

PROTOSCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Secretário Municipal de Saúde

Leandro Leonardo de Assis Moreira

Secretária Municipal Adjunta de Saúde

Isabela Teixeira Rezende Guimarães

Direção da Atenção Primária à Saúde

Luiza Polliana Godoy Paiva Gouveia

Ricardo Duarte Pereira

Direção da Atenção Especializada

Taciana de Oliveira

Elaboração: Taciana de Oliveira

Revisão: Comitê de Protocolos/SMS – Ouro Preto

Ouro Preto – Minas Gerais

Maio de 2022

Apresentação:

Os protocolos de encaminhamento são ferramentas, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

A atenção Básica cumpre papel estratégico nas redes de atenção, entre outras coisas, se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como local de gestão do cuidado dos usuários, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade do cuidado, portanto é fundamental que a AB tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação com outros pontos da rede de saúde.

O componente ambulatorial é um lugar marcado por diferentes gargalos, em especial no que se refere ao acesso decorrente de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e do grau de resolutividade da Atenção Básica.

Neste protocolo destacamos alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento que, para se potencializarem e efetivarem precisa ser articulado a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde e que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, pactuação de fluxos e protocolos. Neste contexto, os protocolos de encaminhamento são ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Trata-se de um documento elaborado conforme orientações e do Ministério da Saúde e baseado nos protocolos de encaminhamento para serviços especializados. O desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Departamento de Atenção Básica/SMS/PMOP
Departamento de Atenção Secundária/SMS/PMOP
Secretaria Municipal de saúde de Ouro Preto/SMS-OP/MG

1. UROLOGIA

- ❖ As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo definir a prioridade de encaminhamento.
- ❖ 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.

1.1 Hiperplasia Prostática Benigna (HBP)

- ❖ **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência (UPA/Hospital):**
 - 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; ou
 - sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico 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 por pelo menos 6 (seis) meses.
- ❖ **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
 - 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);
 - Tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);

- Resultado do exame de PSA total, com data;
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- Cor da pele (preta ou não), para cálculo da Taxa de Filtração Glomerular;
- Resultado de ecografia abdominal ou vias urinárias ou próstata, com data, quando realizada;
- Não é recomendado solicitar PSA para rastreamento populacional.

1.2 Neoplasia de Próstata

❖ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Neoplasia em biópsia prostática;
- Suspeita clínica (toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria);
- Pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade (ver quadro para limites de normalidade do PSA total por faixa etária). Nesses casos excluir aumento por infecção urinária ou prostatite e, se infecção, repetir PSA total após um mês do tratamento;
- Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 4 ng/ml de maior que 60 ou 2 mg/ml se menor que 60.

Limite de normalidade do PSA total por faixa etária

Idade	Valores do PSA total (ng/ml)
50 – 59 anos	< ou = 3
60 – 69 anos	< ou = 4
70 – 79 anos	< ou = 5

- ### ❖ Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:
- Sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
 - Resultado de biópsia prostática, se realizada; (obrigatório)
 - Resultado de PSA total, com data (se PSA total < 10 ng/mL em paciente assintomático ou PSA elevado para sua idade em pessoa com sintomas de

infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com intervalo mínimo de um mês);

- Resultado de EQU/EAS/Urina tipo 1, com data;

1.3 Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)

❖ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência (UPA/Hospital): •

- 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

❖ Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, fatores desencadeantes ou de alívio);
- Descrição da ecografia escrotal, com data (se realizado);

1.4 Incontinência urinária

❖ 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 ingestão de cafeína/álcool)).

❖ Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

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

❖ Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso);

- Resultado de urocultura, com data;
- Resultado do estudo urodinâmico, com data (se disponível);
- Tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Outros medicamentos em uso que afetam continência urinária (sim ou não). Se sim, quais?

1.5 Disfunção sexual masculina

❖ **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:**

- Disfunção erétil refratária ao tratamento oral.
- Disfunção erétil e contraindicação ou efeito adverso ao tratamento oral.
- 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 ou Urologia:**

- Suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo

❖ **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas;
- Tratamento em uso ou já realizado para disfunção erétil (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Outros medicamentos em uso com posologia;
- Se paciente com Doença de Peyronie, apresenta incapacidade de manter relação sexual (sim ou não);
- Se suspeita de hipogonadismo, descreva, com data, o resultado de dois exames de testosterona total coletados em dias diferentes;

1.6 Litíase renal

❖ **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:**

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

❖ **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:**

- Cálculo ureteral maior que 6mm;
- Cálculo ureteral entre 4 e 10 mm que não foi eliminado após 4 semanas de tratamento clínico;
- Cálculo vesical;
- Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematuria ou infecção de trato urinário);
- Cálculo renal assintomático maior que 10 mm.

❖ **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia (Encaminhamento ao setor de Controle e Avaliação):**

- Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS;
- Impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

❖ **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Sinais e sintomas;
- Resultado de 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);
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- Tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;
- 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;

1.7 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);
- 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.
- ❖ **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**
- Sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outro achado relevante);
- Resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- Resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1, com data (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo 8 semanas entre eles e resultado de hemácias dismórficas 1);
- Presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não), e parentesco com o paciente;

1.8 Doença renal crônica

❖ **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:**

- Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), independente da taxa de filtração glomerular;
- Alterações que provoquem lesão ou perda da função renal.

❖ **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Nefrologia:**

- Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² (estágios 4 e 5) ;
- Proteinúria

- Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas positiva);
- Alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda de função renal
- Perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m² em 6 meses, com uma TFG < 60 ml/min/1,73m², confirmados em dois exames;
- Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).

Alterações anatômicas que sugerem avaliação com urologista.

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 60ml e/ ou globo vesical.
Cistos simples que causam obstrução.
Massas ou tumores renais.

Estágios da Doença Renal Crônica

Estágio de Função Renal	Taxa de Filtração Glomerular (mL/min/1,73m ²)
1	> 90 com proteinúria
2	60 a 89 com proteinúria
3	45 a 59
3a	30 a 44
4b	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

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 299 mg	> 300 mg
Relação Albuminúria/ Creatinúria (em amostra)	< 30 mg/g	30 a 299 mg/g	> 300 mg/g

1.9 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 ou duas em 6 meses);

❖ **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.
- Itu recorrente em idosas.

❖ **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- Resultado de ecografia das vias urinárias, com data;
- Descrever se foi realizada profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia);
- Em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino.
-

1.10 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 ginecologia:**

- Mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) 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;
- 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).

❖ **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));
- Resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
- Tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);
- Se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (Sim ou não);

- ✓ É de boa prática investigar outras DSTs (sífilis, HIV, hepatite B e C) em pessoas que apresentam condiloma acuminado.



REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v. VI.