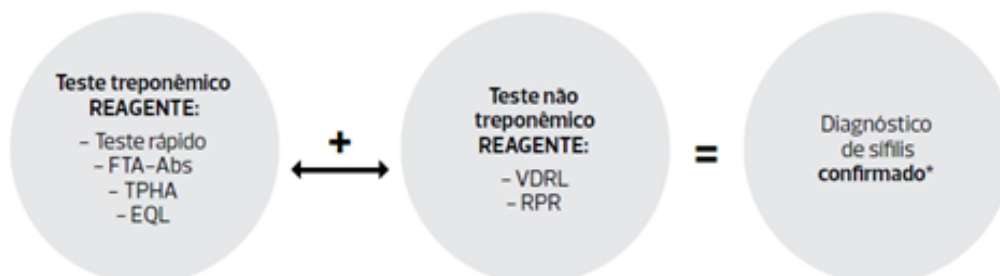
O diagnóstico da sífilis pode ser realizado através do quadro clínico e dos exames imunológicos, divididos em treponêmicos e não treponêmicos.

Os **testes treponêmicos** são os que detectam anticorpos específicos e são os primeiros a se tornarem reagentes, podendo permanecer positivos por toda vida: **teste rápido para sífilis (TR), TPHA e FTA-ABS**

Os **testes não treponêmicos** detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para o *T.pallidum*, mas permitem uma análise quantitativa porque necessitam diluição e são expressos em títulos de anticorpos (1:2, 1:4, 1:8, etc.): **VDRL e RPR**. Esses testes são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura. Os testes não treponêmicos costumam ficar positivos cerca de uma a três semanas do aparecimento do cancro duro. Baixos títulos podem manter-se positivos como cicatriz sorológica mesmo após o tratamento adequado. ** VDRL pode estar positivo em várias outras doenças como lúpus, doenças hepáticas, mononucleose, hanseníase, varicela, artrite reumatóide e pode apresentar falso positivo em pessoas idosas.

Segue quadro para interpretação dos resultados, juntamente com anamnese clínica, exame físico e história anterior.

Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico, que é o primeiro teste a ficar reagente.





Teste Rápido (treponêmico)	VDRL	Treponêmico (FTA Abs/TPHA)	Interpretação
POSITIVO	POSITIVO	POSITIVO	Sífilis avaliar estágio clínico / tratamento prévio (cicatriz sorológica)
POSITIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	Falso positivo do TR avaliar riscos – janela imunológica
POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	Sífilis avaliar estágio clínico / tratamento prévio (cicatriz sorológica)
Teste Rápido (treponêmico)	VDRL	Treponêmico (FTA Abs/TPHA)	Interpretação
Não realizado	NEGATIVO	POSITIVO	Sífilis avaliar estágio clínico / tratamento prévio (cicatriz sorológica)
Não realizado	POSITIVO	NEGATIVO	Negativo para sífilis VDRL positivo por outras causas



O tratamento medicamentoso deve ser instituído assim que possível, visando a cura do paciente e a interrupção da cadeia de transmissão. Por mais esse motivo, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento devem ser realizados preferencialmente na Atenção Básica.

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPEÚTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^c Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/ dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^a A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

^b No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose⁴⁶.

^c Em **não gestantes**, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado⁴⁷. Em **gestantes**, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado⁴⁸.

Para o seguimento dos pacientes, devem ser realizados os testes não treponêmicos (VDRL), a cada três meses no primeiro ano após o tratamento (3, 6, 9 e 12 meses do diagnóstico). Atualmente, a resposta imunológica esperada é de teste não treponêmico negativo ou com uma queda na titulação em duas diluições em **até seis meses para sífilis recente** e queda na titulação em duas diluições em **até 12 meses para sífilis tardia**. Nas pessoas mais jovens, com títulos não treponêmicos mais altos no início do tratamento e em estágios mais recentes da



infecção (sífilis primária, secundária e latente recente) a queda da titulação é mais rápida comparativamente aos mais idosos e com infecção mais antiga.

Durante o seguimento do paciente, pode acontecer a reinfecção ou reativação da sífilis, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos valores dos exames laboratoriais prévios.

NEUROSSÍFILIS

O envolvimento do SNC pode ocorrer em fases iniciais da doença e deve ser considerado e investigado nos pacientes com diagnóstico de sífilis e manifestações neurológicas associadas (principalmente acometimento ocular e quadros de meningite - cefaléia), sendo indicada a coleta do LCR para confirmar o diagnóstico.

A sífilis terciária também pode acometer o SNC em estágios tardios, sendo menos frequentes nos tempos atuais (uso de antibióticos), podendo causar quadros de alteração de comportamento, deficiência cognitiva, demência, epilepsia e outros sinais/sintomas.

GESTANTES

Devido a grande probabilidade de transmissão vertical da sífilis, as gestantes devem receber cuidados especiais:

- o teste rápido para sífilis deve ser realizado juntamente com a testagem rápida do HIV para todas as gestantes no primeiro atendimento na UBS conforme protocolo municipal;
- as gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até prova em contrário e deve ser avaliada a necessidade de tratamento imediato;
- as gestantes com diagnóstico prévio de sífilis devem ser avaliadas quanto a necessidade de re-tratamento utilizando os títulos de VDRL (comparativo com os últimos resultados), sinais/sintomas, exposições possíveis e tratamento adequado;



- na ausência de tratamento adequado e documentado, as gestantes deverão ser re-tratadas imediatamente;
- as gestantes devem ser testadas para sífilis, nos três trimestres do pré-natal, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/violência sexual;
- o retardo do tratamento no aguardo de resultados do teste complementar (VDRL e treponêmico) faz com que o profissional perca tempo e a oportunidade de evitar a transmissão vertical da sífilis;
- o monitoramento sorológico (VDRL) deve ser mensal até o parto;
- para todas as gestantes com testagem positiva, deverá haver busca ativa do parceiro para orientação, avaliação clínica, coleta de sorologia e tratamento (evitar reinfecção da gestante) assim como o uso de preservativo durante toda a gestação;
- O tratamento medicamentoso deve ser realizado com penicilina benzatina nas doses já preconizadas e descritas acima. A doxiciclina é contra-indicada na gestação;
- as gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas ao Pronto atendimento do Hospital Universitário com a Guia de referência e contrarreferência para realizar a dessensibilização (lembrando que os tratamentos não penicilínicos são inadequados na gestação);



INFERTILIDADE MASCULINA

Infertilidade é a incapacidade de obtenção de gestação após um ano de tentativas, sem uso de nenhum método anticoncepcional. Os pacientes devem manter intercurso sexual a cada dois dias no período ovulatório e peri-ovulatório, para garantir a presença de espermatozóides móveis nas tubas uterinas durante a passagem do ovócito.

Solicitar: testosterona total, FSH, LH e prolactina, espermograma e estradiol.
Encaminhar ao urologista como P2. Se hiperprolactinemia encaminhar à endocrinologia P2.

DISFUNÇÃO ERÉTIL

Devem ser solicitados os seguintes exames: Colesterol total e frações, triglicérides, glicemia, testosterona total, TSH. Tratar as alterações metabólicas e **encaminhar ao urologista P2**

Doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual. Deve ser **encaminhado ao urologista P2**.

FIMOSE E BALANOPOSTITE

A fimose no adulto pode se manifestar como um quadro discreto que passou despercebido na infância e, ao iniciar ereções mais vigorosas e atividade sexual, o paciente nota que este anel de estreitamento atrapalha sua atividade sexual. Pode ocorrer também no homem que não possuía fimose, mas devido a processos



inflamatórios locais – as chamadas balanopostites – teve uma cicatrização e formação de um anel fimótico no pênis. Isso é muito comum em diabéticos. Esse processo é chamado de fimose secundária.

Orientar higiene e controle doenças metabólicas.

Todos devem ser **encaminhados à urologia como P2.**

NÓDULO VESICAL E NEOPLASIA DE BEXIGA

Nódulo vesical, lesão vegetante e neoplasia de bexiga devem ser **encaminhadas ao Urologista como P1**

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O termo incontinência urinária (IU) refere-se à queixa de qualquer perda de urina involuntária, relatada pelo indivíduo ou descrita por um cuidador. Essa perda involuntária de urina pode estar associada com a urgência e também com esforço, incluindo atividades esportivas ou em espirros ou tosse. A IU é uma condição que afeta dramaticamente a qualidade de vida, comprometendo o bem-estar físico, emocional, psicológico e social. A IU pode acometer indivíduos de todas as idades, de ambos os sexos e de todos os níveis sociais e econômicos. Um estudo na população Norte Americana estimou que 12 milhões de pessoas sofrem de IU naquele país. Estima-se que 200 milhões de pessoas vivam com incontinência ao redor do mundo e que entre 15 e 30 por cento das pessoas acima de 60 anos que vivem em ambiente domiciliar apresentam algum grau de incontinência. Entretanto, o número exato de pessoas acometidas pode ser muito maior do que as estimativas atuais, visto que muitas pessoas não procuram ajuda por vergonha, acreditando que o problema seria uma consequência normal do envelhecimento, ou ainda, que não existe tratamento.



Estudo brasileiro conduzido em população idosa relatou uma prevalência de IU de 11,8% entre os homens e de 26,2% entre as mulheres. As mulheres têm maior predisposição de apresentar essa condição pois apresentam uma menor capacidade de oclusão uretral, isso se deve ao fato da uretra funcional feminina ser mais curta e a continência depender não somente do funcionamento esfinteriano adequado, mas também de elementos de sustentação uretral (músculos e ligamentos) e transmissão da pressão abdominal para o colo vesical. Inúmeras situações podem levar a IU. A identificação da etiologia é essencial para o tratamento adequado. De maneira geral, a presença de IU pode ser dividida de acordo com a etiologia em:

- Neurogênica (ex. lesão medular traumática, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral) e
- Não neurogênica (ex. hiperatividade detrusora, insuficiência intrínseca do esfíncter uretral, cirurgias da próstata).

A IU não neurogênica pode ser classificada de acordo com o tipo de incontinência em:

- Esforço
- Urgência
- Mista.

A Incontinência Urinária aos Esforços (IUE) ocorre devido a uma deficiência no suporte vesical e uretral que é feito pelos músculos do assoalho pélvico e/ou por uma fraqueza ou lesão do esfíncter uretral. Essa condição leva a perda de urina em situações de aumento da pressão intra-abdominal, tais como, tossir, espirrar, correr, rir, pegar peso, levantar da posição sentada ou até mesmo andar. Em geral, não ocorrem perdas em repouso e durante o sono. Essa situação é bastante frequente em mulheres.

A Incontinência Urinária de Urgência (IUU) ocorre como consequência da hiperatividade detrusora (HD). Denominamos HD quando o músculo detrusor apresenta contração involuntária. Para a preservação da continência urinária é fundamental que a bexiga apresente função normal e a pressão intravesical deve permanecer relativamente baixa e constante durante todo o enchimento. Em



pessoas com a sensibilidade vesical preservada, a HD leva a um desejo súbito e imperioso de urinar. Quando a contração vesical supera a capacidade de oclusão uretral gerada pelo esfíncter ocorre a IUU. Várias situações podem levar à hiperatividade detrusora, desde uma infecção urinária que irrita a mucosa vesical até uma alteração, identificável ou não, da inervação vesical. Os sintomas mais comuns associados a IUU são urgência miccional, polaciúria e noctúria.

A incontinência urinária mista (IUM) é a combinação da IUE e IUU, ou seja, uma insuficiência de oclusão uretral associada à hiperatividade detrusora.

Segundo a CONITEC a orientação para tratamento da IUE deverá ser:

- Mudança no estilo de vida;
- Perda de peso;
- Estrogenização para as menopausadas;
- Fisioterapia e atividade física sob supervisão do Nasf.

Tratamento da urgência miccional, que inclui sintomas de noctúria e urge-incontinência:

- Mudança no estilo de vida;
- Redução da ingestão de líquido, cafeína, alimentos ácidos e álcool;
- Avaliar suspensão ou ajuste de horário ou diminuição de dose de diurético
- Perda de peso, cessação do tabagismo e tratamento de constipação;
- Estratégias para o controle de desejo miccional;
- Reeducação vesical com micção programada
- Fisioterapia e atividade física sob supervisão do Nasf.

Lembrando que em idosos pode haver incontinência funcional que está relacionada à incapacidade de chegar ao banheiro por limitações físicas, déficit cognitivo e/ou limitações ambientais.

Se a queixa é recente solicitar Urina 1 e Urocultura para descartar e tratar se necessário ITU.



Encaminhamento:

Nas mulheres, se não houver melhora em 6 meses, discutir em equipe multi (NASF) a possibilidade de fisioterapia no ambulatório da saúde da mulher ou encaminhamento ao especialista: Urologista p2 nos casos sem prolapso genital e uroginecologista P2 ou P3 nos casos com prolapso genital sempre com descrições do tratamento prévio e avaliação inicial do NASF.

Nos homens se não houver melhora em 6 meses **encaminhar ao ambulatório de urologia P2** com descrições do tratamento prévio e avaliação inicial do NASF.

HEMATÚRIA

Presença de quantidade anormal de hemácias na urina. Pode ser de origem glomerular (cilindros hemáticos na urina 1, dismorfismo eritrocitário positivo) ou não glomerular.

Achados sugestivos de hematúria glomerular.

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

Fonte: KURTZ (2017).

Diante de uma urina 1 com hematúria deve-se repetir o exame para confirmação. Se confirmado:

- Solicitar função renal (avaliar disfunção renal associada) e hemograma;
- Solicitar Urocultura (afastar infecção do trato urinário);
- Checar se faz uso de anticoagulante.



Se afastada infecção solicita-se:

- USG rins e vias urinárias (afastar litíase renal, imagens suspeitas de tumores renais, bexiga, próstata e doença renal policística).

Mulheres em idade fértil, com hematúria, sempre questionar se o exame de urina foi coletado no período menstrual.

IMPORTANTE:

Hematúria não glomerular: encaminhar à urologia.

Hematúria glomerular (urina 1 já com presença de cilindros hemáticos e/ou presença de hemácias dismórficas encaminhar): encaminhar à nefrologia

Prioridades para urologia:

P0	- Hematúria Macroscópica com coágulos
P1	- Hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um exame de urina) e sem evidência de doença glomerular ; 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 \geq 35 anos ou com fatores de risco para neoplasia urotelial
P2	- 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 e sem fatores de risco para neoplasia urotelial



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

P0:

- Retenção Urinária
- Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ou dor incontrolável
- Sepse urinária
- Torção testicular e anexos testiculares (Escroto Agudo)

P1

- PSA acima de 10ng/ml, sintomas prostáticos graves (I-PSS \geq 20),
- Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml)
- Suspeita clínica de neoplasia de próstata (presença de hematúria, obstrução urinária, sintomas constitucionais) em homens com PSA total $>$ 3 ng/mL; na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite,
- Toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria;
- Pacientes em qualquer idade e uma medida de PSA total \geq a 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite
- Paciente que dobrou o valor do PSA em 1 ano mesmo que o valor esteja dentro da normalidade
- Cálculo ureteral maior que 1cm mesmo que assintomático;
- Cálculo ureteral \leq 1 cm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico;
- Pacientes sintomáticos com diagnóstico definido de litíase renal
- Lesão renal sólida
- Lesão cística que não preencha os critérios ultrassonográficos de cisto simples
- Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente
- Orquites/Epididimites/Orquiepididimites
- Nódulo sólido testicular



- Nódulo vesical e neoplasia de bexiga
- Hematúria macroscópica com coágulos, na ausência de infecção;
- Hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um exame de urina) e sem evidência de doença glomerular ;
- 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

P2

- Rastreio neoplasia prostática em paciente assintomático com PSA normal com dúvida no toque retal
- Cálculo renal coraliforme, de qualquer tamanho;
- Cálculo vesical a partir de 1 cm
- Cisto simples sintomático
- Anomalias renais como ectopia, displasia e hipoplasia
- ITU recorrente, mesmo com profilaxia adequada por 6 meses.
- Varicocele em jovens com prole não constituída
- Hidrocele
- Infertilidade Masculina
- Disfunção erétil
- Fimose e balanopostite
- Incontinência urinária que não respondeu a fisioterapia e orientações



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Regula SUS: Protocolos de regulação ambulatorial - Urologia [Internet]. Porto Alegre: UFRGS / Telessaúde RS, 2016 (www.telessaunders.ufrgs.br).
- 2) BRENNER JS, Ojo A. Causes of scrotal pain in children and adolescents [Internet]. ANO [cited 2011 Jan 12. Available from: www.uptodate.com.]
- 3) LAM WW, Yap TL, Jacobsen AS, Teo HJ. Color doppler ultrasonography replacing surgical exploration for acute scrotum: myth or reality? *Pediatr Radiol*. 2005;35:597-600.
- 4) Sociedade Brasileira de Urologia. Guideline sobre escroto agudo, 2000.
- 5) DÉNES FT et al. Escroto agudo: Diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Urologia e Colégio Brasileiro de Radiologia. Junho, 2006.
- 6) MOSCONI A et al. Escroto agudo. *Rev Med (São Paulo)*. 2008 jul.-set.;87(3):178-83.
- 7) Diretrizes da EAU (European Association of Urology) disponível em: www.uroweb.org
- 8) Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites virais. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
- 9) Relatório de recomendação. Doxiciclina para tratamento de sífilis. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde, 2015.
- 10) Protocolos de encaminhamento da atenção básica para atenção especializada – Volume VI, Ministério da Saúde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- 11) <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/nucleo-avancado-urologia/Paginas/varicocele.aspx>
- 12) Lagro-Janssen ALM, Breedveldt Boer HP, Van Dongen JJAM, Lemain TJJ, Teunissen D, Van Pinxteren B traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto 2014 autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade