

Perfil de atendimentos em um ambulatório-escola de urologia no município de Guarapuava

Patient profile at a urology teaching clinic in the municipality of Guarapuava

Pamela Caroline Furlaneto
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2652-9258> Enfermeira especialista em Saúde da Família. Universidade Estadual de Londrina - UEL. Acadêmica do 8º período de medicina. Guarapuava, Paraná, Brasil.
E-mail: med-pamelafurlaneto2@camporeal.edu.br

Eliza Froendel de Moraes
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8594-8551> Acadêmica do 8º período de medicina. Guarapuava, Paraná, Brasil.
E-mail: med-elizafroendel@camporeal.edu.br

Juliana Maria de Castro
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3818-3378> Especialista em Urologia. Nossa Senhora das Graças. Urologista. Guarapuava, Paraná, Brasil.
E-mail: prof_julianacastro@camporeal.edu.br

RESUMO

As doenças urológicas representam demanda significativa nos serviços especializados e desafiam a organização das redes de atenção à saúde. O estudo analisa o perfil epidemiológico e assistencial dos atendimentos realizados em ambulatório-escola de urologia em um município do Paraná, com ênfase na adequação dos encaminhamentos e no potencial de manejo na Atenção Primária à Saúde. Foi desenvolvido um estudo descritivo, quantitativo e transversal, com análise de 167 prontuários de pacientes atendidos entre março de 2024 e julho de 2025. Observou-se a predominância do sexo masculino e a elevada frequência de primeiras consultas especializadas. Os sintomas do trato urinário inferior constituíram as queixas mais prevalentes, e a hiperplasia prostática benigna destacou-se como diagnóstico principal. As condutas concentraram-se na solicitação de exames complementares e prescrição medicamentosa. Parte expressiva dos casos mostra-se passível de acompanhamento na Atenção Primária à Saúde, indicando necessidade de qualificação da regulação e fortalecimento da coordenação do cuidado.

DESCRITORES: Doenças Urológicas. Assistência ambulatorial. Urologia. Perfil Epidemiológico

ABSTRACT

Urological diseases represent a significant demand on specialized services and challenge the organization of healthcare networks. This study analyzes the epidemiological and clinical care profile of patient visits conducted in a urology teaching outpatient clinic in a municipality in Paraná, with an emphasis on the adequacy of referrals and the potential for management in Primary Health Care. A descriptive, quantitative, and cross-sectional study was conducted, analyzing 167 patient records from visits carried out between March 2024 and July 2025. A predominance of males and a high frequency of first specialized visits were observed. Lower urinary tract symptoms were the most prevalent complaints, and benign prostatic hyperplasia stood out as the main diagnosis. Management focused on requesting complementary exams and prescribing medication. A significant portion of cases can be managed in Primary Health Care, indicating a need for improved referral regulation and strengthened care coordination.

DESCRIPTORS: Urologic Diseases. Ambulatory Care. Urology. Epidemiological Profile



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

As doenças urológicas constituem importante causa de morbidade na população adulta e idosa, com impacto significativo na qualidade de vida e na utilização dos serviços de saúde¹. Análises epidemiológicas recentes indicam crescimento expressivo globalmente de doenças como a hiperplasia prostática benigna (HPB) e a urolitíase nas últimas décadas, acompanhando o envelhecimento populacional². No Brasil, os estudos apontam aumento expressivo das internações por HPB e elevada frequência de atendimentos relacionados a sintomas do trato urinário inferior (STUI)^{3,4}. Esse cenário amplia a demanda por avaliação especializada e impõe desafios à organização do acesso aos serviços de urologia.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência organiza-se por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas como arranjos integrados de ações e serviços que buscam garantir cuidado contínuo, integral e coordenado entre os diferentes níveis de complexidade⁵. Nesse modelo, a Atenção Primária à Saúde (APS) atua como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado, sendo responsável pelo manejo inicial das condições prevalentes e pela definição dos encaminhamentos em nível especializado. A adequada estruturação das linhas de cuidado, com fluxos bem definidos entre atenção primária e especializada, é fundamental para evitar encaminhamentos desnecessários, reduzir filas de espera e otimizar o uso de recursos disponíveis.

Entretanto, na prática assistencial, observa-se elevada demanda por consultas urológicas especializadas, relacionadas a condições potencialmente manejáveis na APS. Embora estudos nacionais descrevam o perfil clínico de pacientes atendidos em serviços de urologia, com predomínio de STUI e doenças prostáticas benignas^{6,7}, são escassas as investigações que analisam esses atendimentos sob a perspectiva da organização da rede de atenção e da adequação dos encaminhamentos, especialmente em municípios do estado do Paraná. A ausência de dados regionais sistematizados limita o planejamento local, a qualificação das linhas de cuidado e a organização dos fluxos assistenciais.

Nesse cenário, os ambulatórios universitários assumem papel relevante ao aliar a formação profissional à prestação de serviços especializados à comunidade. Esses espaços contribuem para a qualificação de futuros profissionais de saúde, ao

mesmo tempo em que ampliam o acesso da população a cuidados especializados, frequentemente de forma gratuita ou a custos reduzidos⁸. Além disso, traçar o perfil de atendimentos nesses serviços pode contribuir para identificar padrões de demanda, subsidiar o aprimoramento dos fluxos de referência locais e fortalecer a integração entre atenção primária e especializada.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico e assistencial dos atendimentos realizados num ambulatório-escola de urologia em um município do Paraná, descrevendo as principais queixas, diagnósticos, condutas adotadas e motivos de encaminhamento, bem como avaliar a adequação desses encaminhamentos quanto à necessidade de atenção especializada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal, realizado a partir da análise de dados de prontuários de atendimentos realizados em um ambulatório-escola de urologia no município de Guarapuava, Paraná. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Univesitário Campo Real sob o número CAAE 89523725.3.0000.8947 e seguiu as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de pesquisa com dados secundários provenientes de prontuários, dispensou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantida a confidencialidade das informações por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Dados.

A identificação da população do estudo foi realizada a partir de relatórios de agendamento de consultas médicas da especialidade de urologia na clínica-escola, disponíveis em sistema próprio da rede municipal de saúde. Após essa etapa, procedeu-se à avaliação individual dos dados registrados nos prontuários. Foram incluídos prontuários de pacientes adultos (≥ 18 anos), atendidos no ambulatório de urologia no período estabelecido, com registros clínicos completos referentes às variáveis analisadas. Inicialmente, foram selecionados 200 prontuários de pacientes atendidos entre 1º de março de 2024 e 30 de julho de 2025. O tamanho amostral foi definido considerando a estimativa de atendimentos no período e a viabilidade operacional da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu por meio do sistema de prontuários eletrônicos Fast Medic, no período de outubro a dezembro de 2025, sendo executada pelas pesquisadoras principais. As informações foram extraídas conforme registros do banco de dados da unidade e organizadas em planilha estruturada no Microsoft Excel, contendo questões fechadas elaboradas a partir das variáveis previamente definidas no estudo.

Foram analisados quatro grupos de variáveis. As variáveis sociodemográficas e socioeconômicas incluíram idade, sexo, raça, estado civil e escolaridade. As condições clínicas e fatores de risco contemplaram hábitos de etilismo e tabagismo, histórico familiar de doenças urológicas, presença de fatores de risco para agravos urológicos e comorbidades associadas. As variáveis clínicas abrangeram tipo de agravo urológico, queixas urológicas prevalentes, principais diagnósticos urológicos classificados de acordo com a CID-11, histórico clínico, tratamento prévio, investigação diagnóstica anterior e exames previamente realizados. Os aspectos assistenciais incluíram tipo de atendimento (primeira consulta ou retorno), solicitação de exames laboratoriais e/ou de imagem, conduta instituída e avaliação da possibilidade de manejo na APS. As variáveis foram consideradas conforme registro médico em prontuário eletrônico, sendo classificadas de forma categórica conforme descrição do profissional assistente. Reconhece-se como limitação da pesquisa a possibilidade de incompletude de informações nos prontuários analisados.

A classificação quanto ao potencial de manejo na APS foi realizada com base nos critérios estabelecidos no Protocolo de Atenção Básica e Atenção Especializada em Urologia do Ministério da Saúde⁹. Foram considerados passíveis de manejo na atenção primária os casos que, conforme o referido protocolo, não apresentavam critérios formais de encaminhamento ao nível especializado, indicação de intervenção cirúrgica ou necessidade de exames de maior complexidade. A avaliação foi realizada pelas pesquisadoras responsáveis mediante revisão dos registros clínicos constantes nos prontuários eletrônicos.

Os dados foram organizados, tabulados e analisados no Microsoft Excel 2022, permitindo a construção de tabelas e gráficos para facilitar a interpretação dos resultados. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas (n e %). Os dados ausentes foram mantidos na análise e apresentados como “não consta”, conforme registro em prontuário.

DECLARAÇÃO DE IA. Os autores declaram que o modelo Gemini foi utilizado como suporte técnico para a conferência da análise desses dados, garantindo a precisão estatística. Os dados foram organizados e tabulados utilizando o Microsoft Excel em ambiente de computação em nuvem, o que viabilizou a integridade e o compartilhamento remoto das informações. O conteúdo foi revisado e validado pelos autores, que assumem total responsabilidade pelo trabalho.

RESULTADOS

Foram inicialmente analisados 200 prontuários de atendimentos em urologia realizados no período estipulado para a pesquisa, em um ambulatório escola localizado no município de Guarapuava-PR. Desses, 33 prontuários foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, sendo 8 referentes a pacientes menores de 18 anos, 1 prontuário incompleto e 24 correspondentes a pacientes que faltaram ao atendimento. Assim, a amostra final do estudo foi composta por 167 prontuários.

O perfil sociodemográfico da amostra caracteriza-se por uma predominância do sexo masculino, representando 77,84% (n=130), enquanto o sexo feminino correspondeu a 22,16% (n=37). Em relação ao estado civil houve predomínio de indivíduos casados (52,69%; n=88), seguidos por solteiros (11,38%; n=19), viúvos (7,19%; n=12) e divorciados (5,39%; n=9). Observou-se elevada proporção de dados ausentes em prontuários quanto ao estado civil (23,35%; n=39). A distribuição etária reforça o perfil esperado de um serviço de urologia, com maior representatividade de indivíduos a partir dos 60 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequência dos participantes por faixas etárias. Guarapuava-PR, Brasil, 2024-2025.

Faixa etária	N	%
21-30	12	7,19
31-40	7	4,19
41-50	25	14,97
51-60	28	16,77
61-70	45	26,95
71-80	38	22,75
81-90	12	7,19
Total	167	100

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026)

Foi constatado o predomínio de indivíduos autodeclarados brancos (87,43%; n=146), seguidos por pardos (7,78%; n=13), enquanto as etnias amarela e preta apresentaram igual representatividade (1,20%; n=2 cada). E, em apenas 4 prontuários não apresentaram dados em relação à raça (2,4%). Quanto à escolaridade, observou-se elevada proporção de dados não informados (37,72%; n=63), e, entre as informações disponíveis, destaca-se o ensino fundamental completo (36,53%; n=61), seguido do ensino fundamental incompleto (8,98%; n=15), ensino médio completo (8,38%; n=14), ensino superior completo (5,39%; n=9) e analfabetismo (2,99%; n=5).

No que se refere às condições clínicas, a análise contemplou a presença de fatores de risco para doenças urológicas, incluindo hábitos de etilismo e tabagismo, histórico familiar de doenças urológicas e comorbidades associadas. Verificou-se que 61,68% dos participantes (n=103) apresentavam pelo menos um desses fatores, enquanto 38,32% (n=64) não apresentavam registros de fatores de risco.

A maioria dos participantes não apresentava etilismo ou tabagismo (56,29%; n=94). Entre os expostos, o tabagismo isolado foi o mais frequente (17,37%; n=29), seguido por etilismo isolado (7,19%; n=12), ex-usuários (5,99%; n=10) e uso concomitante de álcool e tabaco (1,20%; n=2). Registros sem informação corresponderam a 11,98% da amostra (n=20).

Quanto ao histórico familiar urológico (Tabela 2), observou-se elevada proporção de dados não informados, com predomínio de ausência de histórico entre os registros disponíveis, sendo o câncer de próstata a condição mais frequentemente relatada.

Tabela 2. Distribuição de frequência do histórico familiar de doenças urológicas dos participantes. Guarapuava-PR, Brasil, 2024-2025.

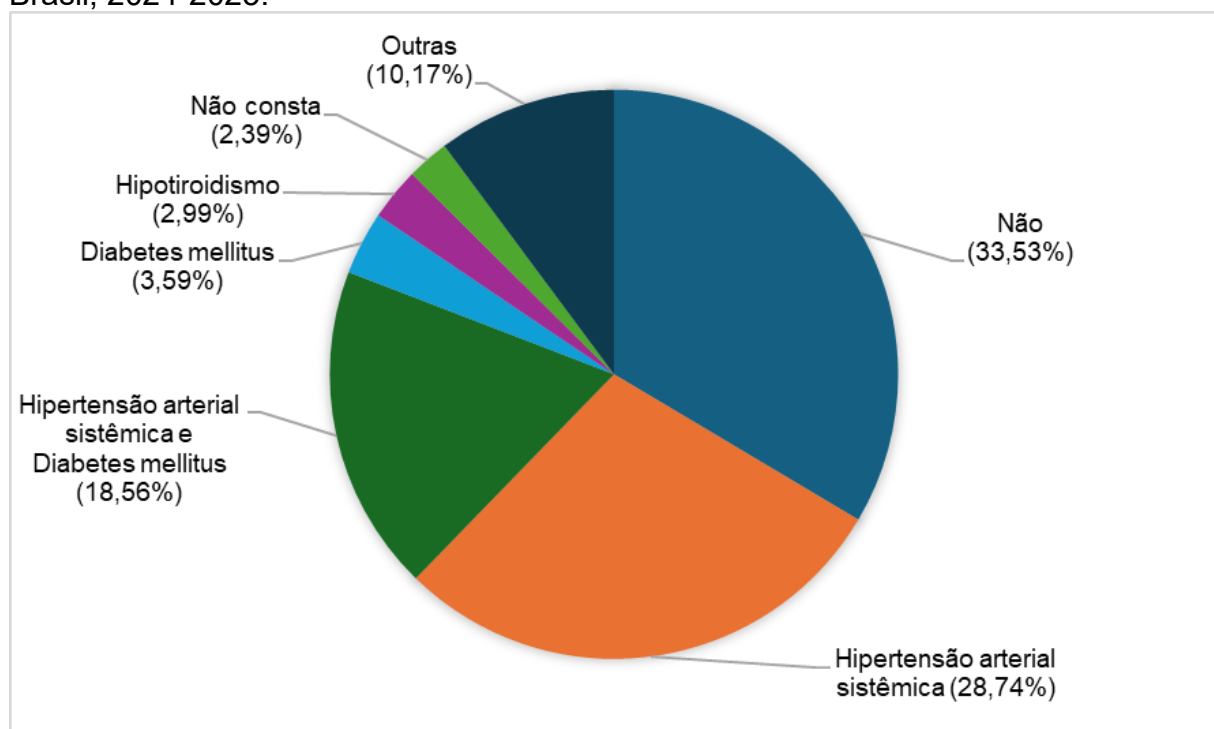
Variáveis	N	%
Não consta	86	51,50
Não possui	56	33,53
Câncer de próstata	14	8,38
HPB ¹	05	2,99
Nefrolitíase	04	2,40
Câncer de pênis	1	0,60
Câncer de bexiga	1	0,60
Total	167	100

¹Hiperplasia prostática benigna

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026)

Conforme apresentado no Gráfico 1, observou-se que a maior parte dos participantes não possuía comorbidades pré-existentes (33,53%; n=56). Entre aqueles com doenças de base, a hipertensão arterial sistêmica isolada foi a condição mais frequente (28,74%; n=48), seguida da associação entre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (18,56%; n=31). As demais comorbidades, como diabetes mellitus isolado, hipotireoidismo e outras condições clínicas, apresentaram menor prevalência, assim como os registros sem informação.

Gráfico 1. Perfil das comorbidades dos participantes do estudo. Guarapuava-PR, Brasil, 2024-2025.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2026)

Em relação às queixas urológicas prevalentes (Tabela 3), os STUI, entre eles polaciúria, urgência miccional, incontinência de urgência, jato fraco, esforço miccional e gotejamento terminal, foram as queixas mais frequentes, correspondendo a 26,35% (n= 44) dos registros. Em seguida, destacaram-se a litíase renal (9,58%; n=16) e a noctúria (7,78%; n=13). Outras queixas observadas incluíram dor testicular (7,19%; n=12), incontinência urinária (4,79%; n=8), disfunção erétil (3,59%; n=6), hematúria (3,59%; n=6), além de dor em flanco, aumento testicular e dor lombar com 2,99% cada (n=5). Entre outras queixas diversas ou não especificadas que representaram 28,14% da amostra (n=47).

Tabela 3. Distribuição de frequência das queixas urológicas prevalentes dos participantes. Guarapuava-PR, Brasil, 2024-2025.

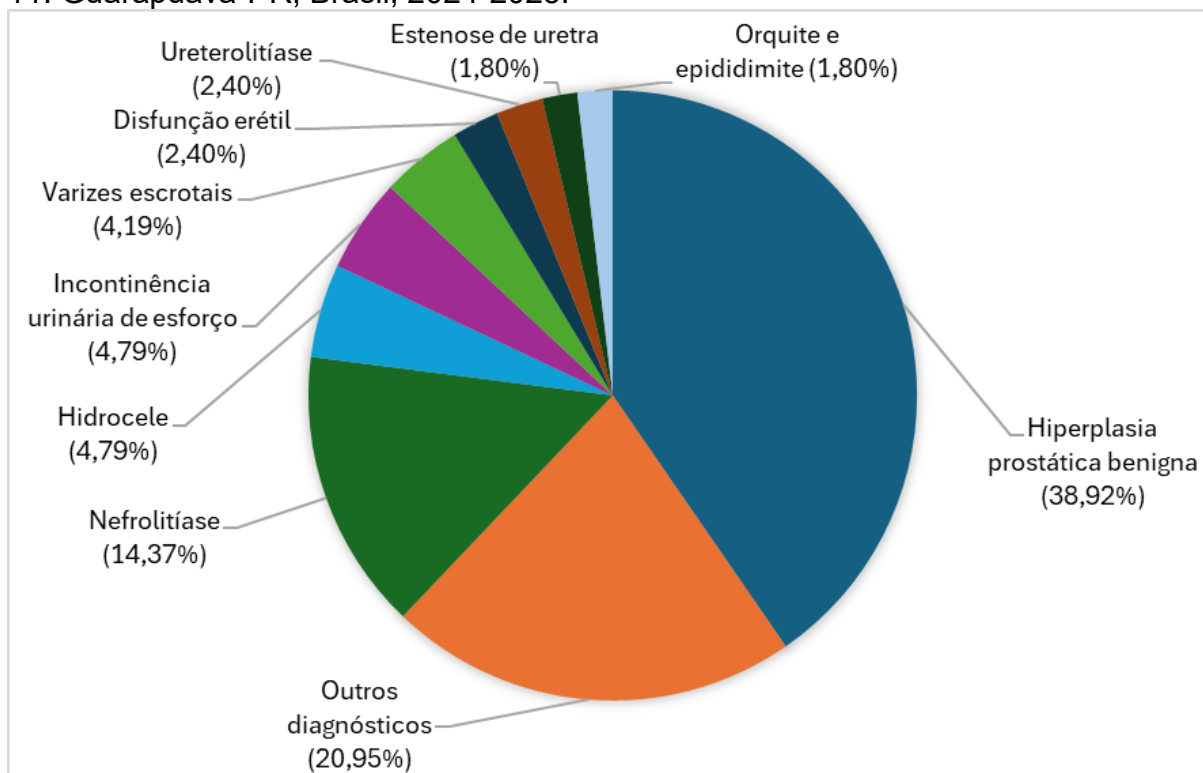
Variáveis	N	%
STUI ¹	44	26,35
Litíase Renal	16	9,58
Noctúria	13	7,78
Dor testicular	12	7,19
Incontinência Urinária	8	4,79
Disfunção erétil	6	3,59
Hematúria	6	3,59
Dor em flanco	5	2,99
Aumento testicular	5	2,99
Dor lombar	5	2,99
Outras queixas urológicas	47	28,14
Total	167	100

¹Sintomas do trato urinário inferior

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026)

A análise do perfil clínico epidemiológico, a partir dos diagnósticos registrados segundo a CID-11, evidenciou maior frequência de HPB com 38,92% (n=65), seguido por nefrolitíase (14,37%; n=24), hidrocele (4,79%; n=8) e incontinência urinária de esforço (4,79%; n=8). Outros diagnósticos apresentados em menor proporção foram varizes escrotais (4,19%; n=7), hipertrofia de prepúcio (3,59%; n=6), disfunção erétil (2,4%; n=4), ureterolitíase (2,4%; n=4), estenose de uretra (1,8%; n=3) e orquite e epididimite (1,8%; n=3) como demonstrado no Gráfico 2. Os demais diagnósticos da amostra apresentaram o somatório de 20,95 % (n=35), abrangendo diversas condições clínicas como malformação congênita de ureter, dor pélvica inespecífica, neoplasia benigna de rim, hérnia inguinal, verruga genital, cálculo de bexiga, neoplasia de próstata e hidronefrose.

Gráfico 2. Distribuição da frequência dos principais diagnósticos urológicos pela CID-11. Guarapuava-PR, Brasil, 2024-2025.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2026)

A investigação do histórico clínico dos pacientes revelou que 47,31% (n=79) da amostra já tinham realizado algum tratamento prévio, enquanto 52,10% (n=87) não foram submetidos a nenhuma intervenção e 0,6% (n=1) não souberam informar. Entre os pacientes que foram submetidos a tratamento medicamentoso prévio predominou o uso de Mesilato de Doxazosina (45,2%; n=42), seguido por outros fármacos como terapia dupla com Mesilato de Doxazosina e Finasterida (19,3%; n=18), Cloridrato de Tansulosina (10,8%; n=10), Finasterida ou Dutasterida isoladas (6,5%; n=6), além de antibioticoterapia como uso de Nitrofurantoína, Ceftriaxona e Cefalexina (6,5%; n=6,5%) e outros medicamentos para disfunção erétil como a Tadalafila (3,2%; n=3). Esse dado sugere que o estudo abrange tanto pacientes em primeiro contato ou em investigação, quanto aqueles que já possuem um histórico de intervenções.

Quanto à investigação diagnóstica prévia, uma parcela significativa da amostra (43,71%; n=73) afirmou ter realizado exames de imagem anterior ao atendimento ambulatorial urológico, enquanto 54,49% (n=91) não realizaram e 1,80% (n=3) não souberam informar. O que revela que o acesso e a necessidade de diagnóstico por imagem é comum, mas não universal no grupo estudado. Entre os pacientes que apresentaram exames de imagem, a maior frequência foi de ultrassonografia de

próstata via abdominal (33,3%; n=28), ultrassonografia de rins e vias urinárias (21,4%; n=18), tomografia computadorizada de abdome (16,7%; n=14), ultrassonografia de bolsa escrotal com doppler (13,1%; n=11), ultrassonografia de abdome total (7,1%; n=6) e ressonância magnética de próstata (3,6%; n=3). Outros exames não especificados pelos pacientes representam 4,8% da amostra (n=4).

No que se refere aos aspectos assistenciais do atendimento, observou-se predominância de pacientes em primeira consulta com o especialista, correspondendo a 98,2% dos casos (n=164). Entre esses atendimentos, a solicitação de exames laboratoriais ocorreu em 64,07% dos pacientes (n=107), predominando a demanda por Antígeno Prostático Específico (PSA) (30,4%; n=35) e exame de urina I e urocultura (28,7%; n=33). Em proporções menores, demais exames como testosterona livre (7,8%; n=9), função renal (7%; n=8), hemograma (5,2%; n=6), glicemia em jejum (5,2%; n=6), lipidograma (4,3%; n=5), TSH (2,6%; n=3) entre outros exames (8,8%; n=10) foram solicitados.

Enquanto exames de imagem foram indicados em 45,71% dos casos (n= 73), com predominância de ultrassonografia de próstata por via abdominal (31,4%; n=22), seguido pela ultrassonografia de rins e vias urinárias (22,9%; n=16) e ultrassonografia de bolsa escrotal com doppler (17,1%; n=12). Em demandas menores foram solicitadas tomografia de abdome total (15,7%; n=11), ressonância magnética de próstata (4,3%; n=3) e urotomografia (4,3% n=3).

Considerando as condutas instituídas ao final das consultas, o retorno após a realização de exames foi a conduta mais frequente, correspondendo a 45,51% (n=76) dos atendimentos. A prescrição medicamentosa foi indicada em 21,56% (n= 36) dos casos, sendo os fármacos mais prescritos: mesilato de doxazosina (47,5% n= 39), cloridrato de tansulosina (14,6% n=12), inibidores da 5 alfa redutase como finasterida e dutasterida (12,2% n= 10); entre outros, como analgésicos, antibióticos e medicamentos para disfunção erétil somando 18,4% (n=15). Encaminhamentos para procedimentos cirúrgicos foram registrados em 14,97% (n= 25) da amostra. O acompanhamento clínico ocorreu em 10,18% (n=17) dos atendimentos, caracterizado pela manutenção do seguimento ambulatorial sem indicação imediata de intervenção cirúrgica ou modificação terapêutica medicamentosa, incluindo monitoramento de sintomas, reavaliação periódica e acompanhamento de condições crônicas estáveis. Em menor proporção foram registrados encaminhamentos para outras especialidades (2,4% n= 4) e orientações gerais (2,99% n= 5). Do total de atendimentos avaliados, 65,27% (n= 109) foram classificados como passíveis de manejo na Atenção Primária à Saúde.

DISCUSSÃO

O estudo do perfil demográfico dos pacientes atendidos no ambulatório universitário de urologia revelou predominância do sexo masculino em relação ao feminino. Esse resultado está em consonância com a literatura, que descreve maior prevalência de atendimentos urológicos entre homens¹⁰. Historicamente, a especialidade tem uma menor demanda feminina devido a uma visão androcêntrica da urologia¹¹. Entretanto, diversas condições urológicas também são comuns no público feminino, o que evidencia a necessidade de estratégias que ampliem o acesso e qualifiquem o acolhimento nos serviços de saúde, especialmente na APS, a fim de reduzir barreiras no cuidado e favorecer a assistência adequada¹¹. Quanto ao estado civil, verificou-se maior prevalência de indivíduos casados (52,69%). Esse resultado é compatível com achados da literatura, que apontam maior frequência de pessoas casadas entre usuários de serviços de saúde, e demonstram que a presença de companheiro(a) pode estar associada a maior incentivo à procura por atendimento e à continuidade do cuidado¹².

A avaliação do perfil etário dos participantes demonstrou que a maior demanda por atendimento ocorreu entre pacientes com idade acima de 60 anos, representando 56,89% da amostra. Esse resultado é compatível com os achados descritos por pesquisadores brasileiros¹³ que observaram maior concentração de indivíduos em faixas etárias mais avançadas nos serviços urológicos. Esse comportamento se explica pelo maior risco de doenças prostáticas após os 50 anos, o que demanda acompanhamento clínico mais frequente e cuidado individualizado, justificando a maior presença de idosos na assistência urológica¹³. No que se refere às mulheres, o avanço da idade também se mostra um fator determinante para o aumento da procura por serviços urológicos, considerando que alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, como a diminuição da sustentação do assoalho pélvico, a queda dos níveis de estrogênio no período pós-menopausa, além de fatores como multiparidade e excesso de peso, favorecem o desenvolvimento de disfunções do trato urinário ao longo do ciclo de vida¹⁴.

Em relação às comorbidades relatadas na anamnese, constatou-se que a maioria dos participantes não apresentava doenças de base. Entre aqueles com comorbidades, a hipertensão arterial sistêmica foi a condição mais prevalente, tanto de forma isolada quanto associada ao diabetes mellitus, achado compatível com estudos prévios que apontam elevada frequência de hipertensão arterial em populações semelhantes^{10,13,15}. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019¹⁶

apontam que aproximadamente um quarto da população brasileira adulta apresenta hipertensão arterial sistêmica, enquanto o diabetes mellitus acomete cerca de 9,3%. Nesse contexto, a presença dessas comorbidades no presente estudo acompanha o padrão epidemiológico observado na população brasileira.

De forma geral, os resultados indicam baixa frequência de histórico familiar urológico entre os participantes, com destaque para o câncer de próstata e a HPB entre os casos relatados. Achado semelhante é descrito na literatura ao demonstrar que a maioria dos pacientes não apresenta histórico familiar de acometimentos prostáticos¹⁵, embora evidências apontem que fatores genéticos, especialmente em casos de HPB, aumentem significativamente o risco de desenvolvimento da doença¹⁷. Entretanto, observa-se elevada proporção de prontuários sem informação registrada sobre histórico familiar (51,50%), o que representa o principal achado desse quesito e pode comprometer a consistência e a interpretação dos dados.

A presença de fatores de risco para agravos urológicos observada em 61,68% dos participantes do presente estudo reforça a magnitude dos hábitos comportamentais modificáveis no desenvolvimento de doenças do trato urinário. O tabagismo isolado foi o fator de risco mais prevalente entre os expostos (17,37%), o que está em consonância com evidências epidemiológicas que vinculam o tabaco a neoplasias urológicas¹⁸. Além disso, a literatura recente demonstra que o tabagismo está associado ao aumento do risco de câncer de bexiga e rim, com pior prognóstico tumoral em fumantes ativos quando comparados a não fumantes, incluindo maior chance de recorrência e de doença avançada em cânceres uroteliais e renais¹⁹. No entanto, o efeito entre tabagismo e demais patologias não neoplásicas mostram associações menos robustas na literatura, sugerindo que o impacto do tabaco pode variar conforme a condição urológica específica¹⁸.

A prevalência do etilismo isolado no estudo (7,19%) e o uso concomitante de álcool e tabaco (1,20%) indica um subconjunto de indivíduos com comportamentos de risco potencialmente cumulativos quando comparados a indivíduos não expostos. Embora a literatura sobre a relação entre o consumo de álcool e doenças urológicas seja menos consistente quando comparada ao tabagismo, o abuso de álcool contribui para uma carga significativa de doenças crônicas, implicando mecanismos sistêmicos como dano metabólico, inflamação crônica e vulnerabilidade de órgãos que podem impactar a saúde urológica, inclusive a renal, a longo prazo²⁰. Além disso, a prevalência dessa prática destaca a importância de compreender os efeitos cumulativos quando combinados a outros comportamentos de risco, como o tabagismo, especialmente em subgrupos populacionais com maior vulnerabilidade,

reforçando a necessidade de estratégias de prevenção comportamental integradas no contexto de doenças crônicas não transmissíveis 21.

No que diz respeito à queixa principal, os STUI configuraram-se como a principal queixa urológica entre os pacientes atendidos. Esse padrão clínico está em consonância com os dados de uma meta-análise sistemática que incluiu mais de 1,6 milhão de indivíduos de 36 países e demonstrou elevada prevalência global de STUI na população adulta, com presença dos respectivos sintomas em cerca de 63,2% dos participantes²². Enfatizando esses resultados, outro estudo retrospectivo conduzido em um serviço público de urologia no Brasil identificou a elevada frequência dessa queixa entre os atendimentos. A pesquisa revelou que 71,4% dos homens atendidos, com idade média de 58 anos, apresentaram STUI, classificados como leves, moderados ou graves²³. A convergência entre os achados da meta-análise internacional e dos dados de serviços urológicos nacionais evidenciam que os STUI constituem uma queixa frequente e relevante em diferentes contextos populacionais e assistenciais.

Além disso, a elevada frequência da respectiva queixa urológica pode ser explicada pela associação entre o envelhecimento e a ocorrência desses sintomas. A pesquisa populacional PolSenior², conduzida entre indivíduos com 60 anos ou mais, estimou a prevalência dessa queixa em 60,5% da população idosa e, ademais, defendeu a relação entre os sintomas de armazenamento e esvaziamento com as alterações fisiológicas do trato urinário²⁴. Essa associação entre envelhecimento e maior ocorrência dos STUI contribui para explicar por que essa queixa foi tão frequente na amostra do estudo realizado, em que 56,89% dos atendidos tinham mais de 60 anos.

A HPB foi o diagnóstico mais prevalente no estudo, correspondendo a 38,92% dos casos, o que está de acordo com dados epidemiológicos atuais que demonstram sua elevada prevalência²⁵. Essa condição — codificada na CID-11 como GA90 (Hyperplasia of prostate) — é amplamente conhecida como uma das principais doenças urológicas em homens adultos e idosos, com impacto significativo sobre os sintomas do trato urinário inferior²⁶. Uma análise abrangente do Global Burden of Disease (GBD), mostrou que o número absoluto de casos de HPB aumentou substancialmente entre 1990 e 2021, chegando a mais de 112 milhões de casos em 2021, com maior concentração em homens de meia idade e idosos, refletindo o efeito da transição demográfica e do envelhecimento populacional².

Estudos de prevalência também apontam que a HPB se torna progressivamente mais comum com o avanço da idade²⁷, reforçando que a condição

identificada na amostra de estudo está alinhada com as tendências atuais. Em contexto nacional, as análises epidemiológicas brasileiras também destacam que a HPB é uma das principais causas de atendimento urológico, especialmente quando associada a sintomas do trato urinário inferior e à necessidade de intervenções clínicas ou cirúrgicas²⁸. Esses achados sustentam que a elevada frequência de HPB não apenas reflete o perfil etário dos pacientes atendidos e as queixas urológicas mais prevalentes nesse estudo, mas também uma realidade consistente com a literatura atual.

A nefrolitíase se destacou como o segundo diagnóstico mais frequente no estudo, sendo compatível com evidências epidemiológicas que a consideram uma condição urológica significativa. Um estudo retrospectivo baseado nos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), registrou 909.341 internações por urolitíase no Brasil entre 2014 e 2024, com predomínio no sexo masculino⁴. Esses achados evidenciam que a nefrolitíase é uma condição comum nos serviços urológicos, cujos mecanismos etiológicos estão associados a fatores metabólicos, ambientais e comportamentais e que, embora menos prevalente que a HPB, representa uma parcela relevante das queixas urológicas, coerente com a distribuição de diagnósticos observada neste estudo²⁰.

A análise do histórico clínico e da investigação diagnóstica prévia mostrou que parte dos pacientes foi encaminhada ao ambulatório especializado sem registro consistente de avaliação clínica detalhada ou de exames básicos previamente realizados. Considerando que as queixas prevalentes neste estudo podem ser inicialmente avaliadas com anamnese direcionada, exame físico e exames laboratoriais simples, a ausência desses registros sugere fragilidades na etapa preparatória do encaminhamento. O Manual de Regulação do Acesso à Atenção Especializada ressalta que a estratificação de risco e a investigação inicial são etapas fundamentais para qualificar a referência ao nível secundário^{5,9}.

Verificou-se elevada proporção de primeiras consultas no ambulatório de atenção especializada, sugerindo que muitos pacientes chegaram ao serviço ainda em fase inicial de avaliação da queixa. A frequente solicitação de exames laboratoriais e de imagem ao final dessas consultas reforça que parte da investigação diagnóstica foi iniciada apenas no nível secundário. Considerando que condições prevalentes na amostra, como STUI e HPB, possuem recomendações para avaliação inicial com exames de menor complexidade⁹, a ausência dessa etapa prévia pode influenciar o tempo para definição diagnóstica e a dinâmica assistencial do serviço.

Em relação às condutas instituídas, a predominância de retorno após realização de exames e de tratamento medicamentoso, em contraste com a menor proporção de encaminhamentos cirúrgicos, demonstra que o perfil dos casos atendidos foi majoritariamente clínico. Esse padrão é semelhante ao descrito em estudos nacionais sobre atendimento urológico ambulatorial^{23,28} e reforça que grande parte das demandas envolvia condições de condução conservadora inicial, com necessidade de acompanhamento e monitoramento evolutivo.

A análise dos atendimentos realizados no ambulatório de urologia demonstra que uma parcela expressiva das demandas poderia ser manejada de forma resolutiva na APS, correspondendo a 65,27% dos casos, sem a necessidade de encaminhamento imediato ao nível especializado. Protocolos nacionais indicam que queixas frequentes, como STUI, infecções urinárias não complicadas e alterações prostáticas benignas, constituem a maior parte dos atendimentos urológicos ambulatoriais e podem ser inicialmente acompanhadas fora do serviço especializado⁹. Dessa forma, a organização mais criteriosa do fluxo de encaminhamento pode favorecer maior eficiência na utilização dos recursos assistenciais e reduzir tempos de espera para pacientes que realmente necessitam de avaliação urológica especializada.

Ao mesmo tempo, os resultados também evidenciam o papel dos ambulatórios universitários integrados ao sistema público de saúde na absorção de demandas de maior complexidade e na redução das filas de espera²⁹. Esses serviços exercem função estratégica na articulação entre ensino e assistência, contribuindo para a qualificação do cuidado, para o suporte aos profissionais da rede e para a ampliação do acesso da população a avaliações especializadas, desde que disponham de equipe qualificada e suporte diagnóstico adequado²⁹.

Nesse contexto, a regulação da assistência em saúde exerce papel fundamental ao ordenar o acesso dos usuários aos serviços, priorizando consultas e procedimentos de acordo com critérios de risco, necessidade e indicação clínica. Além de qualificar o fluxo assistencial, a regulação atua como mecanismo de análise dos encaminhamentos potencialmente evitáveis, fortalecendo a resolutividade da APS e reduzindo a exposição dos pacientes a intervenções e deslocamentos indevidos, em consonância com os princípios da prevenção quaternária. Ademais, contribui para o uso racional dos recursos disponíveis e para maior eficiência e equidade na gestão das listas de espera⁹. No presente estudo, a identificação de demandas potencialmente manejáveis na APS reforça a importância de uma regulação eficiente

para qualificar os encaminhamentos ao ambulatório especializado e otimizar o fluxo assistencial na rede de saúde.

Dados recentes do Ministério da Saúde apontam que parte dos encaminhamentos considerados evitáveis está associada à insegurança diagnóstica e à limitação de recursos diagnósticos na APS, além de desafios na comunicação entre os diferentes níveis de atenção, o que pode comprometer a continuidade do cuidado⁵. Nesse contexto, estratégias de saúde digital vêm sendo incorporadas ao SUS para fortalecer a resolutividade desse nível de atenção. A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde e a implementação do Programa SUS Digital ampliaram o uso da telessaúde como ferramenta de suporte às equipes de saúde por meio da interlocução com especialistas, contribuindo para o esclarecimento de condutas clínicas, a qualificação do cuidado e a redução das filas e do tempo de espera por consultas especializadas³⁰. Assim, os resultados evidenciam a importância do fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado, por meio da qualificação profissional e da melhoria dos fluxos de referência e contrarreferência, visando reduzir encaminhamentos evitáveis e garantir maior resolutividade e continuidade do cuidado.

CONCLUSÃO

Observou-se predominância de pacientes do sexo masculino, majoritariamente idosos, de etnia branca e casados, caracterizando o perfil assistencial do ambulatório avaliado. Do ponto de vista clínico, a hiperplasia prostática benigna e a nefrolitíase destacaram-se como os diagnósticos mais frequentes, em conformidade com a literatura, sobretudo em populações envelhecidas. A elevada frequência de queixas do trato urinário inferior, associada ao perfil etário da amostra, evidencia a relação entre o envelhecimento e a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para a hipertensão arterial, identificada como a comorbidade mais comum entre os pacientes.

A análise das condutas adotadas demonstrou predomínio de abordagens conservadoras, como a solicitação de exames complementares, a prescrição medicamentosa e o acompanhamento clínico. Observou-se que parcela expressiva dos atendimentos foi considerada passível de manejo na Atenção Primária à Saúde, sem necessidade imediata de encaminhamento ao nível especializado. Esse achado evidencia o potencial da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ressalta

a importância da capacitação profissional, da utilização de protocolos clínicos e da adequada estratificação de risco para qualificar os fluxos de referência e contrarreferência em urologia.

Os dados apresentados também ressaltam o papel estratégico dos ambulatórios universitários na integração ensino-serviço-comunidade, ao aliar a formação profissional à oferta de assistência especializada e contribuírem para a absorção de demandas de maior complexidade na rede pública. Como limitações do estudo, destacam-se a utilização de dados secundários e a incompletude de algumas informações nos prontuários analisados, o que pode restringir a profundidade das análises. Esse achado evidencia a necessidade de aprimorar a qualidade do registro das informações clínicas, por meio da padronização dos prontuários, da sensibilização das equipes quanto à importância do preenchimento adequado e da incorporação de estratégias de educação permanente em saúde. Tais medidas podem contribuir para a produção de dados mais consistentes, favorecendo análises epidemiológicas mais robustas e o planejamento de ações em saúde. Ainda assim, os resultados oferecem subsídios relevantes para o planejamento de ações em saúde, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde, otimizando o acesso ao cuidado especializado e promovendo maior resolutividade e continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Biondo CS, Santos J, Ribeiro BS, Passos RDS, Meira APBN, Soares CJ. Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família. *Enfermería (Montevideo)*. 2020 [citado em 2026 jan. 7];9(1):32-40. DOI: <https://www.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38285>
2. Zi H, He SH, Leng XY, Xu XF, Huang Q, Weng H, et al. Global burden of benign prostatic hyperplasia, urinary tract infections, urolithiasis, bladder cancer, kidney cancer, and prostate cancer from 1990 to 2021. *Mil Med Res*. 2024 [citado em 2026 jan. 14]. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40779-024-00569-w>
3. Mulure N, Hewadmal H, Khan Z. Assessing barriers to primary prevention of cardiovascular diseases in low and middle-income countries: a systematic review. *Cureus*. 2024 [citado em 2026 jan. 14] ;16(7):e64065. DOI: <https://www.doi.org/10.7759/cureus.65516>
4. Zuchi CM, Guedes BDC, Mendes LDM. Perfil epidemiológico das internações por hiperplasia prostática benigna no Brasil entre 2014 e 2024. *Braz J Implantol Health Sci*. 2024 [citado em 2026 jan. 14];6(11):3810-21. DOI: <https://doi.org/10.21727/rs.v13i3.3249>

5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Regulação do Acesso à Atenção Especializada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 2026 jan. 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-regulacao-assistencial>
6. Sousa AR. Produzir cuidado à saúde de homens e suas masculinidades: uma prioridade. REVISA. 2020 [citado em 2026 jan. 14];9(4):681-4. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p681a684>
7. Arruda GO, Marcon SS. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: prevalências e fatores associados. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016 [citado em 2026 jan. 14];24:e2685. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0296.2685>
8. Costa DR. A relevância da saúde masculina e os desafios do ensino de urologia. Rev Multidiscip Saúde. 2024 [citado em 2025 dez. 28];5(4):1-8. DOI: <https://doi.org/10.51161/integrar/remis/4511>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada em Urologia. Vol. VI [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 2025 dez. 28];. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/protocolos-da-atencao-basica/>.
10. Mota MFC, Barbosa CVM, Muniz WQ. Atenção à saúde urológica na Amazônia: estudo clínico e epidemiológico de um ambulatório universitário pioneiro. Rev Caderno Pedagógico. 2025 [citado em 2026 jan. 14];22(11):e264. DOI: <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n11-264>
11. Diallo K, Diallo TM, Bah MD, Bah I, Diallo AB, Diallo A, et al. Epidemiological Aspect and Evaluation of the Management of Urologic Emergencies at the Urology Unit of Labe Regional Hospital. Open J Urol. 2023 [citado em 2026 jan. 12];13(2):441-52. DOI: <https://www.doi.org/10.4236/oju.2023.1310050>
12. Ramos CS, Pedra YR, Sousa AR, Santos SD, Cerqueira DCC, Lima AAC, et al. Perfil epidemiológico de agravos urológicos em homens cisgêneros em município da Bahia, Brasil. REVISA [Internet]. 2021 [citado em 2026 jan. 03];10(1):82-93. Disponível em: <http://revistarevisa.emnuvens.com.br/revisa/article/view/104>
13. Muniz WQ, Canto Júnior EL, Costa Junior NF. Perfil dos pacientes submetidos ao rastreio de câncer de próstata em campanha de novembro azul em uma clínica de urologia no interior da Amazônia. Rev Contemporânea. 2024 [citado em 2026 jan. 12];4(3):e3760. DOI: <https://www.doi.org/10.56083/RCV4N3-133>
14. Gonçalves MAS, Machado TF, Silva JL, Amâncio NFG. Incontinência urinária em mulheres idosas e a importância do fortalecimento do assoalho pélvico para a qualidade de vida: uma revisão exploratória integrativa da literatura. Braz J Implantol Health Sci. 2025 [citado em 2026 jan. 3];7(12):898-917. DOI: <https://www.doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n12p898-917>
15. Santos MA, Souza AS, Fontoura GMG, Araújo-Gomes RC, Santos FSS, Oliveira BLAA. Prevalência de sintomas do trato urinário inferior relacionados à hiperplasia prostática benigna em um ambulatório de urologia no sul do estado do Maranhão. Rev Bras Multidiscip. 2023 [citado em 2026 jan. 14];26(1):154-67. DOI: <https://www.doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2023.v26i1.1442>

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado em 2026 jan. 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>
17. Zambrano N, Palma C. Tratamiento de la hiperplasia prostática benigna y de la disfunción eréctil por el médico general. *Rev Med Clin Las Condes*. 2018 [citado em 2026 jan. 13];29(2):180-92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.01.003>
18. Kumar R, Matulewicz R, Mari A, Moschini M, Ghodoussipour S, Pradere B, et al. Impact of smoking on urologic cancers: a snapshot of current evidence. *World J Urol*. 2023 [citado em 2025 dez. 8];41(6):1473-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00345-023-04406-y>
19. Chen X, Hao X, Wu J, Liu X, Huang J, Xu J, et al. The global burden of bladder, kidney, and prostate cancers attributable to smoking from 1990 to 2021 and projections for the next two decades: a cross-sectional study. *Tob Induc Dis*. 2025 [citado em 2025 dez. 11];23:204299. DOI: <https://doi.org/10.18332/tid/204299>
20. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes brasileiras para diagnóstico e tratamento clínico da nefrolitíase: Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Braz J Nephrol*. 2025 [citado em 2026 jan. 11];47(2):311-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2024-0189-pt>
21. Ministério da Saúde (Brasil). Vigitel Brasil 2006-2023: tabagismo e consumo abusivo de álcool [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 2025 dez. 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2023-tabagismo-e-consumo-abusivo-de-alcool/view>
22. Huang J, Chan CK, Yee S, Deng Y, Bai Y, Chan SC, et al. Global burden and temporal trends of lower urinary tract symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2022 [citado em 2026 jan. 14];26(4):421-8. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41391-022-00610-w>
23. Laranja WW. Experiência de um serviço público de urologia em saúde do homem: repercussão epidemiológica do rastreamento do câncer de próstata [tese] [Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2022 [citado em 2026 jan. 14]. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1254533>
24. Kujawska-Danecka H, Mossakowska M, Chudek J, Hajduk A, Wieczorowska-Tobis K, Chmielewski M, et al. Lower urinary tract symptoms in older adults as a manifestation of underlying geriatric conditions: results of a national population-based study PolSenior2. *Pol Arch Intern Med*. 2025 [citado em 2026 jan. 8];135:17147. DOI: <https://doi.org/10.20452/pamw.17147>
25. Guedes LGR, Ibrahim MON. Análise descritiva epidemiológica das internações por hiperplasia prostática na população masculina acima de 30 anos no Brasil nos últimos cinco anos. *Rev Saúde*. 2022 [citado em 2026 jan. 12];13(3):81-5. DOI: <https://doi.org/10.21727/rs.v13i3.3249>

26. World Health Organization. ICD-11: GA90 Hyperplasia of prostate [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [citado em 2025 dez. 5]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
27. Lee S, Oh TK, Song S, Oh J, Song S. Socioeconomic and clinical factors associated with benign prostatic hyperplasia: a nationwide population-based study in South Korea. BMC Urol. 2024 [citado em 2026 dez. 14];24:211. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12894-024-01582-w>
28. Britto LCV, Silva M, Oliveira PS, Sales Junior SF, Oliveira JBS, Souza RS, et al. Hiperplasia prostática benigna na população brasileira: perfil epidemiológico em serviço de urologia. Braz J Health Rev. 2023 [citado em 2026 jan. 14];6(5):22722-31. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-299>
29. Katz N, Roman R, Rados DV, Oliveira EB, Schmitz CAA, Gonçalves MR, Mengue SS, Umpierre RN. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. Cien Saude Colet. 2020 [citado em 2026 jan. 14];25(4):1389-1400. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.28942019>
30. Petrolini RS, Araújo MF, Alves L, Salib EGCS, Maeyama MA, Machado PMO, et al. Teleconsultorias na gestão de filas de especialidades médicas: relato de experiência no sul do Brasil. Saúde Debate. 2025 [citado em 2026 jan. 14];49(spe1):e110012P. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025e110012p>

RECEBIDO: 23/01/2026
APROVADO: 18/04/2026