

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA - EMESCAM  
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**GABRIEL DAHER SARDINHA  
LUCA LIMA CRUZ HOMEM  
NICOLAS FOLETTTO HENRIQUES**

**URGÊNCIAS UROLÓGICAS EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA**

**VITÓRIA  
2024**

GABRIEL DAHER SARDINHA  
LUCA LIMA CRUZ HOMEM  
NICOLAS FOLETTI HENRIQUES

## **URGÊNCIAS UROLÓGICAS EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Hatsumura Casini

VITÓRIA  
2024

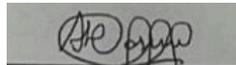
**GABRIEL DAHER SARDINHA**  
**LUCA LIMA CRUZ HOMEM**  
**NICOLAS FOLETTI HENRIQUES**

## **URGÊNCIAS UROLÓGICAS EM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Aprovada em \_\_03\_\_ de \_\_\_\_\_ Junho \_\_\_\_\_ de \_2024\_\_.

### **BANCA EXAMINADORA**



---

**Dr Alexander Hatsumura Casini**  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Orientador

Assinado digitalmente por:  
RAFAEL ZAMPROGNO DE SOUZA  
Data: 04/06/2024 - 09:22:23h

VALID IDENTIFY AS A SERVICE

---

**Dr Rafael Zamprogno de Souza**  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Examinador

Documento assinado digitalmente  
THIAGO RANPAZZO PANCINI  
Data: 04/06/2024 09:14:44-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Dr Thiago Rampazzo Pancini**  
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – HSCMV  
Examinador

Com muita satisfação, dedicamos este trabalho à EMESCAM e aos nossos familiares.

Agradeço a Deus pela vida e por permitir nossa trajetória até aqui.

Agradeço aos professores pelos ensinamentos, em especial, ao Professor Dr Alexander Casini que viabilizou e nos apoiou ao longo desta construção.

Ao colega de Medicina João Casini que participou ativamente, nos auxiliando no processo de coleta de dados.

À professora Lúcia Helena Pimassoni pelo auxílio durante a análise estatística.

Por fim aos nossos familiares que foram nossa base e sustentação ao longo desta graduação.

“Há dois objetivos na educação médica:  
curar os doentes e promover a ciência.”

Charles Horace Mayo

## RESUMO

**Introdução:** As principais urgências urológicas aparecem com grande frequência nos serviços de pronto socorro e necessitam de diagnóstico e terapêutica no tempo adequado. É de suma relevância identificar e conhecer suas apresentações já que podem acometer todas as faixas etárias e têm amplos fatores causais. **Objetivo:** Descrever o perfil de estatísticas clínicas das urgências urológicas avaliadas em nosso pronto socorro. **Método:** Estudo retrospectivo, analítico, quantitativo, longitudinal, de análise documental, baseado em informações de dados de prontuário médico arquivados no sistema eletrônico do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e fichas de referência e contra-referência dos serviços solicitantes de avaliação especializada em urologia que passaram por parecer do urologista de plantão, durante os 5 primeiros meses de 2022. **Resultado/Discussão:** Foram incluídos 1010 pacientes, com uma prevalência de pacientes do sexo masculino sobre o sexo feminino (2,73:1). A idade variou de 18 a 99 anos (mediana 46). Os serviços de saúde de origem do paciente foram principalmente de pronto atendimentos da região metropolitana da Grande Vitória (50,9%). Os diagnósticos mais comuns foram litíase urinária (448 casos), cólica nefrética (115 casos), hematúria macroscópica (100 casos) e retenção urinária aguda (83 casos). 36,1% dos casos necessitaram de internação. A taxa de aceitação foi de 60,9% (615 casos), dos quais 345 tiveram conduta cirúrgica (34,2%), sendo o principal procedimento realizado a ureterolitotripsia rígida (15,5%). **Conclusão:** Observou-se a importância e necessidade do serviço de referência em urgências urológicas, visto a grande quantidade de pacientes com doenças urológicas nos serviços de atendimento às urgências e emergências. A mais prevalente foi a litíase urinária, tendo, a maioria dos pacientes aceitos, uma conduta cirúrgica.

**Palavras-chave:** emergências urológicas; doenças urológicas; manifestações urológicas; sistema urinário.

## ABSTRACT

**Introduction:** The main urological emergencies appear very frequently in emergency services and require timely diagnosis and therapy. It is extremely important to identify and understand their presentations as they can affect all age groups and have broad causal factors. **Objective:** Describe the clinical statistics profile of urological emergencies evaluated in our emergency room. **Methods:** Retrospective, analytical, quantitative, longitudinal study of documental analysis, based on information from medical record data archived in the electronic system of Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória and reference and counter-reference forms from services requesting specialized evaluation in urology that underwent an opinion from the urologist on duty, during the first 5 months of 2022. **Results/Discussion:** 1010 patients were included, with a prevalence of male patients over female patients (2.73:1). Age ranged from 18 to 99 years (median 46). The patient's health services were mainly emergency services in the metropolitan region of Greater Vitória (50.9%). The most common diagnoses were urinary lithiasis (448 cases), nephretic colic (115 cases), macroscopic hematuria (100 cases) and acute urinary retention (83 cases). 36.1% of cases required hospitalization. The acceptance rate was 60.9% (615 cases), of which 345 had surgical management (34.2%), with the main procedure being rigid ureterolithotripsy (15.5%). **Conclusion:** The importance and need for a reference service in urological emergencies was observed, given the large number of patients with urological diseases in urgent care and emergency services. The most prevalent was urinary lithiasis, with the majority of patients accepting surgery.

**Keywords:** urological emergencies; urological diseases; urological manifestations; urinary system.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição por sexo dos pacientes avaliados pela urgência urológica.....	18
Tabela 2: Medidas estatísticas da idade dos pacientes.....	19
Tabela 3: Serviços de saúde de origem do paciente.....	20
Tabela 4: Urgências urológicas avaliadas em nosso pronto-socorro.....	24
Tabela 5: Taxa de aceitação dos casos avaliados.....	25
Tabela 6: Tipo de condutas inicialmente orientadas.....	27
Tabela 7: Números de internações.....	27
Tabela 8: Distribuição dos pacientes nos procedimentos cirúrgicos indicados.....	29
Tabela 9: Tipos de conduta orientada por patologia urológica.....	30
Tabela 10: Tipo de procedimento cirúrgico nos casos de litíase urinária.....	31
Tabela 11: Tipo de procedimento cirúrgico nos casos de hematúria macroscópica..	32
Tabela 12: Tipo de procedimento cirúrgico nos casos de retenção urinária.....	32
Tabela 13: Tipo de procedimento cirúrgico nos casos de cólica nefrética.....	33
Tabela 14: Análise das condutas orientadas em pacientes aceitos e não aceitos.....	33

## LISTA DE SIGLAS

AUA	Associação Americana de Urologia
CEP	Comissão de Ética e Pesquisa
DRC	Doença Renal Crônica
EAU	Associação Europeia de Urologia
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
PS	Pronto Socorro
RUA	Retenção Urinária Aguda
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TGU	Trato Geniturinário
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USG	Ultrassonografia
UU	Urgência Urológica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	15
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	15
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>16</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	16
3.2 LOCAL DE COLETA DE DADOS.....	16
3.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS.....	17
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>39</b>
ANEXO A - PARECER DO CEP.....	39
ANEXO B - NOTA TÉCNICA.....	43

## 1 INTRODUÇÃO

Nosso hospital é um hospital escola filantrópico terciário e especializado da região metropolitana da cidade de Vitória, capital do estado do Espírito Santo, intitulado Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), que atende grande parte da população vinda da própria cidade e também de todo estado, ofertando serviços de saúde ambulatorial, centro de diagnósticos, pronto socorro, centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva e enfermarias.

Conta em sua estrutura com profissionais urologistas e fluxo de atendimento da especialidade. Em 2022, o hospital tornou-se referência regional do sistema público de saúde (SUS), quando foi iniciado o atendimento de urgências urológicas (UU), segundo a nota técnica estadual específica (disposta no anexo B deste trabalho). O serviço tornou-se referência para regulação e avaliação de casos enquadrados como urgências urológicas inicialmente atendidos em unidades básicas de saúde (UBS), unidades de pronto atendimento (UPA) e hospitais da região norte e metropolitana do estado, que não contam com Serviço de Urologia ou suporte estrutural e técnico adequado para o caso.

Em um fluxo dinâmico de atendimento, qualquer médico que inicialmente realizava atendimento de urgência a pacientes com suspeita de qualquer patologia ou acometimento urológico e com hipótese diagnóstica sindrômica de acordo com a nota técnica do anexo B, entrava em contato com a regulação direta do serviço, e por meio de folha de referência e contra-referência, repassava o caso para avaliação do urologista de plantão. Os casos, após serem avaliados pelo urologista, poderiam ser aceitos para avaliação in loco para o diagnóstico ou tratamento definitivo ou poderiam já ser orientados para uma conduta específica no local de origem em não se tratando de UU cirúrgica ou potencialmente cirúrgica.

Além dos urologistas de plantão, nosso hospital conta com estrutura completa para atendimento, com suporte laboratorial, exames de imagem, tomografia computadorizada, radiografia 24 horas e radiologista de plantão, além de suporte de internação clínica, cirúrgica e UTI, o que é de suma importância para o serviço especializado em UU, a fim de elucidar e favorecer a resolução rápida dos casos.

Contamos também com Ultrassonografia, com funcionamento de acordo com a disponibilidade do ultrassonografista.

Sabemos que há prevalência relevante de casos de urgência urológica nos pronto atendimentos pelo Brasil, principalmente infecções do trato urinário e litíase urinária, entretanto, carecem de estudos que realmente indiquem o real panorama destas patologias no cenário brasileiro.

A urgência no meio médico aparece como um estado patológico que se instala bruscamente em um paciente, causado por acidente ou moléstia e que exige uma terapêutica médica rápida. Urgências urológicas incluem situações como cólica renal, hematúria, priapismo, traumas urinários, torção de testículo, prostatite aguda, orquiepididimite, parafimose, retenção urinária aguda, cistite, pielonefrite, gangrena de fournier entre outras infecções.<sup>1</sup>

As principais urgências urológicas aparecem com grande frequência nos serviços de pronto socorro e necessitam de diagnóstico e terapêutica em tempo adequado. É de suma relevância identificar e conhecer suas apresentações, já que podem acometer todas as faixas etárias e têm amplos fatores causais. Além disso, são potenciais causadoras de sequelas e podem pôr em risco a vida do paciente pela sua gravidade se não forem conduzidas adequadamente.<sup>1</sup>

Apesar da minoria dos pacientes se apresentarem com emergência urológica, devendo estes serem encaminhados ao serviço especializado, grande parte pode e deve ser manejado pelo médico do atendimento inicial e em sua maioria sem necessidade de abordagem cirúrgica de urgência. Antes de vir para a UU, todo paciente deve ser examinado por um médico de atenção primária ou médico de emergência, que devem fornecer atendimento imediato e cuidados iniciais aos pacientes, como cateterização vesical ou administração de terapia analgésica para cólica renal. Apenas uma fração dos pacientes urológicos apresenta condições de risco de vida, que requerem intervenção urológica imediata. A maioria dos pacientes apresentam-se com duas condições principais: cólica renal e retenção urinária. Cólica renal não complicada (90%) e a maioria dos casos de retenção devem ser resolvidos por médicos de emergência ou médicos de cuidados primários.<sup>2</sup>

A retenção urinária aguda (RUA) é mais incidente em homens e aumenta drasticamente com a idade. Cerca de 4,5 a 6,8 por 1000 pessoas ao ano, e aumenta para 300 em 1000 pessoas ao ano em homens na faixa dos 80 anos. A principal causa é obstrutiva, por hiperplasia prostática benigna, mas há uma série de etiologias que devem ser investigadas na história clínica e em nível ambulatorial pelo urologista. Os pacientes com diagnóstico de retenção urinária aguda devem prontamente ser conduzidos pelo médico assistente, inicialmente, com cateterismo vesical quando possível, caso não obtenham sucesso é necessário encaminhar para UU.<sup>2,3,4.</sup>

A cólica nefrética apresenta-se de maneira aguda, com dor do tipo cólica em flanco e abdome, com irradiação para baixo ventre e região genital, podendo ser acompanhada de náuseas e ou vômitos, além disso, sintomas como febre, dor lombar e calafrios, podem indicar infecção concomitante, sendo necessário avaliação com exames de imagem, principalmente tomografia computadorizada (TC) ou ultrassonografia (USG), para confirmar a litíase urinária. A incidência anual de cálculos renais é de cerca de 8 casos por 1.000 adultos e atinge o pico por volta da meia-idade nos países desenvolvidos. Deve ser conduzido inicialmente pelo médico assistente com pronta analgesia e ponderar terapia expulsiva, quando indicado. Por outro lado, em casos de cólica de repetição, cólica refratária ao tratamento clínico, sinais de infecção associados, sinais de obstrução, hidronefrose importante, paciente com doença renal crônica (DRC), piora aguda da função renal, rim único e anúria, devem ser prontamente referenciados para UU.<sup>2,5,6,7,8.</sup>

Há ainda casos de pacientes com infecções isoladas do trato geniturinário (TGU). Os elencados e de importância para o nosso estudo foram: pielonefrite isolada, cistite isolada, prostatite, orquiepididimite e balanopostite. A maioria das infecções, após avaliação e descartada complicações, podem ser atendidas e conduzidas pelo médico clínico, em caráter ambulatorial ou internação clínica com terapia antimicrobiana específica, seguindo as recomendações dos guidelines da sociedade europeia de urologia (EAU).<sup>9</sup>

Entretanto, pacientes com suspeita e diagnóstico de priapismo, parafimose sem sucesso na redução manual, fratura de pênis, escroto agudo não especificado,

torção testicular confirmada, gangrena de fournier e trauma isolados do TGU, se enquadram na emergência urológica e devem ser encaminhados para avaliação na UU, principalmente pela especificidade dos casos e pouca expertise dos médicos generalistas e de emergência clínica, além de serem casos potencialmente cirúrgicos para urologia. <sup>10,11,12,13,14.</sup>

Diante do exposto, o presente estudo se propõe a responder a taxa de prevalência das UU em nosso PS e nos serviços de urgência e emergência subsidiários. Além de traçar um perfil de estatísticas clínicas dessas patologias e a necessidade de avaliação e conduta especializada para esses casos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO**

Descrever o perfil de estatísticas clínicas das urgências urológicas avaliadas em nosso pronto socorro.

### **2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

Verificar o perfil epidemiológico dos pacientes avaliados e ou atendidos pelo serviço;

Identificar a prevalência das grandes síndromes urológicas solicitadas;

Elencar os aparelhos importantes de triagem e classificação de risco dos pacientes utilizados;

Verificar os tipos de urgência urológica prevalentes no serviço;

Compreender a dinâmica do pronto socorro e os instrumentos diagnósticos disponíveis;

Expor o manejo inicial dos pacientes em urgência urológica;

Apresentar as principais medidas terapêuticas utilizadas e disponíveis no serviço deste hospital;

Pontuar os motivos e critérios de aceitação de casos.

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Estudo retrospectivo, analítico, quantitativo, longitudinal, de análise documental, baseado em informações de dados de prontuário médico e fichas de referência e contra-referência dos serviços solicitantes de avaliação especializada em urologia que passaram por parecer do urologista de plantão do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória nos primeiros 5 meses do ano de 2022. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o número: 6.091.423, conforme parecer consubstanciado (ANEXO A).

Foram então escolhidos e analisados 1010 casos elegíveis, de pacientes acima de 18 anos no período de 1 ano, com suspeita de alguma das síndromes urológicas de interesse, sendo elas: balanopostite, câncer de pênis, cistite, cólica nefrética, escroto agudo, fimose, fratura de pênis, gangrena de fournier, hematúria macroscópica, hidrocele, litíase urinária, orquiepididimite, parafimose, pielonefrite, priapismo, prostatite, retenção urinária aguda, torção testicular, trauma de uretra, trauma renal isolado, trauma testicular, trauma ureteral isolado, tumor testicular e varicocele. As variáveis estudadas dos pacientes foram as seguintes: sexo, idade, serviço de origem, diagnóstico sindrômico principal, aceitação, conduta inicial, internação e procedimento cirúrgico realizado.

O referencial teórico fundamentou-se nas últimas diretrizes da sociedade europeia/americana/brasileira de urologia (EAU/AUA/SBU), além de artigos nos bancos de dados *Pubmed*, filtrados com base nos seguintes descritores: emergências urológicas; doenças urológicas; manifestações urológicas; sistema urinário.

#### **3.2 LOCAL DE COLETA DE DADOS**

Canal de comunicação oficial da regulação da urologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, localizado no endereço: Rua Dr. João dos Santos Neves, 143 - Vila Rubim, Vitória - ES, 29025-023.

### **3.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS**

A análise de dados foi realizada com base em descrição de variáveis de natureza categórica por meio de frequências e percentuais, e as numéricas por meio de medidas de resumo de dados como média, mediana, percentis e desvio padrão.

Os dados foram tabulados em planilha EXCEL e analisados no programa IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) versão 29 para elaboração de tabelas e gráficos.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos no total 1010 pacientes que passaram por avaliação do urologista de plantão no pronto socorro (PS) do nosso hospital, durante os primeiros 5 meses do ano de 2022. Sendo observado uma prevalência de 73,1% de pacientes do sexo masculino, num total absoluto de 738 pacientes masculinos contra 26,7% de pacientes do sexo feminino, num total absoluto 270 mulheres. Apenas 2 pacientes (0,2%) não foram possível avaliar o sexo pelos dados da sua ficha de referência, sendo estes provavelmente pacientes não aceitos, que não chegaram a ser atendidos no nosso PS (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição por sexo dos pacientes avaliados pela urgência urológica.

Sexo	N	%T	%V
MASCULINO	738	73,1	73,2
FEMININO	270	26,7	26,8
Total	1008	99,8	100,0
Sem informação	2	0,2	
Total	1010	100,0	

Legenda:

N: Quantidade de paciente; %T: Porcentagem total; %V: Porcentagem válida.

Fonte: Autoria própria, 2024.

A faixa etária que mais se apresentou com urgência urológica em nosso PS foi a média de 47,9 anos. A menor idade foi de 18 anos de idade, devido aos critérios de inclusão do nosso estudo, apesar do serviço atender pacientes até 16 anos em conformidade com a Nota técnica (ANEXO B) ou menos se necessário. Já a idade máxima atendida foi de 99 anos. Foi obtido também outras medidas estatísticas de análise, como o desvio padrão da idade em 18,1 anos e a mediana das idades de 46 anos. O percentil 25 da idade foi de 34 anos e o percentil 75 da idade foi de 63 anos (tabela 2).

Tabela 2: Medidas estatísticas da idade dos pacientes.

Medidas	Idade (anos)
Média	47,9
Desvio padrão	18,1
Mediana	46,0
Mínimo	18,0
Máximo	99,0
Percentil 25	34,0
Percentil 75	63,0

Fonte: Autoria própria, 2024.

A fim de conhecer a fundo nosso paciente e o sistema de regulação do nosso estado, foi de extrema relevância obter dados da origem do nosso doente, sabendo qual unidade ou hospital em que foi inicialmente manejado. Além disso, é necessário entender a real demanda por região e adequar o sistema para melhor atender a população. Com isso foi gerado a frequência de solicitações de referência por nome da unidade ou hospital solicitante que segue conforme a tabela 3. Foi notório o alto índice de solicitações, principalmente dos serviços de pronto atendimento da região metropolitana, onde geralmente é a porta de entrada via SUS destes pacientes. Vide tabela 3, foram avaliados 162 pacientes provindos da UPA de Castelândia, representando cerca de 16% do total de pacientes, seguido pela UPA de Carapina com 89 pacientes (8,8%) e pela UPA de São Pedro com 54 pacientes (5,3%). Nosso PS também foi fonte de grande parcela dos pacientes avaliados, com 107 casos, o que representou 10,6% do total, provavelmente devido a busca direta dos pacientes, por conta do atendimento aos planos de saúde e a pacientes SUS que já são atendidos nas especialidades cirúrgicas do HSCMV ou devido ao fluxo incorreto dos serviços de baixa complexidade, que acabam enviando os pacientes diretamente, sem antes passarem por parecer do urologista de plantão, configurando erro no processo de regulação destes pacientes; seguido dos grandes hospitais do interior do estado da região norte, com 79 casos (7,9%), que acabam sendo referência dos municípios vizinhos, podendo até contar com urologistas no serviço, mas sem o aparato técnico para avaliação de imagem e abordagem cirúrgica específica, como por exemplo a abordagem urológica endoscópica. Podemos notar que destes, foram

42 pacientes provindos do Hospital Geral de Linhares, cerca de 4,2 % do total e 37 pacientes do Hospital Roberto Silveiras, 3,7 % do total. De forma geral, foram 54,2 % dos pacientes provenientes de UPAs, 30,9% de hospitais e 2,1% de UBSs. O restante, 12,8% dos pacientes, buscou diretamente nosso PS (tabela 3).

Tabela 3: Serviços de saúde de origem do paciente

Origem	Frequência	%T	%V
UPA CASTELÂNDIA	162	16,0	16,2
PS SANTA CASA	107	10,6	10,7
UPA CARAPINA	89	8,8	8,9
UPA SÃO PEDRO	54	5,3	5,4
UPA SERRA SEDE	54	5,3	5,4
UPA TREVO	52	5,1	5,2
HOSPITAL GERAL DE LINHARES	42	4,2	4,2
UPA PRAIA DO SUÁ	39	3,9	3,9
HOSPITAL ROBERTO SILVARES	37	3,7	3,7
HOSPITAL CONCÓRDIA	29	2,9	2,9
HOSPITAL SILVIO AVIDOS	25	2,5	2,5
UPA GLÓRIA	24	2,4	2,4
UPA VIANA	23	2,3	2,3
HOSPITAL MADRE REGINA PROTMANN	18	1,8	1,8
HOSPITAL RITA DE CÁSSIA	17	1,7	1,7
HOSPITAL SÃO CAMILO	15	1,5	1,5
UPA ARACRUZ	10	1,0	1,0
HOSPITAL ANTÔNIO BEZERRA DE FARIA	9	0,9	0,9
UPA COBILÂNDIA	9	0,9	0,9
UPA MARATAÍZES	9	0,9	0,9
UPA RIVIERA DA BARRA	9	0,9	0,9
HOSPITAL ITAGUAÇU	8	0,8	0,8
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	8	0,8	0,8
PA MEDSENIOR	8	0,8	0,8
HOSPITAL DR ALCEU MELGAÇO FILHO	7	0,7	0,7
HOSPITAL SÃO GABRIEL DA PALHA	7	0,7	0,7
UPA NOVA ROSA DA PENHA	7	0,7	0,7
HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA	6	0,6	0,6
HOSPITAL APART	5	0,5	0,5

Origem	Frequência	%T	%V
HOSPITAL JOÃO DOS SANTOS NEVES	5	0,5	0,5
HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA	5	0,5	0,5
HPM	5	0,5	0,5
UBS LARANJA DA TERRA	5	0,5	0,5
UPA CACHOEIRO	5	0,5	0,5
CLÍNICA DOS ACIDENTADOS DE VITÓRIA	4	0,4	0,4
HOSPITAL APÓSTOLO PEDRO	4	0,4	0,4
HOSPITAL E MATERNIDADE DR ARTHUR	4	0,4	0,4
HOSPITAL UNIMED VITÓRIA	4	0,4	0,4
UBS ITARARÉ	4	0,4	0,4
UPA GUARAPARI	4	0,4	0,4
HOSPITAL MENINO JESUS	3	0,3	0,3
HOSPITAL MERIDIONAL SERRA	3	0,3	0,3
HOSPITAL MUNICIPAL DE CASTELO	3	0,3	0,3
UPA IBIRAÇU	3	0,3	0,3
HEUE	2	0,2	0,2
HOSPITAL JAYME DOS SANTOS NEVES	2	0,2	0,2
HOSPITAL SANTA CASA DE CACHOEIRO	2	0,2	0,2
HOSPITAL SANTA CASA DE GUAÇUI	2	0,2	0,2
HOSPITAL UNIMED CACHOEIRO	2	0,2	0,2
UPA IBATIBA	2	0,2	0,2
UPA N/E	2	0,2	0,2
FUMATRE	1	0,1	0,1
HEAC	1	0,1	0,1
HOSPITAL MUNICIPAL DE CASTELO	1	0,1	0,1
HOSPITAL BARRA DE SÃO FRANCISCO	1	0,1	0,1
HOSPITAL DE IBATIBA	1	0,1	0,1
HOSPITAL DE JAQUARÉ	1	0,1	0,1
HOSPITAL DORIO SILVA	1	0,1	0,1
HOSPITAL DOS SERVIDORES	1	0,1	0,1
HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CAMILO	1	0,1	0,1
HOSPITAL ESTADUAL DE VILA VELHA	1	0,1	0,1
HOSPITAL ESTADUAL JOÃO SANTOS NEVES	1	0,1	0,1
HOSPITAL ESTADUAL SÃO JOSÉ	1	0,1	0,1
HOSPITAL JESUS MARIA JOSÉ	1	0,1	0,1

Origem	Frequência	%T	%V
HOSPITAL MERIDIONAL CARIACICA	1	0,1	0,1
HOSPITAL MUNICIPAL BOA ESPERANÇA	1	0,1	0,1
HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA PENHA	1	0,1	0,1
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	1	0,1	0,1
HOSPITAL PADRE MÁXIMO	1	0,1	0,1
HOSPITAL SÃO MARCOS	1	0,1	0,1
HOSPITAL UNIMED CASTELO	1	0,1	0,1
HUCAM	1	0,1	0,1
INSTITUTO DE GESTÃO E INOVAÇÃO DA SAÚDE	1	0,1	0,1
UBS BOM JESUS DO NORTE	1	0,1	0,1
UBS COLATINA	1	0,1	0,1
UBS PORTO CANOA	1	0,1	0,1
UBS SÃO CRISTOVÃO	1	0,1	0,1
UBS VILA VELHA	1	0,1	0,1
UNESC SAÚDE	1	0,1	0,1
UPA ANCHIETA	1	0,1	0,1
UPA DE ALEGRE	1	0,1	0,1
UPA FUNDÃO	1	0,1	0,1
UPA ITAGUAÇU	1	0,1	0,1
UPA RIO BANANAL	1	0,1	0,1
UPA SÃO ROQUE DO CANAÃ	1	0,1	0,1
UPA VILA VALÉRIO	1	0,1	0,1
Total	999	98,9	100,0
Sem informação	11	1,1	
Total	1010	100,0	

Legenda:

Frequência: Quantidade de pacientes desta origem; %T: Porcentagem total; %V: Porcentagem válida.

Fonte: Autoria própria, 2024.

O principal foco do estudo foi descrever as principais UU atendidas em nosso PS, com o intuito de entender a dinâmica e a prevalência dessas doenças. Para isso, foram elencados os diagnósticos sindrômicos principais de interesse para a urologia e para o estudo e os casos que assim foram compatíveis com tais. Como esperado, o principal diagnóstico encontrado foi a litíase urinária, com 448 em 1010 casos, representando uma parcela de 44,4% do total. Seguida da cólica nefrética com 115 casos (11,4%), hematúria macroscópica com 100 casos (9,9%), retenção urinária aguda (RUA) com 83 casos (8,2%), orquiepididimite com 51 casos (5%), pielonefrite isolada com 37 casos (3,7%), escroto agudo não especificado com 36 casos (3,6%), torção testicular com 19 casos (1,9%), gangrena de fournier com 16 casos (1,6%), trauma de uretra com 15 casos (1,5%), fratura de pênis com 13 casos (1,3%), prostatite com 11 casos (1,1%), cistite isolada com 10 casos (1%), parafimose com 10 casos (1%), hidrocele com 9 casos (0,9%), trauma testicular isolado com 9 casos (0,9%), priapismo com 7 casos (0,7%), balanopostite com 5 casos (0,5%), câncer de pênis com 5 casos (0,5%), varicocele com 5 casos (0,5%), tumor testicular com 2 casos (0,2%), fimose com 1 caso (0,1%), trauma ureteral isolado com 1 caso (0,1%) e trauma renal isolado com 1 caso (0,1%). Apenas 1 caso selecionado do estudo foi considerado inconclusivo para o diagnóstico sindrômico principal, 0,1% do total (tabela 4). Muitos casos que chegavam como cólica nefrética, após submetidos a tomografia computadorizada com confirmação de cálculo, foram reclassificados para litíase urinária.

Tabela 4: Urgências urológicas avaliadas em nosso pronto-socorro.

Diagnóstico Sindrômico	Frequência	%T	%V
LITÍASE URINÁRIA	448	44,4	44,4
CÓLICA NEFRÉTICA	115	11,4	11,4
HEMATÚRIA MACROSCÓPICA	100	9,9	9,9
RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA	83	8,2	8,2
ORQUIEPIDIDIMITE	51	5,0	5,1
PIELONEFRITE	37	3,7	3,7
ESCROTO AGUDO	36	3,6	3,6
TORÇÃO TESTICULAR	19	1,9	1,9
GANGRENA DE FOURNIER	16	1,6	1,6
TRAUMA DE URETRA	15	1,5	1,5
FRATURA DE PÊNIS	13	1,3	1,3
PROSTATITE	11	1,1	1,1
CISTITE	10	1,0	1,0
PARAFIMOSE	10	1,0	1,0
HIDROCELE	9	0,9	0,9
TRAUMA TESTICULAR	9	0,9	0,9
PRIAPISMO	7	0,7	0,7
BALANOPOSTITE	5	0,5	0,5
CÂNCER DE PÊNIS	5	0,5	0,5
VARICOCELE	5	0,5	0,5
TUMOR TESTICULAR	2	0,2	0,2
FIMOSE	1	0,1	0,1
TRAUMA RENAL	1	0,1	0,1
TRAUMA URETERAL	1	0,1	0,1
Total	1009	99,9	100,0
Sem informação	1	0,1	
Total	1010	100,0	

Legenda:

Frequência: Quantidade de diagnósticos sindrômicos; %T: Porcentagem total; %V: Porcentagem válida.

Fonte: Autoria própria, 2024.

Outro dado de extrema relevância para avaliação da dinâmica do serviço foram os índices de aceitação das avaliações, ou seja, aqueles pacientes que eram aceitos pelo urologista de plantão para vir para o hospital, ao entender que se tratava de quadro de UU. Foram 615 casos de 1010 avaliações com resposta sim para vir para avaliação especializada, representando uma taxa de aceitação de 60,9%. Por outro lado, 373 casos foram recusados, cerca de 36,9%, por não configurarem urgência ou não necessitarem de intervenção cirúrgica em caráter de urgência ou não precisarem ser conduzidos exclusivamente pela urologia ou serviço solicitante possuir urologista de sobreaviso ou serviço de origem solicitante não fazer parte da região de abrangência da nossa referência ou guia de referência não preenchida/incorreta ou paciente ter evadido da origem ou ausência de exames laboratoriais/imagem quando disponíveis na origem ou não seguirem o fluxo de recomendação da nota técnica do anexo ou diagnóstico inicial não correspondente após avaliação e/ou casos exclusivamente ambulatoriais. Cerca de 22 solicitações de referência não foram respondidas no primeiro momento, aproximadamente 2,2% do total, devido às pendências de dados, informações, quadro clínico atual e/ou exames complementares do paciente que dificultava a avaliação e resposta (tabela 5).

Tabela 5: Taxa de aceitação dos casos avaliados.

Aceitação	Frequência	%T	%V
SIM	615	60,9	62,2
NÃO	373	36,9	37,8
Total	988	97,8	100,0
Sem informação	22	2,2	
Total	1010	100,0	

Legenda:

Frequência: Número de casos; %T: Porcentagem total; %V: Porcentagem válida.

Fonte: Autoria própria, 2024.

Elencamos em grupos os tipos de conduta inicialmente orientadas para cada caso, divididas da seguinte maneira: conduta conservadora/clínica, conduta cirúrgica, conduta ambulatorial, conduta conservadora/clínica/ambulatorial e conduta não orientada. Com base nesta distribuição, foram 374 casos com orientação de tratamento conservador/clínico, representando cerca de 37% do total de casos. Dentre estes, estão tanto pacientes aceitos e assim conduzidos em nosso hospital quanto pacientes não aceitos, mas orientados a seguir terapia conservadora. Entendemos como conduta conservadora aqueles casos que inicialmente iriam passar por exame de imagem para elucidação diagnóstica ou eram elegíveis para analgesia, terapia anti-inflamatória, sondagem vesical, irrigação vesical, terapia expulsiva ou antibioticoterapia. Devido à grande quantidade de cólica nefrética e urolitíase em nosso pronto socorro, o tratamento com terapia expulsiva foi muito indicado. Pacientes com cálculos ureterais abaixo de 6mm, em geral, e sem complicações ou cólica refratária, foi indicado terapia expulsiva com alfa bloqueadores, principalmente a tansulosina, associado a analgesia domiciliar.<sup>7</sup>

Do total dos casos avaliados, 345 tiveram indicação cirúrgica (34,2%), sendo a grande maioria em caráter de urgência em nosso hospital e a minoria indicada eletivamente em algum serviço da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA). Tiveram também, 94 casos avaliados e entendidos como passíveis de tratamento em nível ambulatorial, não necessitando de conduta específica no momento do atendimento, como hidrocele e varicocele por exemplo. Houveram ainda casos com indicação de abordagem conservadora no início do atendimento e seguidos de acompanhamento ambulatorial, como por exemplo um caso de RUA que necessitou de sondagem vesical em um primeiro momento e após esse atendimento, poderia seguir para investigação etiológica em nível ambulatorial. Esses casos foram classificados segundo o estudo como conservador/clínico/ambulatorial, que representaram 78 casos ou 7,7% do total de condutas tomadas. Por fim, dos 1010 casos, 67 não tiveram condutas orientadas pelo urologista plantonista após avaliação inicial (6,6%). Isto provavelmente por se tratarem de casos não aceitos devido a erro na referência, não obedecendo às regras da norma técnica do anexo b (tabela 6).

Tabela 6: Tipo de condutas inicialmente orientadas.

Conduta	Frequência	%T	%V
CONSERVADOR/CLÍNICO	374	37,0	39,0
CIRÚRGICA	345	34,2	36,0
AMBULATORIAL	94	9,3	9,8
CONSERVADOR/CLÍNICO/AMBULATORIAL	78	7,7	8,1
NÃO	67	6,6	7,0
Total	958	94,9	100,0
Sem informação	52	5,1	
Total	1010	100,0	

Legenda:

Frequência: Número do tipo de conduta inicialmente tomada; %T: Porcentagem total; %V: Porcentagem válida.

Fonte: Autoria própria, 2024.

Dos pacientes que tiveram necessidade de internação, a grande maioria foi aceita para realizar conduta cirúrgica contra outra pequena parcela que foi aceita para tratamento conservador sob vigilância da urologia, devido a ser paciente potencialmente cirúrgico. Foram 365 internações dos 1010 casos, representando 36,1%, contra 537 (53,2%) que não necessitaram de internação, por se tratarem de pacientes conduzidos no PS e receberam alta médica após ou foram conduzidos e retirados do quadro de urgência e retornaram para sua origem (tabela 7).

Tabela 7: Números de internações.

Internação	Frequência	%T	%V
NÃO	537	53,2	59,5
SIM	365	36,1	40,5
Total	902	89,3	100,0
Sem informação	108	10,7	
Total	1010	100,0	

Legenda:

Frequência: quantidade ; %T: Porcentagem total; %V: Porcentagem válida.

Fonte: Autoria própria, 2024.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, de maneira geral, 510 pacientes (50,5%) não foram indicados, inicialmente, para nenhuma cirurgia. Ademais, 118 pacientes ficaram sem a informação do procedimento indicado, podendo se tratar tanto de pacientes que não iriam passar por cirurgia, quanto pacientes que não foram possível identificar no atendimento inicial qual seria seu procedimento cirúrgico definitivo. As cirurgias mais realizadas em nosso hospital durante a urgência foram a ureterolitotripsia rígida (157 casos), a ureterorrenolitotripsia flexível (105 casos) e a cistostomia (22 casos). Os demais procedimentos indicados seguem na tabela abaixo (tabela 8).

Tabela 8: Distribuição dos pacientes nos procedimentos cirúrgicos indicados.

Procedimento Cirúrgico	Frequência	%T	%V
NÃO	510	50,5	57,2
URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA	157	15,5	17,6
URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL	105	10,4	11,8
CISTOSTOMIA	22	2,2	2,5
RETIRADA ELETIVA DE DUPLO J	12	1,2	1,3
CISTOSCOPIA	8	0,8	0,9
CORREÇÃO CIRÚRGICA	8	0,8	0,9
DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO	8	0,8	0,9
NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA ELETIVA	8	0,8	0,9
DRENAGEM CIRÚRGICA	7	0,7	0,8
POSTECTOMIA URGÊNCIA	7	0,7	0,8
IMPLANTE DE DUPLO J	6	0,6	0,7
NEFRECTOMIA ELETIVA	6	0,6	0,7
CISTECTOMIA ELETIVA	5	0,5	0,6
ORQUIECTOMIA/ORQUIDOPEXIA CONTRALATERAL	5	0,5	0,6
NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	3	0,3	0,3
NEFROSTOMIA	3	0,3	0,3
URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL ELETIVA	3	0,3	0,3
AMPUTAÇÃO DE PÊNIS ELETIVA	2	0,2	0,2
NEFRECTOMIA	2	0,2	0,2
PROSTATECTOMIA ELETIVA	2	0,2	0,2
POSTECTOMIA ELETIVA	1	0,1	0,1
POSTECTOMIA EMERGÊNCIA	1	0,1	0,1
RTU ELETIVA	1	0,1	0,1
Total	892	88,3	100,0
Sem informação	118	11,7	
Total	1010	100,0	

Legenda:

Frequência: quantidade ; %T: Porcentagem total; %V: Porcentagem válida.

Fonte: Autoria própria, 2024.

Outra análise realizada durante o estudo, foi o tipo de conduta orientada nas patologias das UU mais prevalentes em nossas fichas de avaliação. Estas foram a cólica nefrética, a hematúria macroscópica, a litíase urinária, a orquiepididimite e a RUA. Com isso, chegamos a conclusão que de 112 casos de cólica nefrética (inicialmente na ausência de suspeita de litíase urinária), 79 foram adotadas conduta conservadora/clínica contra 12 cirúrgicas, as demais seguem na tabela 9. Da hematúria macroscópica foram 31 casos ambulatoriais, 11 cirúrgicos, 28 conservador/clínico e 18 conservador/clínico/ambulatorial, do total de 95 casos. Dos quadros de orquiepididimite a maioria foi conduta conservadora/clínica, com 39 casos de 49. Já nos casos de litíase urinária, de 431 casos, a maioria foi cirúrgica (264 casos) contra 117 tratamentos conservadores. Por fim, na RUA foram 32 casos com conduta conservadora contra 15 cirurgias, do total de 79 casos (tabela 9).

Tabela 9: Tipos de conduta orientada por patologia urológica.

Diagnóstico	Conduta					Total
	AMBULATORIAL	CIRÚRGICA	CONSERVADOR /CLÍNICO	CONSERVADOR/CLÍNICO/AMBULATORIAL	NÃO	
CÓLICA NEFRÉTICA	5	12	79	7	9	112
HEMATÚRIA MACROSCÓPICA	31	11	28	18	7	95
LITÍASE URINÁRIA	18	264	117	18	14	431
ORQUIEPIDIDIMITE	0	2	39	5	3	49
RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA	13	15	32	11	8	79
Total	67	304	295	59	41	766

Fonte: Autoria própria, 2024.

Com o intuito de realizar uma análise cruzada, foi interessante estabelecer qual o tipo de procedimento mais realizado nas UU mais prevalentes com conduta cirúrgica. Dos 264 casos de litíase cirúrgica, tivemos 147 pacientes indicados para ureterolitotripsia rígida (55,7 % das litíases cirúrgicas) e 104 pacientes indicados para ureterorrenolitotripsia flexível (39,4% das litíases cirúrgicas) (tabela 10). Houveram 6 casos de uropatia obstrutiva por cálculos associado a sepse que foram inicialmente conduzidos com desobstrução, sendo 5 implantes isolados de cateter duplo J e 1 nefrostomia. A orientação na sepse que se apresenta com cálculos obstrutivos, é que haja uma descompressão do sistema coletor urgente, por meio de drenagem percutânea ou implante de stent ureteral. Sendo o tratamento definitivo do cálculo adiado até que a sepse seja resolvida.<sup>5</sup>

Tabela 10: Tipo de procedimento cirúrgico nos casos de litíase urinária.

LITÍASE URINÁRIAS CIRÚRGICA	Frequência	%T	%V
URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA	147	55,7	56,5
URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL	104	39,4	40,0
IMPLANTE DE DUPLO J	5	1,9	1,9
RETIRADA ELETIVA DE DUPLO J	2	0,8	0,8
NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	1	0,4	0,4
NEFROSTOMIA	1	0,4	0,4
Total	260	98,5	100,0
Sem informação	4	1,5	
Total	264	100,0	

Fonte: Autoria própria, 2024.

Nos casos de hematúria macroscópica com conduta cirúrgica indicada, provavelmente em casos com obstrução por coágulos do sistema urinário ou da sonda vesical, cursando com RUA e/ou queda hematimétrica e hemodinâmica, 11 casos tiveram indicação direta de abordagem, sendo 5 cistoscopias (45,5%), 3 cistostomias (27,3%), 2 nefrectomias (18,2%) e 1 ureterolitotripsia rígida (9,1%) (tabela 11).

Tabela 11: Tipo de procedimento cirúrgico nos casos de hematúria macroscópica.

HEMATÚRIA MACROSCÓPICA CIRÚRGICA	Frequência	%
CISTOSCOPIA	5	45,5
CISTOSTOMIA	3	27,3
NEFRECTOMIA	2	18,2
URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA	1	9,1
Total	11	100,0

Fonte: Autoria própria, 2024.

Na RUA, 15 casos houveram a necessidade de abordagem cirúrgica, sendo 12 destes conduzidos com cistostomia ( 80%), 2 com cistoscopia (13,3%) e 1 com nefrostomia (6,7%) (tabela 12).

Tabela 12: Tipo de procedimento cirúrgico nos casos de retenção urinária.

RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA CIRÚRGICA	Frequência	%
CISTOSTOMIA	12	80,0
CISTOSCOPIA	2	13,3
NEFROSTOMIA	1	6,7
Total	15	100,0

Fonte: Autoria própria, 2024.

Os casos de cólica nefrética cirúrgicas elegíveis em nosso estudo foram 12 no total, sendo 9 deles conduzidos com ureterolitotripsia rígida (75%), 2 orientados retirada eletiva de cateter duplo J (16,7%), em pacientes com sintomas irritativos de cateter, e 1 ureterorrenolitotripsia flexível (8,3%), como segue na tabela 13.

Tabela 13: Tipo de procedimento cirúrgico nos casos de cólica nefrética.

CÓLICA NEFRÉTICA CIRÚRGICA	Frequência	%
URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA	9	75,0
RETIRADA ELETIVA DE DUPLO J	2	16,7
URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL	1	8,3
Total	12	100,0

Fonte: Aatoria própria, 2024.

Outra importante informação extraída durante o estudo foi a análise cruzada entre aceitação de casos e condutas orientadas. Esta informação foi importante devido ao fato de, apesar dos casos não serem aceitos para avaliação em nosso PS, a grande maioria era orientada qual conduta o médico assistencialista deveria tomar. Com isso, obtemos que, de 366 casos não aceitos, apenas 65 não foi orientada nenhuma conduta pelo urologista de plantão, provavelmente por não haver diagnóstico claro e não se tratar de uma UU. Ou ainda pelo fato de haver urologista no local que pediu a avaliação ou a região de origem não ser parte da abrangência do serviço, segundo a nota técnica do anexo B, ou o caso solicitado não ser acometimento urológico. Das condutas orientadas naqueles não aceitos (366 casos), 91 foram orientados investigação e tratamento em nível ambulatorial, 2 casos foram conduta cirúrgica em hospitais com urologista, 141 casos foram conduta conservadora (analgesia, anti inflamatórios, antibioticoterapia, exame de imagem, sondagem vesical, irrigação vesical ou terapia expulsiva) e outros 67 casos foram orientados realizar tratamento conservador/clínico inicialmente e após seguirem ambulatorialmente (tabela 14).

Tabela 14: Análise das condutas orientadas em pacientes aceitos e não aceitos.

Aceito	Conduta					Total
	AMBULATORIAL	CIRÚRGICA	CONSERVADO R/CLÍNICO	CONSERVADOR/ CLÍNICO/AMBULATORIAL	NÃO	
NÃO	91	2	141	67	65	366
SIM	3	343	233	11	2	592
Total	94	345	374	78	67	958

Fonte: Aatoria própria, 2024.

Realizando uma comparação com um estudo publicado no jornal da associação japonesa de urologia, com o mesmo desenho metodológico deste presente, Yusuke et al. (2016) fez levantamento estatístico durante 2 anos do PS do seu hospital, onde, nesse período, atenderam 1480 pacientes com diagnóstico de doença urológica. Isto representou 2,6% do total de pacientes atendidos em seu PS. A proporção de homem/mulher foi de 1,5:1. A idade variou de 0 a 101 anos, com mediana de 53 anos. 17,8% dos pacientes necessitaram de internação. Foram diagnosticados 546 casos de urolitíase, 220 casos de cistite e 137 casos de pielonefrite. Cerca de 82,2% foram casos leves que não precisaram de internação ou cirurgia.<sup>15</sup>

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo incluiu pacientes que se enquadraram nos principais diagnósticos sindrômicos em urgência urológica, os quais em sua maioria foram homens provenientes das UPAs da região metropolitana e que foram aceitos para avaliação e conduta. Observamos a alta taxa de quadros de cólica nefrética que se traduziram em casos de ureterolitíase e que necessitaram de intervenção urológica endoscópica de urgência. Já casos de priapismo, gangrena de fournier de origem urológica, fratura de pênis, escroto agudo não especificado e torção testicular passaram por avaliação especializada e, grande parte, precisou de procedimento cirúrgico. Por outro lado, quadros infecciosos isolados e sem complicações, como orquiepididimite, prostatite, cistite e pielonefrite foram avaliados e orientados, em sua maioria, tratamento conservador com antibioticoterapia no local de origem.

Foi constatado através do nosso estudo, diante da grande quantidade de casos de UU elegíveis para avaliação, a importância e real impacto do nosso hospital para resolução e atendimento especializado dessas afecções em nosso estado. Dessa forma, vê-se patente a necessidade de aprofundamento e extensão do nosso tipo de estudo, com o intuito de acompanhar os pacientes até sua alta melhorado, assim como realizar mais análises cruzadas, para aprimorar cada vez mais o fluxo de atendimento dessas UU e preparar os serviços para um melhor acolhimento.

## REFERÊNCIAS

1. WEIN, Alan J; KAVOUSSI, Louis R; PARTIN, Alan W; PETERS, Craig. **Campbell-Walsh Urology**. Elsevier, 2016.
2. NOVAKOVIC, Saratlija. **Only a minority of patients in the urological emergency unit need urgent urology care**. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-25529520>.
3. SERLIN, David C; HEIDELBAUGH, Joel J; STOFFEL, John T. **Urinary Retention in Adults: Evaluation and Initial Management**. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30277739/>.
4. A SELIUS, Brian; SUBEDI, Rajesh. **Urinary retention in adults: diagnosis and initial management**. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18350762/>.
5. Hsu, C. S., Wang, C. J., Chang, C. H., Tsai, P. C., Chen, H. W., & Su, Y. C. (2017). **Emergency percutaneous nephrostomy versus emergency percutaneous nephrolithotomy in patients with sepsis associated with large uretero-pelvic junction stone impaction: a randomized controlled trial**. *International braz j urol : official journal of the Brazilian Society of Urology*, 43(3), 481–488. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2015.0643>.
6. Fontenelle, L. F., & Sarti, T. D. (2019). **Kidney Stones: Treatment and Prevention**. *American family physician*, 99(8), 490–496.
7. Picozzi, S. C., Marengi, C., Casellato, S., Ricci, C., Gaeta, M., & Carmignani, L. (2011). **Management of ureteral calculi and medical expulsive therapy in emergency departments**. *Journal of emergencies, trauma, and shock*, 4(1), 70–76. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0974-2700.76840>

8. PROF. A. SKOLARIKOS (Milan). European Association Of Urology (org.). **Urolithiasis**. 2022. Disponível em: <https://uroweb.org/guidelines/urolithiasis>.
9. G. BONKAT (Milan). European Association Of Urology (org.). **Urological Infections**. 2023. Disponível em: <https://uroweb.org/guidelines/urological-infections>.
10. Silveira JCT; Hachul M. **Priapismo: Urgência urológica que pode causar disfunção erétil**. Revista de emergência clínica, 2011;06 (31): 106-108. Disponível em: [http://www.alran.com.br/arquivos/artigos/65378\\_7397.pdf](http://www.alran.com.br/arquivos/artigos/65378_7397.pdf).
11. MIRZAZADEH, Majid. **Epidemiologia, diagnóstico e tratamento de fratura peniana no Irã: uma revisão narrativa**. Disponível em: <https://tau.amegroups.com/article/view/13975/14793>.
12. Barros, R., Ribeiro, J. G. A., da Silva, H. A. M., de Sá, F. R., Fosse, A. M., Júnior, & Favorito, L. A. (2020). **Urethral injury in penile fracture: a narrative review**. International braz j urol : official journal of the Brazilian Society of Urology, 46(2), 152–157. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.99.02>
13. Keays, M., & Rosenberg, H. (2019). **Testicular torsion**. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 191(28), E792. Disponível em: <https://doi.org/10.1503/cmaj.190158>
14. Singh, A., Ahmed, K., Aydin, A., Khan, M. S., & Dasgupta, P. (2016). **Fournier's gangrene**. A clinical review. Archivio italiano di urologia, andrologia : organo ufficiale [di] Societa italiana di ecografia urologica e nefrologica, 88(3), 157–164. Disponível em: <https://doi.org/10.4081/aiua.2016.3.157>
15. Tominaga Y, Katayama S, Ando E, Takenaka M, Kondo K. **Estatísticas clínicas de doenças urológicas em nosso pronto-socorro**. Jornal da

Associação Japonesa de Urologia, [S.l.], v. 107, n. 4, p. 239, 2016. Disponível em: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpnjurol/107/4/107\\_239/article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpnjurol/107/4/107_239/article/-char/ja/)

**ANEXOS**  
**ANEXO A - PARECER DO CEP**

**ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** URGÊNCIAS UROLÓGICAS EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA

**Pesquisador:** ALEXANDER HATSUMURA CASINI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69529223.0.0000.5065

**Instituição Proponente:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.091.423

**Apresentação do Projeto:**

Estudo retrospectivo, analítico, quantitativo, transversal, de análise documental, baseado em informações de dados de prontuário médico a cerca

dos tipos de urgências urológicas com descrição do caso, do tipo de procedimento e de suas intercorrências em pacientes arquivados no sistema

eletrônico do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. O modelo proposto será para elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso

(TCC). Será iniciada a investigação após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar as urgências urológicas no pronto socorro deste hospital.

**Objetivo Secundário:**

Identificar as grandes síndromes urológicas mais comuns neste hospital. Classificar os aparelhos importantes de triagem e risco dos pacientes. Traçar

perfil de paciente mais prevalente que são admitidos no serviço. Verificar os tipos de urgência urológica prevalentes no serviço. Compreender a

dinâmica do pronto socorro e os instrumentos diagnósticos disponíveis. Explicar o manejo inicial dos pacientes em urgência urológica. Apresentar as

principais medidas terapêuticas disponíveis no serviço deste hospital. Identificar os principais

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

**Bairro:** Bairro Santa Luiza

**CEP:** 29.045-402

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3334-3586

**Fax:** (27)3334-3586

**E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 6.001.423

instrumentos importantes para abordagem e  
elucidação diagnóstica. Relatar principais casos sem resolução no serviço com necessidade de  
referenciamento Elaborar protocolo de atendimento  
ideal para serviço de acordo com as diretrizes das sociedades médicas nacionais e internacionais

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Levando em consideração ser uma revisão dos casos e que as informações estão contidas em sistema  
computadorizada, os riscos são quebra de  
sigilo de informações que pode levar à consequências como invasão da privacidade e constrangimento do  
paciente. Contudo esse dano será  
contornado com a guarda segura do prontuário em sistemas com acesso restrito e monitorado pelo  
pesquisador responsável, bem como pela  
manutenção do sigilo por parte de todos os integrantes da equipe de pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios são a melhora do serviço de urgências urológicas com o levantamento de dados e  
fornecimento estatístico necessário para  
considerar melhorias na organização, dinâmica e no desfecho do atendimento desses pacientes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa exequível O conhecimento do perfil dos pacientes referenciados e a compreensão da gravidade  
dos casos de urgências urológicas atendidas no serviço é  
imprescindível para definição dos procedimentos e aparato diagnóstico e terapêutico necessários para  
atender de maneira satisfatória e conduzir os  
casos, de forma a melhorar tanto a qualidade do serviço como a qualidade de vida dos pacientes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Projeto plataforma e detalhado-adequado

Folha de rosto-adequado

carta de anuência-adequado

TCLE-solicitação de dispensa plausível

Cronograma-adequado

Planilha de custos-adequado

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

**Bairro:** Bairro Santa Luiza

**CEP:** 29.045-402

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3334-3586

**Fax:** (27)3334-3586

**E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.091.423

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2101011.pdf	10/05/2023 16:40:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_URGÊNCIA_S_UROLOGICÁS.pdf	10/05/2023 16:38:57	GABRIEL DAHER SARDINHA	Aceito
Outros	Anuencia_ASSINADA.pdf	09/05/2023 19:24:44	LUCA LIMA CRUZ HOMEM	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Alexanderassinada.pdf	09/05/2023 19:22:23	LUCA LIMA CRUZ HOMEM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_dispensa_tcle.pdf	05/04/2023 21:18:51	LUCA LIMA CRUZ HOMEM	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190  
 Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402  
 UF: ES Município: VITORIA  
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 6.091.423

VITÓRIA, 30 de Maio de 2023

---

**Assinado por:**  
**rubens José loureiro**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

**Bairro:** Bairro Santa Luiza

**CEP:** 29.045-402

**UF:** ES **Município:** VITÓRIA

**Telefone:** (27)3334-3586

**Fax:** (27)3334-3586

**E-mail:** [comite.etica@emescam.br](mailto:comite.etica@emescam.br)

## ANEXO B - NOTA TÉCNICA



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

Descritivo dos processos:

### 1. USUÁRIO SUS

Definição: todos os cidadãos moradores do estado do Espírito Santo e os em trânsito no estado.

- Ao verificar sinais e sintomas urológicos agudos ou trauma peniano ou testicular isolado, buscar atendimento de urgência em PA/UPA/PS mais próximo de sua residência;
- Se trauma maior acionar o SAMU 192.

### 2. SAMU 192

Definição: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte.

- Recebe o chamado telefônico do usuário SUS de acionamento e avalia o tipo do chamado. Caso seja um chamado por trauma urológico define se é exclusivo ou não;
- Caso trauma urológico exclusivo encaminha o paciente para o hospital de referência conforme município de origem do usuário SUS;
- Caso trauma urológico não exclusivo encaminha o paciente para o serviço de atendimento às urgências do trauma da região;
- Caso seja uma urgência urológica não trauma encaminha o paciente para o hospital de referência conforme município de origem do usuário SUS.

### 3. UBS/PA/UPA/HPP

Definição: serviços de atendimento ao usuário SUS.

- Avalia e classifica o usuário SUS sobre a necessidade de atendimento urológico de urgência;
- Se houver necessidade de atendimento de urgência, o médico que realizou o atendimento do paciente preenche laudo de referência, entra em contato telefônico com o hospital de referência conforme município de origem do



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE**

usuário SUS e passa o caso para a equipe para encaminhamento do paciente ao serviço;

- Se não houver necessidade de atendimento de urgência o médico que realizou o atendimento do paciente preenche o encaminhamento para agendamento eletivo de consulta em urologia, via ambulatorial;
- Se não houver necessidade de nenhum atendimento de urologia o médico que realizou o atendimento do paciente faz o acompanhamento do mesmo ou dá alta médica.

#### **4. HSCMV/HEVV/HSCMCI**

Definição: serviços referência em urgência e emergência urológica do estado do Espírito Santo.

- Atendem os contatos telefônicos dos serviços de saúde (UBS/PA/UPA/PS) para passagem de informações sobre os casos e confirmação do encaminhamento do usuário SUS. Pacientes destes serviços de saúde serão avaliados no hospital de referência e apenas retornarão ao serviço de origem caso não tenham patologias urológicas;
- Atendem os contatos telefônicos dos hospitais, que não possuem serviço de urologia, para passagem de informações sobre os casos e agendamento do procedimento de urgência, com posterior retorno do paciente ao hospital de origem, caso o motivo de internação principal não seja urológico;
- Recebem o paciente encaminhado por contato telefônico, classificam o risco e encaminham para atendimento médico imediato;
- Fazem atendimento médico e agendam o retorno no ambulatório próprio, caso necessário. Se houver necessidade fazem a internação também;
- Notificam à equipe de monitoramento da SESA todos os casos não conformes de atendimento ou encaminhamento de usuários SUS.



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE**

## 1. CLASSIFICAÇÃO DOS ACOMETIMENTOS UROLÓGICOS:

Serão prontamente atendidos aqueles usuários SUS com classificação **vermelho, laranja e amarelo**, que definem perigo de vida ou de viabilidade de órgão com necessidade de resolução imediata ou que necessitem de resolução em curto prazo.

Os classificados como **azul e verde** serão encaminhados para as Unidade Básica de Saúde próxima de sua residência para agendamento ambulatorial, uma vez que não se enquadram nos critérios de urgência.

Considerando a ausência de série histórica relevante para definição deste protocolo, após 6 meses de operação, serão avaliados ajustes nos critérios de classificação, bem como entrada de novos acometimentos urológicos.

O serviço de urgência e emergência em urologia tem como diretriz de atendimento, os acometimentos urológicos conforme classificados abaixo em cores.

## 2. CLASSIFICAÇÃO -

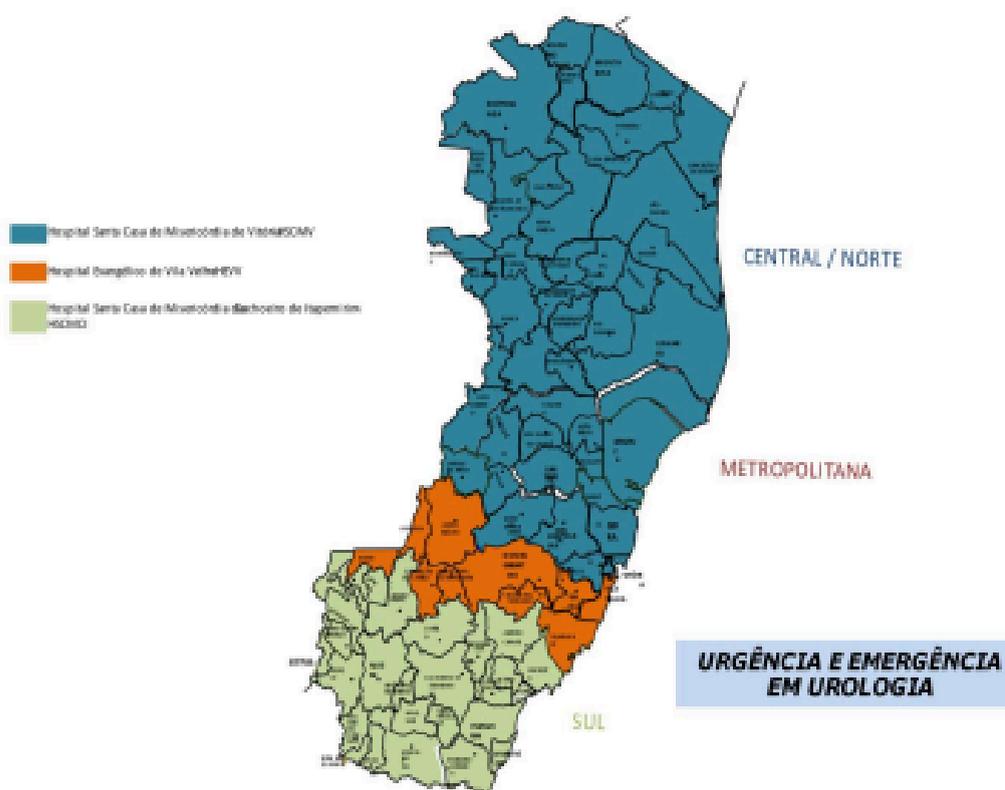
### **2.1 VERMELHO, LARANJA e AMARELO:**

- Parafimose;
- retenção urinária aguda, sem sucesso na tentativa de sondagem por médico e enfermeiro;
- priapismo;
- trauma isolado (pênis, escroto, uretra) contuso, PAB (Perfuração por Arma Branca) ou PAF (Perfuração por Arma de Fogo);
- amputação de pênis;
- torção testicular;
- gangrena de fômieir (por causa urológica);
- hematúria macroscópica franca com coágulos e obstrução urinária, em serviços hospitalares;
- hematúria macroscópica franca com coágulos com ou sem obstrução urinária, em PA/UPA;
- cólica renal, já com diagnóstico de litíase definido ou presumido e refratária ao tratamento medicamentoso.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

## Serviços de referência em urgência e emergência de urologia





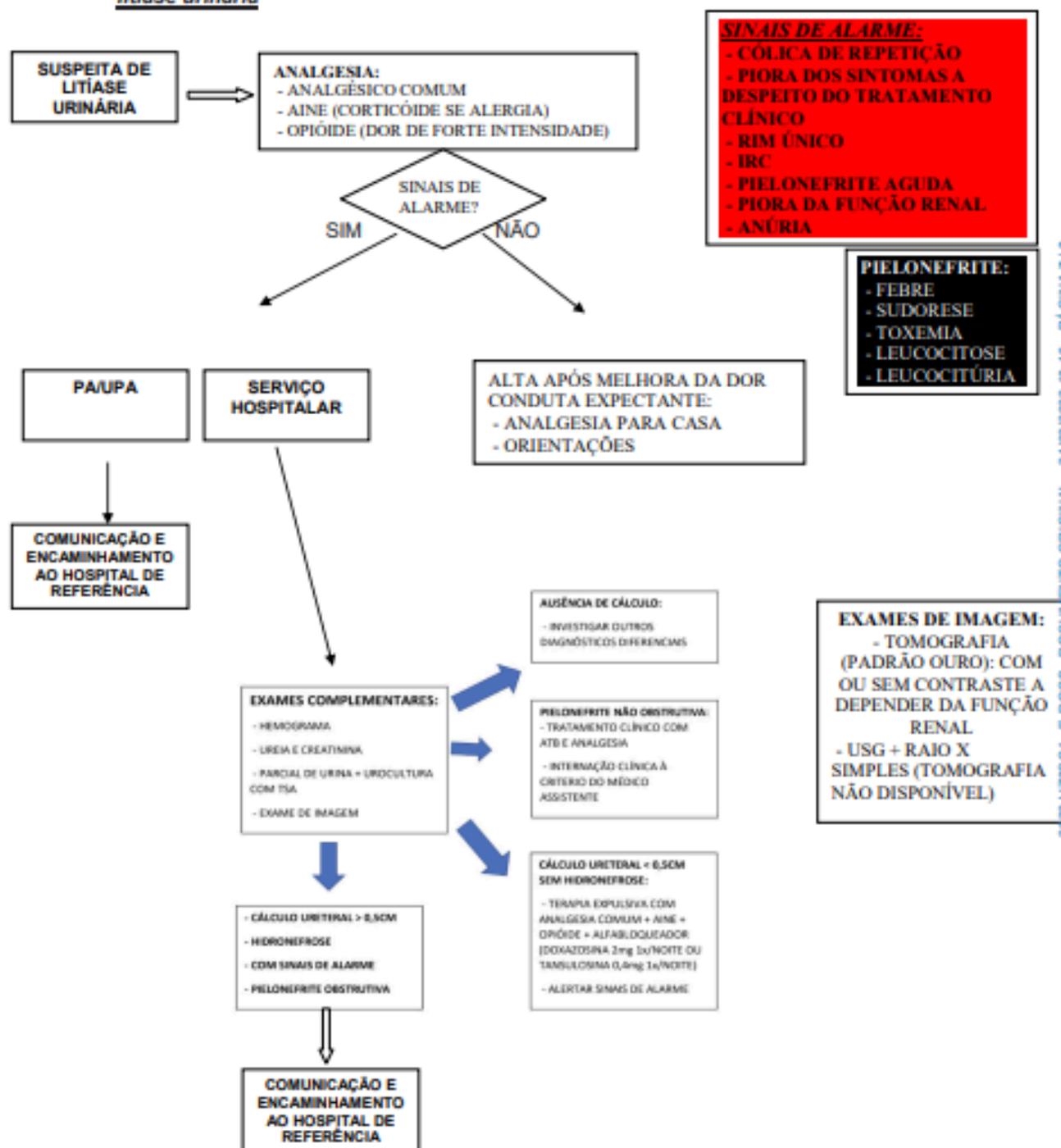
**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE**

<b>HOSPITAL DE REFERÊNCIA</b>	<b>MUNICIPIOS</b>
<p>HSCMV <b><u>27-996393852</u></b></p>	<p>MUCURICI, PONTO BELO, ECOPORANGA, ÁGUA DOCE DO NORTE, BARRA DE SÃO FRANCISCO, VILA PAVÃO, MONTANHA, PINHEIROS, PEDRO CANÁRIO, BOA ESPERANÇA, SÃO MATEUS, CONCEIÇÃO DA BARRA, JAGUARÉ, NOVA VENÉCIA, MANTENÓPOLIS, ALTO RIO NOVO, ÁGUIA BRANCA, SÃO GABRIEL DA PALHA, VILA VALÉRIO, PANCAS, SÃO DOMINGOS DO NORTE, GOVERNADOR LINDEMBERG, RIO BANANL, SOCRETAMA, LINHARES, MARILÂNDIA, COLATINA, BAIXO GUANDU, SÃO ROQUE DO CANAÃ, JOÃO NEIVA, IBIRAÇU, ARACRUZ, FUNDÃO, SERRA, VITÓRIA, CARIACICA, SANTA TERESA, SANTA MARIA DE JETIBÁ, SANTA LEOPOLDINA, ITAGUAÇU, ITARANA, LARANJA DA TERRA.</p>
<p>HEVV <b><u>27-98131-1646</u></b></p>	<p>VILA VELHA, GUARAPARI, VIANA, MARECHAL FLORIANO, DOMINGOS MARTINS, VENDA NOVA DO IMIGRANTE, CONCEIÇÃO DO CASTELO, IBATIBA, BRJETUBA, AFONSO CLÁUDIO.</p> <p>INCLUI RETAGUARDA DA REGIÃO SUL.</p>
<p>HSCMCI</p>	<p>IRUPI, IUNA, IBITIRAMA, MUNIZ FREIRE, CASTELO, DIVINO SÃO LOURENÇO, DORES DO RIO PRETO, GUAÇUÍ, SÃO JOSÉ DO CALÇADO, BOM JESUS DO NORTE, APIACÁ, MIMOSO DO SUL, PRESIDENTE KENNEDY, MARATAÍZES, ITAPEMIRIM, ATÍLIO VIVACQUA, MUQUI, JERÔNIMO MONTEIRO, ALEGRE, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, RIO NOVO DO SUL, PIÚMA, ICONHA, VARGEM ALTA, ANCHIETA, ALFREDO CHAVES</p>



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo de regulação para pacientes com suspeita de  
litíase urinária



**ASSINATURAS (2)**

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

**ALESSANDRA BAQUE BERTON**  
GERENTE OCE-03  
GRAAS - SESA - GOVES  
assinado em 24/02/2022 18:38:55 -03:00

**ELAINE CRISTINA CAMPO DALL ORTO MARTINS**  
MEDICO - DT  
SSERCAS - SESA - GOVES  
assinado em 24/02/2022 18:46:49 -03:00

**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 24/02/2022 18:46:50 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por ALESSANDRA BAQUE BERTON (GERENTE OCE-03 - GRAAS - SESA - GOVES)  
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/s/2022-VZ88C1>