

**PROTOCOLO DE
ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA**

VOLUME: 23

UROLOGIA

Revisado 11/2024

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA UROLOGIA



Situação clínica	LITÍASE URINÁRIA
Quando indicar	• Cólica renal ou cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção trato urinário) • Cálculo renal assintomático maior que 6mm • Cálculo ureteral maior que 4 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico (uso de AINH, alfabloqueador (doxazosina), analgésico, etc.) • Cálculo vesical • Uso de cateter ureteral duplo J ou nefrostomia associada a litíase
Quando não indicar	Cálculos menores que 5mm sem complicações associadas, acompanhar na unidade Paciente com múltiplos microcálculos, encaminhar para Nefrologia (avaliação metabólica)
Requisitos e orientações de encaminhamento	• Anamnese: localização e tipo da dor, tempo de evolução, história familiar, recorrências, tratamentos anteriores (clínico, litotripsia e cirurgia) e medicamentos em uso • Exames de imagem do aparelho urinário (se houver): descrever laudo completo e data de realização; • Exame de função renal, hemograma, parcial de urina, cultura da urina • Em portador de cálculos múltiplos dosar: cálcio, fosforo, ácido úrico, sódio, potássio, se possível análise bioquímica de cálculo (cálculos eliminados e coletados pelo paciente) • Pacientes com história de cólica renal, sem exame de imagem, devem ser encaminhados para o fila de “urologia – litotripsia”, que procederá a realização do exame e a conduta necessária • Rim único obstruído, hidronefrose grave e / ou febre encaminhar para emergência
Critérios de prioridade	• Dor de difícil controle • Hidronefrose • Uso de cateteres (vesical, ureteral ou nefrostomia)

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



Situação clínica	CISTO RENAL / MASSAS RENAIIS
Quando indicar	• Cisto renal com dilatação de sistema pielocalicial • Cistos complexos, 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 II • Cistos simples, sem repercussão (sem dilatação, dor ou pielonefrite associada) acompanhar na UBS • Rins policísticos, sem outros achados, encaminhar para avaliação nefrologia • Nódulos sólidos encaminhar para cancerologia cirúrgica
Quando não indicar	• Cistos simples, sem repercussão (sem dilatação, dor ou pielonefrite associada) acompanhar na UBS
Requisitos e orientações de encaminhamento	• Anamnese com tempo de evolução, história familiar e/ou pessoal • Exames de imagem (ultrassonografia ou tomografia), com descrição completa do laudo e data da realização • Rins policísticos, sem outros achados, encaminhar para avaliação nefrologia • Nódulos sólidos encaminhar para cancerologia cirúrgica
Critérios de prioridade	• Classificação de Bosniak III ou maior • Cisto renal com dilatação ou dor de difícil tratamento

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



Situação clínica	INFECÇÃO URINÁRIA (ITU)
Quando indicar	• Infecção urinária associadas a alteração anatômica ou funcional do trato urinário tais como: urolitíase, divertículo, bexiga neurogênica e cistocele • ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano), sem resposta clínica adequada. Ou associado a outras co-morbidades: diabetes, litíase, hidronefrose, imunodeficiências, neuropatias, obstipação, HPV, incontinência urinária, hematuria, fistulas urinárias, retenção urinária e uso de cateter vesical • Bactérias multirresistentes ▪ *Orientar ingestão adequada de líquido, tratamento da obstipação, higiene da genitália, evitar longos períodos sem micção, lubrificação genital, realizar micção após atividade sexual, adequar vestuário (roupas apertadas, calcinha de algodão), evitar uso abusivo de absorventes, desodorantes íntimos ▪ **Não tratar bacteriúria assintomática, exceto nas pacientes gestantes.
Requisitos e orientações de encaminhamento	• História clínica pormenorizada com tratamentos realizados • Exame pélvico feminino (hipotrofia genital, carúncula ureteral, leucorréia, HPV e cistocele) e masculino genital (estenose meato uretral, alterações na palpação de uretra que sugira corpo estranho, divertículo de uretra, fimose, fistula uretral, balanopostite, secreção uretral e abscesso) • Resultado de parcial de urina, culturas de urina, cultura secreção, hemograma, glicemia e hemoglobina glicada e função renal • Exame de imagem do aparelho urinário com laudo completo e data de realização • Fosseite necrotizante (síndrome de Fournier) encaminhar para emergência ▪ Pielonefrite aguda encaminhar para emergência
Critérios de prioridade	• Hidronefrose • Uso de cateter vesical de demora ou cateterismo intermitente cursando com febre

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



CURITIBA

Situação clínica

ALTERAÇÕES VESICAIS E URETRAIS

Quando indicar

- Hematúria que não se consegue determinar o foco
- Achado incidental em exame de imagem
- Corpo estranho intravesical
- Ureterocele
- Divertículo vesical ou uretral
- Cálculo vesical
- Pólipo vesical
- Carúncula uretral
- Fístulas vesico-vaginais
- Estenose de uretral e seu meato
- Bexiga espessada ou trabeculada e/ou com capacidade acima de 400 ml ou abaixo de 200 ml

Requisitos e orientações de encaminhamento

- História clínica com antecedentes cirúrgicos, trauma, medicamentos em uso e tratamentos anteriores
- Exame físico do abdômen inferior, região pélvica e genitália externa
- Exame de imagem com descrição completa do laudo e data da realização

Critérios de prioridade

- Sangramento macroscópico
- Suspeita de neoplasia
- Cálculo obstrutivo encaminhar para emergência

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



CURITIBA

Situação clínica

LUTS: Hiperplasia prostática benigna, estenose de uretra, bexiga hiperativa, poliúria noturna ou recorrência dos sintomas obstrutivos pós cirurgia de próstata e uretra

Quando indicar

- Infecção urinária recorrente (ver protocolo Infecção Urinária Recorrente)
- sintomas do trato urinário inferior (IPSS maior que 7) refratário ao tratamento clínico (uso de medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (doxazosina até 4 mg/dia)
- próstata maior que 40 g ou PSA total maior que 1,4 ng/ml, quando em uso concomitante de inibidor da 5-alfa redutase (finasterida 5 mg/dia) por pelo menos 6 meses)

Requisitos e orientações de encaminhamento

- Anamnese: início dos sintomas, co-morbididades associadas, histórico familiar, cirurgias realizadas, medicações em uso, fatores emocionais, uso de cateter vesical
- Exame físico: região supra púbica, genitália externa, períneo, corrimento uretral, estenose meato uretral, fimose e/ou inflamações graves no prepúcio causando obstrução **e toque retal com descrição da próstata (volume, consistência, limites, sensibilidade, nódulos, simetria, mobilidade)**
- Escore IPSS leve 1-7 moderado 8-19 severo 20-35 (**consultar tabela anexa**)
- Exames complementares realizados (função renal, parcial de urina, PSA, cultura de urina e glicemia)
- Ultrassonografia de vias urinárias se sensação de esvaziamento vesical incompleto, hematúria ou história de urolitíase (laudo completo e data de exame)

Critérios de prioridade

- Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical)
- Episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna
- Uso de sonda vesical de demora
- Incontinência urinária

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



Situação clínica

SUSPEITA NEOPLASIA DE PROSTATA

Quando indicar

- Pacientes com idade entre 50 e 69 com PSA > 3,0 ng/dL
- Pacientes com idade entre 45 e 49 anos, obesidade, raça negra ou com história familiar de câncer de próstata e com PSA igual ou maior que 2,5ng/dL
- Pacientes com toque retal com nódulo palpável ou consistência endurecida
- Exame de imagem suspeito para lesão prostática
- Interromper a triagem de PSA entre homens mais velhos de 70 a 75 anos que apresentam níveis de PSA abaixo de 3,0 ng/dL **e expectativa de vida menor de 15 anos**
- OBS: prostatite, hiperplasia prostática, ciclistismo, cavalgada, uso de cateter vesical de demora, toque de próstata, retossigmoidoscopia além de biópsia da próstata podem elevar o PSA. Finasterida e dutasterida podem diminuir os valores de PSA em até 50% do valor

Requisitos e orientações de encaminhamento

- História clínica pormenorizada com sintomas obstrutivos infra vesicais, retenção urinária, caso na família de neoplasia de próstata, raça negra, obesidade, síndrome metabólica, tabagismo e etilismo
- Descrição clínica : tratamentos prévios instituídos
- Exames de imagem realizados. PSA anteriores
- **Evitar uso de finasterida quando PSA Total estiver elevado, até que se descarte neoplasia. Pois o uso pode mascarar o valor (reduz em até 50% do valor real)**

Critérios de prioridade

- Pacientes com psa > 10 sem quadro clínico de prostatite aguda

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



Situação clínica

PROSTATITE

Quando indicar

- Pacientes com diagnóstico de prostatite refratária ao tratamento clínico com antibióticos por pelo menos 4 semanas
- Pacientes com prostatite crônica e agudizações frequentes

Requisitos e orientações de encaminhamento

- Descrição do quadro clínico com tempo de evolução, recorrências, tratamentos realizados com tempo de uso dos medicamentos, procedimentos cirúrgicos relacionados e co-morbidades associadas
- Parcial de urina, cultura de urina, hemoglobina glicada, hemograma e PSA
- **Encaminhar para emergência:** Pacientes portadores de prostatite aguda em retenção ou queda de estado geral (sepses)

Critérios de prioridade

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



CURITIBA

Situação clínica

ALTERAÇÕES DE GENITÁLIA EXTERNA MASCULINA

Quando indicar

- Fimose, parafimose e balanopostite de repetição (descartar diabetes mellitus)
- Cistos sebáceos com desejo de retirada cirúrgica
- Cistos de cordão, orquite e epididimite complicada (abscesso, fistula, atrofia)
- Dor testicular crônica, aumento de volume e nódulos testiculares
- Varicocele com desconforto persistente ou infertilidade
- Hidrocele com desejo de tratamento cirúrgico
- Pênis curvo, fístulas uretrais, divertículos e hipospadia, micropênis ou invaginação peniana

Requisitos e orientações de encaminhamento

- História clínica com tempo de evolução da doença, característica da dor, IST, patologias associadas, traumas associados, infertilidade, histórico de tuberculose
- Descrição da genitália externa, com característica das lesões, elementos da bolsa (testículos, epidídimo, deferente, etc)
- Pacientes portadores de nódulos testiculares, suspeitos para neoplasia, encaminhar com exames laboratoriais de alfafetoproteína, beta HCG e LDH
- Exame de imagem realizado descrevendo laudo e data da realização
- Glicemia, hemoglobina glicosilada e cultura de urina, se relevante
- Descartar hérnia inguinal, pubite, radiculopatias em pacientes com dor testicular ou perineal

Critérios de prioridade

- Paciente com suspeita de: **torção de testículo, fratura de pênis, parafimose, rotura de freio com sangramento ativo deverão ser encaminhados para atendimento emergencial**
- Pacientes portadores de balanopostite purulenta sem melhora com tratamento clínico
- Suspeitas de tumor de pênis ou testículo

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



Situação clínica	HPV
Quando indicar	- Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões maiores de 1 cm ou múltiplas lesões) - Falha no tratamento com ácido tricloracético na UBS
Quando não indicar	Lesões perianais encaminhar para proctologia
Requisitos e orientações de encaminhamento	- Historia clínica pormenorizada citando: doenças associadas, vacina HPV, parceria fixa ou não, se este (a) se encontra em tratamento e de quais doenças (IST) - Sorologia para IST (anti-HIV ou teste rápido para HIV, hepatites, sífilis) - Tratamento prévio realizado (descrever medicamentos e duração) - Exame físico com descrição das lesões (localização, volume, número, lesão em meato uretral)
Critérios de prioridade	- Condiloma acuminado gigante - Lesões múltiplas em pacientes imunossuprimidos

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



Situação clínica

DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA E DAEM

Quando indicar

- Disfunção erétil refratária ao tratamento das doenças associadas (diabetes, disfunção tireoidiana, síndrome metabólica, cardiopatias, psicopatias, hepatopatias, doença renal crônica, neuropatias, tabagismo, sedentarismo, apneia do sono) com inibidores de fosfodiesterase-5 (sildenafil, tadalafila, vardenafila) por ao menos 6 meses
- Disfunção erétil com contraindicação (uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5
- Doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com dor ou incapacidade de penetração

Requisitos e orientações de encaminhamento

- História clínica e sexual (alterações de libido, ejaculação, ereção) e psico-afetiva. Antecedente de fratura pélvica, de uretra ou peniana. Exame da genitália externa
- Tratamento em uso ou já realizado para disfunção erétil (medicamentos utilizados com dose e posologia)
- Outros medicamentos em uso com posologia
- Se suspeita de hipogonadismo: resultados de **dois** exames de testosterona total coletados em dias diferentes
- Exames complementares: HBA1C, testosterona total, prolactina, TSH, LH, FSH, função renal, função hepática, perfil lipídico

Critérios de prioridade

- Casos de priapismo ou fratura de penis deverão ser encaminhados para EMERGÊNCIA.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



CURITIBA

Situação clínica

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Quando indicar

- Falha após tratamento com mudança de estilo de vida com aumento da atividade física, perda de peso, controle tabagismo, diminuição de ingestão de cafeína, alimentos ácidos e álcool, adequação da ingestão hídrica, tratamento da hipotrofia vaginal, obstipação, infecção urinária, diabetes, substituição de medicações que concorram com piora clínica como os ECA (tosse), bloqueador alfa-adrenérgico (diminuição resistência uretral), diuréticos
- Falha do tratamento fisioterápico sobre a musculatura de assoalho pélvico por no mínimo 3 meses
- Fistulas vesicovaginal, ureterovaginal ou uretrovaginal
- Bexiga neurogênica
- Incontinência paradoxal (obstrução infravesical com perda por transbordamento)
- Divertículo de uretra
- Incontinência urinária pós cirurgia de próstata ou uretra

Requisitos e orientações de encaminhamento

- História Clínica: descrição da frequência de perdas, urgeincontinência, incontinência de esforço, incontinência total, nictúria, grau de desconforto, condição de perda, uso de protetores, horário da perda, associação com medicações, número e tipo de partos, trauma medular, polineuropatias, cirurgias prévias (histerectomia, para incontinência urinária, próstata, uretrais, tumores pélvicos) e radioterapia pélvica. Diário miccional (avaliação de número de micções, volume urinário produzido em cada micção e no dia, ingestão hídrica e melhora com medidas instituídas), estado emocional, descrição do exame pélvico (atrofia urogenital, prolapso genital, vulvovaginite atrófica, tônus de esfíncter, etc.)
 - Parcial e cultura de urina, exames de imagem realizados e outros relacionados
 - Medicações utilizadas com tempo de uso
 - Relatório do fisioterapeuta: (treinamento dos músculos do assoalho pélvico com ou sem Biofeedback)
- *Retoceles e cistocele encaminhar para ginecologia cirúrgica.**

Critérios de prioridade

- Incontinência paradoxal em paciente com globo vesical: cateterismo vesical de demora e encaminhar para urologia. Se impossibilidade de realizar cateterismo encaminhar para serviço de emergência

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



CURITIBA

Situação clínica

DISTÚRBIOS EJACULATÓRIOS / HEMOSPERMIA

Quando indicar

- Ejaculação precoce refratária ao tratamento clínico e psicológico com orientação quanto ao uso de terapia com anestésicos tópicos, inibidores seletivos da recombinação de serotonina (fluoxetina, paroxetina, **dapoxetina**, etc) ou antidepressivos (amitriptilina, clomipramina, etc)
- Ejaculação retardada
- Anejaculação (dificuldade ou ausência de ejaculação)
- Anorgasmia (ausência de orgasmo)
- Ejaculação dolorosa
- Hemospermia recorrente ou persistente por mais de 30 dias
- Ejaculação retrógrada

Requisitos e orientações de encaminhamento

- História clínica com avaliação de coagulopatias, cirurgias e radioterapia pélvica ou retroperitoneal, avaliação psicoafetiva
- Medicação usada para tratamento com dose
- Função renal, cultura de sêmen, hemograma, coagulograma, triagem IST, parcial de urina e cultura de urina e PSA
- Exames de imagem realizados

Critérios de prioridade

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS



CURITIBA

Situação clínica

BEXIGA NEUROGÊNICA

Quando indicar

- Sintomas urinários tais como: urge-incontinência, polaciúria, nictúria, dificuldade miccional, sintomas retencionistas e incontinência pura em casos de AVC, Alzheimer, demência vascular, Parkinson, tumor cerebral, TCE, hidrocefalia, lesão medular, espinha bífida, esclerose múltipla, discopatia lombar, diabetes mellitus, síndrome de Guillan-Barré
- Complicações devido a baixa complacência vesical e /ou dissinergismo vésico-esfincteriano: refluxo vésico-ureteral, ITU/Bacteriúria, litíase, trabeculação vesical, IRA ou IRC, estenose uretral

Requisitos e orientações de encaminhamento

- História clínica pormenorizada com tempo de evolução da doença, tipo de lesão (AVC hemorrágico ou isquêmico, classificação ASIA, e nível de lesão, no caso de lesão medular), tratamento realizado (uso de cateter vesical de demora? Auto-cateterismo? Reabilitação em serviço especializado? Em curso? Abandonou? Nunca foi reabilitado?) e medicamentos em uso
- Complicações advindas do tratamento ou falta do mesmo, cirurgias realizadas, cognição, aderência ao tratamento, expectativas, função sexual, situação psico-afetiva, facilidades ou dificuldades em aderir ao tratamento
- Descrever se há deformidades, escaras, uso de cateteres (vesical, ureteral, auto-cateterismo, nefrostomia) e tempo de uso/complicações, uso de órteses ou próteses. Co-morbidades, motricidade, visão, disreflexia autonômica, uso de mio-relaxantes / analgésicos / antidepressivos

Critérios de prioridade

- Refluxo vésico-ureteral, bexiga de baixa complacência, comprometimento da função renal, litíase com risco de obstrução, disreflexia autonômica, problemas com cateter vesical de demora ou auto cateterismo, estenose uretral, infecção urinária sintomática, hematúria, uretrorragia.

IPSS (International Prostatic Symptom Score)

	NUNCA	1-5X	MENOS DA METADE	METADE DAS VEZES	MAIS DA METADE	QUASE SEMPRE			
1. No último mês, quantas vezes teve a sensação de não ter esvaziado completamente a bexiga após urinar?	0	1	2	3	4	5			
2. No último mês, quantas vezes precisou urinar uma segunda vez em menos de duas horas?	0	1	2	3	4	5			
3. No último mês, quantas vezes teve que parar de urinar para, logo de seguida, ser necessário recomeçar?	0	1	2	3	4	5			
4. No último mês, quantas vezes teve dificuldade em reter a urina?	0	1	2	3	4	5			
5. No último mês, quantas vezes teve um jato fraco ao urinar?	0	1	2	3	4	5			
6. No último mês, quantas vezes teve que fazer um esforço ou pressão para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5			
7. No último mês, quantas vezes, por norma, acordou no meio da noite para urinar?	0	1	2	3	4	5			

Resultados do questionário _____

Até 7 pontos: Sintomas leves

Entre 8 e 19 pontos: Sintomas moderados

Entre 20 e 35 pontos: Sintomas graves

CLASSIFICAÇÃO DE ASIA

(American Spinal Injury Association)

ASIA A: Lesão medular completa;

ASIA B: Lesão motora completa e sensitiva incompleta;

ASIA C: Lesão sensitiva e motora incompletas;

ASIA D: Lesão incompleta com função motora preservada abaixo do nível da lesão.

CLASSIFICAÇÃO BOSNIAK PARA CISTOS RENAIIS

I. Densidade de água (0 a 20 UH), margens finas, nítida separação para parênquima renal, parede lisa e fina, homogêneos. Sem reforço na fase de contraste;

II. Uma ou algumas finas septações, calcificações pequenas e finas; cistos hiperdensos de até 3,0cm (60-70UH). Sem reforço ou reforço não perceptível, não mensurável na fase de contraste;

IIF Lesões mais complexas que não se enquadram na categoria II ou III. Múltiplos septos. Parede ou septo contém calcificações, nódulos ou irregulares cistos hiperdensos: maiores que 3,0cm ou somente com um quarto (25%) de suas paredes visíveis (exofítico). Reforço ausente ou duvidoso na fase com contraste;

III. Lesão cística com parede espessa, irregularidade de septo e parede e/ou conteúdo não homogêneo; calcificações grosseiras e irregulares com realce mensurável com reforço de parede ou septo na fase com contraste;

IV. Lesões com todos os achados da classe III, acrescidos de componente sólido, de partes moles, independente do achado da parede ou septos. Com reforço de parede e/ou dos componentes sólidos na fase com contraste.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

Situação clínica	ULTRASSONOGRAFIA DE TRATO URINÁRIO
Quando indicar	. Doença renal crônica com TFG < 60mL/min . . Suspeita de litíase do trato urinário . Controle de Cistos complexos. . Rins policísticos, . Nódulos sólidos . Suspeita de HAS de origem renovascular . Itu de repetição . Hematúria (descartar causa de origem ginecológica, pós esforço físico, etc)
Requisitos e orientações de encaminhamento	. Anamnese com quadro clínico detalhado com tempo de evolução, antecedentes pessoais e história familiar , antecedentes relacionados. . Laudo de exames anteriores (parcial de urina, urocultura, ureia, creatinina, ultrassonografia, rx abdômen relação albumina/creatinina, cintilografia renal,) . Não solicitar simultaneamente à ultrassonografia de abdômen total (exame já incluído neste). . Edema unilateral com função renal normal não necessita ultrassonografia.
Critérios de prioridade	. Suspeita de tumor do trato urinário . Hidronefroze . Doença renal crônica com TFG < 30mL/min . Edemas agudos de pulmão de repetição . Dor de difícil controle.