



CÂMARA TÉCNICA DE ESPECIALIDADES

Protocolo de encaminhamento à
UROLOGIA E NEFROLOGIA

- **ORIENTAÇÕES PARA O AGENDAMENTO**
- **AVALIAÇÃO DE RISCO**
- **RELAÇÃO DOS RECURSOS**

1. ORIENTAÇÕES GERAIS:

- Solicitação em impresso de referência e contra-referência, com letra legível, assinatura e carimbo do médico solicitante e identificação da unidade de saúde de origem;
- Atentar para o preenchimento de história clínica, hipótese diagnóstica e exame clínico sucinto;
- Especificar motivo/justificativa do encaminhamento;
- Orientar para que o usuário chegue 30 minutos antes do horário agendado para consulta, levando documentos: RG, cartão SUS, encaminhamento do médico e os exames necessários para encaminhamento.

2. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS:

I. AFECÇÕES DE PRÓSTATA

1. HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

Com o objetivo de facilitar e otimizar o encaminhamento de pacientes com sintomas prostáticos ao ambulatório, utilizaremos a escala de sintomas IPSS. A escala é composta de sete perguntas e cada resposta corresponde de 1 a 5 pontos. A somatória final dos pontos deve ser correlacionada à tabela.

ESCALA INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS PROSTÁTICOS (IPSS)

| <u>No último mês, quantas vezes:</u> | Nenhuma vez | Menos de 1 vez em cada 5 | Menos que a metade das vezes | Cerca de metade das vezes | Mais que a metade das vezes | Quase sempre |
|---|-------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------|
| 1.Ficou com a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após urinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Teve que urinar novamente antes de 2 horas depois de urinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.Teve o jato urinário interrompido várias vezes enquanto urinava? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.Teve dificuldade em controlar e evitar o desejo de urinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.Você teve que fazer força para iniciar o ato de urinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.Na média, teve que levantar da cama para urinar a noite? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Score total | | | | | | |

Pontuação final:

Sintomas leves: até 7 pontos

Sintomas moderados: 8 a 19 pontos

Sintomas severos: 20 a 35 pontos

Tratamento: Os pacientes que se encaixarem nos sintomas leves devem ser tratados com alfa-bloqueador. O medicamento mais empregado é a doxazosina, na dosagem de 2mg VO 1x ao dia à noite (para diminuir os efeitos colaterais e agir sobre a noctúria), uso contínuo. Este medicamento tem efeito sobre os sintomas e seu efeito é imediato, podendo ser avaliado nas primeiras 2 semanas de uso contínuo. Em caso de resposta incompleta, o clínico poderá aumentar a dose para 4mg à noite e reavaliar em 15 dias. Caso o paciente esteja satisfeito e sem outra indicação para avaliação urológica, o mesmo poderá fazer uso contínuo da medicação com revisão anual. Obs.: Pode-se avaliar a descontinuidade da medicação em seis meses, considerando que boa parte dos paciente se manterão assintomáticos sem a medicação.

Os pacientes com sintomas moderados a graves devem ser encaminhados ao urologista.

2. CÂNCER DA PRÓSTATA

Fatores de risco

Idade: incidência e mortalidade aumentam exponencialmente após os 50 anos de idade. Um em cada seis homens nesta faixa etária tem câncer prostático.

Raça: maior frequência em negros.

Hereditariedade: o risco relativo aumenta de acordo com o número de membros familiares afetados, grau de parentesco e idade na qual eles foram afetados.

Doenças associadas: Inflamação e infecção: indivíduos portadores de sífilis, HPV e herpes vírus apresentam maior incidência de câncer da próstata, segundo alguns autores.

Dieta: A influência da dieta no câncer da próstata é incerta. Entretanto, já está comprovado que dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente as de origem animal pode ajudar a diminuir o risco de câncer prostático.

Sintomas e sinais

Geralmente apresenta quadro insidioso, com sintomas se confundindo com a hiperplasia prostática benigna, envelhecimento e estenose de uretra.

Diagnóstico de certeza

A biópsia da próstata é o único exame que fornece o diagnóstico de certeza.

Detecção precoce

A avaliação preventiva, PSA e toque retal, deve ser realizada segundo diretrizes da SBU, a partir dos 50 anos de idade, antecipando em 5 anos para homens de cor negra e com antecedentes familiares.

Diagnósticos diferenciais

Hiperplasia benigna de próstata

Prostatites

Estenose de uretra

Orientações Gerais:

A população masculina acompanhada pelas Unidades de Saúde deve ser esclarecida sobre os riscos de aparecimento desta doença e ser submetida à dosagem de PSA e toque retal, anualmente, após os 50 anos. Caso haja história familiar ou se for da raça negra, deve-se antecipar esta análise para 45 anos. Esta avaliação pode ser interrompida aos 75 anos, desde que o paciente tenha feito exames nos últimos três anos e estes tenham sido considerados normais.

O toque retal e a solicitação do PSA deverão ser realizados pelos médicos das Unidades Básicas de Saúde. Em caso de alteração nesta avaliação inicial, o paciente deve ser encaminhado ao urologista para um exame mais preciso.

Critérios para encaminhamento ao urologista:

- No toque retal: achado de uma ou mais áreas endurecidas.
- No PSA - avaliar o valor conforme idade:
 - > 2,5 ng/ml nos homens até 60 anos;
 - de 2,5 a 4,0 ng/ml nos homens entre 60 e 75 anos.
 - Acima de 75 anos, não está indicado solicitar PSA de rotina.
- Sempre realizar o PSA junto com exame de urina I, em caso de suspeita de infecção urinária o paciente deverá ser tratado e o PSA repetido em 2 semanas após o tratamento.

Nos casos em que o nível de PSA estiver muito baixo (abaixo de 0,5 em duas dosagens anuais consecutivas), o paciente pode ser aconselhado a retornar a cada dois anos.

Critérios de solicitação de PSA:

Sabendo-se que o exame de PSA sozinho não tem muito valor e que é fundamental a realização de toque retal, solicitamos seguir algumas orientações para dosagem do PSA Total:

- Não ter tido relações sexuais ou ejaculação nas últimas 48 horas;
- Não ter andado de bicicleta, cavalo ou moto nas últimas 48 horas;
- Não ter realizado exame de próstata (toque) nas últimas 72 horas;
- Não ter realizado ultrassonografia transretal nos últimos 07 dias;
- Não ter realizado colonoscopia nos últimos 15 dias;
- Não ter realizado biópsia de próstata nos últimos 30 dias que antecedem a coleta.

Dosagem de PSA Livre: só será realizado quando o PSA total estiver alterado.

II. AFECÇÕES RENAI

1. LITÍASE RENAL

Exames de triagem (deve ter pelo menos 1 exame evidenciando o cálculo):

- Rx simples de abdome
- exame de urina I (sempre necessário)
- Ultrassonografia de vias urinárias quando houver associação com infecção urinária ou alteração de função renal, devido ao risco de hidronefrose, pielonefrites e abscessos
- Outros exames serão solicitados pelo especialista, se necessário

Tratamento:

> cálculos menores que 1 cm, assintomáticos e sem evidência de dilatação ureteropielocalicial, o paciente deverá ser acompanhado **na UBS, tratamento conservador**. Nesse caso, estimula-se a ingestão hídrica e a diminuição da ingestão de sal e de carne vermelha. Não há necessidade de tratamento de cálculos assintomáticos nessas dimensões.

> cálculos maiores que 1 cm ou sintomáticos: **encaminhar ao urologista**.

> cálculos com evidência de dilatação do ureter ou da pelve: **encaminhar urgente ao Pronto-Socorro para avaliação do urologista**.

> cálculos de repetição, múltiplos, em rim único ou associados à insuficiência renal, devem ter investigação metabólica: **encaminhar ao nefrologista**.

2. MASSA RENAL

a) Cistos renais

Com o objetivo de facilitar e otimizar o encaminhamento de pacientes com diagnósticos radiológicos de cistos renais, optamos por definir que:

Achados ao ultrassom:

- Cisto renal simples assintomático menor que 7 cm: acompanhamento na UBS. Sem necessidade de seguimento com ultrassonografia.
- Cisto renal simples acima de 7 cm e/ou infecção urinária comprovada e/ou hematúria: encaminhar ao urologista.
- Cisto complexo (com septação, calcificação, conteúdo sólido cístico): encaminhar ao urologista, se possível já com tomografia de abdome.

Se paciente já tem resultado de tomografia:

- Cisto simples assintomático: segue mesmas orientações do item acima.
- Cisto renal complexo: há uma classificação tomográfica para cistos complexos, apresentada na tabela 1:

| Categoria | Descrição | Risco de malignidade |
|------------------------------|---|-----------------------------|
| I | Cisto simples benigno com fina parede sem septos, calcificações ou componentes sólidos. Tem densidade da água e não realça ao contraste. | < 1% |
| II | Cisto com septos finos, calcificações finas ou discretamente espessadas da parede ou septo. Lesões ≤ 3 cm com atenuação alta uniforme (cisto de alta densidade) que sejam bem marginadas e não realcem contraste são incluídos neste grupo | 20% |
| IIF ("follow-up") | Cisto com múltiplos septos finos ou mínimo espessamento da parede ou septos. Pode ocorrer realce não mensurável da parede ou septos. A parede ou septos podem conter calcificações espessas ou nodulares, porém sem realce mensurável. Lesões bem circunscritas. Lesões totalmente renais > 3 cm com alta atenuação e sem realce também são incluídas nesta categoria. Requerem acompanhamento. | 30% - 40% |
| III | Massas císticas indeterminadas que apresentam parede ou septos espessos irregulares nos quais há realce mensurável. Tem indicação cirúrgica, embora algumas lesões serão benignas (cistos hemorrágicos, cistos crônicos infectados, nefroma cístico multiloculado). Outras malignas, como carcinoma de células renais e carcinoma de células renais cístico multiloculado. | 60% |
| IV | Massas malignas com todos critérios da categoria III, mas também contêm realce de componentes de tecidos moles adjacentes, independente dos septos ou parede. Essas lesões incluem carcinomas císticos e requerem remoção cirúrgica. | 90% |

Os pacientes com classificação Bosniak II adiante devem ser encaminhados ao urologista.

b) Massas renais

Qualquer paciente com diagnóstico de massa sólida renal à tomografia e/ou ultrassonografia devem ser encaminhados ao urologista.

3. INSUFICIÊNCIA RENAL

- Pacientes com insuficiência renal, estágio de 3 ou mais (clearance de creatinina igual ou menor que 60 ml/min)

Obs: Sugere-se obtenção do clearance de creatinina a partir da creatinina sérica, usando fórmulas matemáticas (P.E.COCKROFT-GAULT $(140 - \text{idade}) \times \text{peso} / \text{creatinina} \times 72 \times 0,85$ em pacientes do sexo feminino), evitando resultados inadequados por erro de coleta em amostras urinárias de 24 horas;

- Pacientes com piora da função renal nos últimos três meses;
- Pacientes com alteração do exame de urina (proteinúria, hematúria, leucocitúria persistente);
- Assimetria renal ao ultra-som;
- Alterações do equilíbrio ácido - básico ou eletrolítico;
- Hipertensão primária ou secundária de difícil controle;
- Infecção urinária de repetição.

Exames para encaminhamento ao Ambulatório de Nefrologia: ultrassonografia de rins e vias urinárias, urina I e creatinina. Os mesmos não podem ser limitadores do agendamento.

III. AFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO

1. INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) recorrente é definida pela ocorrência de três ou mais episódios de sintomas clínicos de infecção confirmados pela urocultura no período de um ano (Schaffer, 2004), ou dois ou mais episódios em seis meses. Sua prevalência é influenciada pelo sexo numa proporção de 8 mulheres para cada homem (Cox et al., 1968), sendo associada a *E. coli* em 60% dos casos. Dentre todas as mulheres que desenvolvem ITU, 22% apresentam a forma recorrente.

A identificação dos fatores de risco para ITU é fundamental para o adequado e bem-sucedido manejo terapêutico dos pacientes.

Abaixo seguem os riscos distribuídos pelo sexo:

| |
|--|
| <i>Homens e Mulheres</i> |
| Divertículo uretral, litíase, corpo estranho, necrose papilar renal, duplicidade ureteral, constipação intestinal, atividade sexual, diabetes, ectopia ureteral, pielonefrite atrófica, rim esponjoso, resíduo pós miccional, estado mental alterado, cateter urinário, co-morbidades, exposição recente a antibioticoterapia. |
| <i>Mulheres</i> |
| Prolapsos genitais, deficiência estrogênica, uso de espermicidas, atrofia intróito genital, cirurgias ginecológicas prévias, doenças imunológicas, incontinência urinária, cistopatias, afecções ginecológicas |
| <i>Homens</i> |
| Hiperplasia benigna da próstata, cirurgias urológicas prévias, estenose de uretra. |

Orientações:

A primeira linha de tratamento para ITU recorrente baseia-se na terapia comportamental com a retirada do fator de risco responsável pelo quadro. Esta terapia pode ser suficiente como monoterapia, porém é indissociável de qualquer outra modalidade de tratamento quando necessária.

- Orientação para ingestão de líquidos
- Tratamento de afecções ginecológicas (atrofia vaginal pós menopausa, etc)
- Estimular a micção com intervalos de 3/3h no máximo
- Intervir sobre a constipação intestinal
- Orientação sobre higiene íntima
- Orientação para atividade sexual
- Evitar uso de *condoms* com espermicidas
- Tratar e compensar o quadro de diabetes

Encaminhar ao urologista os casos refratários.

2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Protocolo de indicação de estudo urodinâmico

CRIANÇAS (de acordo com avaliação do urologista ou do cirurgião pediátrico)

- Espinha bífida – inicial e seguimento
- Disrafismos ocultos, medula presa e tumores espinais
- Malformações urológicas: válvula de uretra posterior, epispádia, extrofia de bexiga, extrofia de cloaca, estenoses de uretra, Síndrome Prune-Belly
- Trauma medular, de uretra e de esfíncter
- Enurese diurna e noturna
- Hidronefrose
- ITU de repetição, complementar a outros achados radiológicos
- Incontinência urinária diurna, incontinência de urgência, bexiga preguiçosa e ITU de repetição, associadas ou não à constipação intestinal (Síndrome da eliminação disfuncional), Síndrome de Hinman

HOMENS (de acordo com avaliação do urologista)

- Escala IPSS maior que 16, na presença de exame de urina normal, em homens abaixo de 50 anos.
- Na ausência de aumento prostático pelas propedêuticas habituais que justifiquem os sintomas
- ITU de repetição
- Bexiga neurogênica
- Presença concomitante de qualquer outra causa potencial de disfunção miccional – doenças neurológicas, iatrogênicas e idade avançada
- Falha de tratamento cirúrgico
- Reoperações prostáticas
- Incontinência urinária de causa neurogênica ou não

MULHERES (de acordo com avaliação do ginecologista e do urologista)

- Bexiga neurogênica
- Incontinência urinária de causa neurogênica
- Incontinência Urinária Mista
- Incontinência Urinária de Esforço apenas após falha do tratamento fisioterápico
- Incontinência não demonstrada clinicamente
- Quando testes diagnósticos simples não foram conclusivos
- Em casos de duvida da conduta cirúrgica
- Fracasso cirúrgico e recidivas
- Falha do tratamento clínico

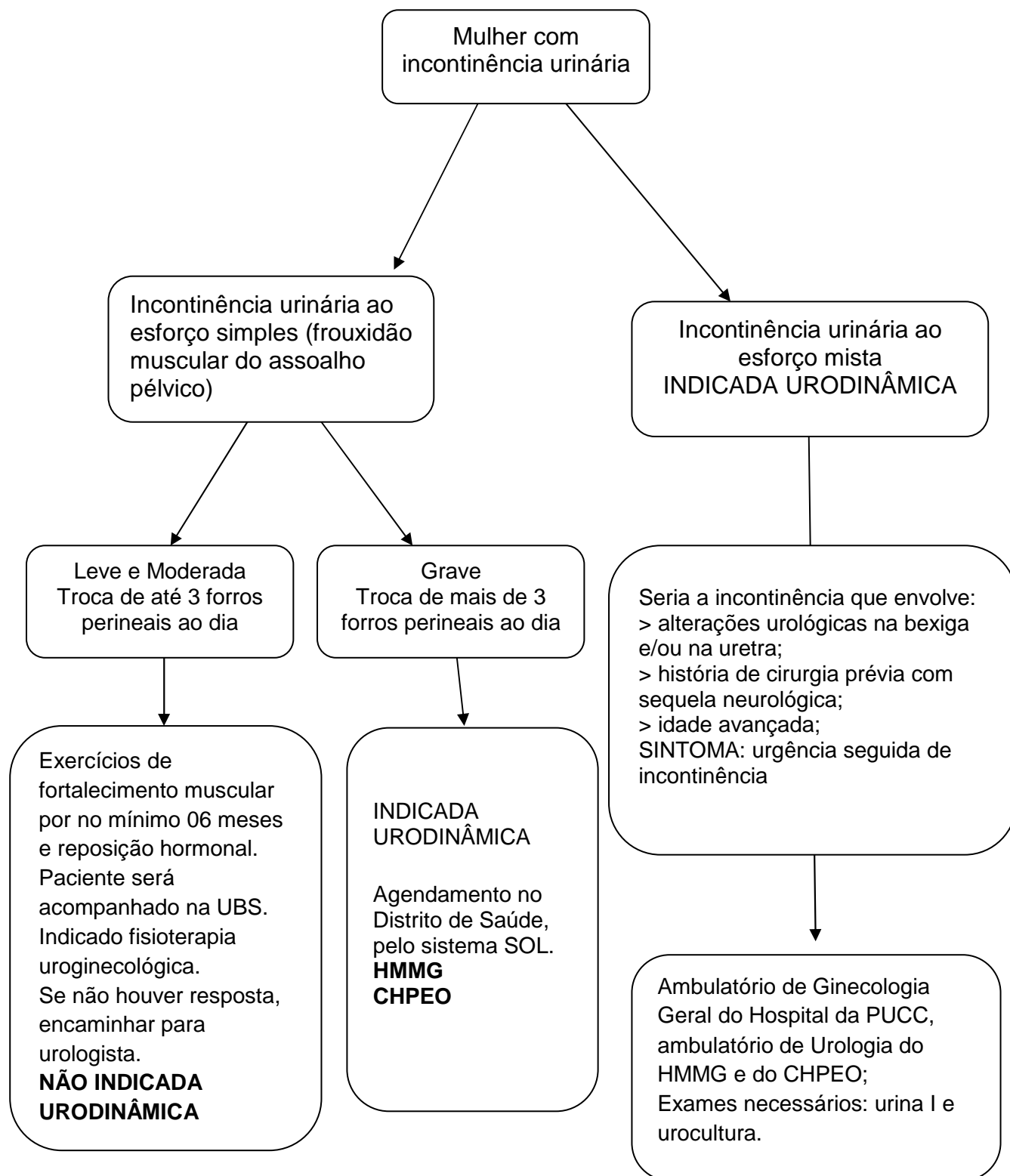
ANTES DA MARCAÇÃO DO ESTUDO O PACIENTE DEVERÁ TER:

Urina l e urocultura sem a presença de infecção urinária com no máximo 30 dias.

Todos os pacientes com bexiga neurogênica deverão ter uretrocistografia miccional retrógrada.

O paciente deverá receber as orientações impressas.

Orientação de fluxo para mulheres com queixa de incontinência urinária na rede



IV. AFECÇÕES DE TESTÍCULOS

1. **Orquitepididimite:** dor testicular progressiva, com aumento testicular, associada a febre. No exame físico: aumento doloroso do testículo e/ou epidídimo, com melhora à elevação testicular, reflexo cremastérico presente, testículo tóxico.
Tratamento: se idade menor de 50 anos usa-se doxaciclina 100 mg 12/12h por 14 dias, se maior de 50 usa-se ciprofloxacina 500 mg 12/12h por 14 dias ou sulfametoxazol-trimetropina 800/80 12/12h.
2. **Torção testicular:** dor intensa de início súbito, com aumento testicular, não associada a febre. No exame físico: aumento doloroso do testículo e/ou epidídimo, **sem** melhora à elevação testicular, reflexo cremastérico ausente, testículo elevado.
Tratamento: Ao pronto-socorro para tratamento cirúrgico.
3. **Nódulos testiculares:** Encaminhar ao urologista. Solicitar marcadores tumorais (alfa fetoproteína, LDH, beta-HCG) e ultrassonografia de testículos.
4. **Varicocele:** Somente deverá ser valorizada em caso de assimetria testicular ou infertilidade (dificuldade de engravidar após um ano de relacionamento estável). Em pacientes com prole constituída, normalmente a varicocele se apresenta assintomática ou oligossintomática, sem repercussão que justifique intervenção). Se apresentar sintomas, orientar uso de suspensórios testiculares.
5. **Hidrocele:** Aumento de volume escrotal devido a conteúdo líquido, confirmado com exame de ultrassonografia.
Encaminhar ao urologista ou ao cirurgião pediátrico.

V. AFECÇÕES DE BEXIGA

1. CÂNCER DE BEXIGA

Sinais de alerta:

- Tabagismo
- Hematúria macroscópica ou microscópica
- Infecção do trato urinário de repetição
- Idade acima de 45 anos

A investigação inicial deve incluir:

- US de vias urinárias

O tabagismo deve ser desestimulado

Encaminhar ao urologista quando houver suspeita de câncer de bexiga, a partir da presença de sinais acima relacionados e achado na ultrassonografia.

2. BEXIGA HIPERATIVA

A síndrome da bexiga hiperativa é um diagnóstico clínico representado por sintomas de:

- Aumento da frequência urinária (mais do que 8 micções/24h),
- Urgência com ou sem urge-incontinência urinária, noctúria, na ausência de fatores patológicos locais ou fatores metabólicos.

Investigação:

- Urina I - infecção urinária deve ser excluída.
- Diário miccional (paciente anota toda e qualquer atividade miccional por 3 dias consecutivos – horário das micções, episódios de urgência, incontinência, fatores desencadeantes, volume urinado, volume ingerido). Importante no diagnóstico e avaliação do tratamento.
- Identificar/excluir doença neurológica
- Nos homens, estes sintomas podem estar associados ao aumento benigno prostático com obstrução infra vesical e pode responder ao seu tratamento
- Identificar uso de medicamentos que levam ao aumento da diurese

Abordagem inicial:

- Constipação intestinal deve ser tratada (pois pode desencadear ou piorar os sintomas)
- Orientações miccionais (micções programadas e de horário, relaxamento durante a micção)
- Controle da ingestão de líquidos, evitar fatores desencadeadores (café, sucos cítricos, álcool, outros)
- Considerar fisioterapia do assoalho pélvico, bio-feedback e eletroestimulação
- Anticolinérgicos:
 - oxibutinina é um dos mais acessíveis e mais potentes, deve ser oferecida na dose de 5mg 1x ao dia – dose máxima recomendada = 8/8 h – 15mg/dia. Efeitos colaterais: boca seca, constipação, alterações cognitivas (os últimos mais freqüentes em idosos). Contra-indicação: glaucoma. O efeito ótimo ocorre entre 30 e 45 dias de uso contínuo.

Atentar às orientações para condução das mulheres com queixa de incontinência urinária.

A abordagem inicial deve ser realizada pelo clínico e pode resolver a incontinência em até 15 % dos casos e os sintomas em até 50 % dos casos.

Dentre as medidas estão o treinamento vesical e orientações higieno-dietéticas (consumo regrado de líquidos e alimentos – não beber antes de sair ou dormir).

Obesidade, tabagismo, sedentarismo são fatores de risco e devem ser evitados.

O paciente deve ser encaminhado ao urologista em caso de persistência dos sintomas.

VI. SAÚDE SEXUAL

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis (vide Manual de Bolso do Ministério da Saúde)

A abordagem sindrômica é uma ação que deverá ser realizada no Centro de Saúde (CS) por equipe capacitada.

A equipe deverá agendar no CTA Ouro Verde (através do telefone 3226-7475) os seguintes casos:

- Qualquer DST sem resposta ao tratamento sindrômico.
- Necessidade de biópsia.
- Investigação de parceiros de mulheres HPV+.
- Suspeita de neuro-sífilis. Ligar para 3234-5000 e discutir o caso com infectologista para agendar o caso.

O paciente deverá levar a guia de referência com as seguintes informações: tratamento realizado, exames laboratoriais, se foi notificado no SINAN.

Tratamento de verrugas genitais:

a) Poderá ser tratada no CS qualquer lesão genital com diâmetro menor que 1,0 cm, mesmo que múltiplas. Para tratamento, é utilizado o Ácido Tricloacético (ATA) 5%, podendo ser realizadas até duas aplicações na mesma lesão.

b) Devem ser encaminhados os casos com lesões maiores que 1,0 cm, que podem indicar necessidade de excisão cirúrgica, ou que haja refratariedade após duas aplicações de ATA.

OBS: Sempre solicitar sorologias para as demais infecções sexualmente transmissíveis, conforme recomendação do Ministério da Saúde.

2. Distúrbios do Desejo

Devem ser tratados prioritariamente pela equipe de Saúde Mental

A - Diminuição da Libido:

Causas:

- Depressão
- Hormonal

Diagnóstico

- História clínica

- laboratorial: perfil hormonal completo (FSH, LH, TSH, T4, PROLACTINA, TESTOSTERONA). Se tiver alterado, encaminhar ao endocrinologista.

Tratamento

Tratamento da depressão, se esta for a causa

- Inibidor seletivo da recaptção da serotonina (dosagem variável)
- Psicoterapia/terapia sexual – em casos de disfunção psicogênica ou mista

B- Aumento da Libido

Causas: Psicológica

Diagnóstico: História clínica

Tratamento:

Medicamentoso: Fármacos mais indicados são os ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina) e os estabilizadores do humor.

Psicoterápico

1. Psicoterapia psicodinâmica individual
2. Psicoterapia psicodinâmica de grupo
3. Psicoterapia de casal ou família
4. Grupos de Auto-ajuda

3. Distúrbios da Ereção

Os pacientes deverão ser encaminhados após compensação do quadro de diabetes, dislipidemia, endocrinopatia e cardiopatia no Centro de Saúde.

Não encaminhar pacientes na vigência de tratamento psiquiátrico em uso de polifarmácia.

Para todos os casos de pacientes tabagistas, tentar inseri-los no programa de tabagismo da rede municipal.

A) Impotência ou Disfunção sexual masculina

Definição

É a incapacidade permanente ou recorrente do homem ter e ou manter uma ereção suficiente para uma relação sexual. É aceito que o tempo para o estabelecimento do diagnóstico da DE seja de 03 meses.

Principais causas são:

1- ORGÂNICAS:

- **Vasculogênica:**
 - **Arterial**
 - Hipertensão
 - Dislipidemia
 - Sedentarismo
 - Tabagismo

- Obesidade
- Doença coronariana
- Doença arterial oclusiva periférica
- **Cavernoso**
 - Disfunção veno oclusiva
 - Fibrose cavernosa (pós priapismo, p.e.)
- **Misto**
- **Neurogênica:**
 - Acidente Vascular Cerebral
 - Mal de Parkinson
 - Trauma raquimedular
 - Neuropatias periféricas
 - Esclerose Múltipla
- **Fatores endócrinos**
 - Diabetes mellitus tipo 2
 - Diabetes mellitus tipo 1
 - Hipogonadismo
 - Hiperprolactinemia
 - Hipo e hipertireoidismo
- **Iatrogênica**
 - Induzido por medicamentos.
 - Pós cirúrgico (prostatectomia radical, p.e.)
 - Pós radioterapia.
- **Outras doenças**
 - Sintomas do trato urinário inferior.
 - Insuficiência hepática.
 - Doenças respiratórias e apnéia do sono
 - Insuficiência renal.
 - Insuficiência cardíaca.
- **Outros fatores**
 - Idade
 - Alcoolismo
 - Drogadição
 - Pós trauma de bacia ou de pênis.

2- PSICOGÊNICA:

- Estresse emocional.
- Coerção sexual.

- Coerção pré puberal
- Problemas de relacionamento: conflitos conjugais, separação.
- Problemas com o emprego: desemprego, diminuição de renda.
- Depressão
- Insatisfação com a vida.
- Atitude pessimista

Diagnóstico e exames complementares

O diagnóstico da disfunção erétil é eminentemente clínico, ou seja, baseado nos dados de história médica e exame físico.

Exames laboratoriais, que podem ser solicitados de acordo com a avaliação clínica:

- Testosterona total
- glicemia de jejum
- perfil lipídico

Tratamento

O tratamento, muitas vezes, se faz apenas por orientação do homem ou do casal sobre sua sexualidade ou de ambos. O tratamento deve ser escalonado, do menos invasivo e mais tolerado para o mais invasivo e menos tolerado.

▪ Reposição hormonal – a critério do endocrinologista

Atualmente, existem quatro drogas no mercado. Todas apresentam mecanismo de ação semelhante e diferem na farmacocinética. Os principais efeitos colaterais destes medicamentos estão relacionados ao relaxamento da musculatura lisa de vasos ou órgãos ocos: cefaléia, rubor facial, congestão nasal e pirose.

Medicamentos:

- lodenafil (80 mg)
- sildenafil (50 e 100 mg)
- tadalafil (20 mg)
- vardenafil (20 mg)

Nenhum destes medicamentos deve ser utilizado quando o paciente estiver usando nitratos de qualquer natureza e sob qualquer via.

4. Doença de Peyronie

Caracteriza-se por formação de placas fibrosas na túnica albugínea e curvatura do pênis. Encaminhar ao urologista.

Diagnóstico:

Fase aguda:

- ereções dolorosas

- tortuosidade peniana
- ou placa palpável.

Fase crônica:

- diminuição da dor
- estabilização da curvatura.
- após um período de 12 a 18 meses após os primeiros sintomas. Portanto, somente após esse período, deve-se avaliar a seqüela e planejar sua eventual correção.

5. Distúrbios do Orgasmo e Ejaculação

a. Ejaculação rápida

Definição:

É a ejaculação que ocorre sempre ou quase sempre antes de um minuto após a penetração vaginal; e a incapacidade de retardar a ejaculação em todas ou quase todas as penetrações vaginais. Sempre acompanhado de conseqüências pessoais negativas como ansiedade, frustração ou até mesmo evitar a intimidade sexuais.

Diagnóstico:

História Clínica

Tratamento:

Psicoterapia – COM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO

Medicamentos podem auxiliar no tratamento psicoterápico.

Principais antidepressivos utilizados para o tratamento da ejaculação rápida:

| Droga | Dose |
|--------------|-------------|
| Fluoxetina | 20 – 40 mg |
| Sertralina | 50 – 100 mg |
| Clomipramina | 10 – 50 mg |

b. Ejaculação retrógrada

Encaminhar ao urologista.

c. Anejaculação

Encaminhar ao urologista.

d. Ejaculação retardada e Anorgasmia

Encaminhar ao urologista.

6. Tamanho do Pênis

Essa sensação (com base real ou imaginária) é freqüente, atingindo homens de todas as faixas etárias. Esse processo geralmente inicia-se na infância.

Malformações da genitália masculina e hipoplasia do pênis são condições anatômicas que afetam a imagem corporal. Porém, a grande maioria de homens com queixas de pênis pequeno apresenta o órgão dentro de medidas consideradas normais.

O comprimento do pênis deve ser considerado normal

- a partir de 4 cm em estado de flacidez
- a partir 7,5 cm quando está em ereção

Avaliação e orientações:

Não tem cirurgias, nem tratamentos indicados para aumento de pênis.

É recomendado apoio psicológico na rede pública. Desnecessário encaminhar ao urologista.

7. Infertilidade masculina

Definição: O casal que apresenta dificuldade em conseguir gravidez no prazo mínimo de 12 meses, com relações sexuais frequentes sem uso de métodos contraceptivos.

Diagnóstico e exames complementares:

- exame clínico
- dosagem hormonal: FSH, LH, PROLACTINA testosterona
- espermograma: duas amostras com quinze dias de intervalo entre as coletas

O exame de espermograma é fundamental para diagnosticar a infertilidade masculina. A análise do sêmen é um dos primeiros exames solicitados para avaliar a fertilidade masculina.

A colheita do sêmen se dá por masturbação, após um período de três a cinco dias sem ejaculação (em abstinência sexual). Não deve ser utilizado medicamento tópico na área genital nos três dias anteriores à coleta.

Tratamento:

- Clínico
- Cirúrgico

Caso apresente alteração ao exame clínico ou dos exames laboratoriais, encaminhar ao urologista.

AVALIAÇÃO NEFROLÓGICA

O encaminhamento à Nefrologia é sempre recomendado nas condições seguintes:

- Insuficiência renal: pacientes com insuficiência renal, estágio de 3 ou mais (clearance de creatinina igual ou menor que 60 ml/min), independente da causa. Sugere-se obtenção do clearance de creatinina a partir da creatinina sérica, usando fórmulas matemáticas (preferencialmente MDRD ou CKD-EPI);
- Pacientes com alteração do exame de urina como proteinúria e hematúria persistentes. Atentar que microalbuminúria, frequentemente, decorre de doenças sistêmicas não controladas como diabetes, hipertensão e obesidade. Portanto, a solicitação de microalbuminúria só deverá ocorrer com estas condições controladas. Uma vez corretamente diagnosticada, deverá ser tratada com uso de bloqueadores de receptor de angiotensina ou inibidores de ECA.
- Hipertensão primária ou secundária de difícil controle. Descartar o uso inadequado dos hipotensores como causa principal do descontrole pressórico.
- Síndrome nefrótica (hipoalbuminemia, proteinúria maior que 3,5g/24h e edema).
- Alterações eletrolíticas como hipo/hipercalcemia, hiponatremias, hipomagnesemia, acidoses ou alcaloses metabólicas sem causas óbvias para estes distúrbios como uso de medicações e distúrbios alimentares.
- Litíase renal para investigação metabólica: cálculos múltiplos, cálculos com insuficiência renal, em rim único, cálculos de repetição.

Exames para o encaminhamento ao Ambulatório de Nefrologia: ultrassonografia de rins e vias urinárias, urina 1 e creatinina. Os mesmos não podem ser limitadores do agendamento.

3. SUGESTÃO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO

• VERMELHO

Na vigência de quadro agudo deve obrigatoriamente ser encaminhado a uma unidade de urgência e emergência, não sendo atendido em unidades ambulatoriais de rotina, exceto após alta hospitalar.

- Torção testicular
- Pielonefrite (ITU com sintomas sistêmicos)
- Retenção urinária aguda

• AMARELO

Necessitam de assistência especializada como complemento do seguimento clínico realizado pela rede básica de saúde. Devem ser priorizados no agendamento.

- Cálculos sintomáticos ou com evidência de dilatação ureteropielocalicial.
- Suspeita de câncer de próstata, conforme protocolo.
- Cistos e massas renais, conforme protocolo.
- Nódulos testiculares.
- Suspeita de câncer de bexiga.

• VERDE

Podem ser encaminhados para avaliação na rotina de agendamento.

- Refluxo vesico-ureteral: encaminhar ao urologista (após 13 anos). Se criança, encaminhar ao cirurgião infantil.
- Cálculos maiores que 1 cm assintomáticos.
- HPB com sintomas moderados a graves.
- Bexiga hiperativa, de acordo com protocolo.
- Diminuição do libido, com alteração hormonal.
- Ejaculação retrógrada.
- Anejaculação.
- Ejaculação retardada e Anorgasmia.
- Varicocele, conforme protocolo.
- Hidrocele.
- Doença de Peyronie.
- Demais casos com indicação urológica.

4. RELAÇÃO DOS SERVIÇOS


GESTÃO MUNICIPAL

- Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi - Ouro Verde
- Ambulatório do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
- Ambulatório do Hospital da PUC Campinas
- Policlínica I

GESTÃO ESTADUAL


- HC da UNICAMP

Ficha clínica de avaliação da saúde do Homem (FO875)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

LIMPA DADOS



FICHA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM

Tudo o que será respondido é sigiloso e só o profissional que atendê-lo terá acesso às informações.

IDENTIFICAÇÃO:

NOME DO PACIENTE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: _____

RESIDÊNCIA: _____

NATURAL: _____ PROCEDÊNCIA: _____

RACE: BRANCO NEGRO AMARELO Pardo INDETERMINADA

ESCOLARIDADE: ANALFABETO 1º GRAU COMPLETO 2º GRAU COMPLETO UNIVERSITÁRIO COMPLETO

NUMERO DE FILHOS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 OU MAIS

ANTECEDENTES E HÁBITOS:

JÁ TEVE INFECÇÃO DE URETRA: SIM NÃO SE SIM, QUANTAS VEZES? _____

USO CAMISINHA NAS RELAÇÕES SEXUAIS: SIM NÃO SE SIM, SEMPRE ÀS VEZES

JÁ PEGOU DOENÇA NA RELAÇÃO SEXUAL (DOENÇA VENEREA): SIM NÃO SE SIM, QUAL? _____

TRAUMA DE URETRA NO PASSADO: SIM NÃO

JÁ FOI OPERADO NO ÓRGÃO GENITAL: SIM NÃO

JÁ TEVE PEDRA NO RIM: SIM NÃO SE SIM, QUANDO E QUANTAS VEZES? _____

NA FAMÍLIA: SIM NÃO

SE SIM, QUEM? _____

TEM ALGUÉM DA FAMÍLIA QUE JÁ TEVE CÂNCER DE PRÓSTATA: SIM NÃO SE SIM, QUEM? _____

JÁ FEZ OPERAÇÃO PARA NÃO TER MAIS FILHOS (VASECTOMIA): SIM NÃO

JÁ TEVE ALGUM PROBLEMA NOS GÂRDOS (TESTÍCULOS) DO SACO ESCROTAL: SIM NÃO SE SIM, QUAL? _____

TEM ALGUMA DOENÇA CRÔNICA (PRESSÃO ALTA, DIABETE E ETC.): SIM NÃO SE SIM, QUAL? _____

ATUALMENTE ESTA USANDO ALGUM REMÉDIO: SIM NÃO SE SIM, QUAL? _____

VOCE FUMA: SIM NÃO SE SIM, QUANTOS CIGARROS POR DIA? _____

VOCE BEBE BEBIDAS ALCOÓLICAS: SIM NÃO SE SIM, QUAL BEBIDA E QUANTO? _____

FAZ USO DE ALGUMA DROGA (MARIJUANA, CRACK, COCAÍNA): SIM NÃO SE SIM, QUAL DROGA E QUANTO? _____

SINTOMAS E QUEIXAS:

JÁ URINOU COM SANGUE ALGUMA VEZ? SIM NÃO NÃO SABE INFORMAR QUANDO? _____

JÁ TEVE DOR NA BEXIGA? SIM NÃO NÃO SABE INFORMAR QUANDO? _____

SINTOMAS URINÁRIOS:

O JATO DA SUA URINA NÃO É MUITO FINO: SIM NÃO

PRECISA FAZER MAIS FORÇA PARA URINAR: SIM NÃO

QUANDO TEM VONTADE DE URINAR PRECISA CORRER PARA O BANHEIRO: SIM NÃO

QUANDO ESTÁ URINANDO A URINA PARA E DEPOIS VOLTAR: SIM NÃO

SENTE VONTADE DE URINAR TODA HORA (MENOS DE 2 HORAS) E FAZ POUCA URINA: SIM NÃO

SENTE DOR OU ARDÊNCIA PARA URINAR: SIM NÃO

TEM CORRIMENTO (PUR) PELO CANAL DA URINA (URETRA): SIM NÃO

QUANDO VOCE URINA SENTE QUE ESVAZIOU TOTALMENTE A BEXIGA: SIM NÃO

QUANDO VOCE URINA SENTE QUE ESVAZIOU TOTALMENTE A BEXIGA: SIM NÃO

QUANTAS VEZES VOCE ACORDA PARA URINAR QUANDO ESTÁ DORMINDO: NUNCA 1 2 3 4 5 OU MAIS DEBES QUANDO?

QUANTAS RELAÇÕES SEXUAIS VOCE TEM? MAIS DE 2 SEMANAS 2 SEMANAS 1 SEMANA 10 CADA 2 SEMANAS

10 CADA 3 SEMANAS 10 MÊS ESPORÁDICA NÃO CONSEGUE

VOCE JA TEVE FALTA DE DESEJO (TOSAS) PARA TER RELAÇÃO SEXUAL: SIM NÃO

VOCE JA BRUXOU DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL: SIM NÃO

VOCE DEVERIA MUITO PARA GOZAR: SIM NÃO

VOCE GOZA MUITO RAPIDO: SIM NÃO

SENTE DOR QUANDO GOZA: SIM NÃO QUANTO TEMPO DEMORA PARA GOZAR? _____

JÁ GOZOU ALGUMA VEZ COM SANGUE? SIM NÃO

SE SIM: MAIS DA METADE DAS VEZES QUE GOZOU MENOS DA METADE DAS VEZES QUE GOZOU

ESTA PARTE DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO MÉDICO

EXAME FÍSICO:

PENIS: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____

ESCROTO: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____

TESTÍCULO DIREITO: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____

TESTÍCULO ESQUERDO: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____

PLÉFICAÇÃO: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____

REGIÃO INGUINAL: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____

FORM. 001/01 - REV. 04/2004 - FARMACIA HEMOFARM - 001/01 - 01/04

GRUPO DE TRABALHO (elaboração 2010):

- Arnaldo A. Neto - médico urologista Complexo Hospitalar Ouro Verde
- Adriana Moraes - apoiadora Distrito de Saúde Leste
- Edilson Marcos Vicente - apoiador Distrito de Saúde Leste
- Jane Dias - médica coordenadora da área técnica de Saúde do Idoso
- Leonardo Oliveira Reis - médico urologista Complexo Hospitalar Ouro Verde
- Marília Rittner - apoiadora Distrito de Saúde Noroeste
- Marisa Broglio - coordenadora do Ambulatório do Complexo Hospitalar Ouro Verde
- Miriam Dambros - médica urologista HMMG
- Patrícia Schincariol - médica nefrologista do HMMG
- Reinaldo Uede - co-gerente do Laboratório Municipal de Campinas
- Ricardo Saade - médico urologista HMMG
- Sérgio Bisogni - médico urologista HMMG
- Sônia Adorno - apoiadora Distrito de Saúde Sul
- Taniella Carvalho Mendes - co-gerente do Complexo Hospitalar Ouro Verde
- Tereza Luiza Alvarez Pereira - apoiadora Distrito de Saúde Norte
- Ubirajara Ferreira - médico urologista UNICAMP
- Valéria C. Miola Vendramini - médica coordenadora da área técnica de Especialidades
- Vicente Pisani Neto - médico do Centro de Testagem e Aconselhamento Ouro Verde
- Wagner E. Matheus - médico urologista UNICAMP
- Wande Liparizi Filho – médico nefrologista do Complexo Hospitalar Ouro Verde e do Hospital e Maternidade Celso Pierro / PUC Campinas
- William Zamataro Júnior - médico clínico do Centro de Saúde DIC 1

Revisão 2018 - COLABORADORES:

- Edson Soares Bezerra - médico urologista HMMG e Policlínica I
- Bruno Andrade Pagung – médico nefrologista Policlínica I
- Equipe de Urologia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti e do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi - Ouro Verde