

**MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA DE MUNICIPAL DA SAÚDE
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT**

PROTOCOLO

DISPENSÇÃO DE DOXAZOSINA 2MG E/OU FINASTERIDA 5MG

Critérios de inclusão: medicamentos disponibilizado pelo SUS para o tratamento ambulatorial da hiperplasia prostática benigna (HPB), conforme especificações do CID - 10: N40 - Hiperplasia da Próstata

CHECK LIST:

() PREENCHIMENTO DO LAUDO PELO MÉDICO

() CÓPIA DA RECEITA

EXAMES NECESSÁRIOS:

() Ultrassonografia Próstata

() PSA

() EQU (EXAME PARCIAL DA URINA)

CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS:

() Identidade

() CPF;

() Comprovante de residência;

() Cartão do SUS;

() CPF e identidade do responsável.

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA DE MUNICIPAL DA SAÚDE
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

APÊNDICE 1: RESUMO PROTOCOLOS DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO: TRATAMENTO DA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB). SÉRIE 01. Nº 01.

RESUMO PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
Medicamento	Doxazosina	Finasterida
CID	N40 - Hiperplasia da Próstata	
Apresentação	2 mg (comprimido)	5 mg (comprimido)
Inclusão	Homens com diagnóstico para HPB, confirmados através de exames clínicos, laboratoriais e de imagem.	
Anexos Obrigatórios	a. História clínica: Início e evolução dos sintomas, antecedentes cirúrgicos, história familiar de câncer prostático, disfunção sexual, hematúria, infecções do trato urinário, doenças neurológicas, diabetes, estenose uretral, retenção urinária prévia, cálculo vesical. b. Exame Físico, incluindo: ● Exame Digital da Próstata (OPCIONAL) (contração e a sensibilidade do esfíncter anal, reflexo bulbo-cavernoso, características prostáticas como volume, consistência, regularidade, limites, sensibilidade e mobilidade). ● Questionário de escores de sintomas (IPSS), onde os sintomas são considerados leves para valores entre 0 e 7, moderados, entre 8 e 19 e graves, entre 20 e 35. c. Exames laboratoriais: ● Exames de urina (elementos anormais e sedimentoscopia); ● Dosagem do PSA total: tem indicação em pacientes com expectativa de vida superior a 10 anos, ou quando o diagnóstico do câncer pode alterar o manejo dos sintomas.	
Administração	Dose usual: 2 a 4 mg/dia Dose máxima: 8 mg/dia	Dose usual: 5 mg/dia
Prescrição Máxima Mensal	120 cp	30 cp
Exclusão	● Pacientes com diagnóstico de câncer de próstata; ● Portadores de infecções do trato urinário; ● Pacientes tratados previamente com ambos os medicamentos constantes neste Protocolo Clínico sem obtenção de resposta clínica;	

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA DE MUNICIPAL DA SAÚDE
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

	• Pacientes com hipersensibilidade conhecida aos medicamentos ou a quaisquer de seus excipientes. • Ureterohidronefrose secundária a HPB; • Cálculo vesical.
Tempo de Tratamento	Indeterminado. Observação: De acordo com o Protocolo de Urologia de Santa Catarina (2016), recomenda-se avaliação pelo médico especialista em urologia, nas seguintes situações: • Falha do tratamento clínico; • Complicações renais (como insuficiência renal vista pela creatinina solicitada); • Obstrução da saída da bexiga verificada pelo USG; • Sintomas após tratamento invasivo da uretra ou da próstata (ou seja já ressecou cirurgicamente); • Idade menor que 45 anos, com hematúria no exame de urina na ausência de infecção urinária; • Incontinência urinária ou sintomas graves (≥ 20 pontos no IPSS).
Validade dos exames	6 meses
Especialidade Médica	• Urologista (preferencialmente); • Médico clínico com experiência no manejo da doença.

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA DE MUNICIPAL DA SAÚDE
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

APÊNDICE - 2

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____ DN: ____/____/____
Nome da mãe: _____
Cartão do SUS: _____ CPF: _____
Endereço: Rua: _____ n° _____
Bairro _____ CEP _____
Telefone: () _____ - () _____
Código CELK: _____ Data última atualização CELK ____/____/____

2. DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO

2.1 Anamnese (descrever sinais e sintomas, jato urinário, esforço miccional, sensação de esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência, incontinência, noctúria ou retenção urinária)

2.2 Escore Internacional de Sintomas Prostáticos - Anexar cópia do Escore Internacional de Sintomas Prostáticos - I-PSS - devidamente preenchido, assinalados os campos e com somatórios, datado e assinado pelo médico. (Vide Tabela 1)

- () **Sintomas leves:** 0 a 7 pontos
() **Sintomas moderados:** 8 a 19 pontos
() **Sintomas graves:** 20 a 35 pontos

2.3 Descrever o resultado do toque retal (tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo) <OPCIONAL>: _____

2.4 Diagnóstico

CID 10: _____

2.5 Medicamento(s)

- () Doxazosina 2 mg - Posologia: _____ comprimido(s) a cada _____ horas.
() Finasterida 5 mg - Posologia: _____ comprimido(s) a cada _____ horas.

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA DE MUNICIPAL DA SAÚDE
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

3. DADOS DO MÉDICO PRESCRITOR:

Nome completo: _____
Especialidade: _____ CRM/SC _____
Data: ____/____/____.

Assinatura e Carimbo do médico solicitante

Tabela 1 - Escore Internacional de Sintomas Prostáticos:

Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (I-PSS – International Prostate Symptom Score)		Nenhuma vez	Menos que 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre
1	No último mês, quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após terminar de urinar?	0	1	2	3	4	5
2	No último mês, quantas vezes você teve de urinar novamente em menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5
3	No último mês, quantas vezes você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4	No último mês, quantas vezes você observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
5	No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
6	No último mês, quantas vezes você teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	
		Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes
7	No último mês, quantas vezes em média você teve de se levantar à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5
8	Qualidade de vida	1 (excelente)	2	3	4	5	6 (péssima)

Interpretação: Sintomas leves: 0 a 7 pontos / **Sintomas moderados:** 8 a 19 pontos / **Sintomas graves:** 20 a 35 pontos

Fonte: Telessaúde UFRGS. Referência: AVERBECK, M.; BLAYA, R.; SEBEN, R. R.; LIMA, N. G.; DENARDIN, D.; FORNARI, A.; RHODEN, E. L. Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. Revista AMRIGS, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 471-477, 2010.

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA DE MUNICIPAL DA SAÚDE
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT
