

## PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA UROLOGIA ADULTO

O protocolo de Urologia – pacientes adultos – foi publicado em resolução CIB/RS 176/2015 e será revisado conforme resolução CIB/RS 764/2014.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Urologia. 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.

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.

**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 prioridade no encaminhamento ao oncologista urologista. Após avaliação em serviço de emergência, pacientes com hidronefrose bilateral e obstrução de rim único funcional ou obstrução unilateral com TFG inferior a 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, também devem ter preferência no encaminhamento ao urologista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos.**

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 que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

---

Publicado em 09 de julho de 2015.

Revisado em 09 de fevereiro de 2018.

Supervisão Geral:  
João Gabbardo dos Reis

Coordenação:  
Marcelo Rodrigues Gonçalves  
Roberto Nunes Umpierre

Organizadores:  
Milena Rodrigues Agostinho  
Rudi Roman

Autores:

Brasil da Silva Neto  
Erno Harzheim  
Elisa Eichenberg Furasté  
Ligia Marroni Burigo  
Lucas Medeiros Burttet  
Guilherme Behrend Silva Ribeiro  
Josué Basso  
Milena Rodrigues Agostinho  
Natan Katz  
Rodrigo da Silva  
Rudi Roman

Colaboração:  
Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

Diagramação:  
Lorenzo Costa Kupstaitis

Normalização:  
Rosely de Andrade Vargas

TelessaúdeRS-UFRGS 2018

Porto Alegre – RS.

## Protocolo 1 – Hiperplasia prostática benigna (HBP)

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical); **ou**
- HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência); **ou**
- HPB e infecção urinária recorrente (ver protocolo infecção urinária recorrente); **ou**
- HPB e litíase vesical; **ou**
- sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup>.

### 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 exame de PSA total, com data (se realizado);
4. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se realizado);
5. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
6. resultado de ecografia abdominal ou vias urinárias ou próstata, com data (se realizado);
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup> Tratamento clínico otimizado para HPB: medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (como doxazosina 2-8 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.

## Protocolo 2 – Neoplasia de próstata

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 desta medicação devem ser multiplicados por 2, quando utilizam a medicação por mais de 6 meses.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia urologia ou urologia:

- neoplasia em biópsia prostática; **ou**
- suspeita clínica de neoplasia de próstata (presença de hematúria, obstrução urinária, sintomas constitucionais) em homens com PSA total > 3 ng/mL; **ou**
- suspeita clínica de neoplasia de próstata por toque retal suspeito (com nódulo, endurecimento ou assimetria); **ou**
- pacientes em qualquer idade e uma medida de PSA total  $\geq$  a 10 ng/ml, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite<sup>1</sup>.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- pacientes com até 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/prostatite<sup>1</sup>; **ou**
- pacientes com 70 a 75 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml<sup>1</sup>, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite<sup>1</sup>, se expectativa de vida estimada superior a 10 anos.

### 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);
2. resultado de biópsia prostática, se realizada;
3. 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 intervalo mínimo de um mês);
4. resultado de EQU/EAS/urina tipo 1, com data;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

<sup>1</sup> Se PSA elevado por suspeita de infecção urinária ou prostatite aguda, repetir PSA após 1 mês do tratamento

## Protocolo 3 – Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para 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 andrologia:

- varicocele sintomática (dor ou desconforto); ou
- varicocele assintomática associada a uma ou mais condições:
  - testículo ipsilateral diminuído; ou
  - condição testicular adicional que afete a fertilidade (como criptorquidia); ou
  - varicocele palpável bilateral; ou
  - varicocele clínica<sup>1</sup> e alterações no espermograma (azoospermia, oligospermia ou outras alterações no espermograma).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, fatores desencadeantes ou de alívio);
2. descrição da ecografia escrotal, com data (se realizado);
3. se varicocele, descrição do espermograma, com data (se realizado);
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

<sup>1</sup> Define-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 Valsava.

## Protocolo 4 – Incontinência urinária

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- homens com incontinência urinária complicada (incontinência grave, sintomas obstrutivos e/ou irritativos graves do trato urinário inferior, infecções urinárias recorrentes, dor pélvica, doença neurológica ou história de cirurgias pélvicas, prostáticas ou radioterapia pélvica).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia ou ginecologia:

- incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida – perda de peso quando necessário, diminuição da ingestão de cafeína/álcool).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- paciente com prolapso genital e sintomas de incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. descrição do exame pélvico em mulheres (presença e grau de prolapso genital);
3. história prévia de cirurgia (pélvica, prostática) ou radioterapia pélvica (sim ou não). Se sim, descreva;
4. resultado do estudo urodinâmico, com data (se realizado);
5. tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
6. outros medicamentos em uso que afetam continência urinária (sim ou não). Se sim, quais?
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 5 – Disfunção sexual masculina

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia ou andrologia:

- disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 meses; **ou**
- disfunção erétil e contra-indicação (hipersensibilidade ao fármaco ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5; **ou**
- doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo <sup>1</sup>.

### 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 suspeita de hipogonadismo descreva, com data, o resultado de dois exames de testosterona total coletados em dias diferentes;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup> Na possibilidade de investigar hipogonadismo, solicitar com a segunda amostra de testosterona total os seguintes exames: LH, FSH, prolactina, TSH e T4-livre.

## Protocolo 6 – Litíase renal

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

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

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- cálculo ureteral maior que 10 mm; **ou**
- cálculo ureteral  $\leq$  10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico; **ou**
- cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário); **ou**
- cálculo renal assintomático maior que 10 mm; **ou**
- cálculo renal coraliforme, de qualquer tamanho; **ou**
- 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; **ou**
- impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos recorrentes com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de tomografia de abdômen sem contraste ou ecografia urinária ou raio X, com data (para cálculos menores ou iguais a 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo 6 semanas de intervalo entre eles);
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
5. tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;
6. investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



## Protocolo 7 – Cistos/doença policística renal

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- cistos com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F); **ou**
- cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- suspeita de doença policística renal (quadro 1).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outro achado relevante);
2. resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
5. resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1, com data (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 8 semanas entre eles e resultado de hemácias dismórficas<sup>1</sup>);
6. presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não), e parentesco com o paciente;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

<sup>1</sup>A 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 8 – Doença renal crônica

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- alterações ecográficas que sugerem lesão ou que provocam perda da função renal (quadro 2).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (Estágio 4 e 5) (quadro 3) ; **ou**
- taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (Estágio 3, 4 e 5) com complicações associadas a doença renal crônica (anemia ferropriva refratária e não atribuível a outra etiologia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, elevação persistente de PTH, hipertensão resistente, entre outros); **ou**
- perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m<sup>2</sup> em 6 meses, com uma TFG <60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, confirmado em dois exames); **ou**
- proteinúria<sup>1</sup> (quadro 4); **ou**
- presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários); **ou**
- alterações anatômicas (como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal) que provocam lesão ou perda de função renal (quadro 2).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de intervalo entre eles);
2. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
3. resultado microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
4. resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1, com data;
5. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup> microalbuminúria (exceto em pacientes diabéticos) e macroalbuminúria (quadro 4).

## Protocolo 9 – Hematúria

---

Atenção: Sempre descartar causas benignas (infecção urinária, febre, trauma ou sangramento menstrual) em pacientes com hematúria.

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- hematúria macroscópica com coágulos, na ausência de infecção; **ou**
- hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um exame de urina) e sem evidência de doença glomerular (quadro 5); **ou**
- hematúria microscópica<sup>1</sup> assintomática persistente de origem não glomerular (confirmada em dois exames de urina com intervalo de 8 semanas e pesquisa de hemácias dismórficas<sup>2</sup> negativa) em pacientes com idade  $\geq 35$  anos ou com fatores de risco para neoplasia urotelial<sup>3</sup>.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- hematúria macroscópica sem coágulos (confirmada em um exame de urina) sugestiva de doença glomerular (quadro 5); **ou**
- hematúria microscópica<sup>1</sup> assintomática persistente sugestiva de doença glomerular (confirmada em um exame de urina e com pesquisa de hemácias dismórficas positiva ou outros achados de doença glomerular – quadro 5 no anexo).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
3. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
4. se hematúria sem coágulos, descreva resultados dos exames, com data: creatinina, microalbuminúria em amostra (ou albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria), hemácias dismórficas<sup>2</sup> e exame comum de urina (EQU/ EAS ou Urina tipo 1);
5. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup> Hematúria microscópica:  $\geq 3$  hemácias/campo, quando analisado na microscopia/sedimentoscopia, ou acima do limite da referência, quando analisado por outro método quantitativo, como citometria de fluxo.

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

<sup>3</sup> Risco para neoplasia urotelial: história de tabagismo, sintomas miccionais irritativos ou cistite crônica, radioterapia pélvica, cateterismo intermitente ou sondagem vesical de demora ou exposição ocupacional a carcinógenos (trabalhadores em fábrica de corantes, borracha, couro, têxteis, produtos de pintura e empresas de impressão, além de pintores, mecânicos, tipógrafos, cabelereiros e motoristas de caminhão).

## Protocolo 10 – Infecção urinária recorrente

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada, 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 12 meses;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
3. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
4. resultado de ecografia das vias urinárias, com data;
5. descrever se foi realizado profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia);
6. em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 11 – Condiloma acuminado / Verrugas virais

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões; ou
- pacientes com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal)/ verrugas virais refratárias ao tratamento por pelo menos 3 meses.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia:

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

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));
2. resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
3. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: é de boa prática investigar outras DSTs (sífilis, HIV, hepatite B e C) em pessoas que apresentam condiloma acuminado.

## Referências

BARROS, E.; FOCHESTATTO, L. F. (Org.). **Medicina interna na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. S. (Org.). **Nefrologia no consultório**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

KRUSKAL, J. B.; RICHIE, J. P. **Simple and complex renal cysts in adults**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/simple-and-complex-renal-cysts-in-adults>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BURFORD D. C., KIRBY M., AUSTOKER, J. **Prostate cancer risk management programme information for primary care: PSA testing in asymptomatic men**. Evidence document. NHS Cancer Screening Programmes, 2010 [atualizado em 2016]. Disponível em: <<http://www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/pcrmp-guide-2.html>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

CARTER, H. B. et al. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 190, n. 2, p. 419-426, 2013.

CHAPMAN, A. B.; RAHBARI-OSKOUI, F. F.; BENETT, W. M. **Course and treatment of autosomal dominant polycystic kidney disease**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/course-and-treatment-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

CLEMENS, J. Q. **Urinary incontinence in men**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-in-men>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

CUNNINGHAM, G. R., KADMON, D. **Medical treatment of benign prostatic hyperplasia**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

CUNNINGHAM, G. R., ROSEN, R. C. **Overview of male sexual dysfunction**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

CURHAN, G. C.; ARONSON, M. D.; PREMINGER, G. M. **Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis in adults**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-acute-management-of-suspected-nephrolithiasis-in-adults>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

DAVIS, R. et al. Diagnosis, evaluation and follow-up of asymptomatic microhematuria (AMH) in Adults: AUA Guideline. Linthicum, MD: American Urological Association, 2012 [atualizado em 2016]. Disponível em: <[http://www.auanet.org/guidelines/asymptomatic-microhematuria-\(2012-reviewed-and-validity-confirmed-2016\)](http://www.auanet.org/guidelines/asymptomatic-microhematuria-(2012-reviewed-and-validity-confirmed-2016))>. Acesso em: 21 dez. 2017.

DUBEAU, C. E. **Approach to women with urinary incontinence**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-women-with-urinary-incontinence>>. Acesso em: 21 dez. 2017.



DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. **Male infertility**. Arnhem: EAU, 2017. Disponível em: <<http://uroweb.org/guideline/male-infertility/>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. **Pediatric Urology**. Arnhem: EAU, 2017. Disponível em: <<http://uroweb.org/guideline/paediatric-urology/>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. **Treatment of non-neurogenic male LUTS**. Arnhem: EAU, 2017. Disponível em: <<http://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

EYRE, R.C. **Evaluation of nonacute scrotal pathology in adult men**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-nonacute-scrotal-pathology-in-adult-men>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

FANG, L. S. T. Evaluation of the patient with hematuria. In: GOROLL, A. H.; MULLER, A. G. **Primary Care Medicine**: office evaluation and management of the adult patient. 7a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014. p. 940-945.

FLANNERY M.T., ABEL E. Hiperplasia prostática benigna. **Best Practice**. Londres: BMJ Publishing Group Limited, 2014 [atualizada em 30 nov. 2016].

FREEDLAND, S. **Measurement of prostate-specific antigen**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/measurement-of-prostate-specific-antigen>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

GOROLL, A. H., MULLEY, A. G. **Primary care medicine**: office evaluation and management of the adult patient. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2.

HALPERN, J. A.; CHUGHTAI, B.; GHOMRAWI, H. Cost-effectiveness of common diagnostic approaches for evaluation of asymptomatic microscopic hematuria. **JAMA Intern Med.**, Chicago, v. 177, n. 6, p. 800-807, 2017.

HOFFMANN R. M. **Screening for prostate cancer**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/screening-for-prostate-cancer>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Próstata** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) CKD-MBD WORK GROUP. KDIGO 2017 clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). **Kidney International Supplement**. Malden, MA, v. 7, n. 1, p. 1-59. Disponível em: <<http://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/2017-KDIGO-CKD-MBD-GL-Update.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

KURTZ, M.; FELDMAN, A. S.; PERAZELLA, M. A. **Etiology and evaluation of hematuria in adults.**

Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-hematuria-in-adults>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

LEVEY, S. A. INKER, L. A. **Definition and staging of chronic kidney disease in adults.** Waltham (MA):

UpToDate Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

MCVARY, K. T. SAINI, R. **Lower urinary tract symptoms in men.** Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017.

Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men?>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **Prostate cancer early detection:** NCCN, 2017.

Sudbury: NCCN, 2017. Disponível em:

<[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/prostate\\_detection.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate_detection.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Lower urinary tract symptoms in men: management.**

London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2010

[atualizado em: jun. 2015]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg97>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

PAPADAKIS, M., MCPHEE, S., RABOW, M. W. **Current: medical diagnosis & treatment.** 52th. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2013.

PILATZ, A. et al. Color Doppler ultrasound imaging in varicoceles: is the venous diameter sufficient for predicting clinical and subclinical varicocele? **World Journal of Urology**, Berlin, v. 5, p. 645-650, 2011.

PREMINGER, G. M. **Management of ureteral calculi.** Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2016. Disponível em:

<<https://www.uptodate.com/contents/management-of-ureteral-calculi>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

POMPEO, A. C. L., et al. **Câncer renal:** diagnóstico e estadiamento. Associação Médica Brasileira, 2006. Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto Diretrizes.

RHODEN, E. L., et al. **Urologia:** no consultório. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROMAN, F. R. Hemácias dismórficas, detecção de. In: SOARES, J. L. M. F. et al. **Métodos diagnósticos:** consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 350-351.

SARTOR, A.O. **Risk factors for prostate cancer.** Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em:

<<http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-prostate-cancer>> Acesso em 21 dez 2017.

SCHRODER, F. H. et al. Prostate-specific antigen-based early detection of prostate cancer--validation of screening without rectal examination. **Urology**, Ridgewood, v. 57, n. 1, p. 83-90, 2001.

SCHRODER, F. H. et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. **Lancet**, London, v. 384, n. 9959, p. 2027-2035, 2014.

SNYDER, P. J. **Clinical features and diagnosis of male hypogonadism.** Waltham (MA): UpToDate, Inc.,

2014. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-male-hypogonadism>>. Acesso em: 21 dez. 2017.



SOARES, J. L. M. F. et al. **Métodos diagnósticos**: consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TELESSAÚDERS, Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet].

**Teleconsultoria**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018. Disponível em:

<<https://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

TORRES, V. E.; BENETT, W. M. **Diagnosis of and screening for autosomal dominant polycystic kidney disease**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em:

<<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

WOLLIN, T.; LAROCHE, B.; PSOOPY, K. Canadian guidelines for the management of asymptomatic microscopic hematuria in adults. **Canadian Urological Association Journal**, Montréal, v. 3, n. 1, p. 77-80, 2009.

## Anexos – Quadros auxiliares

### Quadro 1 – Suspeita de doença policística renal

<b>História familiar positiva e</b>
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.
<b>História familiar negativa e</b>
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: BARROS (2013).

### Quadro 2 – 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

<sup>1</sup> Alterações como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal devem ser avaliadas inicialmente pelo nefrologista.

### Quadro 3 – Estágios da Doença Renal Crônica (DRC)

Taxa de filtração glomerular calculada pela fórmula CKD-Epi,

O cálculo da taxa de filtração glomerular pode ser realizado com o aplicativo "Taxa de Filtração Glomerular – CKD-EPI" disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/desenvolvimento/aplicativos/taxa-de-filtracao-glomerular/>

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KDIGO (2017).

\* Doença Renal Crônica é definida por anormalidades estruturais ou funcionais que persistem por mais de 3 meses, com repercussões sobre a saúde. TFG > 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, sem outros marcadores de dano renal (como proteinúria, cilindros patológicos, anormalidades estruturais), não é considerada DRC.

**Quadro 4 – Valores de referência para albuminúria**

Exame	Normoalbuminúria	Microalbuminúria	Macroalbuminúria
Amostra de urina única	< 17 mg/L	17 a 173 mg/L	≥ 174 mg/L
Amostra de urina de 24 horas.	< 30 mg	30 a 300 mg	> 300 mg
Relação Albuminúria/Creatinúria (em amostra)	< 30 mg/g	30 a 300 mg/g	> 300 mg/g

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KDIGO (2017) e DUNCAN (2013).

**Quadro 5 – Achados sugestivos de hematúria por doença glomerular**

hemácias dismórficas positiva (especialmente se descrito presença de acantócitos)
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

Fonte: KURTZ (2017).