

REGULA MAIS BRASIL

Urologia

Para Médicos da APS em Belo Horizonte

Guilherme Behrend Silva Ribeiro – Urologista
Telemedicina do Hospital Sírio-Libanês

06 de Setembro de 2019



SÍRIO-LIBANÊS



PROADI-SUS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Realidade da demanda/oferta de consultas

- **Casos aguardando consulta:** ± 12 mil
- **Consultas disponíveis/mês:** ± 2 mil
- **Se todos os casos fossem autorizados:**
tempo de espera médio $\rightarrow 6m$

Como resolver o problema dos pacientes?

- Se a oferta é estável (pelo menos em curto prazo)

Como resolver o problema dos pacientes?

1. Manejando adequadamente os pacientes com condições urológicas comuns e sensíveis à APS, por exemplo:
 - Sintomas urinários atribuíveis a HPB
 - Rastreamento para câncer de próstata
 - Cisto renal simples assintomático
 - Disfunção erétil
 - Entre outros

Como resolver o problema dos pacientes?

2. Encaminhando imediatamente os pacientes:

- Refratários aos tratamentos conservadores de 1ª linha
- Com indicativos de risco, ou
- Com condições cirúrgicas

Como resolver o problema dos pacientes?

3. Reguladores do Regula MAIS Brasil utilizarão critérios de protocolo disponível em

https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_urologia.pdf

para definir se há indicação de manter o encaminhamento

Como resolver o problema dos pacientes?

- “Se eu não sei manejar esses casos?”



0800 644 6543 (opção 2)



(11) 97369-9137

- Envie fotos de exames
- Agende uma teleconsultoria para o horário que preferir.

Protocolos de Encaminhamento para Urologia



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: **0800 644 6543**

www.telessauders.ufrgs.br

Urologia adulto

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA UROLOGIA ADULTO

Autores:

Supervisão Geral:

João Gabbardo dos Reis

Coordenação:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Roberto Nunes Umpierre

Organizadores:

Milena Rodrigues Agostinho

Rudi Roman

Brasil da Silva Neto

Erno Harzheim

Elisa Eichenberg Furasté

Ligia Marroni Burigo

Lucas Medeiros Burtet

Guilherme Behrend Silva Ribeiro

Josué Basso

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Rodrigo da Silva

Rudi Roman

Publicado em 09 de julho de 2015.

Revisado em 09 de fevereiro de 2018.

Protocolos de Encaminhamento para Urologia

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.

Protocolos de Encaminhamento para Urologia

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/1,73m², também devem ter preferência no encaminhamento ao urologista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos.

Protocolos de Encaminhamento para Urologia

- **Protocolo 1** – Hiperplasia prostática benigna (HPB)
- **Protocolo 2** – Neoplasia de próstata
- **Protocolo 3** – Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)
- **Protocolo 4** – Incontinência urinária
- **Protocolo 5** – Disfunção sexual masculina
- **Protocolo 6** – Litíase renal
- **Protocolo 7** – Cistos / Doença policística renal
- **Protocolo 8** – Doença renal crônica
- **Protocolo 9** – Hematúria
- **Protocolo 10** – Infecção urinária recorrente
- **Protocolo 11** – Condiloma acuminado / Verrugas virais

Estrutura básica dos protocolos

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 otimizado¹.

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.

¹ 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.

Exemplo 1 - HPB

- Motivo do encaminhamento:
 - Homem, 60 anos. Jato fraco e aumento da frequência por HPB.

Exemplo 1 - HPB

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 otimizado¹.

¹ 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.

Exemplo 1 - HPB

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.

Exemplo 1 - HPB

- Conduta do regulador:
 - Devolverá o caso para o médico da APS (caso PENDENTE) com perguntas e sugestões de investigação / manejo:

Exemplo 1 - HPB

- “Sintomas de HPB? Pcte faz tto medicamentoso para isso?
Os sintomas estão controlados com esse tto? Tem eco de ap urinário e próstata, creat, urina rotina, PSA?
- Se próstata <40g ou PSA<1,4, tratar com alfa-bloq. Se próstata >40g ou PSA >1,4, pode associar finasterida.
- Sinais de gravidade: IU e STUI graves, resíduo miccional elevado; retenção urinária; ITUs de repetição; cálculo vesical; hidronefrose; perda de FR.
- Estamos disponíveis no 0800 644 6543 (opção 2, Regula+Br)”

Revisão: HPB - Diagnóstico

▪ SINTOMAS

- **STUI que surgem aos poucos e pioram progressivamente**
 - Sintomas de armazenamento (“irritativos”)
 - Frequência, urgência, incontinência, polaciúria, noctúria,
 - Sintomas de esvaziamento (obstrutivos)
 - Jato urinário diminuído, bífido ou intermitente, hesitação, esforço miccional
- IPSS (*International Prostate Symptom Score*) – 8 questões

I-PSS

International Prostate Symptom Score

(<https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>)

Escore I-PSS
Sintomas leves: 0 a 7 pontos
Sintomas moderados: 8 a 19 pontos
Sintomas graves: 20 a 35 pontos

		Nenhuma vez	Menos que 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	No último mês, quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após terminar de urinar?	0	1	2	3	4	5
2	No último mês, quantas vezes você teve de urinar novamente em menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5
3	No último mês, quantas vezes você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4	No último mês, quantas vezes você observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
5	No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
6	No último mês, quantas vezes você teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	
		Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes
7	No último mês, quantas vezes em média você teve de se levantar à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5

Revisão: HPB - Diagnóstico

▪ EXAME FÍSICO

- Toque retal - tamanho da próstata, assimetria, indurações, nódulos?
- Meato uretral – balanite xerótica obliterante?
- Região suprapúbica - bexigoma?



Revisão: HPB - Diagnóstico

- **HISTÓRIA PRÉVIA**

- Doença neurológica ou comprometimento do SNC
- Fatores de risco para estenose uretral
- Medicações em uso

Revisão: HPB - Diagnóstico

- **EXAMES LABORATORIAIS**

- **EQU** – hematúria? Nitrito ou leucócitos? Glicosúria?
- **Creatinina** – indicado se fatores de risco para IRA/IRC
- **PSA** – pode auxiliar no manejo da HPB e rastrear câncer de próstata

Revisão: HPB - Diagnóstico

▪ EXAME DE IMAGEM

- **Ecografia de próstata transabdominal** ($\pm$ descrição do resíduo pós-miccional) – auxilia na escolha do tratamento medicamentoso (>40g?)
- **Ecografia do aparelho urinário** – indicado se hematúria, história de litíase urinária ou creatinina elevada.
- **Ecografia de próstata transretal** – indicada APENAS se suspeita de câncer de próstata, SEMPRE associada à biópsia de próstata

Revisão: HPB - Manejo

- **EXPECTANTE:**

- Para paciente **assintomático** (exemplo: próstata grande apenas, $\pm$ lobo mediano), com **sintomas leves** (IPSS 1-7) ou **moderados** (IPSS 8-19) sem complicações
 - Inclui modificações comportamentais ($\downarrow$ fluidos à noite, $\downarrow$ cafeína, álcool e tabagismo, micção em 2 tempos)

Revisão: HPB - Manejo

▪ MEDICAMENTOSO:

- Alfa-bloqueadores (doxazosina 2-8mg/dia, tansulosina 0,4mg/dia)
 - 1ª opção, efeito imediato
- Inibidores da 5-alfa-redutase (finasterida 5mg/dia, dutasterida 0,5mg/dia)
 - Efeito após 6-12 meses de uso
 - Se necessidade de terapia combinada em próstatas >40g ou PSA >1,4
 - Em ptes com sintomas **moderados** a **severos** com próstata >40g ou PSA >1,4, considerar uso desde o início do tratamento para diminuir risco de retenção urinária aguda e cirurgia

Revisão: HPB – Critérios para encaminhar

- Resíduo pós-miccional (**RPM**) **>300ml** ou globo vesical ou **hidronefrose** (indicativos de risco para DRC)
- História de **retenção urinária aguda** ou uso de **sonda vesical de demora (SVD)**
- HPB e infecção urinária (**ITU**) **recorrente**
- HPB e **litíase vesical**
- **STUI refratários** ao tratamento clínico otimizado

Exemplo 2 – Neoplasia de próstata

- Motivo do encaminhamento:
 - Homem, 55 anos. Rastreamento de câncer de próstata.

Exemplo 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/prostatite¹.

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/prostatite¹; **ou**
- pacientes com 70 a 75 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml¹, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite¹, se expectativa de vida estimada superior a 10 anos.

Exemplo 2 – Neoplasia de próstata

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 teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Exemplo 2 – Neoplasia de próstata

- Conduta do regulador:
 - Devolverá o caso para o médico da APS (caso PENDENTE) com perguntas e sugestões de investigação / manejo:

Exemplo 2 – Neoplasia de próstata

- “Não atende critérios para encaminhamento.
- O rastreamento para câncer de próstata (PSA com ou sem toque retal) pode ser realizado no contexto da APS solicitando PSA total a cada 1-2 anos. O toque retal não é obrigatório.
- Como regra, não rastrear pacientes assintomáticos com <45 ou >75 anos.
- O protocolo de Urologia está disponível no site de fluxos da PBH e o médico assistente pode discutir o caso pelo telefone 0800 644 6543 (opção 2). (Regula+Brasil)

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

1. Diminui a mortalidade?
2. O rastreamento tem riscos?
3. Quando (e como) rastrear?
4. Quando indicar avaliação especializada?
5. O toque retal é obrigatório?
6. PSA livre tem utilidade?

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

1. Diminui a mortalidade? Por CaP, SIM

European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (**ERSPC**)

- Amostra: **162.388 homens**
 - Idade: **55-69** anos
 - Rastreamento: PSA cada 2-4 anos (**sem TR**)
 - Seguimento $\approx$ 13 anos
 - Rastreamento ↓ **em 21% mortalidade** por CaP
- ⇒ Redução absoluta de risco de morte por CaP de **1 homem para cada 1.000**

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

1. Diminui a mortalidade? Por CaP, SIM

ECR de Gotemburgo, Suécia (um dos centros do **ERSPC**)

- Idade de inclusão: **50-64** anos
- PSA: a cada 2 anos
- Biópsia: PSA > 3 ng/mL
- Seguimento $\simeq$ **18 anos**
- Rastreamento sistemático ↓ **em 35% a mortalidade por CaP**

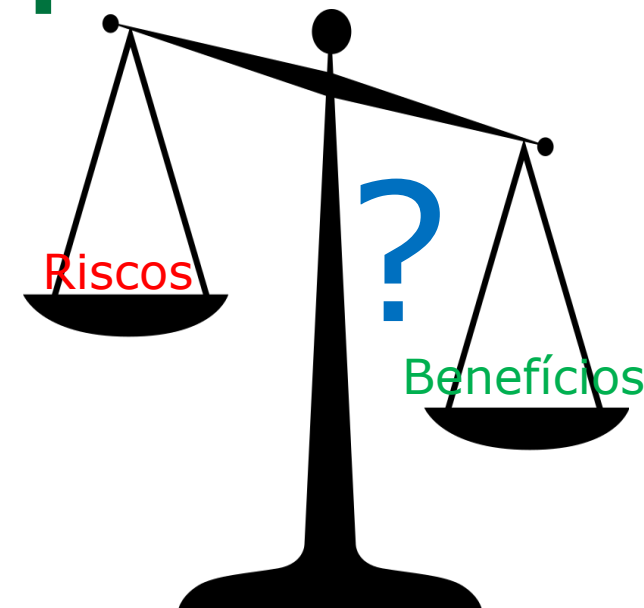
Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

2. O rastreamento tem riscos? Sim

- Biópsias desnecessárias (falso positivos)
- Complicações das biópsias
- Sobrediagnóstico
- Sobretratamento
 - Incontinência urinária
 - Disfunção erétil

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

3. Quando (e como) rastrear?



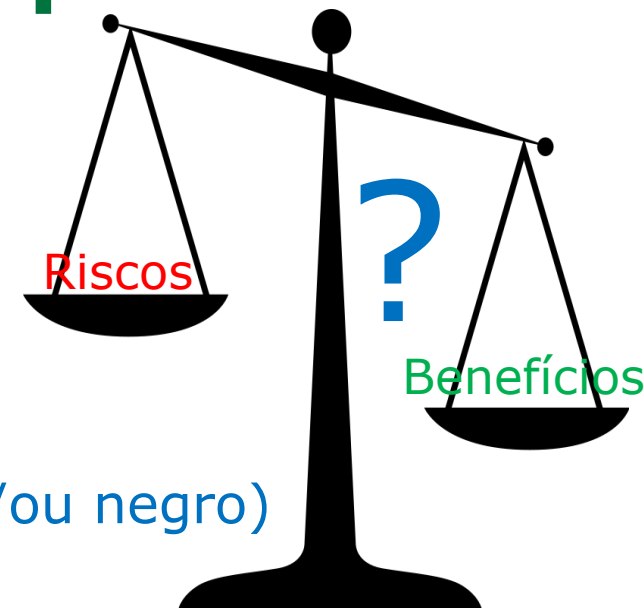
- Não é recomendado o **rastreamento populacional sistemático** devido a incerteza de benefício global

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

3. Quando (e como) rastrear?

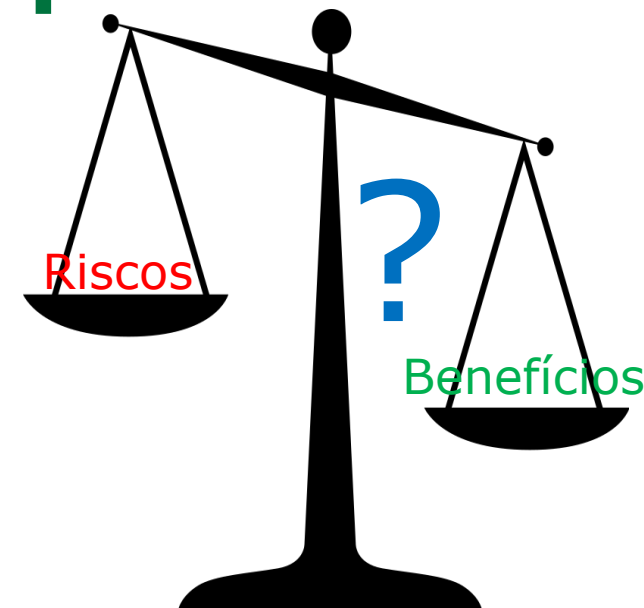
- Homens com **expectativa de vida > 10 anos** e:
 - **> 45 anos com fatores de risco** (irmão ou pai com CaP e/ou negro)
 - **> 50 anos sem fatores de risco**

devem discutir com o médico da Unidade Básica de Saúde os riscos e benefícios do rastreamento para que, em **decisão compartilhada**, decidam sobre a adequação ou não de realizá-lo



Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

3. Quando (e como) rastrear?



- Recomenda-se que os homens com **> 70 anos** (salvo se excelente estado de saúde e expectativa de vida **> 10 anos**) **não** sejam submetidos ao rastreamento do CaP

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

3. Quando (e como) rastrear?

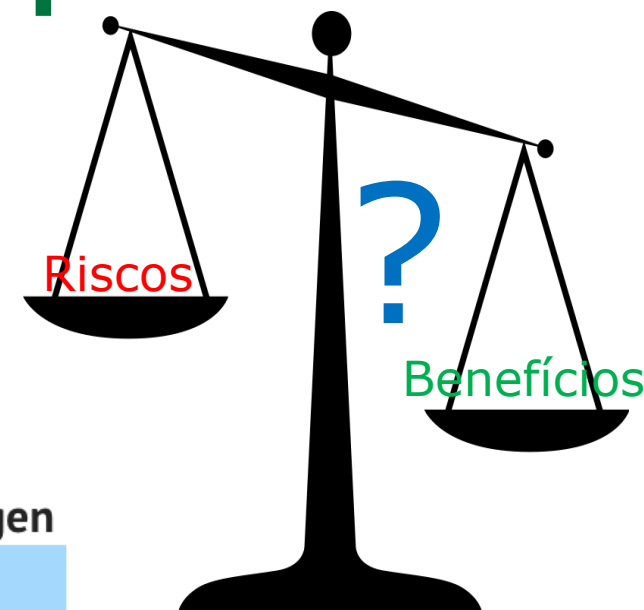
American Academy of Family Physicians

[View all recommendations from this society](#)

Released September 24, 2013; updated July 18, 2018

Do not routinely screen for prostate cancer using a prostate-specific antigen (PSA) test or digital rectal exam. For men who desire PSA screening, it should only be performed after engaging in shared decision-making.

Screening for prostate cancer using PSA may prevent mortality from prostate cancer for a small number of men, while putting many men at risk for long term harms, such as urinary incontinence and erectile dysfunction. Whether this potentially small benefit in mortality outweighs the potential harms is dependent on the values and preferences of individual men. Therefore, for men who express a desire for prostate cancer screening, it should only be performed following a discussion of the potential benefits and harms. Routine screening for prostate cancer should not be done. PSA-based prostate cancer screening should not be performed in men over 70 years of age.



Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

4. Quando indicar avaliação especializada?

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/prostatite¹.

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/prostatite¹; **ou**
- pacientes com 70 a 75 anos e duas medidas (30 dias de intervalo) de PSA total entre 3 e 10 ng/ml¹, na ausência de suspeita de infecção urinária/prostatite¹, se expectativa de vida estimada superior a 10 anos.

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

5. O toque retal é obrigatório? NÃO

- **Principal utilidade é aumentar o VPP do PSA:**
 - PSA alterado + TR normal $\Rightarrow$ VPP = **22%**
 - PSA alterado + TR alterado $\Rightarrow$ VPP = **49%**
- Quando apenas TR alterado (PSA < 3 ng/mL) $\Rightarrow$ VPP = **4-14%**
 - E se apenas TR alterado + PSA < 1 ng/ml $\Rightarrow$ VPP = **4%** (100% indolentes)

Schröder FH, JNCI 1998
Carvalhal GF, J Urol 1999
Schröder, Urology 2001
Vis AN, Prostate 2001
Cui T, Curr Med Res Opin 2016

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

5. O toque retal é obrigatório? NÃO

- Em homens submetidos a rastreamento sistemático com **PSA < 3 ng/mL**:
 - Apenas **2%** dos casos de TR alterado tinha **CaP de clinicamente significativo**
 - Devem ser feitos **289 TRs** para diagnosticar 1 caso de **CaP de clinicamente significativo**

Schröder FH, JNCI 1998
Carvalhal GF, J Urol 1999
Schröder, Urology 2001
Vis AN, Prostate 2001
Cui T, Curr Med Res Opin 2016

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

5. O toque retal é obrigatório? NÃO

- **Melhor NNB apenas com PSA**
 - PSA >3 ng/mL apenas $\Rightarrow$ NNB = **3,4**
 - PSA >4 ng/mL e/ou TR suspeito $\Rightarrow$ NNB = 5,2

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

5. O toque retal é obrigatório? NÃO

Early Detection of Prostate Cancer (2018) – AUA Guidelines

- [...] almost all currently available data pertain to the use of PSA with or without DRE.

As a primary screening test, there is no evidence that DRE is beneficial, but DRE in men referred for an elevated PSA may be a useful secondary test.

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

5. O toque retal é obrigatório? NÃO

Guidelines on Prostate Cancer (2019) – EAU, ESTRO, SIOG

Recommendations	LE	Strength rating
Do not subject men to prostate-specific antigen (PSA) testing without counselling them on the potential risks and benefits.	3	Strong
Offer an individualised risk-adapted strategy for early detection to a well-informed man with a good performance status (PS) and a life-expectancy of at least ten to fifteen years.	3	Strong
Offer early PSA testing in well-informed men at elevated risk of having PCa: • men > 50 years of age; • men > 45 years of age and a family history of PCa; • African-Americans > 45 years of age.	2b	Strong

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

5. O toque retal é obrigatório? NÃO

Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis

Ann Fam Med 2018;16:149-154.

- PURPOSE: Although the digital rectal examination (DRE) is commonly performed to screen for prostate cancer, there is limited data to support its use in primary care.

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

5. O toque retal é obrigatório? NÃO

Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis

Ann Fam Med 2018;16:149-154.

- CONCLUSION: Given the considerable lack of evidence supporting its efficacy, **we recommend against routine performance of DRE** to screen for prostate cancer in the primary care setting.

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

6. PSA livre tem utilidade? Depende da situação

- Sem utilidade para:
 - $\text{PSA} < 2\text{ng/ml}$
 - $\text{PSA} > 10\text{ng/ml}$

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

6. PSA livre tem utilidade? Depende da situação

- Auxilia na definição de risco para PSA 2-10 ng/ml
 - PSA L/T < 10% → 56% de CaP
 - PSA L/T > 25% → 8% de CaP

Revisão: Rastreamento de Câncer de próstata

- Materiais auxiliares:
 - Nota Técnica Conjunta sobre o Câncer de Próstata (https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/NT_Prostata.pdf)
 - SBU/RS, AGMFC, FM-UFRGS, HCPA, TelessaúdeRS, SES/RS, SMS/PoA
 - Webpalestra - Rastreamento do Câncer de Próstata: Desortinando a Controvérsia (https://youtu.be/s9_p9gf-QTE)
 - 2 urologistas, 1 oncologista, 2 MFCs e 1 médico-escritor

Mais 9 protocolos!

- ~~Protocolo 1~~ – Hiperplasia prostática benigna (HPB)
- ~~Protocolo 2~~ – Neoplasia de próstata
- **Protocolo 3** – Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)
- **Protocolo 4** – Incontinência urinária
- **Protocolo 5** – Disfunção sexual masculina
- **Protocolo 6** – Litíase renal
- **Protocolo 7** – Cistos / Doença policística renal
- **Protocolo 8** – Doença renal crônica
- **Protocolo 9** – Hematúria
- **Protocolo 10** – Infecção urinária recorrente
- **Protocolo 11** – Condiloma acuminado / Verrugas virais

Mais 9 protocolos!

Vamos com calma!

Mais 9 protocolos!

Estamos aqui para ajudar vocês!



0800 644 6543 (opção 2)



(11) 97369-9137

- Envie fotos de exames
- Agende uma teleconsultoria para o horário que preferir.

Materiais auxiliares (<https://www.ufrgs.br/telessaunders/regulasus/>)

Urologia

PROTOCOLOS UROLOGIA

Ministério da Saúde



PROTOCOLOS UROLOGIA ADULTO

SES-RS



PROTOCOLOS INFERTILIDADE

SES-RS



PROTOCOLOS PLANEJAMENTO FAMILIAR

SES-RS



TELECONDUTAS PROSTATITE CRÔNICA/SÍNDROME DA DOR PÉLVICA CRÔNICA

SES-RS



TCLE VASECTOMIA

SES-RS



ESCORE INTERNACIONAL DE SINTOMAS PROSTÁTICOS

SES-RS



ESCORE INTERNACIONAL DE SINTOMAS PROSTÁTICOS REDUZIDOS

SES-RS



RESUMO CLÍNICO - HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

SES-RS



RESUMO CLÍNICO - PATOLOGIA ESCROTAIS BENIGNAS

SES-RS



ORIENTAÇÕES PARA EXERCÍCIOS DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO(KEGEL)

SES-RS



RESUMO CLÍNICO - LITÍASE RENAL

SES-RS



RESUMO CLÍNICO - ITU RECORRENTES

SES-RS



RESUMO CLÍNICO - CISTOS E DOENÇA POLICÍSTICA RENAL

SES-RS



TREINAMENTO VESICAL

SES-RS



Obrigado!

REGULA MAIS BRASIL



SÍRIO-LIBANÊS



PROADI-SUS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL