



PROTOCOLO RÁPIDO

Encaminhamento Ambulatorial em Urologia do Adulto

Agosto | 2026



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

APRESENTAÇÃO

Governador do Estado do Ceará

Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho

Secretário executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional

Lauro Vieira Perdigão Neto

Coordenador de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Controle do Sistema de Saúde

Breno Melo Novais Miranda

Orientadora da Célula de Regulação do Sistema de Saúde

Ana Virgínia de Castro da Justa

Elaboração e revisão

Ana Paula da Silva Lima

Daniel Lucena Landim

João Glaudion Lucena Madeiro Filho

Terezinha Rocha Monteiro

A **Urologia** é a especialidade médica responsável pela prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças do trato urinário de homens e mulheres, bem como das enfermidades do sistema reprodutor masculino. Abrange condições de diferentes níveis de complexidade, incluindo doenças benignas, infecções, cálculos urinários, alterações funcionais e neoplasias, sendo fundamental para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população.

Neste contexto, o Protocolo Rápido constitui um documento oficial da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, destinado aos profissionais da Atenção Primária à Saúde, Policlínicas Regionais e Serviços Terciários. Elaborado para utilização em todas as regiões de saúde do Estado, o protocolo reúne orientações técnicas e critérios clínicos que visam padronizar os encaminhamentos ambulatoriais, qualificar o acesso aos serviços especializados e fortalecer a organização da Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para uma assistência mais resolutiva, equânime e oportuna aos usuários do Sistema Único de Saúde.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Objetivos

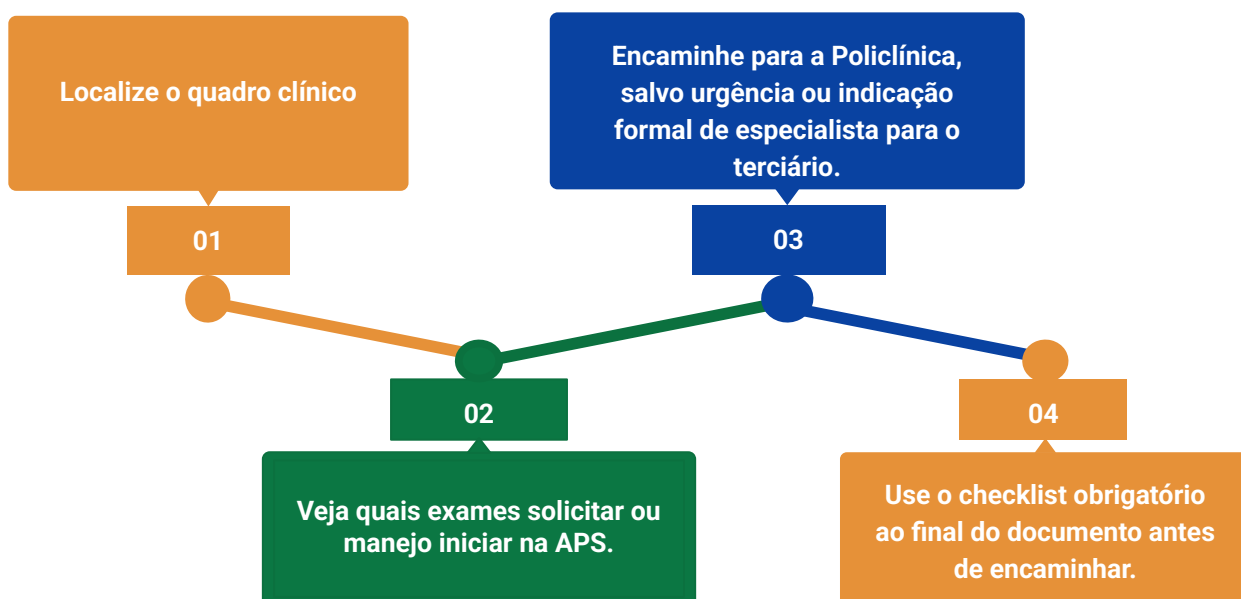
Este protocolo tem como objetivo orientar os profissionais de saúde quanto à regulação em Urologia, visa organizar o acesso a serviços especializados de forma adequada e priorizada, garantindo agilidade no cuidado e eficiência no uso dos recursos de saúde.

Objetivos Específicos

- ❖ Identificar casos de alta prioridade, como neoplasias urológicas, retenção urinária, litíase obstrutiva e hematúria, direcionando os pacientes para atendimento imediato;
- ❖ Direcionar e orientar quanto aos casos com possibilidade de seguimento ambulatorial e procedimentos em nível secundário, com suporte da Atenção Primária no município de origem;
- ❖ Padronizar critérios de encaminhamento e reduzir o tempo de espera para diagnósticos e tratamentos essenciais, evitando a sobrecarga de serviços terciários com casos que podem ser resolvidos na Atenção Primária ou Policlínicas Regionais.

Como Utilizar Este Protocolo?

Confira as etapas essenciais para uma utilização adequada deste protocolo.



Hiperplasia Prostática Benigna (Hpb)

O que é?

Crescimento benigno da próstata, frequente em homens acima de 50 anos. Causa sintomas como jato fraco, noctúria, hesitação e sensação de esvaziamento incompleto.

Como suspeitar?

- ❖ Homem >50 anos com queixa de jato fraco;
- ❖ Noctúria (urinar múltiplas vezes à noite);
- ❖ Hesitação ou esforço para urinar;
- ❖ Sensação de esvaziamento incompleto;
- ❖ Urgência urinária.

Exames iniciais na Atenção Primária à Saúde (APS)

- ❖ Anamnese: frequência miccional, noctúria, fluxo, sintomas de urgência;
- ❖ Toque retal: avaliar tamanho, consistência, nodularidades;
- ❖ PSA (Antígeno Específico de Próstata) — para avaliar também risco de câncer;
- ❖ Creatinina e ureia — verificar função renal;
- ❖ Urina tipo I — excluir infecção;
- ❖ Opcional (se disponível): Ultrassom de próstata.

Manejo na Atenção Primária à Saúde

- ❖ Iniciar alfa-bloqueador: tansulosina 0,4 mg/dia ou doxazosina 2-4 mg/dia
- ❖ Medidas comportamentais:
 - Reduzir ingestão de fluidos à noite;
 - Diminuir diuréticos (se possível);
 - Treino vesical.
- ❖ Avaliar qualidade de vida (escala IPSS se disponível);
- ❖ Reavaliação após 6-8 semanas.

Encaminhar para policlínica regional quando

- ❖ Sintomas persistem apesar de alfa-bloqueador otimizado por ≥ 3 meses;
- ❖ Intolerância ao alfa-bloqueador (efeitos adversos);
- ❖ PSA elevado ou nódulo ao toque retal → necessita biópsia
- ❖ Paciente deseja procedimento cirúrgico;
- ❖ Resíduo pós-miccional ≥ 150 mL (detectado por ultrassom).

Encaminhar para terciário (Cirurgia) quando:

- ❖ Retenção urinária aguda (paciente não consegue urinar);
- ❖ Insuficiência renal aguda por obstrução prostática;
- ❖ Hidronefrose bilateral;
- ❖ Infecções recorrentes por obstrução.

Se não cumpre critérios de encaminhamento:

Continuar manejo na APS com alfa-bloqueador, medidas comportamentais, reavaliação periódica (a cada 6 meses).

Câncer de Próstata

O que é?

Tumor maligno mais comum em homens. Frequentemente assintomático no diagnóstico. Detecção precoce melhora prognóstico.

Como suspeitar?

- ❖ Homem >50 anos e <75 anos solicitando rastreamento;
- ❖ Homem >45 anos com história familiar de câncer de próstata;
- ❖ PSA elevado;
- ❖ Toque retal anormal (nódulo, endurecimento, superfície irregular).

Exames iniciais na Atenção Primária à Saúde

- ❖ Avaliação de risco:
 - Idade;
 - História familiar (pai, irmão ou filho com câncer de próstata antes dos 65 anos);
 - Raça (afrodescendentes têm maior risco).
- ❖ PSA (duas dosagens com intervalo de 1 mês para confirmar);
- ❖ Toque retal completo;
- ❖ Creatinina;
- ❖ Urina tipo I.

Manejo na Atenção Primária à Saúde

- ❖ Se PSA normal (<4 ng/mL) E toque retal normal:
 - Paciente baixo risco: repetir PSA a cada 2 anos;
 - Paciente alto risco (história familiar, raça):
 - repetir PSA anualmente.
- ❖ Documentar a decisão no prontuário.

Encaminhar para policlínica regional quando

- ❖ PSA entre 4 - 10 ng/mL com aumento progressivo;
- ❖ Toque retal anormal (nódulo, textura firme/endurecida);
- ❖ PSA >4 ng/mL persistente após exclusão de infecção/inflamação;
- ❖ PSA 2,5-4 ng/mL com história familiar significativa;

→ Na Policlínica: será realizada biópsia de próstata. Quando não disponível, será encaminhado a unidade terciária.

Encaminhar para terciário (Cirurgia/Oncologia) quando:

- ❖ Biópsia positiva para adenocarcinoma;
- ❖ PSA >10 ng/mL (alto risco);
- ❖ Doença localmente avançada ou metastática.

Se não cumpre critérios de encaminhamento:

Continuar acompanhamento na APS com PSA periódico conforme risco individual.

Cálculo Renal/Ureteral

O que é?

Formação de cálculos nos rins ou ureteres. Causa dor intensa (cólica renal), hematúria e, em casos graves, obstrução com infecção.

Como suspeitar?

- ❖ Dor súbita em flanco/costas (colateral);
- ❖ Irradiação para virilha/genital;
- ❖ Acompanhada de náusea/vômito;
- ❖ Hematúria;
- ❖ Paciente com agitação (contrário à peritonite).

Exames iniciais na Atenção Primária à Saúde

- ❖ Anamnese: padrão de dor, hematúria, episódios prévios;
- ❖ Exame físico: avaliação de flanco, costovertebral;
- ❖ Urina tipo I: verificar hematúria;
- ❖ Creatinina e ureia: avaliar função renal;
- ❖ Ultrassom renal e de vias urinárias (se disponível): detecta hidronefrose.

Manejo na Atenção Primária à Saúde

- ❖ Analgesia:
 - AINE (ibuprofeno 600 mg VO ou IV se disponível) — primeira linha;
 - Dipirona 500-1000 mg VO se AINE contraindicado;
 - Evitar opióides se possível.
- ❖ Hidratação: 2-3 L/dia se tolerado;
- ❖ Repouso relativo;
- ❖ Importante: Cálculos ureterais <0,7 cm têm 50% chance de expulsão espontânea em 4-6 semanas;
- ❖ Se paciente estável: acompanhamento clínico.

Encaminhar para terciário quando:

- ❖ Cálculo renais ou ureterais ≥ 1 cm com dor persistente;
- ❖ Cálculo ureteral <1 cm que não expulsou após 4 semanas de observação;
Hematúria recorrente ou episódios de infecção urinária;
- ❖ Paciente muito sintomático desejando intervenção.

Encaminhar imediatamente para emergência quando:

- ❖ Cálculo + febre (suspeita de sepse urinária — emergência);
- ❖ Obstrução bilateral;
- ❖ Obstrução em rim único com creatinina elevada;
- ❖ Hidronefrose com deterioração de função renal.

Hematúria

O que é?

Presença de sangue na urina (visível a olho nu = macroscópica; detectada em análise = microscópica). Pode indicar infecção, cálculos, trauma ou tumor.

Como suspeitar?

- ❖ Urina avermelhada/rosada (macroscópica);
- ❖ Descoberta em rotina/EAS (microscópica);
- ❖ Acompanhada de dor ao urinar;
- ❖ Com hematúria de repetição;
- ❖ Sem causa óbvia (trauma, infecção).

Exames iniciais na Atenção Primária à Saúde

- ❖ Anamnese: episódios prévios, duração, trauma, infecção urinária, anticoagulantes;
- ❖ EAS (Elementos Anormais do Sedimento) — fazer duas vezes para confirmar;
- ❖ Urina cultura: excluir infecção urinária;
- ❖ Creatinina: avaliar função renal;
- ❖ Coagulograma básico: se hematúria volumosa (verificar INR se em uso de varfarina);
- ❖ Ultrassom renal: investigar massa, cálculo, dilatação.

Manejo na Atenção Primária à Saúde

- ❖ Se ITU associada: tratar com antibiótico apropriado;
- ❖ Repetir EAS 4 semanas após tratamento da ITU;
- ❖ Se hematúria microscópica isolada: investigar causa glomerular (proteinúria, cilindros, pressão arterial, edema);
- ❖ Se em anticoagulante: verificar necessidade de ajuste de dose;
- ❖ Hematúria macroscópica autolimitada (parou de sangrar): acompanhamento.

Encaminhar para policlínica regional quando:

- ❖ Hematúria macroscópica persistente (>2 episódios não autolimitados);
- ❖ Hematúria microscópica (≥ 5 hemácias/campo) confirmada em ≥ 2 ocasiões;
- ❖ Paciente >40 anos com qualquer hematúria;
- ❖ Fatores de risco para tumor (tabagismo, ocupação exposição a corantes, ciclofosfamida);

→ Na Policlínica: Cistoscopia e tomografia de vias urinárias.

Encaminhar imediatamente para emergência quando:

- ❖ Hematúria volumosa com coágulos e instabilidade hemodinâmica (pressão baixa, taquicardia);
- ❖ Paciente necessitando transfusão de sangue.

Se não cumpre critérios de encaminhamento:

- ❖ Continuar investigação de causa glomerular se microscópica. Acompanhamento clínico periódico (3-6 meses).

Doenças Escrotais Benignas

(Hidrocele, Varicocele, Cistos)

O que é?

Hidrocele: acúmulo de líquido ao redor do testículo;

Varicocele: dilatação das veias do cordão espermático

Cistos: formações benignas (epidermóides, de cordão).

Como suspeitar?

- ❖ Paciente queixando-se de aumento escrotal;
- ❖ Dor/desconforto escrotal;
- ❖ Descoberta incidental ao exame;
- ❖ Infertilidade associada (varicocele).

Exames iniciais na Manejo na Atenção Primária à Saúde

- ❖ Exame físico:
 - Avaliar tamanho, consistência dos testículos (volume em cm³ ou comparação);
 - Palpação em pé e deitado (varicocele desaparece ao deitar — "saco de vermes");
 - Avaliação de dor;
 - Teste de transluminescência (hidrocele com luz);
- ❖ Ultrassom escrotal com Doppler (confirmar diagnóstico).

Manejo na Atenção Primária à Saúde

- ❖ Hidrocele pequena e assintomática: Observação, não necessita tratamento;
- ❖ Varicocele assintomática sem infertilidade: Acompanhamento anual;
- ❖ Cisto assintomático: Observação.

Encaminhar para policlínica regional quando:

- ❖ Hidrocele sintomática (desconforto persistente, limitação funcional);
- ❖ Varicocele clínica com espermograma alterado (suspeita de infertilidade);
- ❖ Varicocele com dor persistente interferindo em atividades;
- ❖ Cisto volumoso ou sintomático.

Se não cumpre critérios de encaminhamento:

- ❖ Continuar observação na APS. Ultrassom de controle se mudança de apresentação.

Incontinência Urinária

O que é?

Perda involuntária de urina.

Tipos: esforço (tosse, riso, levantar peso), urgência (desejo imperioso), ou mista.

Como suspeitar?

- ❖ Perda de urina ao tossir/rir/levantar peso → urgência;
- ❖ Perda precedida de desejo imperioso de urinar → urgência;
- ❖ Frequência aumentada (>8x/dia);
- ❖ Noctúria (>3x noite);
- ❖ Impacto na qualidade de vida.

Exames iniciais na Atenção Primária à Saúde

- ❖ Diário miccional por 3 dias (frequência, volume, episódios de perda);
- ❖ Urina tipo I: excluir ITU;
- ❖ Avaliação clínica de força do assoalho pélvico (contração voluntária ao toque);
- ❖ Teste do papel toalha (coloque papel na uretra durante tossida — úmido = positivo).

Manejo na Atenção Primária à Saúde

- ❖ Classificar tipo: esforço, urgência ou mista;
- ❖ Medidas comportamentais: (inicialmente para todos)
 - Treino vesical (intervalo miccional programado);
 - Fisioterapia pélvica (Kegel);
 - Perda ponderal se IMC >25 kg/m² ;
 - Reduzir cafeína;
 - Parar de fumar.
- ❖ Fármacos (se urgência):
 - Oxibutinina 5-10 mg/dia OU;
 - Solifenacina 5mg/dia
 - Mirabegrona 50mg/dia
- ❖ Reavaliação após 8-12 semanas.

Encaminhar para policlínica regional quando:

- ❖ Incontinência refratária após ≥3 meses de fisioterapia + fármacos otimizados;
- ❖ Incontinência de esforço moderada/grave (perda frequente) com impacto severo;
- ❖ Incontinência de urgência refratária a anticolinérgicos.

→ Na Policlínica: Urodinâmica (confirmação e classificação), possíveis procedimentos.

Encaminhar para terciário quando:

- ❖ Doenças neurológicas associadas (Parkinson, lesão medular, esclerose múltipla);
- ❖ Necessidade de cirurgia complexa.

Se não cumpre critérios de encaminhamento:

Continuar manejo na APS com fisioterapia, fármacos e reavaliação a cada 3 meses.

Infertilidade Masculina

O que é?

Incapacidade de engravidar após 12 meses de vida sexual regular sem contracepção. Pode ter causas hormonais, anatômicas ou seminais.

Como suspeitar?

- ❖ Casal buscando investigação de fertilidade;
- ❖ Diagnóstico de varicocele em homem jovem;
- ❖ Antecedente de vasectomia com desejo de reversão.

Exames iniciais na APS

- ❖ Anamnese: duração de tentativas, frequência de relações, fatores psicológicos
- ❖ Exame físico completo:
 - Volume testicular (medido em cm³ com orquímetro, ou volume >18 mL normal);
 - Consistência dos testículos;
 - Presença de varicocele (palpação em pé);
 - Presença de ducto deferente (palpação do cordão espermático).
- ❖ **Espermograma** (**02 amostras** com intervalo de 15 dias para confirmar):
 - Volume, pH, concentração, motilidade, morfologia.
- ❖ Se espermograma anormal: hormônios (FSH, LH, testosterona total).
- ❖ **Sempre avaliar a parceira.** Encaminhá-la ao ginecologista se necessário.

Manejo na APS

- ❖ Se espermograma normal:
 - Problema não é urológico → encaminhar parceira para investigação ginecológica.
- ❖ Se espermograma com alteração leve:
 - Orientações comportamentais: parar tabagismo, álcool, reduzir stress;
 - Evitar exposição ao calor (boxer em vez de sunga);
 - Reavaliação em 3 meses (ciclo espermático = 74 dias);
- ❖ Se esperma com aglutinação ou presença de leucócitos:
 - Avaliar IST (chlamydia, gonorreia).

Encaminhar para policlínica regional quando:

- ❖ Varicocele clínica confirmada com espermograma alterado;
- ❖ Azoospermia obstrutiva (história de vasectomia, ausência de ducto deferente);
- ❖ Oligozoospermia moderada-severa (concentração <5 milhões/mL).

→ Na Policlínica: Ultrassom escrotal, possível tratamento/referência para reprodução.

Encaminhar para terciário quando:

- ❖ Azoospermia não-obstrutiva com fator masculino severo (necessidade de FIV/ICSI);
- ❖ Complexidade diagnóstica que necessite cirurgia especializada.

Se não cumpre critérios de encaminhamento:

Se espermograma normal: encaminhe parceira para avaliação ginecológica. Se anormal leve: continuar orientações comportamentais e reavaliação em 3-6 meses.

Infecção Urinária Recorrente

O que é?

3 ou mais episódios de ITU sintomática confirmada em 12 meses, ou 2 em 6 meses. Associada a fatores anatômicos, funcionais ou comportamentais.

Como suspeitar?

- ❖ Paciente relatando múltiplos episódios de ITU;
- ❖ Sintomas: disúria, frequência, urgência, dor suprapúbica;
- ❖ Confirmado por cultura de urina;
- ❖ Recorrências apesar de tratamento adequado.

Exames iniciais na APS

- ❖ Anamnese: frequência de episódios, padrão (espontâneo vs pós-relação), sintomas associados;
- ❖ Urina tipo I (cada episódio);
- ❖ Urina cultura: confirmar diagnóstico e identificar antibiótico sensível;
- ❖ Creatinina: avaliar função renal;
- ❖ Ultrassom renal: avaliar rins, rim pélvico, resíduo pós-miccional.

Manejo na APS

- ❖ Tratar cada episódio agudo com antibiótico (conforme sensibilidade da cultura)
- ❖ Profilaxia não-farmacológica:
 - Hidratação adequada (2-3 L/dia);
 - Micção após relação sexual;
 - Não reter urina;
 - Higiene anorretal (frente para trás);
 - Evitar espermicida.
- ❖ Profilaxia farmacológica: nitrofurantoína 100 mg/dia por 6-12 meses se recorrências continuarem ou fosfomicina 3g a cada 10 dias por 6 - 12 meses;
- ❖ Diário miccional para avaliar padrão;
- ❖ Reavaliação após 3 meses de profilaxia.

Encaminhar para policlínica regional quando:

- ❖ ITU recorrente, persiste mesmo com profilaxia não-farmacológica adequada por ≥ 3 meses;
- ❖ Paciente masculino com ITU (avaliar obstrução, próstata);
- ❖ Resistência a múltiplos antibióticos;
- ❖ Suspeita de alteração anatômica (refluxo, divertículo);

→ Na Policlínica: Urofluxometria, resíduo pós-miccional, cistoscopia, investigação de causa.

Encaminhar para terciário quando:

- ❖ Insuficiência renal secundária a ITU recorrente ou necessidade de intervenção cirúrgica.

Se não cumpre critérios de encaminhamento:

Continuar profilaxia na APS. Reavalie a cada 3 meses.

Disfunção Erétil

O que é?

Incapacidade persistente de obter/manter ereção por ≥ 3 meses. Causas: vasculares, neurológicas, hormonais ou psicológicas.

Exames iniciais na APS

- ❖ Anamnese detalhada (quando começou, súbito ou gradual, contexto);
- ❖ Medicamentos em uso (antidepressivos pioram);
- ❖ Comorbidades (DM, HAS, cardiopatia);
- ❖ Testosterona (se >50 anos);
- ❖ Glicemia, colesterol, TSH, Pressão arterial.

Tratar causas subjacentes:

- ❖ Diabetes, HAS, dislipidemia, depressão;
- ❖ Parar tabagismo;
- ❖ Exercício físico.

Revisar medicações:

- ❖ Beta-bloqueadores, diuréticos tiazídicos pioram;
- ❖ Alguns antidepressivos pioram;
- ❖ Trocar por alternativas.

Farmacoterapia (Inibidores da Fosfodiesterase-5 (iPDE5) — PRIMEIRA LINHA):

- ❖ Tadalafila 20 mg via oral (2 horas antes da relação sexual) E/OU 5 mg diário;
- ❖ Sildenafil 50 -100 mg via oral (2 horas antes da relação sexual);
- ❖ Vardenafila 10 mg VO;
- ❖ 60-80% têm melhora;
- ❖ Efeito máximo em 2-4 semanas;
- ❖ Contraindicação absoluta: nitratos.

Encaminhar para policlínica regional quando:

- ❖ Refratário ao iPDE5 (não responde após 8 semanas);
- ❖ Intolerância a iPDE5 (cefaleia forte, rubor, dispepsia);
- ❖ Suspeita de hipogonadismo (testosterona total < 350);
- ❖ Disfunção psicogênica refratária;
- ❖ Deseja outras opções (bomba de vácuo, injeções).

Encaminhar para terciário quando:

- ❖ Doença de Peyronie (curvatura peniana progressiva);
- ❖ Trauma peniano com lesão estrutural;
- ❖ Pós-cirurgia vascular/prostatectomia: Disfunção erétil persistente após 6 meses;
- ❖ Candidato a prótese peniana (refratário completo).

Para Onde Encaminhar?

Escolha o nível de atenção adequado de acordo com o quadro clínico.

POLICLÍNICA REGIONAL (Secundário):

- Diagnóstico incerto necessitando biópsia/cistoscopia;
- Procedimentos diagnósticos e eletivos;
- Casos refratários ao manejo inicial mas sem complicações graves.

SERVIÇO TERCIÁRIO (Cirurgia/Internação):

- Diagnóstico definido com indicação de cirurgia pelo especialista;
- Complicações graves/sepsis/emergências;
- Casos clínicos refratários ao tratamento na Policlínica ;
- Tumores e oncologia.
- Procedimentos diagnósticos não disponíveis na Policlínica Regional.

Checklist

Utilize este checklist para garantir um encaminhamento completo e qualificado

- ✓ *Diagnóstico clínico definido ou suspeita bem justificada;*
- ✓ *Todos os exames básicos realizados (conforme patologia);*
- ✓ *Tratamento de nível APS iniciado e documentado;*
- ✓ *Resultado do manejo na APS (resposta ou refratariedade);*
- ✓ *Justificativa clara de encaminhamento para Policlínica ou Terciário;*
- ✓ *Ficha de encaminhamento legível e assinada;*
- ✓ *Dados de contato e identificação do paciente.*

Lista de Abreviaturas e Siglas

1.	HPB	Hiperplasia Prostática Benigna
2.	PSA	Antígeno Específico De Próstata
3.	APS	Atenção Primária à Saúde
4.	AINE	Anti-inflamatórios não esteroidais
5.	ITU	Infecção do Trato Urinário
6.	EAS	Exame de Elementos Anormais e Sedimentoscopia: urina tipo 1 ou Sumário de urina
7.	IST	Infecção Sexualmente Transmissível
8.	FIV	Fertilização in Vitro
9.	ICSI	Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide
10.	HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
11.	DM	Diabetes Mellitus
12.	TSH	Hormônio Tireoestimulante
13.	IV	Intravenoso
14.	VO	Via Oral
15.	DE	Disfunção Erétil
16.	iPDE5	Inibidores da Fosfodiesterase-5



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE