



SAÚDE



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **UROLOGIA**

SÉRIE ESPECIALIDADES | CIRURGIAS



SAÚDE



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **UROLOGIA**

SÉRIE ESPECIALIDADES | CIRURGIAS

ATUALIZADO EM OUTUBRO DE 2023

Rio de Janeiro/RJ



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2023 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110
<http://saude.prefeitura.rio/>

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo Prado

Subsecretária Geral

Fernanda Adães Britto

Coordenador Geral de Contratualização, Controle e Auditoria

Andre Luis Paes Ramos

Coordenador Geral do Complexo Regulador

David Tebaldi Marques

Coordenadora da Regulação Ambulatorial

Eliana Bittencourt da Silva

Coordenação Técnica

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

Colaboração

Allan Vommaro Mendes

Leandro Koifman Revisão Técnica

Revisão Técnica e Final

Fernanda Adães Britto

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial

Aluisio Bispo

Capa

Aluisio Bispo

Projeto Gráfico e Diagramação

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Urologia / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

24p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de. II. Britto, Fernanda Adães de III. Título IV. Série.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE UROLOGIA	5
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO	6
Próstata	7
Testículo e bolsa escrotal.....	9
Pênis.....	10
Litíase	11
Disfunção erétil	11
Disfunção miccional	12
Outros.....	12
SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO.....	14
COMO SOLICITAR UROLOGIA NO SISREG.....	14
ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA	15
PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO	16
UNIDADES EXECUTANTES.....	17
SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....	20
REFERÊNCIAS	20
ANEXOS	21

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparência e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado da urologia na cidade.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE UROLOGIA

As queixas urológicas são frequentes na Atenção Primária à Saúde e resultam em um número crescente de encaminhamentos para a Atenção Especializada, especialmente em condições que possuem indicação para o tratamento cirúrgico.

Com o envelhecimento da população e o aumento da qualidade de vida, é esperado que condições urológicas aumentem ainda mais a pressão assistencial na APS, com queixas como disfunção erétil, incontinência urinária e alterações prostáticas.

É papel da APS estar apta a avaliar, investigar e sempre realizar o manejo inicial destes casos, encaminhando-os ao especialista quando há incerteza diagnóstica ou do manejo, necessidade de avaliação com especialista ou intervenção cirúrgica. Cabe à APS, ainda, a correta classificação de prioridade destes casos, dando acesso prioritário aos pacientes com condições de maior morbimortalidade e queda da qualidade de vida.

Apesar do grande debate entre as entidades médicas, não se recomenda o rastreio indiscriminado do câncer de próstata em homens assintomáticos com toque retal e/ou dosagem de PSA.

Os valores considerados normais de PSA variam conforme a idade do paciente, sendo o considerado normal quando ≤ 3 em pacientes menores de 60 anos, ≤ 4 em menos de 70 anos, e ≤ 5 se menos de 80 anos. Diversas condições não patológicas ou que levem à suspeição para malignidade podem causar aumento dos valores de PSA, como traumas ou infecção local. Todo resultado de PSA deve ser bem explicado ao paciente, e toda conduta deve ser bem planejada, dado o valor considerável de falsos positivos e falsos negativos deste exame.

Homens com condições prostáticas podem cursar com sintomas do trato urinário inferior, incluindo alterações do jato urinário, esforço para esvaziamento vesical, urgência miccional, polaciúria, noctúria, e outros.

Considera-se ITU de repetição os casos em que o paciente apresenta três ou mais infecções durante o período de um ano.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As indicações clínicas foram separadas segundo o seguimento acometido, seguindo a seguinte distribuição:

1. Próstata;
2. Testículo e bolsa escrotal;
3. Pênis;
4. Litíase;
5. Disfunção erétil;
6. Disfunção miccional;
7. Outros.

Estão disponíveis para solicitação e agendamento no SISREG os seguintes procedimentos em urologia:

- CONSULTA EM UROLOGIA;
- CONSULTA EM UROLOGIA — CIRÚRGICA;
- CONSULTA EM UROLOGIA — DISFUNÇÃO MICCIONAL;
- CONSULTA EM UROLOGIA — DISFUNÇÃO MICCIONAL — PEDIATRIA;
- CONSULTA EM UROLOGIA — DISFUNÇÃO SEXUAL;
- CONSULTA EM UROLOGIA — INFERTILIDADE;
- CONSULTA EM UROLOGIA — LITÍASE;
- CONSULTA EM UROLOGIA — PEDIATRIA;
- CONSULTA EM UROLOGIA RECONSTRUTORA;
- CONSULTA EM UROLOGIA — VASECTOMIA;
- BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM TRANSRETAL.

Todo e qualquer caso no público infantojuvenil deve ser encaminhado via "Consulta em Urologia — Pediatria" ou "Consulta em Urologia — Disfunção Miccional — Pediatria", este segundo nos casos de disfunção miccional.

ATENÇÃO!

O procedimento "Consulta em Urologia" se destina apenas ao atendimento ambulatorial e não se realiza em prestadores que realizem procedimentos cirúrgicos, logo, devem ser inseridos nesta aba todos os pacientes apenas para acompanhamento ambulatorial.

PRÓSTATA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) que apresentem sintomas do trato inferior urinário (nictúria, urgência urinária, incontinência, hesitação, esforço e sensação de esvaziamento incompleto) e que não obtenham melhora após 30 dias de tratamento otimizado com alfabloqueadores (Doxazosina 2-4mg/noite ou Tansulosina 0,4mg). Nestes casos, encaminhar também se próstata maior que 40 gramas ou PSA total acima de 1,4ng/ml e em uso concomitante de finasterida 5mg/dia pelo período de 6 meses.
2. Pacientes com HPB com episódio prévio de obstrução urinária aguda, hematúria persistente ou ITU de repetição. Considera-se ITU de repetição os casos em que o paciente apresenta três ou mais infecções durante o período de um ano.
3. Na presença de sintomas prostáticos e elevação do PSA acima do limite esperado para sua idade, tendo sido descartadas outras causas para o quadro, como trauma, prostatite ou ITU. Os valores considerados normais de PSA variam conforme a idade do paciente, sendo o considerado normal quando ≤ 3 em pacientes menores de 60 anos, ≤ 4 em menos de 70 anos, e ≤ 5 se menos de 80 anos.
4. Pacientes com PSA total acima de 10ng/ml ou menor, porém persistentemente elevado após um mês para sua idade.
5. Pacientes apresentando elevação do PSA $> 0,75$ ao ano ou pacientes com PSA $\geq 2,5$ em menores de 45 anos.

► Nomenclatura no SISREG: CONSULTA EM UROLOGIA — CIRÚRGICA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com HPB apresentando litíase vesical ou divertículos vesicais;
2. Pacientes apresentando elevação do PSA > 0,75 ao ano ou pacientes com PSA ≥ 2,5 em menores de 45 anos;
3. Pacientes com RNM da próstata mostrando lesão suspeita (Pirads ≥ 3).

Diagnóstico da HPB:

Diante de uma suspeita, o diagnóstico deve ser realizado por meio da dosagem de PSA total, toque real, USG de próstata e vias urinárias, EAS e urocultura, e também pela realização da avaliação dos scores de sintomas internacionais da próstata (I-PPS), disponível no Anexo 1. Desta forma, o paciente deve ser preferencialmente encaminhado com todos estes exames e a avaliação realizados.

Tratamento da HPB:

I-PPS	QUALIDADE DE VIDA	TRATAMENTO
Leves	Minimamente incomodados pelos sintomas do trato urinário inferior	Acompanhamento clínico
Leves a moderados	Incomodados pelos sintomas do trato urinário inferior	Alfabloqueadores: Tamsulosina ou Doxazosina
Moderados a graves	Não aplicável	Alfabloqueadores: Tamsulosina 0,4mg 1x/dia ou Doxazosina 2mg 1x/dia
Moderados a graves com volume prostático > 40g e PSA total > 1,3ng/ml		Tratamento combinado com alfabloqueador e inibidores 5-alfa — redutase. Sugestão: Tamsulosina + Dutasterida (Combodart ou Dutam)

Rastreio do câncer de próstata:

Recomendações para o rastreamento do câncer de próstata em pacientes assintomáticos (Anexo 2).

Diagnóstico do câncer de próstata — indicações para biópsia:

Recomendações para diagnóstico do câncer de próstata, incluindo as indicações de biópsia de próstata guiada por US (Anexo 3).

Tratamento do câncer de próstata:

Paciente cuja biópsia de próstata evidencia neoplasia devem ser encaminhados unicamente via SER para “Urologia — Oncologia”. Nomenclatura no SISREG: BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM TRANSRETAL.

TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com epididimite/orquite.

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA — CIRÚRGICA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com patologias do testículo na vigência de sintomas, como hidrocele volumosa ou criptorquidia — recomenda-se a cirurgia de criptorquidia até 18 meses de vida;
2. Pacientes com cisto de epidídimo sintomático ou epididimite/orquite.

Pacientes com nódulos testículo indolores ou com mudança da forma ou textura dos mesmos devem ser encaminhados precocemente ao especialista via SER em “Ambulatório de 1ª vez — Urologia (Oncologia)”, dada a suspeita de malignidade — anexar o encaminhamento médico e USG de Bolsa Escrotal ou Tomografia de Bacia/Pelve.

PÊNIS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico de balanite xerótica obliterante.

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA — CIRÚRGICA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com fimose com dificuldade miccional, para coito ou realização da higiene local, bem como desconforto estético — deve ser muito bem diferenciada da aderência.

SAIBA MAIS

Fimose: Excesso de pele que recobre o pênis e dificulta a exposição da glândula, podendo ser fisiológica, ou seja, desde o nascimento, ou secundária, decorrente de alguma infecção peniana ou trauma.

Aderência: Condição que se assemelha à fimose, quando a pele fica aderida à glândula, mas que cede naturalmente e sem necessidade de cirurgia.

2. Pacientes com condiloma acuminado sem possibilidade de tratamento na APS e que tenham indicação de tratamento cirúrgico.

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA — RECONSTRUTORA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com condições congênitas ou adquiridas, como hipospádia e estenose de uretra;
2. Pacientes com doença de Peyronie (curvatura peniana) ou pênis torto congênito;
3. Pacientes após trauma ou sequelas de cirurgia com necessidade de reconstrução do trânsito ureteral.

LITÍASE

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA — LITÍASE.

Indicações clínicas:

1. Em pacientes com litíase renal com cálculos maiores que 10mm ou menores que 10mm se sintomáticos (hematúria, dor lombar refratária ou hidronefrose/ectasia renal unilateral). Pacientes com litíase associada à infecção, hidronefrose/ectasia bilateral ou unilateral em paciente com rim único devem ser encaminhados, via Vaga Zero, para o serviço de urgência e emergência;
2. Em caso de litíase renal > 1,0cm ou cálculo coraliforme;
3. Cálculo renal com histórico de ITU recorrente. Considera-se ITU de repetição os casos em que o paciente apresenta três ou mais infecções durante o período de um ano;
4. Cálculo ureteral > 1,0cm;
5. Nos casos de cálculo de ureter menor que 10mm em paciente assintomático, sem alteração da função renal, sem infecção associada e sem eliminação após um mês de tratamento conservador. Nestes casos é altamente recomendável a realização de TC de Abdome Superior e TC de Bacia e Pelve, para melhor investigação, diagnóstico e decisão terapêutica;
6. Nos casos de cálculo em bexiga. Solicitar USG da próstata e enviar o resultado no encaminhamento.

DISFUNÇÃO ERÉTIL

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA — DISFUNÇÃO SEXUAL.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com disfunção erétil com contraindicação absoluta ao uso de Nitrato, hipersensibilidade ou reação adversa ao uso de inibidores da fosfodiesterase-5 (Sildenafil 50-100mg, Tadalafila 20mg sob demanda) ou persistência dos sintomas, mesmo após seis meses de tratamento com estes medicamentos de forma adequada — encaminhar com dosagem de Testosterona, LH, glicemia e hemoglobina glicada para acompanhamento — em caso de incerteza ou dúvida para introdução inicial dos medicamentos, encaminhar tão somente via “Consulta em Urologia”;

2. Pacientes com quadro de ejaculação precoce com IELT (tempo de latência ejaculatória penetrativa — tempo transcorrido entre o início da penetração e a ejaculação) menor que 3 minutos, anorgasmia ou dificuldade para orgasmo;
3. Pacientes com sintomas de declínio androgênico masculino (DAEM), cujo quadro se apresenta com redução de libido, ânimo, força e outros — encaminhar com dosagem de testosterona, LH e prolactina.

DISFUNÇÃO MICCIONAL

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA — DISFUNÇÃO MICCIONAL.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com incontinência urinária e que não respondem após três meses de tratamento clínico conservador inicial na APS e após avaliação pela urologia geral. Devem ser encaminhados também quando há incerteza no diagnóstico, se caso grave associado à dor pélvica, obstrução urinária, ITU de repetição, associação de doenças neurológicas ou após cirurgias ou radioterapia pélvicas.

Tratamento clínico conservador: na APS sugere-se investigação inicial de ITU e alterações em próstata, como diagnóstico diferencial; no manejo da incontinência urinária, sugere-se inicialmente em conjunto ou não com o NASF-AB, a orientação de exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico, treinamento vesical, perda ponderal e orientação alimentar para redução do consumo de álcool e cafeína.

OUTROS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com hematúria macroscópica com coágulos, tendo sido descartada infecção, ou sem coágulos, desde tenha sido descartada lesão glomerular;
2. Hematúria microscópica assintomática sem causa glomerular em pacientes com mais de 35 anos ou com fatores de risco para neoplasia urotelial (tabagismo). A hematúria microscópica deve ser confirmada por dois exames com intervalo de oito semanas e na presença de hemácias dismórficas;
3. Infecção urinária de repetição, sendo caracterizada como por dois ou mais episódios em seis meses ou três em um ano.

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA — CIRÚRGICA.

Indicações clínicas:

1. Paciente com DRC com obstrução prostática (hidronefrose, retenção urinária com volume pós-miccional superior a 300ml ou globo vesical) ou em qualquer TFG se associado à hematúria sustentada (dois exames no intervalo de oito semanas) na presença de hemácias dismórficas;
2. Pacientes com cisto renal simples, porém sintomático (obstrução renal), ou cisto renal com suspeita de malignidade;
3. Na presença de lesões do trato urinário que provoquem perda de função renal ou que cursem com ITU de repetição, como no caso de hidronefrose persistente após alívio inicial e massas e tumores renais. Nestes casos, é recomendável a realização de TC de Abdomen Superior e TC de Bacia e Pelve ou Tomografia de Aparelho Urinário, para melhor investigação e diagnóstico.

ATENÇÃO!

Pacientes que na TC de Rins apresentarem imagem suspeita (lesões com septação, parede espessada, calcificações ou com classificação Bosniak \geq 2F) devem ser encaminhados para Oncologia via SER.

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA — INFERTILIDADE.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com suspeita de infertilidade masculina caracterizada pela ausência de concepção após um ano de tentativa, sem uso de método anticoncepcional e com frequência sexual adequada. A parceira deve ser igualmente investigada;
2. Pacientes que desejam reverter vasectomia.

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA — VASECTOMIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com desejo de realizar vasectomia. Deve-se cumprir os critérios, encaminhando pacientes com 21 anos de idade ou mais ou dois filhos, bem como ter participado do planejamento familiar na APS, estando com o passaporte para vasectomia em mãos. A cirurgia só pode ser realizada 60 dias após a manifestação da vontade de realizar o procedimento.

SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

- Cálculos renais não coraliformes menores que 10mm, por serem assintomáticos. Na vigência de cólica renal, recomenda-se tratamento conservador expulsivo com bloqueadores alfa-adrenérgicos (Tansulosina) e encaminhamento para serviço de emergência;
- Cistos simples assintomáticos;
- HPB ou disfunção erétil responsivos ao tratamento oral (Finasterida + alfabloqueador no HBP e Tadalafila ou Sildenafil na disfunção erétil) e sem alterações no curso da doença;
- Suspeita ou casos oncológicos. Estes devem ser encaminhados via SER para Oncologia;
- Homens para rastreio de câncer de próstata ou simplesmente para acompanhamento clínico.

COMO SOLICITAR UROLOGIA NO SISREG

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações:

- Condições clínicas apresentadas e suas complicações;
- Eventual lista de problemas, sejam condições clínicas ou não;
- Hipóteses diagnósticas ou diagnóstico concluído;
- Resultado de escores realizados e relevantes para o caso, como cálculo de risco cardiovascular pelo escore de risco global, taxa de filtração glomerular, mini exame do estado mental, entre outros;
- Se o usuário possui rede de apoio, quando necessária, e quem são as pessoas que a integram;

- Medicamentos em uso e sua posologia;
- Tratamentos prévios e suas repercussões;
- Exames realizados e seus resultados, com data;
- Exames solicitados e que aguardam realização;
- Expectativas ou respostas que o médico da APS espera da atenção especializada.

A ausência de completude nas informações prejudica o seu paciente. Busque atender integralmente ao que foi solicitado pelo regulador. Em casos de dúvidas, acione o RT de sua unidade, CAP ou Central de Regulação Ambulatorial.

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O encaminhamento imediato deve ser realizado via Vaga Zero nas situações a seguir.

- Pacientes com litíase renal com quadro álgico refratária ao tratamento instituído na APS, se associado à infecção ou obstrução de trato urinário (hidronefrose) bilateral ou unilateral em paciente com rim único;
- Obstrução prostática aguda em pacientes com HPB sem possibilidade de sondagem vesical na APS;
- Paciente com HPB apresentando retenção urinária aguda;
- Dor testicular aguda, principalmente em jovens, encaminhar urgente para a emergência (ideal < 6 horas), devido ao risco de ser torção testicular;
- Trauma testicular;
- Síndrome de Fournier;
- Priapismo (ereção prolongada por mais de 4 horas);
- Outras situações de emergência não previstas no encaminhamento eletivo do SISREG.

PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

VERMELHO → HPB com episódio prévio de obstrução urinária aguda ou ITU de repetição; PSA total acima de 10ng/ml ou menor, porém persistentemente elevado após um mês para sua idade; litíase renal com obstrução do trato urinário; cálculo de ureter ou bexiga; criptorquidia; nódulos de testículo; hipospádia; estenose de uretra; hematúria; DRC com obstrução prostática; lesões do trato urinário que provoquem perda de função renal ou que cursem com ITU de repetição; balanite xerótica obliterante; cisto renal simples, porém sintomático (obstrução renal) ou cisto renal com suspeita de malignidade.

AMARELO → Hiperplasia Prostática Benigna (HPB); sintomas prostáticos e elevação do PSA acima do limite esperado para sua idade; litíase renal maior de 10mm não sintomática; cisto de epidídimo ou epididimite; condiloma acuminado; incontinência urinária; infecção urinária de repetição.

VERDE → Fimose; disfunção erétil; infecção urinária de repetição.

AZUL → Ejaculação precoce; anorgasmia ou dificuldade para orgasmo; infertilidade masculina.

UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal **minhasaude.rio**.

CONSULTA EM UROLOGIA

- Hospital Adventista Silvestre
- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital Federal do Andaraí
- Centro Carioca de Especialidades
- Policlínica Piquet Carneiro — AP 2.2
- Policlínica Hélio Pellegrino — AP 2.2
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu) — AP 5.1
- Hospital Municipal da Piedade — AP 3.2
- Hospital Municipal Souza Aguiar — AP 1.0
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

CONSULTA EM UROLOGIA — DISFUNÇÃO MICCIONAL

- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Policlínica Piquet Carneiro — AP 2.2

CONSULTA EM UROLOGIA — DISFUNÇÃO MICCIONAL — PEDIATRIA

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)

- Policlínica Piquet Carneiro — AP 2.2

CONSULTA EM UROLOGIA — DISFUNÇÃO SEXUAL

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital Federal do Andaraí
- Policlínica Piquet Carneiro — AP 2.2
- Hospital Municipal da Piedade — AP 3.2
- Hospital Municipal Ronaldo Gazolla — AP 3.3

CONSULTA EM UROLOGIA — GINECOLOGIA

- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal do Andaraí
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Policlínica Piquet Carneiro — AP 2.2

CONSULTA EM UROLOGIA — INFERTILIDADE

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)

CONSULTA EM UROLOGIA — PEDIATRIA

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital Federal do Andaraí
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital Estadual de Transplantes, Câncer e Cirurgia Infantil
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

CONSULTA EM UROLOGIA — VASECTOMIA

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)

- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Policlínica Piquet Carneiro — AP 2.2
- Hospital Municipal da Piedade — AP 3.2
- Hospital Municipal Francisco da Silva Telles — AP 3.3

CONSULTA EM UROLOGIA RECONSTRUTORA

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal do Andaraí
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

CONSULTA EM UROLOGIA — LITÍASE

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital Municipal da Piedade — AP 3.2
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares, o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **minhasaude.rio**, você pode consultar o “Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado” e os critérios de acesso aos prestadores.

REFERÊNCIAS

ENGUITA, C. G. El proceso de la derivación urológica desde atención primaria (AP). Reflexión sobre los criterios. **Arch. Esp. Urol.** v. 67, n. 9, p. 748-758, 2014.

GARCIA-ROJO, E. *et al.* Analysis of referrals after a synergic work between primary care and urology. Impact of joint protocol implementation and a continuing education program in our healthcare area. **Actas Urol Esp.** v. 24, n. 4, p. 176-181, 2019.

JIANG, D.D., ACEVEDO, A.M., BAYNE, A., AUSTIN, J.C., SEIDMAN, C.A. Factors associated with delay in undescended testis referral. **J Pediatr Urol.** v. 15, n. 4, 2019.

SHEPARD, E. A., HAMILTON, W. T. Selection of men for investigation of possible testicular cancer in primary care: a large case-control study using electronic patient records. **Br J Gen Pract.** v. 68, n. 673, 2018

ANEXOS

ANEXO 1. AVALIAÇÃO DOS SCORES DE SINTOMAS INTERNACIONAIS DA PRÓSTATA (IPPS)

SINAIS/ SINTOMAS	Nenhuma vez	Menos de 1 vez a cada 5	Menos da metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais da metade das vezes	Quase sempre
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
No último mês, quantas vezes você teve de urinar novamente em menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	3	3	4	5
No último mês, quantas vezes você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5

SINAIS/ SINTOMAS	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes
No último mês, quantas vezes você, em média, teve que 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.

ANEXO 2. RASTREIO DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM HOMENS ASSINTOMÁTICOS

RECOMENDAÇÕES	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO FINAL DA SMS-RIO
Não submeter homens ao teste do PSA sem aconselhá-los sobre os riscos e benefícios potenciais da testagem.	Forte	Solicitar PSA apenas para homens sintomáticos com idade igual ou superior a 50 anos.
Oferecer teste de PSA para homens bem informados, com risco elevado para câncer de próstata: <ul style="list-style-type: none">• Homens a partir de 50 anos;• Homens a partir de 45 anos com história familiar de câncer de próstata;• Homens afrodescendentes a partir dos 45 anos.		
Oferecer uma estratégia adaptada ao risco (baseada no nível inicial do PSA), com intervalos de acompanhamento de dois anos para aqueles inicialmente em risco: <ul style="list-style-type: none">• Homens com PSA > 1ng/ml aos 40 anos• Homens com PSA > 2ng/ml aos 60 anos		
Interromper o rastreamento para diagnóstico de câncer de próstata precoce baseado na expectativa de vida e no status de desempenho. Homens com expectativa de vida < 15 anos provavelmente não se beneficiarão do rastreamento.		

ANEXO 3. DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA (BIÓPSIA DE PRÓSTATA)

DIAGNÓSTICO	CONDUTA INICIAL	CONDUTA FINAL
Homens < 60 anos Com PSA total > 2,5ng/ml e toque retal normal	Repetir PSA total com 1 mês de intervalo:	
	Se PSA total < 2,5ng/ml	Realiza seguimento clínico
	Se PSA total > 2,5 e < 4,0ng/ml	Solicitar RNM próstata multiparâmetros:*
		Se RNM com Pirads 2, realizar seguimento clínico
		Se RNM com Pirads 3 ou maior, solicitar biópsia de próstata guiada por USG
Homens > 60 anos Com PSA total > 4,0ng/ml e toque retal normal	Repetir PSA total com 1 mês de intervalo:	
	Se PSA total < 4,0ng/ml	Realizar seguimento clínico
	Se PSA total > 4,0ng/ml	Solicitar biópsia de próstata guiada por USG
Homens com qualquer valor de PSA total e toque retal suspeito	Biópsia de próstata guiada por USG	

* Solicitar no SISREG — Ressonância Magnética de Bacia / Pelve.

