

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	<p>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.</p> <p>b. Exame Físico, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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. <p>c. Exames laboratoriais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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

	<ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes com hipersensibilidade conhecida aos medicamentos ou a quaisquer de seus excipientes. ● Ureterohidronefrose secundária a HPB; ● Cálculo vesical.
Tempo de Tratamento	<p>Indeterminado.</p> <p>Observação: De acordo com o Protocolo de Urologia de Santa Catarina (2016), recomenda-se avaliação pelo médico especialista em urologia, nas seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 (Vide Tabela 1 - Escore Internacional de Sintomas Prostáticos).

- () **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.