

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: UROLOGIA ADULTO.....	3
Mudanças da nova versão.....	4
Protocolo 1 – Sintomas do Trato Urinário Inferior.....	5
Protocolo 2 – Neoplasia de Próstata.....	7
Protocolo 3 – Patologias Escrotais Benignas (Hidrocele, Varicocele, Cistos de Cordão e Epidídimo).....	8
Protocolo 4 – Disfunção Sexual Masculina.....	9
Protocolo 5 – Litíase Renal.....	10
Protocolo 6 – Massas, Cistos ou Doença Policística Renal.....	11
Protocolo 7 – Doença Renal Crônica.....	12
Protocolo 8 – Hematúria.....	13
Protocolo 9 – Infecção Urinária Recorrente.....	14
Protocolo 10 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso.....	15
Protocolo 11 – Dor Pélvica Crônica.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
APÊNDICES – QUADROS E FIGURAS AUXILIARES.....	23

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Urologia Adulto

O protocolo de Urologia Adulto foi publicado como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Urologia Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do médico assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia em trato geniturinário (lesões sólidas no trato geniturinário ou cisto com classificação de Bosniak maior ou igual a 3) devem ter preferência no encaminhamento e devem ser direcionados a serviços de Oncologia Cirurgia Urologia. Pacientes com hidronefrose bilateral, obstrução de rim único funcional ou obstrução unilateral com taxa de filtração glomerular inferior a 15 mL/min/1,73m² devem ter preferência no encaminhamento para Urologia, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Os pacientes com critérios de encaminhamento para Oncologia devem ser atendidos nas agendas oncológicas respeitando-se as referências regionais de cada município, conforme o Plano Estadual de Oncologia, resolução nº265/20 - CIB/RS. O nome das agendas oncológicas por especialidades ou sistemas pode variar de acordo com as referências regionais estabelecidas nos UNACONS/CACONS, estando apresentadas neste protocolo conforme a portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 9 de julho de 2015.

Última revisão em 23 de fevereiro de 2023.

Protocolo 1 – Sintomas do Trato Urinário Inferior

Os sintomas do trato urinário inferior (STUI) incluem sintomas de armazenamento (aumento da frequência urinária ou polaciúria, noctúria, urgência/incontinência urinária e enurese noturna), sintomas de esvaziamento (jato fraco, bífido ou intermitente, hesitação, esforço miccional e gotejamento terminal) e sintomas pós-miccionais (tenesmo vesical ou sensação de esvaziamento incompleto e gotejamento pós-miccional). Diversas condições são responsáveis pelos STUI. Em homens maiores de 45 anos, a principal delas é a hiperplasia prostática benigna (HPB), mas existem outras causas, como descritas no [quadro 1](#).

Pessoas com obstrução urinária aguda em decorrência de HPB apresentam risco de complicações renais e infecciosas. Por isso, mesmo após avaliação emergencial, o tratamento clínico deve ser iniciado enquanto aguardam consulta com o serviço especializado. Entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543 caso seja necessário auxílio com o tratamento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- paciente com STUI e episódio de retenção urinária aguda;
- paciente com HPB e retenção urinária crônica¹ associada a complicações (hidronefrose ou hidroureter, taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 mL/min/1,73m², sepse urinária);
- pacientes com bexiga neurogênica e perda de função renal e/ou dilatação de trato urinário.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- paciente com STUI e:
 - episódio de retenção urinária aguda na vigência de tratamento clínico otimizado para HPB², após avaliação na emergência;
 - retenção urinária crônica¹;
 - infecção urinária recorrente (ver [Protocolo 9 – Infecção Urinária Recorrente](#));
 - litíase vesical;
 - doença neurológica, história de cirurgia ou radioterapia pélvica ou prostática;
 - sintomas refratários ao tratamento clínico otimizado para HPB².
- incontinência urinária complicada (sintomas de armazenamento e/ou de esvaziamento do trato urinário inferior refratários ao tratamento clínico, infecções urinárias recorrentes, dor pélvica, doença neurológica, história de cirurgia ou radioterapia pélvica ou prostática);
- retenção urinária crônica¹ associada à TFG < 60 mL/min/1,73m² (doença renal crônica, estágio 3, 4 e 5), após avaliação na emergência;
- pacientes com bexiga neurogênica sem avaliação prévia por urologista³.

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

- incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico⁴ por 3 meses;
- incontinência urinária complicada (sintomas de armazenamento e/ou de esvaziamento do trato urinário inferior refratários ao tratamento clínico, infecções urinárias recorrentes, dor pélvica, doença neurológica, história de cirurgia ou radioterapia pélvica ou prostática).

¹Retenção urinária crônica é definida como resíduo pós-miccional maior do que 300 mL medido em duas ocasiões diferentes e persistente por pelo menos 6 meses.

²Tratamento clínico otimizado para HPB: medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (como doxazosina 2 a 8 mg/dia) e, nos casos de próstata maior que 40 g ou PSA total maior que 1,4 ng/mL, uso concomitante de inibidor da 5-alfa redutase (finasterida 5 mg/dia) por pelo menos 6 meses.

³Pacientes com bexiga neurogênica secundária a alterações congênitas como a mielomeningocele e aqueles secundários a trauma raquimedular estão sob risco aumentado de perda de função renal por alterações pressóricas vesicais, incoordenação miccional e diminuição de sensibilidade, sendo necessário o seu encaminhamento precoce para serviço de urologia. Esses pacientes devem ser avaliados quanto à necessidade de iniciar cateterismo precoce o mais breve possível.

⁴Para homens com mais de 45 anos, incontinência urinária e sintomas de esvaziamento, além do tratamento descrito no [quadro 2](#), está indicado o tratamento clínico para HPB.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- incontinência urinária associada à prolapso genital com desejo de tratamento cirúrgico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e/ou sintomas (tempo de início, histórico de retenção urinária, descrição de toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
2. tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
3. resultado do PSA total, com data (se realizado);
4. resultado de creatinina sérica, com data (se realizado);
5. anexar laudo de ecografia abdominal (ou vias urinárias e próstata), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados com data (se realizada);
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Neoplasia de Próstata

Sinais de alarme: alterações do jato urinário, retenção urinária e hematúria. Dores ósseas, emagrecimento e caquexia são mais frequentes na doença avançada.

Atenção: Os inibidores da 5-alfa-redutase (como a finasterida) reduzem o valor do PSA. Portanto, os valores do PSA de pacientes que estão em uso dessa medicação há pelo menos 3-6 meses devem ser multiplicados por 2. Considera-se suspeita de neoplasia de próstata em indivíduos que fazem uso contínuo dessa classe e apresentam elevação do PSA em mais de 0,5 ng/mL em qualquer intervalo de tempo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita clínica ou diagnóstico de câncer de próstata associado a complicações agudas (retenção urinária, hematúria volumosa com coágulos, hidronefrose bilateral, sinais e sintomas de acometimento da coluna vertebral [perda progressiva da força e alteração de sensibilidade de membros inferiores, anestesia em sela, alterações no controle dos esfíncteres, suspeita de fratura óssea]).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Urologia:

- suspeita clínica de neoplasia de próstata (presença de hematúria, retenção urinária, sintomas constitucionais) em homens com PSA total > 3 ng/mL;
- suspeita clínica de neoplasia de próstata por toque retal suspeito (nódulo, endurecimento ou assimetria);
- paciente em qualquer idade e uma medida de PSA total ≥ 10 ng/mL, na ausência de condições que causam elevação do PSA¹;
- diagnóstico histopatológico de neoplasia prostática;
- pacientes menores de 70 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/mL, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite¹;
- pacientes com 70 a 75 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/mL, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite¹, se expectativa de vida estimada superior a 10 anos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Clínica e Quimioterapia:

- paciente com neoplasia de próstata avançada, com metástase(s) à distância.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo, se realizado);
2. uso de finasterida (sim ou não). Se sim, especifique tempo de uso;
3. anexar laudo de biópsia prostática, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data, (se realizada);
4. resultado de PSA total, com data (se PSA total < 10 ng/mL em paciente assintomático ou PSA elevado em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com o intervalo indicado);
5. resultado de EQU, com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Se PSA elevado por suspeita de infecção urinária ou prostatite aguda, repetir exame após 6 a 8 semanas do tratamento; se elevação por biópsia prostática recente, repetir PSA após 6 semanas; porém, se elevação por retenção urinária ou instrumentação uretral, repetir PSA em 2 semanas.

Protocolo 3 – Patologias Escrotais Benignas (Hidrocele, Varicocele, Cistos de Cordão e Epidídimo)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de torção de testículo (dor testicular aguda, edema e nódulo de consistência macia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- patologias escrotais benignas sintomáticas, exceto varicocele.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia - Andrologia:

- varicocele associada a:
 - testículo ipsilateral diminuído; ou
 - espermograma com parâmetros alterados ([quadro 3](#) - desde que tenha varicocele clínica e que pretenda ter filhos)¹; ou
 - sintomas (dor ou desconforto).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, fatores desencadeantes ou de alívio);
2. anexar laudo de ecografia escrotal, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
3. se varicocele, anexar laudo de espermograma, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Define-se varicocele clínica quando é possível identificá-la, visualmente ou na palpação de bolsa escrotal, quando o paciente for examinado em posição ortostática (em pé). Também pode ser definida por parâmetros ultrassonográficos: diâmetro venoso > 2,45 mm em repouso ou 2,95 mm durante manobra de Valsalva.

Protocolo 4 – Disfunção Sexual Masculina

A disfunção sexual masculina pode ser classificada em: disfunção erétil (DE), diminuição da libido e distúrbios ejaculatórios. A DE é o tipo mais comum e é classificada como orgânica (vascular, neurológica, secundária a fatores penianos locais, hormonais ou induzida por drogas), psicogênica ou mista. Fatores psicológicos que podem estar envolvidos no desenvolvimento da DE incluem questões relacionadas ao desempenho, experiências traumáticas passadas, problemas de relacionamento, ansiedade, depressão e estresse. Pacientes com DE psicogênica devem ser avaliados e manejados para condições de saúde mental e com psicoterapia, quando disponível.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia - Andrologia:

- disfunção erétil orgânica refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por mais de 6 tentativas sucessivas na dose máxima tolerada ([quadro 4](#));
- disfunção erétil orgânica e contraindicação (hipersensibilidade ao fármaco ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5 ([quadro 4](#));
- doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual;
- ejaculação precoce refratária ao tratamento conservador por 3 meses (uso de inibidor seletivo de recaptção de serotonina e terapia comportamental).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- suspeita clínica ou diagnóstico de hipogonadismo¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

¹Suspeita clínica de hipogonadismo: desenvolvimento sexual incompleto ou anormal; perda de pelos (principalmente axilares e pubianos); redução da libido, de ereções espontâneas e/ou da atividade sexual; desconforto mamário ou ginecomastia. Para confirmação diagnóstica de hipogonadismo: testosterona total, coletada entre 8 e 10 horas da manhã. Se alterada, realizar nova coleta, incluindo LH e FSH.

Protocolo 5 – Litíase Renal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ou dor incontrolável com tratamento clínico otimizado¹ na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- cálculo ureteral maior que 10 mm;
- cálculo ureteral ≤ 10 mm que não foi eliminado após 4 semanas de tratamento clínico¹;
- cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor - após exclusão de outras causas de dor lombar, hematúria ou infecção de trato urinário);
- cálculo renal assintomático maior que 10 mm;
- cálculo renal coraliforme, de qualquer tamanho;
- cálculo vesical.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS;
- impossibilidade de fazer a avaliação metabólica dos cálculos renais, quando indicado², com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos ([quadro 5](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. anexar laudo de tomografia de abdome sem contraste ou ecografia urinária ou radiografia, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (para cálculos menores ou iguais a 10 mm são necessários dois exames, com no mínimo 4 semanas de intervalo entre eles);
3. resultado de creatinina sérica, com data;
4. tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;
5. investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descreva achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como analgesia (opiáceo ou anti-inflamatório não esteroide) e terapia expulsiva com alfabloqueador (ex: doxazosina 4 mg ou tansulosina 0,4 mg uma vez ao dia), se cálculos ureterais ≤ 10 mm.

²A avaliação metabólica dos cálculos é indicada quando houver dois ou mais episódios de litíase renal sintomática, múltiplos cálculos na primeira apresentação ou em pacientes com história familiar fortemente positiva de litíase renal ([quadro 5](#)).

Protocolo 6 – Massas, Cistos ou Doença Policística Renal

Condições clínicas que indicam a necessidade de tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste, quando disponível na APS:

- cisto complexo (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações);
- cisto com classificação de Bosniak 2F ([quadro 6](#)), para seguimento com novo exame em 6 e 12 meses e depois anualmente por 5 anos;
- nódulo sólido à ecografia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- cisto simples¹ sintomáticos (dor lombar - após exclusão de outras causas de dor, hematúria persistente, obstrução de via urinária);
- cisto complexo (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações), quando TC com contraste não disponível na APS;
- cisto com classificação de Bosniak 2F ([quadro 6](#)), quando acompanhamento com TC com contraste não disponível na APS;
- lesão renal sugestiva de angiomiolipoma em ecografia, sem exame contrastado anterior demonstrando o achado atual ou quando TC com contraste não disponível na APS;
- angiomiolipoma maior do que 4 cm de diâmetro;
- angiomiolipoma sintomático (dor em flanco após excluídas outras causas e/ou hematúria), independentemente do tamanho;
- nódulo sólido à ecografia, quando TC com contraste não disponível na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Urologia:

- cistos com alterações sugestivas de malignidade (resultado de tomografia com classificação de Bosniak 3 ou 4 - [quadro 6](#));
- nódulo renal sólido sugestivo de malignidade em exame de imagem contrastado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- suspeita de doença policística renal ([quadro 7](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outro achado relevante);
2. anexar laudo de exame de imagem (ecografia ou tomografia computadorizada), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados (tamanho dos cistos, número e localização), com data;
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. resultado EQU, com data (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 6 semanas entre eles e resultado de hemácias dismórficas²);
5. presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não) e parentesco com o paciente;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Existem três principais critérios para caracterizar um cisto renal simples em ecografia: massa anecoica, arredondada e bem demarcada; paredes lisas e finas; e reforço posterior, indicando boa transmissão através do cisto. Se a lesão cística não preencher esses critérios, avaliar com outros métodos de imagem mais específicos, preferencialmente TC de abdome com contraste.

²A pesquisa de hemácias dismórficas é importante para definir se a origem é glomerular. Hematúria cuja origem não é glomerular deve ser avaliada por urologista.

Protocolo 7 – Doença Renal Crônica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- doença renal e indicação de terapia dialítica de urgência:
 - sobrecarga de volume refratária ao tratamento clínico; ou
 - sinais ou sintomas de hipercalemia (anormalidades de condução cardíaca ou fraqueza muscular) ou hipercalemia grave (potássio $> 6,5$ mEq/L); ou
 - sinais de uremia (pericardite, náuseas, vômitos, encefalopatia ou declínio inexplicável do estado mental); ou
 - intoxicação aguda por álcool e/ou drogas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- alterações ecográficas (hidronefrose, cisto simples que produz obstrução e massas renais ou tumores - [quadro 8](#)) que sugerem lesão ou provocam perda da função renal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- DRC e taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 mL/min/1,73m² (estágio 4 e 5) ([quadro 9](#));
- DRC e TFG < 45 mL/min/1,73m² (DRC estágio 3b, 4 e 5) com complicações associadas à doença renal crônica e não atribuíveis a outra etiologia (anemia refratária, hipercalemia refratária¹, hiperfosfatemia, hipocalcemia, hiperparatireoidismo, hipertensão resistente);
- perda rápida da função renal²;
- presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários);
- alterações anatômicas (como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal) que provoquem lesão ou perda de função renal ([quadro 8](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal², colocar dois resultados com no mínimo 12 meses de intervalo entre eles);
2. resultado de relação albuminúria/creatininúria ou proteinúria/creatininúria em amostra, ou albuminúria ou proteinúria em 24 horas ([quadro 10](#)), com especificação do tipo de exame e data;
3. resultado de EQU, com data;
4. anexar laudo de ecografia de vias urinárias, preferencialmente, ou descrever na íntegra os resultados, com data (se realizada);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Confirmada por repetição e sem melhora com redução/suspensão de medicamentos que causam hipercalemia ou aumento de diurético, se paciente congesto.

²Perda rápida da função renal é definida como perda de > 5 mL/min/1,73m² de TFG em 12 meses em paciente com TFG prévia < 60 mL/min/1,73m²; ou queda na categoria da DRC associado à perda $\geq 25\%$ da TFG em relação à basal em 12 meses.

Protocolo 8 – Hematúria

Atenção: Sempre descartar causas benignas (infecção urinária, febre, trauma ou sangramento menstrual) em pacientes com hematúria. A investigação da hematúria pode ser consultada na [figura 1](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- hematúria macroscópica e obstrução do trato urinário, instabilidade hemodinâmica, sepse urinária e/ou dor de difícil manejo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- hematúria macroscópica com coágulos, na ausência de infecção;
- hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um EQU) e sem evidência de doença glomerular ([quadro 11](#));
- hematúria microscópica¹ assintomática de origem não glomerular (confirmada em dois EQU, com intervalo de 6 semanas e pesquisa de hemácias dismórficas² negativa) em pacientes com fatores de risco para neoplasia urotelial³;
- hematúria microscópica¹ assintomática de origem não glomerular (confirmada em dois EQU, com intervalo de 6 semanas e pesquisa de hemácias dismórficas² negativa) persistente após 6 ou 12 meses em pacientes sem fatores de risco para neoplasia urotelial³.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um EQU) sugestiva de doença glomerular ([quadro 11](#));
- hematúria microscópica¹ assintomática persistente sugestiva de doença glomerular (confirmada em dois EQU com intervalo de 6 semanas e pesquisa de hemácias dismórficas positiva² ou outros achados de doença glomerular - [quadro 11](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de creatinina sérica, com data;
3. se hematúria sem coágulos, descreva resultados dos exames, com data: EQU (se hematúria microscópica¹, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 6 semanas entre eles; se quadro persistente em pessoa sem fator de risco para neoplasia urotelial³, descreva também exames após 6 ou 12 meses), relação albuminúria/creatininúria em amostra ou proteinúria/creatininúria em amostra, ou albuminúria ou proteinúria em 24 horas, com especificação do tipo de exame, pesquisa de hemácias dismórficas na urina²;
4. presença de fatores de risco para neoplasia urotelial³ (sim ou não). Se sim, descreva;
5. anexar laudo de ecografia de vias urinárias, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Hematuria microscópica: ≥ 3 hemácias/campo, quando analisado na microscopia/sedimentoscopia, ou acima do limite da referência, quando analisado por outro método quantitativo, como citometria de fluxo.

²A pesquisa de hemácias dismórficas é importante para definir se a origem é glomerular. Hematúria cuja origem não é glomerular deve ser avaliada por urologista.

³Fatores de risco para neoplasia urotelial: mulheres ≥ 50 anos ou homens ≥ 40 anos, história de tabagismo, sintomas miccionais irritativos ou cistite crônica/intersticial (sintomas não justificados por ITU), radioterapia pélvica, cateterismo intermitente ou sondagem vesical de demora, exposição ocupacional a carcinógenos (trabalhadores em fábrica de corantes, borracha, couro, têxteis, produtos de pintura e empresas de impressão, pintores, mecânicos, tipógrafos, cabeleireiros e motoristas de caminhão).

Protocolo 9 – Infecção Urinária Recorrente

Infecção do trato urinário (ITU) recorrente é definida por dois ou mais episódios no período de 6 meses ou três ou mais em um ano.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- alteração anatômica ou neurológica no trato urinário que provoque ITU recorrente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:

- ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada por 6 meses e manejo clínico otimizado¹, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- alteração anatômica ginecológica que provoque ITU recorrente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. número de infecções urinárias nos últimos 6 ou 12 meses;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
3. anexar laudo de ecografia de vias urinárias, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
4. descrever se foi realizado profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia);
5. em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retoccele ou prolapso uterino;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Manejo clínico otimizado é definido como otimização das medidas comportamentais, que incluem consumo adequado de líquidos (2 a 3 L/dia), micção em períodos não superiores a 3 horas, tratamento de constipação (se presente) e urinar após a relação sexual, além de tratamento medicamentoso com estrogênio tópico em mulheres na pós-menopausa, na ausência de contraindicações.

Protocolo 10 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- homem com condiloma acuminado (verruga anogenital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas, muito numerosas ou associadas à fimose);
- homem ou mulher com condiloma acuminado junto ao meato uretral ou em uretra distal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- condiloma acuminado (verruga anogenital), verruga viral ou molusco contagioso:
 - em paciente imunocomprometido, refratária ao tratamento por pelo menos 1 mês ([quadro 12](#), [quadro 13](#) e [quadro 14](#)) ou com progressão rápida no número de lesões;
 - em paciente imunocompetente, refratária ao tratamento por pelo menos 3 meses ([quadro 12](#), [quadro 13](#) e [quadro 14](#)); ou
 - lesões faciais:
 - verrugas virais (exceto verrugas planas); ou
 - molusco contagioso na face em adultos; ou
 - molusco contagioso periocular em adultos e crianças.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- mulher com condiloma acuminado (verruga anogenital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou muito numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- paciente com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou muito numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia em Ambulatório de Gestão de Alto Risco Tipo II (AGAR – II):

- gestante com condiloma acuminado (verruga anogenital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20 cm²);
- gestante com condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico (localização, número, tempo de evolução, extensão e toque retal quando condiloma anorretal);
2. anexar fotografias das lesões (se autorizado pelo paciente);
3. resultado teste rápido para HIV ou de anti-HIV, com data;
4. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, posologia e tempo de uso);
5. se mulher em idade fértil, trata-se de gestante (sim ou não);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: é recomendado investigar outras IST em pessoas que apresentam condiloma acuminado. Oferecer testagem para sífilis e HIV no momento do diagnóstico e em 4 a 6 semanas após o diagnóstico, e para hepatite B e C no diagnóstico, além de PCR para Clamídia e Gonococo, se disponível. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado.

Protocolo 11 – Dor Pélvica Crônica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa ([quadro 15](#)) refratária a tratamento clínico¹ por pelo menos 3 meses na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- mulheres com dor pélvica de origem ginecológica há mais de 6 meses, refratária ao tratamento específico da condição, não associada a gestação;
- mulheres com dor pélvica crônica associada a alteração em exame de imagem ou exame físico sugestivo de endometriose².

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- dor de origem abdominal com investigação inconclusiva na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor ou Urologia:

- homens com síndrome da dor pélvica crônica/prostatite crônica, associados ou não a sintomas urinários e sexuais, na ausência de outras causas identificáveis, refratários a tratamento conservador por pelo menos 3 meses na APS ([figura 2](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- mulheres com dor pélvica crônica, associada ou não a sintomas urinários e sexuais, na ausência de outras causas identificáveis, refratária a tratamento conservador³ por pelo menos 3 meses na APS, preferencialmente já avaliadas por ginecologia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário, exame físico e ginecológico/urológico completo);
2. índice de massa corpórea (IMC);
3. investigações já realizadas;
4. tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. história de cirurgias abdominais ou ginecológicas/urológicas prévias (sim ou não);
6. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico para cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa: manejo multidisciplinar com associação de educação sobre a condição, tratamento de comorbidades (ex: infecção urinária, outras síndrome dolorosas crônicas), suporte psicossocial, modificações de dieta, estilo de vida e comportamento, terapia farmacológica (amitriptilina 25 a 75 mg/noite; em pacientes com doenças alérgicas conhecidas: hidroxizina 25 a 75 mg/dia; analgesia simples como adjuvante: paracetamol) e fisioterapia pélvica, se disponível.

²Achados no exame físico sugestivos de endometriose: sensibilidade focal no exame vaginal, nódulos no fórnice posterior, massas anexiais e imobilidade ou posicionamento lateral do colo do útero ou do útero.

³Tratamento clínico otimizado para dor pélvica crônica feminina: o manejo multidisciplinar deve ser buscado através da associação entre farmacoterapia (analgesia simples, tratamento para modulação da dor com tricíclicos ou anticonvulsivantes), modificações de dieta, estilo de vida e comportamento, tratamento de fatores psicológicos e tratamento hormonal, quando indicado por condição ginecológica e fisioterapia pélvica, se disponível.

Apêndices – quadros e figuras auxiliares

Quadro 1 – Causas de sintomas do trato urinário inferior.

- Hiperplasia prostática benigna.
- Bexiga hiperativa/ hiperatividade do detrusor.
- Poliúria noturna.
- Bexiga hipoativa/ hipoatividade do detrusor.
- Síndrome da dor pélvica crônica.
- Bexiga neurogênica/ disfunção neurogênica do trato urinário inferior.
- Disfunção de assoalho pélvico/ micção disfuncional.
- Infecção do trato urinário/ inflamação do trato urinário.
- Corpo estranho.
- Estenose uretral.
- Tumor vesical.
- Litíase em ureter distal.
- Outras.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de European Association Of Urology (2021b) e Rickey (2022).

Quadro 2 – Tratamento clínico para incontinência urinária.

Intervenções no estilo de vida
• perda de peso, se sobrepeso ou obesidade; • diminuição da ingestão de cafeína ou álcool; • cessação do tabagismo (se presente); • tratamento de constipação, se necessário.
Exercícios da musculatura pélvica (exercício de Kegel)
• Fortalecem os músculos do assoalho pélvico, auxiliando no controle da incontinência urinária e dos distúrbios da estática pélvica. • Ensinar o paciente a fazer os exercícios. ○ Tanto homens como mulheres podem aprender os exercícios de Kegel ao parar e reiniciar o fluxo de urina. Esse exercício permite conhecer quais são os músculos corretos que devem ser contraídos, porém o exercício não deve ser realizado continuamente em todas as micções. ○ Mulheres também podem aprender os exercícios de Kegel colocando um dedo dentro do canal vaginal, apertando os músculos ao redor do dedo; ou simulando estar sentada sobre um objeto e tentar “pegar” o objeto utilizando a vagina. ○ Homens podem aprender a fazer exercícios de Kegel apertando os glúteos, como se estivessem segurando flatos. • Os exercícios podem ser realizados em qualquer posição e devem ser realizadas contrações de 6 a 10 segundos, em séries de 8 a 12 repetições, 3 vezes ao dia, em 3 a 4 dias na semana (idealmente todos os dias). Orientações por escrito para entregar aos pacientes podem ser encontradas em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/orientacoes_para_exercicios_da_musculatura_pelvica_(Kegel)_TSRS.pdf.
Treinamento vesical
• Consiste em educação do paciente sobre seus hábitos miccionais associado a regime de micção programada com aumentos graduais do intervalo entre as micções. Ajuda o paciente a “segurar mais urina”, de forma que consiga urinar com menor frequência e com menos episódios de urgência e incontinência. • Recomendado para pacientes com urgência miccional associada ou não à incontinência urinária. • A melhora no padrão miccional pode levar até 6 semanas para ser observada. É importante realizar revisões periódicas para monitorar o progresso, realizar ajustes ao programa e dar reforço positivo ao paciente. • Para realização orientar o paciente a: 1. Fazer diário miccional por 24h. a) Pode registrar apenas os horários das micções. b) Não há necessidade de registrar o volume. 2. Após, urinar “pelo relógio”, em intervalos regulares, usando inicialmente o menor intervalo entre as micções, conforme identificado no diário miccional. a) Tipicamente começar com intervalos de 1 hora (enquanto acordado). b) Intervalos menores (30 min ou menos) podem ser necessários em pacientes que costumam urinar em intervalos inferiores à 1 hora. 3. Controlar a urgência (desejo de urinar) entre as micções programadas com técnicas de distração, relaxamento e contração da musculatura do assoalho pélvico. a) Técnica de distração: realizar cálculos matemáticos mentalmente. b) Técnica de relaxamento: realizar respirações profundas. c) Técnica de contrações da musculatura do assoalho pélvico: realizar contrações rápidas dos músculos do assoalho pélvico. 4. Após 2 a 7 dias com menos sintomas de urgência e/ou incontinência, aumentar o intervalo entre as micções. a) Usualmente progredir com 15 a 30 min a mais de intervalo. b) Os intervalos devem ser gradualmente aumentados até que seja atingido intervalo de 2 a 4 horas, com poucos episódios de urgência e/ou incontinência.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 3 – Valores normais de espermograma.

Parâmetros	Valor de normalidade
Volume	≥ 1,5 mL
pH	≥ 7,2
Concentração	≥ 15 milhões de espermatozoides/mL
Número de espermatozoides	≥ 39 milhões por ejaculação
Motilidade total (PR + NP)	≥ 40%
Motilidade progressiva (PR)	≥ 32%
Morfologia estrita (KRUGER)	≥ 4%
Vitalidade	≥ 58%
Graduação de Motilidade: Motilidade progressiva (PR): espermatozoides movimentam-se ativamente com trajetórias e velocidades diversas. A: rápido progressivo (trajetória retilínea). B: lento ou progressivo não-retilíneo (trajetórias retilíneas sem velocidade, trajetórias não-retilíneas ou sinuosas. Motilidade não progressiva (NP): todos os tipos de motilidade com ausência de progressão. Imóvel (IM): espermatozoides sem movimento (cabeça e cauda imóveis).	
Orientar coleta no período de 2 a 7 dias de abstinência sexual. Se houver azoospermia ou oligospermia grave (abaixo de 5 milhões de espermatozoides/mL), repetir espermograma em 2 semanas. Para outros achados anormais, repetir espermograma em 3 meses.	

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2013) e World Health Organization (2010).

Quadro 4 – Tratamento para disfunção erétil com inibidor de fosfodiesterase-5*.

Sildenafil (comprimidos de 25, 50 e 100 mg): • iniciar com dose de 50 mg (iniciar com 25 mg em pessoas com mais de 65 anos, com doença cardiovascular de baixo risco ou em uso concomitante de alfabloqueador); • tomar a medicação 1 hora antes do ato sexual; • utilizar a medicação somente 1 vez ao dia e se necessário; • se efeito adverso, reduzir para 25 mg; • se ereção não satisfatória, aumentar a dose para 100 mg; • dose máxima de 100 mg/dia; • administração junto com alimentação, especialmente se rica em gorduras, pode reduzir a absorção.
Vardenafila (comprimidos de 5, 10 e 20 mg): • iniciar com dose de 10 mg (iniciar com 5 mg em pessoas com mais de 65 anos, com doença cardiovascular de baixo risco ou em uso concomitante de alfabloqueador); • tomar a medicação 1 hora antes do ato sexual; • utilizar a medicação somente 1 vez ao dia e se necessário; • se efeito adverso, reduzir para 5 mg; • se ereção não satisfatória, aumentar a dose para 20 mg; • dose máxima de 20 mg/dia; • administração junto com alimentação, especialmente se rica em gorduras, pode reduzir a absorção.
Tadalafila (comprimidos de 5 e 20 mg): • tratamento conforme necessário: ○ iniciar com dose de 10 mg (nenhum ajuste de dose é necessário para pessoas com mais de 65 anos, com doença cardiovascular de baixo risco ou em uso concomitante de alfabloqueador); ○ tomar a medicação 1 hora antes do ato sexual; ○ utilizar a medicação somente 1 vez ao dia e se necessário; ○ se efeito adverso, reduzir para 5 mg; ○ dose máxima de 20 mg/dia; • tratamento diário (indicado apenas se função renal e hepática normais): ○ 5 mg uma vez ao dia.
Contraindicação ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5: hipersensibilidade ao medicamento ou uso concomitante (regular ou intermitente) de nitratos (nitroglicerina, mononitrato de isossorbida, dinitrato de isossorbida).
Efeitos adversos comuns: cefaleia, rubor facial, epigastralgia, congestão nasal, distúrbios visuais.
Pacientes com doença cardiovascular de baixo risco podem ser tratados para disfunção erétil com inibidores da fosfodiesterase-5 desde que não estejam em uso de nitratos. Nesses pacientes iniciar com doses mais baixas.
A segurança destes fármacos é incerta em pacientes com insuficiência renal grave ou hepática grave, coagulopatia, hipotensão, doença cardiovascular instável ou avançada ou distúrbios da retina.
Coadministração com alfabloqueador pode causar hipotensão sintomática. Se necessário uso concomitante, sugere-se estabilização inicial da dose do alfabloqueador antes de iniciar uso de inibidor de fosfodiesterase-5 em dose reduzida. Nesses casos, a tansulosina costuma ser melhor tolerada do que a doxazosina.

*Os inibidores de fosfodiesterase-5 são medicações facilitadoras da ereção e não indutoras, sendo necessário estímulo sexual. Esses fármacos resultam em taxas igualmente altas de relações sexuais bem-sucedidas, além de apresentarem perfis de efeitos colaterais semelhantes. Recomenda-se que a escolha farmacológica seja baseada nas preferências do paciente, incluindo custo, facilidade de uso, duração desejada de ação e efeitos adversos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Khera (2022).

Quadro 5 – Avaliação metabólica de cálculos renais*.

Análise da composição do cálculo.
Exame qualitativo de urina (EQU).
Dosagem sérica de: - sódio, potássio, cloro e bicarbonato, creatinina, cálcio total e albumina, fósforo, ácido úrico, 25-hidroxivitamina D e TSH; - PTH, se: - cálcio sérico elevado ou no limite médio-superior da normalidade e o fósforo sérico menor que o valor médio do intervalo normal; ou - cálcio urinário elevado ou no limite médio-superior da normalidade.
Dosagem em urina de 24 horas, em duas ocasiões diferentes, de: cálcio, ácido úrico, oxalato, fósforo, cistina, citrato, sódio e creatinina.

*A avaliação metabólica dos cálculos renais é indicada quando houver dois ou mais episódios de litíase renal sintomática, múltiplos cálculos na primeira apresentação ou em pacientes com história familiar fortemente positiva de litíase renal.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Goldman e Schafer (2018).

Quadro 6 – Classificação tomográfica de Bosniak para cistos renais.

Categoria	Descrição	Risco de malignidade (%)	Manejo
I	Cistos simples: conteúdo hipoatenuante homogêneo de 0 a 20 UH, contornos regulares. Ausência de calcificações, espessamentos parietais, septações ou realce pelo contraste.	0	Nenhuma avaliação complementar é necessária. Não há necessidade de repetir o exame de imagem.
II	Cistos minimamente complicados: septações finas (< 1 mm), pequenas calcificações lineares parietais ou septais, cistos hiperdensos (> 20 UH) menores que 3 cm, sem realce pelo contraste.	Próximo a 0	Se não for possível diferenciar entre II e IIF, considerar seguimento como cisto IIF.
II F	Cistos minimamente complicados que requerem seguimento: maior nº de septações finas, septos ou paredes minimamente espessadas, porém regulares, calcificações espessas ou nodulares, cistos hiperdensos intra-renais $\geq$ 3 cm.	5	Devem ser monitorados com TC de abdome com contraste em 6 meses e 12 meses e após anualmente por 5 anos. Se mudança morfológica, indica-se encaminhamento conforme nova classificação.
III	Cistos indeterminados: espessamento parietal ou septações espessas e irregulares, com realce pelo contraste, com ou sem calcificações.	45 a 60	Em caso de dúvida, se a IIF ou III, realizar ressonância magnética. Encaminhar para Oncologia Cirurgia Urologia.
IV	Neoplasias císticas: espessamento parietal ou septal grosseiro e nodular, tecido sólido junto às paredes ou septos.	90 a 100	Encaminhar para Oncologia Cirurgia Urologia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Sociedade Brasileira de Urologia (2006).

Quadro 7 – Suspeita de doença policística renal.

História familiar positiva e
pacientes com idade entre 15 e 39 anos com três ou mais cistos uni ou bilaterais;
pacientes com idade entre 40 e 59 anos com dois ou mais cistos em cada rim;
pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com quatro ou mais cistos em cada rim.
História familiar negativa e
10 ou mais cistos em cada rim, na ausência de achados sugestivos de outra doença renal cística, principalmente se rins aumentados bilateralmente ou presença concomitante de cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos.

Fonte: Fochesatto e Barros (2013).

Quadro 8 – Alterações anatômicas que sugerem lesão ou provocam perda da função renal*.

Hidronefrose persistente sem causa definida após avaliação em serviço de emergência.
Hiperplasia prostática benigna com obstrução causando hidronefrose e/ou volume residual pós-miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical.
Cistos simples que causam obstrução.
Massas ou tumores renais.

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 9 – Estágios da Doença Renal Crônica (DRC) de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG).

Taxa de filtração glomerular calculada pela fórmula CKD-Epi.

Estágio	Taxa de filtração glomerular (mL/min/1,73m ²)
1*	> 90
2*	60 a 89
3a	45 a 59
3b	30 a 44
4	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

*DRC é definida por anormalidades estruturais ou funcionais que persistem por mais de 3 meses, com repercussões sobre a saúde. Estágios 1 e 2 não são considerados DRC a não ser que apresentem marcadores de dano renal: proteinúria, anormalidades do sedimento urinário, anormalidades eletrolíticas ou outras devido a doenças tubulares, anormalidade estrutural ou patológica do rim ou história de transplante renal.

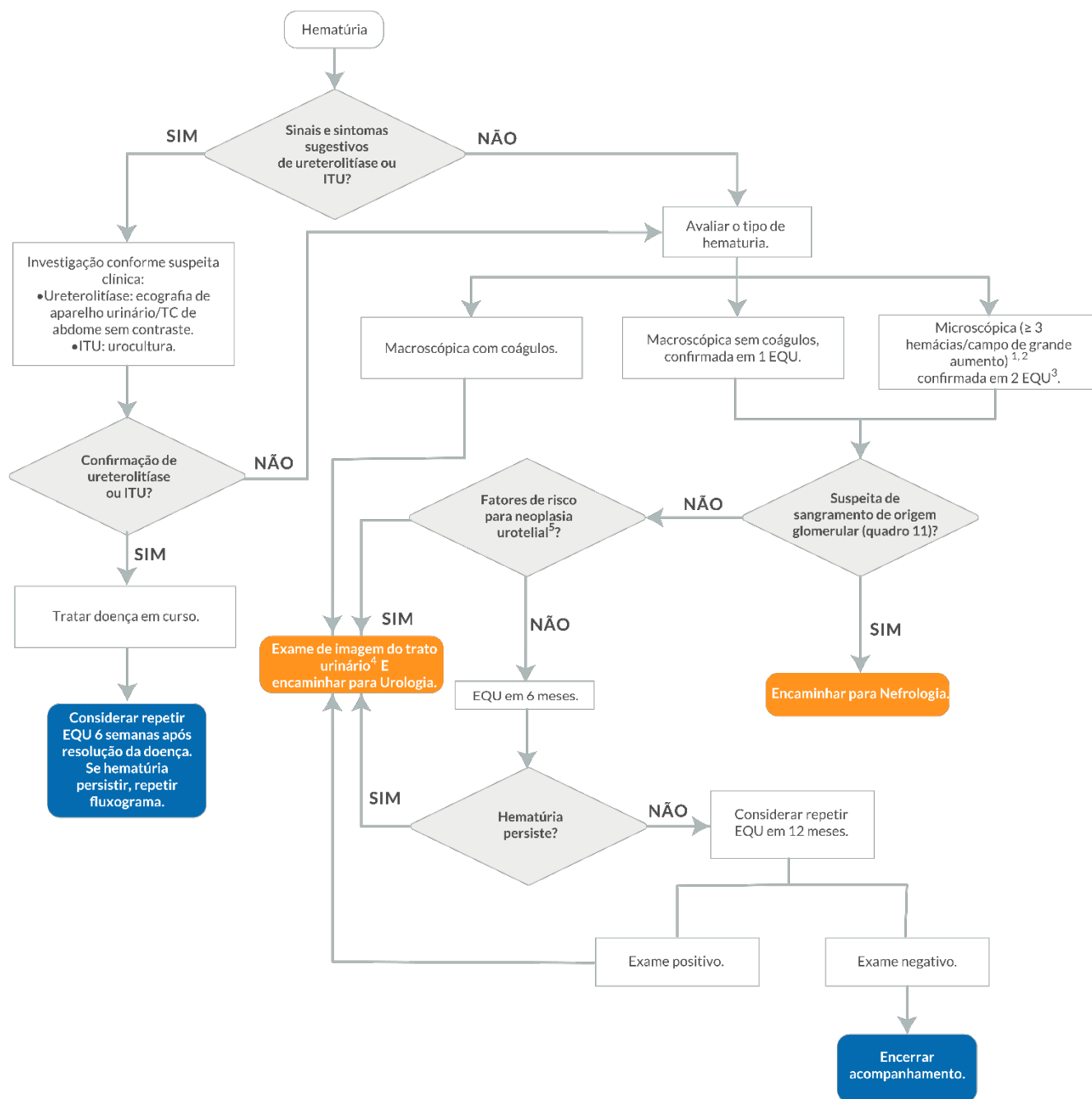
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de KDIGO (2012).

Quadro 10 – Valores de referência para albuminúria e proteinúria e relação entre suas categorias.

Exame	Normal ou levemente aumentada	Moderadamente aumentada	Gravemente aumentada
Albuminúria 24 horas	< 30 mg	30 a 300 mg	> 300 mg
Relação albuminúria/creatininúria	< 30 mg/g	30 a 300 mg/g	> 300 mg/g
Proteinúria 24 horas	< 150 mg	150 a 500 mg	> 500 mg
Relação proteinúria/creatininúria	< 150 mg/g	150 a 500 mg/g	> 500 mg/g

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de KDIGO (2012).

Figura 1 – Investigação de hematúria.



EQU: exame qualitativo de urina; ITU: infecção do trato urinário; TC: tomografia computadorizada.

¹Positividade para a porção heme da hemoglobina na tira reagente não define diagnóstico de hematuria.

²Alguns laboratórios utilizam métodos quantitativos automatizados, como citometria de fluxo. Nesse caso, basear-se na referência do laboratório.

³Coleta em condições adequadas: fora de período de menstruação e sem exercício vigoroso ou trauma recente.

⁴Ecografia do aparelho urinário ou urotomografia (TC de abdome com contraste com aquisição também na fase excretora). Se paciente gestante, não realizar tomografia.

⁵Fatores de risco para neoplasia urotelial: mulheres com idade ≥ 50 anos ou homens com idade ≥ 40 anos, história de tabagismo, sintomas miccionais irritativos ou cistite crônica/intersticial (sintomas não justificados por ITU), radioterapia pélvica, cateterismo intermitente ou sondagem vesical de demora, exposição ocupacional a carcinógenos (trabalhadores em fábrica de corantes, borracha, couro, têxteis, produtos de pintura e empresas de impressão, pintores, mecânicos, tipógrafos, cabeleireiros e motoristas de caminhão).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Barocas *et al.* (2020).

Quadro 11 – Achados sugestivos de hematúria por doença glomerular.

Pesquisa de hemácias dismórficas positiva (especialmente se descrito presença de acantócitos) ¹ .
Presença de acantócitos no exame de urina.
Proteinúria.
Cilindros hemáticos.
Insuficiência renal (elevação de creatinina e/ou ureia).
História familiar de nefrite hereditária ou doença policística renal.

¹Alguns laboratórios descrevem a porcentagem de dismorfismo: > 70% é tipicamente glomerular, < 30% é tipicamente não glomerular, 30 a 70% é de origem indeterminada (indicando avaliação urológica E nefrológica).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Perazella (2021).

Quadro 12 – Tratamento para condiloma acuminado*.

Tratamento na Unidade de Saúde:

• **Ácido tricloracético (ATA): a 80% a 90% (solução):**

- aplicar uma vez por semana, por até 8 a 10 semanas;
- aplicar pequena quantidade somente nos condilomas, com auxílio de cotonete ou palito de dentes (uma área esbranquiçada se tornará visível no local da aplicação);
- aplicar com cuidado, evitando que a solução se espalhe para a pele ao redor da lesão;
- se o paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão, bicarbonato de sódio ou talco;
- o tratamento pode ser prescrito durante a gestação.

Tratamento domiciliar:

• **Imiquimod 5% creme:**

- aplicar nas lesões, 3 vezes por semana, até melhora clínica completa (por até 16 semanas);
- aplicar antes de dormir e lavar a área pela manhã, com água e sabão (deixar o produto em contato com a pele por 6 a 10 horas);
- reações locais: eritema, irritação, induração, ulceração, erosões e vesículas. Nesses casos, pode ser dado um intervalo de alguns dias entre as aplicações para diminuir o desconforto do paciente. O tratamento deve ser reiniciado após a melhora dos sintomas;
- é contraindicado na gestação.

*Orientar sobre a doença, ofertar preservativos e teste para outras IST (HIV, sífilis, Hepatite B e C), avaliar parcerias sexuais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Rosen (2022).

Quadro 13 – Tratamento para verrugas virais*.

<u>Verrugas vulgares/verrugas palmo-plantares</u> - Medicamento à base de ácido salicílico (20%) e ácido láctico (15%) em solução colódio elástico 5 mL ou 10 mL (disponível comercialmente ou sob manipulação): • a aplicação pode ser feita após o banho ou após deixar o local imerso em água morna por, no mínimo, 5 a 10 minutos; • lixar, delicadamente, a porção superior da lesão para retirar o excesso de pele (pode ser utilizada uma lixa de unha descartável); • proteger a pele ao redor da verruga com esparadrapo ou vaselina sólida. Deve ser utilizado esparadrapo, e não micropore; • aplicar uma camada fina do medicamento sobre a lesão com a pele seca. Esperar secar e cobrir com outro pedaço de esparadrapo, para ajudar a penetração dos componentes; • trocar esse curativo a cada 24 a 48 horas, tomando o cuidado de repetir todo o procedimento, passo a passo; • deve-se realizar esse procedimento até o desaparecimento da lesão (período é variável, entre 1 a 3 meses); • caso ocorra irritação excessiva da pele perilesional, pode-se diminuir a frequência de uso; • NÃO deve ser utilizado na face e nem em pacientes com neuropatia periférica; • Em verrugas palmo-plantares podem ser necessárias concentrações mais elevadas de ácido salicílico (até 40%), disponíveis apenas sob manipulação. - 5- Fluoruracila 5% creme: • aplicar 1 vez ao dia, com oclusão, por 4 a 12 semanas; • é <u>contraindicado</u> na gestação.
<u>Verrugas palmo-plantares</u> <u>Tratamento na Unidade de Saúde:</u> - Ácido tricloracético (ATA) 50 a 80%: • pode ser utilizado em lesões palmares e plantares, aplicando-se com um palito de madeira (se necessário, colocar pequena quantidade de algodão na ponta) a cada 7 a 10 dias, por até 8 semanas; • pode ocorrer sensação de pinicação e queimação no local durante a aplicação.
<u>Verrugas planas</u> - Tretinoína tópica (0,025%, 0,05% e 0,1%): • deve-se utilizar a maior concentração tolerada pelo paciente, sempre à noite; • é recomendável proteger a pele ao redor com vaselina antes da aplicação; • caso as lesões sejam em áreas submetidas à depilação com lâminas, orientar paciente a trocar o método depilatório para evitar a disseminação das lesões (optar pelo barbeador elétrico ou creme depilatório); • é <u>contraindicado</u> na gestação. - Imiquimod 5%, tópico: • aplicar nas lesões (sem oclusão), antes de dormir e retirar pela manhã, por até 12 semanas; • é <u>contraindicado</u> na gestação.
<u>Verrugas filiformes</u> <u>Tratamento na Unidade de Saúde (se material disponível):</u> - exérese por shaving e eletrocoagulação: utilizar anestesia local antes da remoção. A eletrocoagulação é útil tanto para a hemostasia quanto para prevenir a recorrência.

*Lesões perioculares (com exceção de verrugas planas): evitar os tratamentos tópicos. Encaminhar para avaliação presencial com a Dermatologia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 14 – Tratamento para molusco contagioso*.

- Adultos e adolescentes com lesões genitais devem ser tratados (risco de disseminação sexual).
- O tratamento precoce também está indicado em pacientes imunossuprimidos (risco de lesões disseminadas).
- Nos pacientes imunocompetentes as lesões desaparecem espontaneamente dentro de 6 a 12 meses, sem deixar cicatrizes.
- Visto a natureza autolimitada da infecção, o tratamento para crianças imunocompetentes é opcional.

Opções de tratamento:

- **Hidróxido de potássio (KOH) 5 a 10% em solução aquosa (manipulado):**
 - aplicar uma pequena quantidade do produto, com palito de dente, uma vez ao dia;
 - orientar cuidado para não aplicar na pele sadia perilesional;
 - pode haver sensação de ardência após a aplicação;
 - manter o uso até as lesões ficarem mais avermelhadas e com pequena crosta sobreposta;
 - pode ocorrer hipopigmentação pós-inflamatória.
- **Tretinoína (0,05% creme ou 0,1% creme ou 0,025% gel):**
 - aplicar nas lesões, em dias alternados, e aumentar gradativamente a frequência do uso conforme a tolerância (podendo chegar a 2 vezes por dia);
 - a aplicação deve ser suspensa quando ocorrer eritema;
 - xerose e irritação são efeitos adversos comuns e esperados;
 - é contraindicado na gestação.

*Lesões perioculares: evitar tratamentos tópicos. Encaminhar para avaliação presencial com a Dermatologia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Quadro 15 – Suspeita de cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa.

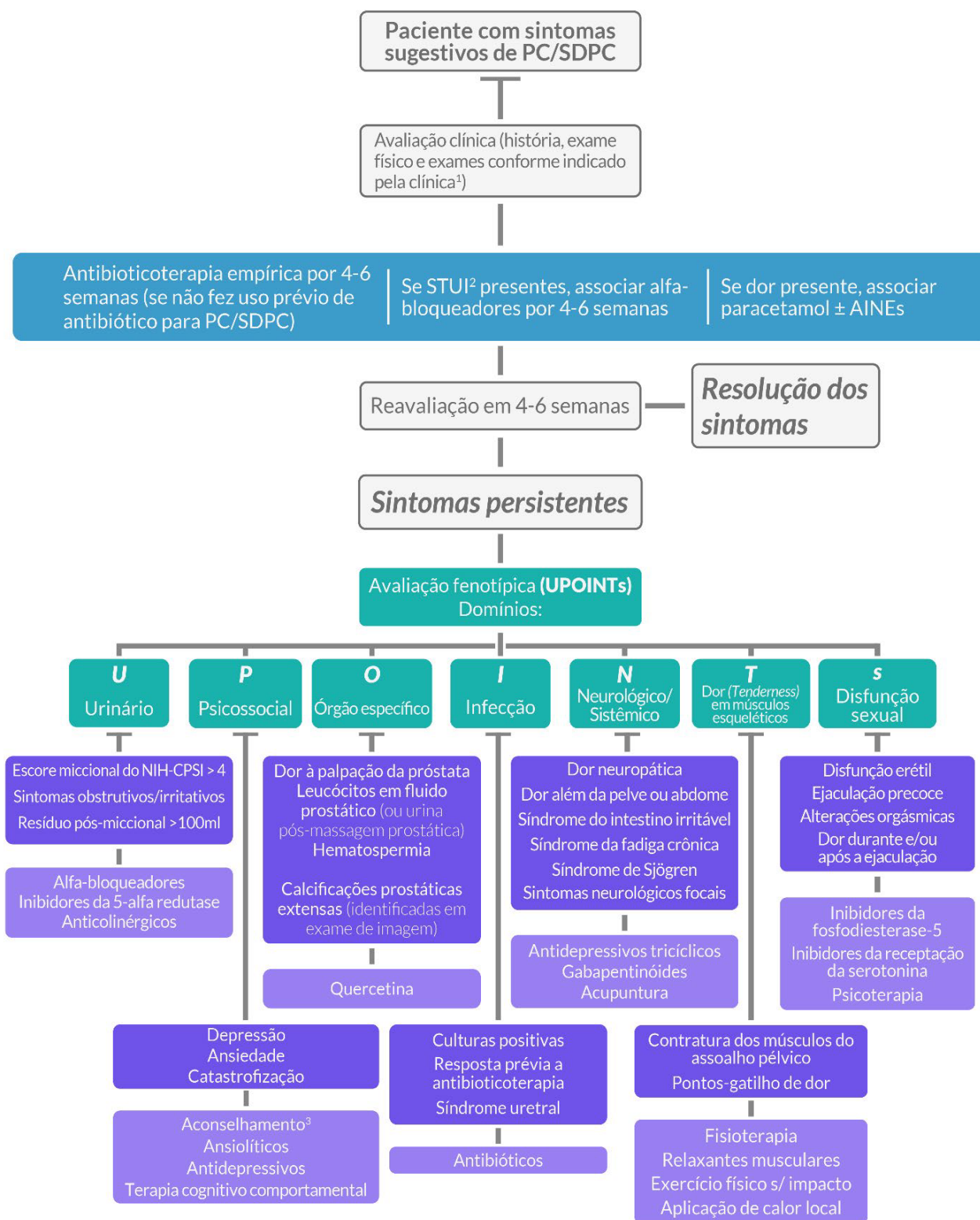
Diagnóstico: sensação desagradável (dor, pressão, desconforto) percebida como relacionada à bexiga, associada a sintomas do trato urinário inferior por mais de seis semanas, na ausência de infecção ou outras causas identificáveis. A dor associada ao enchimento da bexiga e aliviada pelo esvaziamento, além de sensibilidade pélvica no exame, são características frequentemente encontradas.

Sintomas frequentes:

- frequência miccional aumentada durante o dia (> 7 micções em vigília);
- urgência urinária;
- noctúria (≥ 2 micções por noite);
- disúria;
- dor pélvica ou perineal na ausência de infecção ou outra causa identificável;
- dispareunia, ardência ou dor localizada na vagina, pelve ou região suprapúbica;
- depressão.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Clemens (2021) e Dynamed (2018).

Figura 2 – Tratamento da prostatite crônica/síndrome da dor pélvica crônica masculina.



¹ Mínimo necessário: EQU e urocultura

² STUI: Sintomas do Trato Urinário Inferior

³ Educação sobre o diagnóstico e mecanismos da dor crônica

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Magistro *et al.* (2016) e Rees *et al.* (2015)