

# ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

## MANUAL DE UROLOGIA E NEFROLOGIA

ORIENTAÇÕES PARA O  
AGENDAMENTO DE ROTINA

SUGESTÃO PARA  
AVALIAÇÃO DE RISCO

RELAÇÃO DOS RECURSOS



---

MANUAL DE UROLOGIA E NEFROLOGIA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**

Av. Anchieta, 200 - Centro

[www.campinas.sp.gov.br](http://www.campinas.sp.gov.br)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CAMPINAS - SP

[www.campinas.sp.gov.br/saude](http://www.campinas.sp.gov.br/saude)

Edição: Agosto / 2010

Padronização e Arte Final - [www.campinas.sp.gov.br/sa](http://www.campinas.sp.gov.br/sa)  
Secretaria Municipal de Administração - Departamento de Auditoria  
Responsável: Mauro Guimarães Leite e Mara Damasceno Resende  
Fone: (19)2116-0446

---

**SUMÁRIO**

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	3
<b>2 ORIENTAÇÕES GERAIS</b> .....	4
<b>3 ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS:</b> .....	5
<b>3.1 AFECÇÕES DE PRÓSTATA</b> .....	5
3.1.1 HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA.....	5
<b>Escala Internacional de Avaliação dos Sintomas Prostáticos (IPSS)</b> ....	5
<b>Pontuação final</b> .....	6
3.1.2 CÂNCER DA PRÓSTATA .....	7
<b>3.2 AFECÇÕES RENAI</b> .....	9
3.2.1 LITÍASE RENAL.....	9
3.2.2 MASSA RENAL .....	9
3.2.3 INSUFICIÊNCIA RENAL .....	11
<b>3.3 AFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO</b> .....	11
3.3.1 INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO.....	11
3.3.2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	13
<b>Orientação de fluxo para as mulheres com queixa de incontinência urinária na rede</b> .....	15
<b>3.4 AFECÇÕES DE TESTÍCULOS</b> .....	16
<b>3.5 AFECÇÕES DE BEXIGA</b> .....	17
3.5.1 CÂNCER DE BEXIGA .....	17
3.5.2 BEXIGA HIPERATIVA .....	17
<b>3.6 SAÚDE SEXUAL</b> .....	19
3.6.1 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS .....	19
3.6.2 DISTÚRBIOS DO DESEJO .....	19
3.6.3 DISTÚRBIOS DA EREÇÃO .....	20
3.6.4 DOENÇA DE <i>PEYRONIE</i> .....	22
3.6.5 DISTÚRBIOS DO ORGASMO E EJACULAÇÃO .....	23
3.6.6 TAMANHO DO PÊNIS .....	24
3.6.7 INFERTILIDADE MASCULINA .....	24
<b>4. SUGESTÃO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO</b> .....	25
<b>FICHA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM</b> .....	27
<b>5 RELAÇÃO DOS SERVIÇOS</b> .....	29
<b>GRUPO DE TRABALHO</b> .....	30

## **1 APRESENTAÇÃO**

Este fascículo é parte do Plano Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem, elaborado por equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Complexo Hospitalar Ouro Verde, Hospital Celso Pierro da PUC Campinas e Hospital das Clínicas da UNICAMP, com o objetivo de qualificar a assistência na Atenção Básica e orientar o fluxo para retaguarda ambulatorial especializada. Dessa forma, busca a integralidade do cuidado, que envolve todos os equipamentos da saúde nos vários níveis de atenção. Visa ampliar o olhar dos profissionais de saúde, independente de onde atuem, para que assumam como parte do seu trabalho cotidiano o que anteriormente era núcleo de cuidado apenas da especialidade.

**Dr. José Francisco Kerr Saraiva**  
Secretário de Saúde

**Dr. Pedro Humberto S. Scavariello**  
Diretor do Departamento de Saúde

**Dr. Adail de Almeida Rollo**  
Diretor de Departamento

**Dra. Maria Cecília Brandt Piovesan**  
Diretora do Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional

## **2 ORIENTAÇÕES GERAIS**

- a) Encaminhar o usuário com impresso de referência e contra-referência, com letra legível, assinatura e carimbo do médico solicitante e identificação da unidade de saúde de origem;
- b) Atentar para o preenchimento de história clínica, hipótese diagnóstica e exame clínico sucinto;
- c) Especificar motivo/justificativa do encaminhamento;
- d) 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 realizados.

### 3 ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

#### 3.1 AFECÇÕES DE PRÓSTATA

##### 3.1.1 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)

No último mês, quantas vezes:	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.

O paciente poderá fazer uso contínuo da medicação com revisão anual, caso esteja satisfeito e sem outra indicação para avaliação urológica.

Obs.: Pode-se avaliar a descontinuidade da medicação em seis meses, considerando que boa parte dos pacientes se manterão assintomáticos sem a medicação.

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

### 3.1.2 CÂNCER DA PRÓSTATA

#### **a) 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.

#### **b) Sintomas e sinais**

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

#### **c) Diagnóstico de certeza**

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

#### **d) Detecção precoce**

A avaliação preventiva, PSA e toque retal, deve ser realizada segundo diretrizes da SBU, a partir dos 45 de idade, antecipando em 5 anos para homens de cor negra e/ou com antecedentes familiares.

#### **e) Diagnósticos diferenciais**

Hiperplasia benigna de próstata  
Prostatites  
Estenose de uretra



**f) 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 45 anos. Caso haja história familiar ou seja da raça negra deve-se antecipar esta análise para os 40 anos. Esta avaliação pode ser interrompida aos 80 anos, desde que o paciente tenha feito exames nos últimos 3 anos e estes tenham sido considerados normais.

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

**g) Critérios para encaminhamento ao urologista:**

- No toque retal: achado de uma ou mais áreas endurecidas.
- No PSA: quando o seu valor estiver acima de 3,0 ng/mL nos homens até 50 anos e acima de 4,0 ng/ mL nos homens com idade superior a 50 anos.

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 2 anos.

**h) 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, orientamos seguir alguns critérios:

- Dosagem do PSA Total: Abstinência sexual nos 2 dias que antecedem a coleta;
- Após exame de toque retal ou sondagem retal, aguardar 2 dias;
- Após biópsia prostática, aguardar 1 mês;
- Após colonoscopia, aguardar 15 dias;
- Não fazer exercícios pesados 24 horas antes da coleta do exame.

Dosagem de PSA Livre: Será realizado automaticamente quando o PSA total estiver alterado

## 3.2 AFECÇÕES RENAIS

### 3.2.1 LITÍASE RENAL

**a) Exames de triagem** (não devem ser limitadores do encaminhamento):

- RX simples de abdome
- Exame de urina I (no mínimo)
- US vias urinárias
- Urografia excretora

**b) 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 para facilitar a eliminação espontânea.
- cálculos maiores que 1 cm ou sintomáticos: **encaminhar ao nefrologista**.
- cálculos com evidência de dilatação ureteropielocalicial: **encaminhar urgente ao urologista**.

### 3.2.2 MASSA RENAL

#### 3.2.2.1 Cistos renais

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

**a) Achados ao ultrassom:**

- Cisto renal simples assintomático menor que 7 cm: acompanhamento na UBS.  
Seguimento a cada 3 anos com ultrassom.
- 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 CT abdome.

**b) Se paciente já tem resultado de CT:**

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

## MANUAL DE UROLOGIA E NEFROLOGIA

Tabela 1 - Classificação de Bosniak para cistos renais. Retirado e adaptado de Israel e Bosniak

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 ≤ 3cm com atenuação alta uniforme (cisto de alta densidade) que sejam bem marginadas e não realcem contraste são incluídos neste grupo.	20%
IIIF ("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 > 3cm 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 contém 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.

### 3.2.2.2 Massas renais

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

### 3.2.3 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 ultrassom;
- Alterações do equilíbrio ácido - básico ou eletrolítico;
- Hipertensão primária ou secundária de difícil controle;
- Infecção urinária de repetição.

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

## 3.3 AFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO

### 3.3.1 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 1 ano (SCHAFFER, 2004), ou dois ou mais episódios em 6 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:

**a) Homens e Mulheres**

Divertículo uretral, litíase, corpo estranho, necrose papilar renal, duplicidade ureteral, constipação intestinal, atividade sexual, diabetes, ectopia ureteral, pielonefrite a trófica, rim esponjoso, resíduo pós miccional, estado mental alterado, cateter urinário, co-morbidades, exposição recente a antibioticoterapia.

**b) Mulheres**

Prolapsos genitais, deficiência estrogênica, uso de espermicidas, atrofia intróito genital, cirurgias ginecológicas prévias, doenças imunológicas, incontinência urinária, cistopatias, afecções ginecológicas.

**c) Homens**

Hiperplasia benigna da próstata, cirurgias urológicas prévias, estenose de uretra.

**d) 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
- Evitar postergar a micção
- Intervir sobre a constipação intestinal
- Orientação sobre higiene íntima
- Orientação para atividade sexual
- Evitar uso de condoms com espermicidas
- Alteração de hábitos miccionais

**Encaminhar ao nefrologista os casos refratários. O especialista avaliará a necessidade de antibioticoterapia profilática.**

### 3.3.2 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 8, 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)**

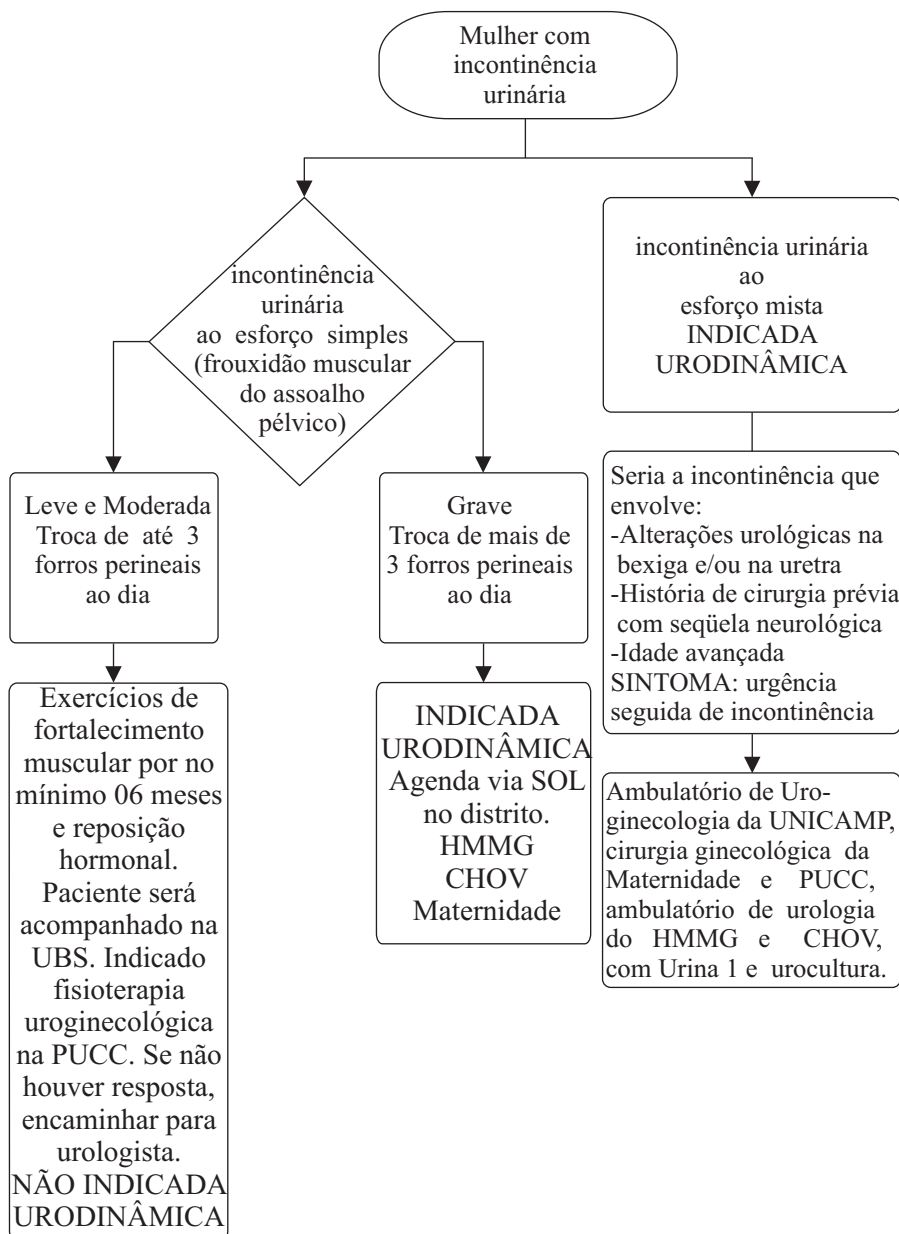
- Bexiga neurogênica;
- Incontinência urinária de causa neurogênica;
- Incontinência Urinária Mista;
- Incontinência Urinária de Esforço conforme fluxograma;
- Incontinência não demonstrada clinicamente;
- Quando testes diagnósticos simples não foram conclusivos;
- Em casos de duvida da conduta cirúrgica;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

**Antes da marcação do estudo o paciente deverá ter**

- Urina I e urocultura sem a presença de infecção urinária com no máximo 30 dias;
- Todos os pacientes com bexiga neurogênica deverão ter Uretrocistografia miccional retrógrada (agendar no Distrito Noroeste);
- O paciente deverá receber as orientações impressas.

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

**FLUXOGRAMA**





### 3.4 AFECÇÕES DE TESTICULOS

#### 3.4.1 ORQUIEPIDIDIMITE:

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.

#### 3.4.2 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.**

#### 3.4.3 NÓDULOS TESTICULARES:

Encaminhar ao urologista. Solicitar marcadores tumorais (alfa fetoproteína, LDH, beta-HCG) e ultrassonografia de testículos.

#### 3.4.4 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.

#### 3.4.5 HIDROCELE:

Aumento de volume escrotal devido a conteúdo líquido, confirmado com exame de ultrassonografia. Encaminhar ao urologista ou ao cirurgião pediátrico.

### 3.5 AFECÇÕES DE BEXIGA

#### 3.5.1 CÂNCER DE BEXIGA

**a) Sinais de alerta:**

- tabagismo;
- hematúria macroscópica ou microscópica;
- Infecção do Trato Urinário de repetição;
- idade acima de 45 anos.

**b) A investigação inicial deve incluir:**

- US de vias urinárias.

**c) O tabagismo deve ser desestimulado**

**Encaminhar ao urologista quando houver suspeita de câncer de bexiga, a partir da presença dos sintomas acima e achado no ultrassom.**

#### 3.5.2 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.

**a) 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.

**b) 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 5 mg 1 x 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.

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 higienodietéticas (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.

### **3.6 SAÚDE SEXUAL**

#### **3.6.1 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 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.

#### **3.6.2 DISTÚRBIOS DO DESEJO**

##### **3.6.2.1 Diminuição da Libido:**

**a) Causas:**

- Depressão
- Hormonal

**b) Diagnóstico:**

- História clínica
- Laboratorial: Exame de testosterona total. Se tiver alterado, encaminhar para urologista.

**c) 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

### 3.6.2.2 Aumento da Libido

a) **Causas:** Psicológica

b) **Diagnóstico:** História clínica

c) **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

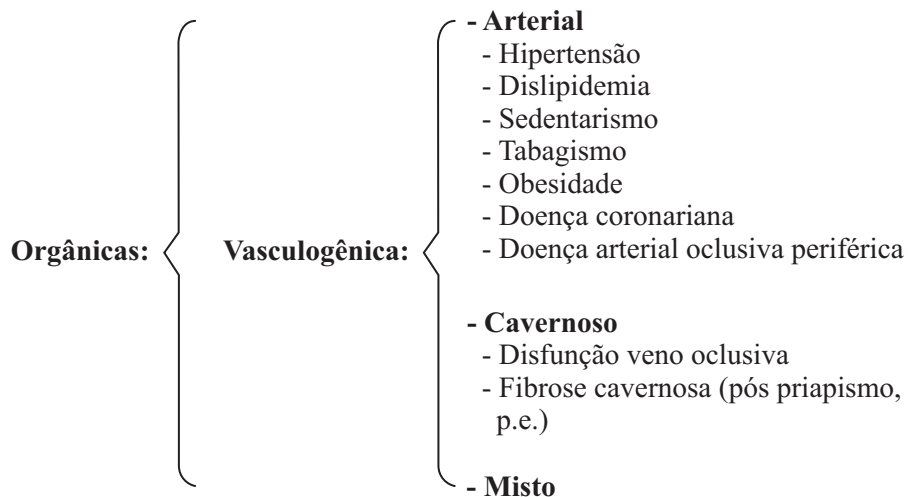
### 3.6.3 DISTÚRBIOS DA EREÇÃO

#### 3.6.3.1 Impotência ou Disfunção sexual masculina

a) **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 disfunção erétil (DE) seja de 03 meses.

b) **Principais causas são:**



- Orgânicas:**
- **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.
- 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

**c) 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.

**d) Tratamento**

O tratamento muitas das 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 - se testosterona baixa (duas medidas) e diminuição de libido: encaminhar ao urologista**

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:**

- Iodenafil (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.**

**3.6.4 DOENÇA DE PEYRONIE**

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

**a) Diagnóstico:**

**Fase aguda:**

- ereções dolorosas;
- tortuosidade peniana;
- ou placa palpável.

**Fase crônica:**

- diminuição da dor;
- estabilização da curvatura;

Avaliar a seqüela e planejar sua eventual correção no período de 12 a 18 meses após os primeiros sintomas.

### 3.6.5 DISTÚRBIOS DO ORGASMO E EJACULAÇÃO

#### 3.6.5.1 Ejaculação rápida

**a) 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 sexual.

**b) Diagnóstico:**

História Clínica

**c) Tratamento:**

Psicoterapia

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

#### 3.6.5.2 Ejaculação retrógrada

Encaminhar ao urologista.

#### 3.6.5.3 Anejaculação

Encaminhar ao urologista.

#### 3.6.5.4 Ejaculação retardada e Anorgasmia

Encaminhar ao urologista.



### 3.6.6 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.

### 3.6.7 INFERTILIDADE MASCULINA

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

**b) Diagnóstico e exames complementares:**

- exame clínico;
- dosagem hormonal: FSH, LH, 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.

**c) Tratamento:**

- Clínico
- Cirúrgico

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

## 4 SUGESTÃO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO

### 4.1 VERMELHO

Na vigência de quadro agudo, o usuário 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

### 4.2 AMARELO

O usuário necessita de assistência especializada como complemento do seguimento clínico realizado pela rede básica de saúde. Deve ser priorizado 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.

### 4.3 VERDE

O usuário pode ser encaminhado para avaliação na rotina de agendamento.

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



## MANUAL DE UROLOGIA E NEFROLOGIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



### 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: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

RAÇA:

BRANCO  NEGRO  AMARELO

PARDO  INDÍGENA

NÚMERO DE FILHOS:

1  2  3  4  5

6  7  8  9 OU MAIS

ESCOLARIDADE:

ANALFABETO  1º GRAU COMPLETO

2º GRAU COMPLETO  UNIVERSITÁRIO COMPLETO

#### ANTECEDENTES E HÁBITOS:

JÁ TEVE INFECÇÃO DE URINA:  SIM  NÃO SE SIM, QUANTAS VEZES? \_\_\_\_\_

USA CAMISINHA NAS RELAÇÕES SEXUAIS:  SIM  NÃO SE SIM:  SEMPRE  ÀS VEZES

JÁ PEGOU DOENÇA NA RELAÇÃO SEXUAL (DOENÇA VENÉREA):  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 GRÃOS (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? \_\_\_\_\_

VOCÊ FUMA:  SIM  NÃO  
SE SIM, QUANTOS CIGARROS POR DIA? \_\_\_\_\_

VOCÊ BEBE BEBIDAS ALCOÓLICAS:  SIM  NÃO  
SE SIM, QUAL BEBIDA E QUANTO? \_\_\_\_\_

FAZ USO DE ALGUMA DROGA (MACONHA, CRACK, COCAÍNA):  SIM  NÃO  
SE SIM, QUAL DROGA E QUANTO? \_\_\_\_\_

## MANUAL DE UROLOGIA E NEFROLOGIA

### SINTOMAS E QUEIXAS:

JÁ URINOU COM SANGUE ALGUMA VEZ:  SIM  NÃO  NÃO SABE INFORMAR QUANDO? \_\_\_\_\_

JÁ TEVE CÓLICA DE RIM:  SIM  NÃO  NÃO SABE INFORMAR QUANDO? \_\_\_\_\_

### SINTOMAS URINÁRIOS:

O JATO DA SUA URINA SAI MAIS 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 VOLTA:  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 (PUS) PELO CANAL DA URINA (URETRA):  SIM  NÃO

QUANDO VOCÊ URINA SENTE QUE ESWAZIOU TOTALMENTE A BEXIGA:  SIM  NÃO

QUANDO VOCÊ URINA SENTE QUE ESWAZIOU TOTALMENTE A BEXIGA:  SIM  NÃO

QUANTAS VEZES VOCÊ ACORDA PARA URINAR QUANDO ESTÁ DORMINDO:  NENHUMA  1  2  3  4  5 OU MAIS DESDE QUANDO?

QUANTAS RELAÇÕES SEXUAIS VOCÊ TEM?  MAIS DE 3X/SEMANA  2-3X/SEMANA  1X/SEMANA  1X/ CADA 2 SEMANAS  
 1X/ CADA 3 SEMANAS  1X/ MÊS  ESPORÁDICA  NÃO CONSEGUE

VOCÊ JÁ TEVE FALTA DE DESEJO (TESÃO) PARA TER RELAÇÃO SEXUAL:  SIM  NÃO

VOCÊ JÁ BROXOU DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL:  SIM  NÃO

VOCÊ DEMORA MUITO PARA GOZAR:  SIM  NÃO

VOCÊ GOZA MUITO RÁPIDO:  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:

PÊNIS:  NORMAL  ALTERADO  
QUAIS ALTERAÇÕES? \_\_\_\_\_

ESCROTO:  NORMAL  ALTERADO  
QUAIS ALTERAÇÕES? \_\_\_\_\_

TESTÍCULO DIREITO:  NORMAL  ALTERADO  
QUAIS ALTERAÇÕES? \_\_\_\_\_

TESTÍCULO ESQUERDO:  NORMAL  ALTERADO  
QUAIS ALTERAÇÕES? \_\_\_\_\_

PILIFICAÇÃO:  NORMAL  ALTERADO  
QUAIS ALTERAÇÕES? \_\_\_\_\_

REGIÃO INGUINAL:  NORMAL  ALTERADO  
QUAIS ALTERAÇÕES? \_\_\_\_\_

## **5 RELAÇÃO DOS SERVIÇOS**

### **5.1 GESTÃO MUNICIPAL**

- Complexo Hospitalar Ouro Verde
- Ambulatório do Hospital Municipal Mário Gatti
- Ambulatório do Hospital Celso Pierro / PUC
- Irmandade de Misericórdia de Campinas

### **5.2 GESTÃO ESTADUAL**

- HC-UNICAMP

**GRUPO DE TRABALHO**

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

