

TeleCondutas[®]

Prostatite Crônica/Síndrome da Dor Pélvica Crônica

Versão digital
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação:
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Roberto Nunes Umpierre

Organização:
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Elise Botteselle de Oliveira
Rudi Roman

Autoria
Guilherme Behrend Silva Ribeiro
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Elise Botteselle de Oliveira
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Rudi Roman

Design:
Carolyne Vasques Cabral
Luiz Felipe Telles
Lorenzo Costa Kupstaitis

Diagramação:
Lorenzo Costa Kupstaitis

Normalização:
Rosely de Andrades Vargas

TELECONDUTAS Nº 21 – PROSTATITE CRÔNICA / SÍNDROME DA DOR PÉLVICA CRÔNICA

Sumário

<u>Introdução</u>	<u>Tratamento</u>
<u>Classificação</u>	<u>Encaminhamento para serviço especializado</u>
<u>Sinais e Sintomas</u>	<u>Referências</u>
<u>Diagnóstico</u>	<u>Anexo</u>

Introdução

Sintomas de prostatite são muito comuns na população, ocorrendo com uma prevalência média de 8,2%. Estima-se que 35% a 50% dos homens apresentarão esses sintomas em algum momento de sua vida. Entre as formas de prostatite, a apresentação mais comum é a Prostatite Crônica/ Síndrome da Dor Pélvica Crônica (PC/SDPC).

PC/SDPC é uma síndrome clínica definida essencialmente pela presença de dor pélvica crônica não causada por patologias identificáveis. Apesar do termo “prostatite”, parcela significativa dos casos não tem sinal de inflamação (“-ite”) da próstata. Infecções causadas por Clamídia, Micoplasma ou Ureaplasma geralmente não são responsáveis pela PC/SDPC. Tampouco se sabe em que extensão a próstata é responsável pelos sintomas.

Além de prevalente, a PC/SDPC prejudica a qualidade de vida dos homens e tem importante impacto econômico. Está frequentemente associada a dor genital, dor ejaculatória, dor abdominal, sintomas do trato urinário inferior e disfunção erétil. Ansiedade e medo de doenças graves são achados comuns em pacientes com PC/SDPC e podem contribuir com os sintomas. Múltiplas consultas, investigações e procedimentos também são riscos aos quais esses pacientes estão sujeitos.

Pouca atenção tem sido dada à essa condição, o que resulta em literatura relativamente escassa sobre o assunto. Considerando a diversidade e severidade dos sintomas, assim como as comorbidades sistêmicas que frequentemente estão associadas (como síndrome do intestino irritável e fibromialgia), abordagens terapêuticas uniformes e monoterápicas raramente funcionam. Não surpreende que a PC/SDPC seja uma condição associada a significativa frustração, tanto nos pacientes quanto nos médicos.

É necessário, portanto, que o diagnóstico e tratamento adequado seja feito na Atenção Primária à Saúde (APS), em vistas a melhorar a qualidade de vida do paciente e evitar encaminhamentos desnecessários ao urologista.

Classificação

Vários termos foram usados para descrever PC/SDPC, como prostatodínia (próstata dolorosa) e prostatite crônica abacteriana. Para padronizar as definições e facilitar a pesquisa, O *National Institutes of Health* (NIH) definiu as síndromes de prostatites nas seguintes categorias:

- I. Prostatite aguda
- II. Prostatite crônica bacteriana
- IIIA. Prostatite crônica /síndrome da dor pélvica crônica, inflamatória
- IIIB. Prostatite crônica /síndrome da dor pélvica crônica, não inflamatória
- IV. Prostatite crônica inflamatória assintomática

As prostatites tipo I e II são as que os médicos estão mais familiarizados a identificar e tratar, embora menos de 10% dos pacientes sintomáticos tenham um germe uropatogênico identificado. O tipo IV corresponde àqueles pacientes que são assintomáticos, mas que têm células inflamatórias identificadas em biópsia de próstata ou em líquido seminal. Isto significa que mais de 90% dos pacientes com sintomas de “prostatite” têm PC/SDPC (tipo III da classificação NIH).

Apesar da distinção entre a PC/SDPC inflamatória (IIIA, pacientes com leucócitos identificados em secreções prostáticas, urina pós-massagem prostática ou em líquido seminal) e não inflamatória (IIIB, todos os outros com prostatite ou dor pélvica crônica), não há evidências de que os dois subgrupos sejam diferentes quanto à apresentação clínica e resposta aos tratamentos.

Sinais e Sintomas

O principal sintoma é caracterizado por dor localizada no períneo, abdome inferior, testículos, pênis e/ou durante ou após a ejaculação. Associada a dor, o paciente pode apresentar alterações miccionais (sintomas obstrutivos e/ou irritativos), disfunção sexual ou, mais raramente, hematospermia. Os sintomas apresentam um padrão de recidivas e remissão em que a severidade e frequência das crises variam ao longo do tempo.

O homem com PC/SDPC costuma apresentar consequências negativas do ponto de vista cognitivo, comportamental, sexual e emocional, acarretando dificuldades para realização das atividades diárias. Depressão, ansiedade, medo da dor e de suas causas (catastrofização), desentendimentos do casal e estratégias infrutíferas de manejo da dor colaboram negativamente para o quadro. Esses aspectos, portanto, devem ser abordados durante a anamnese.

Uma das características mais salientes desses pacientes é a interpretação catastrofizante da dor (medo de que seja câncer ou outra doença grave). Pacientes com maior tendência à catastrofização costumam ter dor mais grave e maior

comprometimento da qualidade de vida. Alguns pacientes referem uma sensação de desesperança, agravada pela incapacidade dos médicos em fornecer um diagnóstico e tratamento adequado para sua condição.

Para auxiliar na avaliação clínica dos pacientes com PC/SDPC, tanto na avaliação inicial quanto durante o monitoramento terapêutico, existem ferramentas validadas para pontuação dos sintomas e categorização de fenótipo clínico:

- **Índice de Sintomas da Prostatite Crônica (NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index – NIH-CPSI) (figura 1 no anexo):** questionário de 9 itens, com escore total de 0-43. Avalia 3 domínios: dor (localização, gravidade e frequência), sintomas urinários e qualidade de vida. **Uma melhora de 6 pontos nessa escala é considerada clinicamente significativa.** Alguns domínios, como o da disfunção sexual, não são avaliados nessa escala.
- **UPOINTS (quadro 1):** é um sistema novo e prático que categoriza o fenótipo dos pacientes com PC/SDPC em um ou mais domínios clínicos: sintomas **U**rinários, disfunção **P**sicosocial, sintomas **Ó**rgão-específicos, **I**nfecção, condições **N**euroológicas/sistêmicas e dor (**T**enderness) muscular. Recentemente foi sugerida a inclusão dos sintomas **s**exuais, devido à elevada prevalência de disfunções sexuais em pacientes com PC/SDPC. **UPOINTS tem se mostrado ferramenta eficiente para melhor compreender o perfil do paciente e direcionar tratamentos multimodais individualizados.**

Diagnóstico

Por definição, o diagnóstico de PC/SDPC deve ser baseado na **história de dor ou desconforto na região pélvica persistentes ou recorrentes em pelo menos 3 dos últimos 6 meses, associados ou não a sintomas urinários e sexuais, na ausência de outras causas identificáveis.** Entretanto, os sintomas são flutuantes em alguns homens e, na prática, o diagnóstico é frequentemente suspeitado após uma duração mais curta dos sintomas.

A avaliação diagnóstica deve, portanto, ser direcionada para excluir causas identificáveis dos sintomas relatados pelo paciente. Dependendo dos sintomas e história clínica, pode ser necessário excluir a possibilidade de prostatite crônica bacteriana, uretrite, estenose de uretra, neoplasias urológicas e doenças neurológicas. A PC/SDPC também pode estar associada a outras síndromes dolorosas, como síndrome do intestino irritável, fibromialgia, síndrome de Sjögren e síndrome da fadiga crônica.

Anamnese, exame físico (incluindo toque retal), EQU e urocultura são obrigatórios e frequentemente suficientes para avaliar a PC/SDPC e excluir a maioria das doenças supracitadas no contexto da APS.

Na anamnese, é importante avaliar sintomas uretrais como disúria, secreção uretral e dor peniana. Se houver uretrite, deve ser realizado tratamento sintomático (azitromicina 1 g via oral + ceftriaxone 250-500 mg IM em dose única, incluindo parceria sexual).

No exame físico, deve avaliar as áreas de dor referida, procurar pontos-gatilho de dor, procurar massas suspeitas de neoplasias e avaliar a possibilidade de anormalidades do trato urinário (como retenção urinária). Portanto, deve-se examinar abdome, regiões inguinais, cordão espermático, epidídimo, testículos, períneo e próstata. Ao toque retal, a próstata usualmente é indolor, mas pode estar levemente dolorida em alguns casos. Dor grave é mais sugestiva de prostatite aguda. É importante diferenciar dor à palpação da próstata da dor à palpação dos músculos do assoalho pélvico: dor à palpação das paredes do reto nas porções onde não palpamos a próstata é relacionada aos espasmos musculares ou pontos-gatilho de dor na musculatura do assoalho pélvico.

O PSA não é indicado especificamente para avaliação da PC/SDPC, mas está indicado (após adequado aconselhamento sobre o teste) quando houver suspeita de câncer de próstata (toque retal com nódulo duro ou em pacientes com sintomas sugestivos de obstrução infravesical secundária a crescimento benigno da próstata). A elevação do PSA não pode ser atribuída à PC/SDPC.

Um teste que pode auxiliar na identificação de inflamação (através da identificação de leucócitos) e bactérias na próstata é a coleta de urina antes e após massagem prostática (em frascos separados) para análise de EQU e urocultura. Entretanto, o teste não é obrigatório durante a investigação e manejo da PC/SDPC na APS.

Conforme outras apresentações clínicas, exames adicionais podem ser necessários para o diagnóstico, como:

- hematúria não-glomerular (hematúria persistente e hemácias dismórficas negativa): cistoscopia; ou
- suspeita de estenose de uretra (sintomas obstrutivos e história prévia de uretrite infecciosa, trauma perineal ou instrumentação uretral): uretrocistografia retrógrada ou cistoscopia; ou
- suspeita de câncer de próstata: ecografia transretal de próstata com biópsia; ou
- dor abdominal concomitante: ecografia ou tomografia de abdome;
- dor testicular: ecografia de bolsa escrotal; ou
- sensação de esvaziamento vesical incompleto: ecografia da bexiga com descrição de resíduo pós-miccional ou cateterização pós micção voluntária para avaliar resíduo; ou
- dor lombar com parestesia ou perda de força muscular: ressonância magnética nuclear ou tomografia.

Tratamento

Devido à fisiopatologia complexa (e ainda pouco entendida) e heterogeneidade de apresentação da PC/SDPC, o estabelecimento de tratamentos eficientes e com bom nível de evidência é difícil. Ainda assim, é possível definir um algoritmo prático de tratamento baseado no “estágio” da PC/SDPC (ver quadro 1 e figura 2 a seguir):

- **Estágio inicial: pacientes com sintomas persistentes ou recorrentes por <6 meses e que não fizeram nenhum curso de antibioticoterapia para PC/SDPC desde o início dos sintomas.**

Pacientes em estágio inicial devem ser tratados com antibiótico (como ciprofloxacino 500 mg 2x/dia, sulfametoxazol-trimetoprima 800+160 mg 2x/dia ou doxiciclina 100 mg 2x/dia) por 4-6 semanas. Associar alfa-bloqueador (como doxazosina 2 a 8 mg) se sintomas miccionais obstrutivos concomitantes. Se após esse tratamento o paciente persistir sintomático, ou se o paciente já tiver usado antibiótico previamente e não houver evidência atual de infecção, não há indicação de novo ciclo de antibioticoterapia.

- **Estágio tardio: pacientes com sintomas persistentes ou recorrentes por > 6 meses e refratários a tratamentos farmacológicos iniciais (incluindo antibioticoterapia).**

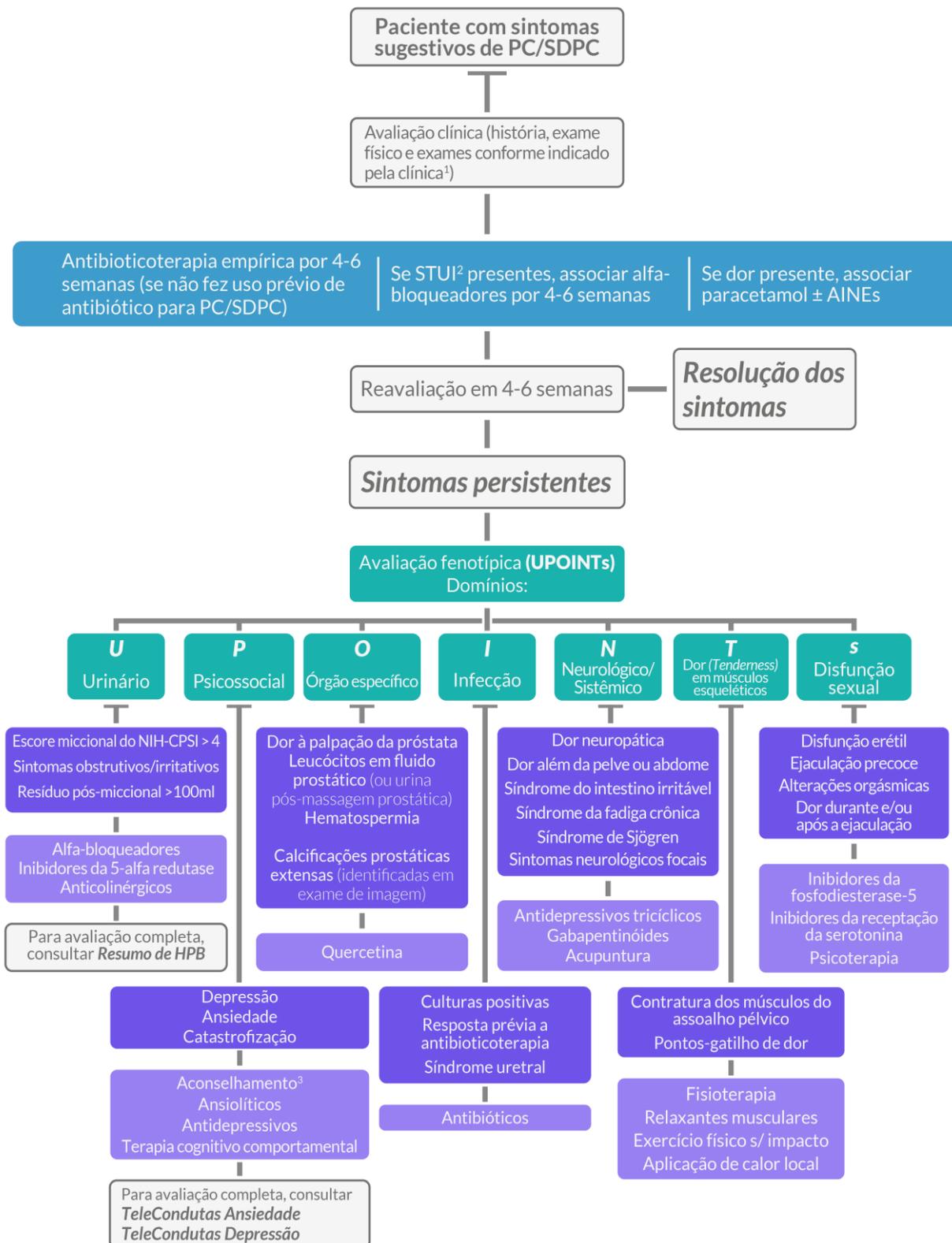
Pacientes em estágio tardio são mais fáceis de identificar e frequentemente são vistos pelos médicos como pacientes difíceis. Existem múltiplas opções de tratamento, mas monoterapias raramente são eficientes. ***Os tratamentos multimodais individualizados conforme o padrão dos sintomas são mais eficientes na melhora sintomática dos pacientes com PC/SDPC.*** O UPOINTs (quadro 1) parece ser especialmente útil nesses pacientes, pois sistematiza a avaliação clínica e estabelece os domínios que devem ser especificamente manejados em cada indivíduo (abordagem fenotípica).

Quadro 1. Domínios do UPOINTs, descrições clínicas e tratamentos possíveis

Domínio	Descrição clínica	Tratamentos possíveis
Urinário	<ul style="list-style-type: none"> • Escore dos sintomas urinários do NIH-CPSI > 4 (ver Figura 2 no anexo) • Sintomas urinários de armazenamento e/ou obstrutivos • Resíduo pós-miccional >100 ml 	<ul style="list-style-type: none"> • Alfa-bloqueadores (doxazosina 2-8 mg 1x/dia) • Inibidores da 5-alfa redutase (finasterida 5 mg 1x/dia) • Anticolinérgicos (oxibutinina 5 mg 1-3x/dia)
Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão ou ansiedade • Dificuldade em lidar com problemas ou comportamento mal adaptativo, como catastrofização a respeito da dor (aumento ou ruminação dos sintomas, desesperança) ou pobre interação social 	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento (sobre o diagnóstico, ciclo da dor crônica) • Terapia cognitivo comportamental • Antidepressivos • Ansiolíticos
Órgão específico	<ul style="list-style-type: none"> • Dor à palpação da próstata • Leucócitos em fluido prostático (ou urina pós-massagem prostática) • Hematospermia • Calcificações prostáticas extensas (identificadas em exame de imagem) 	<ul style="list-style-type: none"> • Quercetina 500 mg 2x/dia por 30 dias.
Infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Culturas positivas • Resposta prévia a antibioticoterapia • Síndrome uretral 	<ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos (antimicrobiano e posologia conforme infecção a ser tratada)
Neurológico / sistêmico	<ul style="list-style-type: none"> • Dor neuropática • Perda de sensibilidade • Disestesia (sensação anormal de desconforto ou dor, espontânea ou provocada) • Alteração de força ou reflexos • Dor além da pelve ou abdome • Síndrome do intestino irritável • Síndrome da fadiga crônica • Síndrome de Sjögren 	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepressivos tricíclicos (como amitriptilina 10-75 mg/noite) • Gabapentinóides (como gabapentina 1200-3600 mg/dia dividido em 3 doses) • Acupuntura • Tratamentos específicos para condições associadas
Dor (<i>Tenderness</i>) em músculos esqueléticos	<ul style="list-style-type: none"> • Dor à palpação e/ou contraturas musculares dolorosas ou pontos-gatilho no períneo ou músculos do assoalho pélvico (esses comumente palpados através do toque retal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Relaxantes musculares (como ciclobenzaprina 5-10 mg 3x/dia por 2-3 semanas) • Exercício físico • Aplicação de calor local
Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunção erétil • Ejaculação precoce • Alterações orgásmicas • Dor durante e/ou após a ejaculação 	<ul style="list-style-type: none"> • Inibidores da fosfodiesterase-5 (sildenafil 25-100 mg 1h antes da relação sexual) • Inibidores da receptação da serotonina (como fluoxetina 20-40 mg/dia)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Nickel e Shoskes (2010) e Magistro et al. (2016).

Figura 2 – Fluxograma para tratamento da PC/SDPC



¹ Mínimo necessário: EQU e urocultura

² STUI: Sintomas do Trato Urinário Inferior

³ Educação sobre o diagnóstico e mecanismos da dor crônica (ver Quadro 2)

O objetivo do médico da APS não é manejar todas as situações apresentadas na tabela. Entretanto, deve estar atento a todo espectro clínico possível dos pacientes com PC/SDPC. Em seguida, são apresentadas as principais modalidades terapêuticas que podem ser aplicadas na APS antes que o paciente seja encaminhado para urologista ou especialista em tratamento de dor crônica:

Educação sobre o diagnóstico: pacientes com PC/SDPC devem ser informados sobre o seu diagnóstico e mecanismos envolvidos na dor crônica (Quadro 2). É importante averiguar a ansiedade relacionada a patologias não diagnosticadas. O entendimento do paciente quanto ao seu diagnóstico diminui a ansiedade e melhora a adesão ao tratamento.

Quadro 2 - Dor neuropática no contexto da PC/SDPC

Em algumas pessoas que sofrem algum tipo de lesão, inflamação ou infecção, a sensação da dor continua, apesar da resolução do problema ou cicatrização tecidual. Isso pode ocorrer por lesão direta dos nervos sensitivos dolorosos durante a lesão ou inflamação inicial que, por consequência, ficam “sensibilizados”.

Essa “sensibilização” também pode ocorrer devido a fatores genéticos, problemas psicológicos associados à injúria inicial (como ansiedade) e experiências prévias de dor na área lesada ou inflamada. Nessas circunstâncias, a percepção persistente da dor ocorre devido a “hipersensibilização” do sistema nervoso que abrange a área dolorosa. A dor percebida pelo paciente é real, mas não tem nenhuma utilidade, já que a lesão inicial ou infecção já foi resolvida.

O corpo humano reage a dor tentando proteger a área dolorosa. Se a dor percebida é prolongada, esses mecanismos de proteção se tornam consolidados. Em longo prazo, mudanças na postura corporal e função muscular podem acarretar problemas dolorosos secundários (como as contraturas), resultando em incapacidade e piora da condição dolorosa.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Rees et al. (2015).

Manejo da dor: nos pacientes em estágio inicial, pode ser oferecido uso regular de paracetamol e cursos curtos de anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs). Os AINEs devem ser reservados para pacientes com crises dolorosas nos quais há suspeita de processo inflamatório envolvido. Os AINEs devem ser suspensos se não houver redução da dor após 4-6 semanas de uso. Opióides devem ser evitados. Se a dor é de origem neuropática, o tratamento pode ser realizado com antidepressivos tricíclicos, gabapentinóides (como gabapentina) e inibidor da recaptação da serotonina e noradrenalina (como duloxetina). Na APS, a medicação mais disponível e eficiente para tratamento de pacientes com PC/SDPC e dor supostamente de origem neuropática é a amitriptilina. Deve ser iniciada em doses baixas (12,5 mg/noite) e progredida semanalmente até 75 mg/noite, conforme tolerância e necessidade de controle da dor.

Usualmente não é necessário mais que 25-50 mg/noite para controle da dor. Outra alternativa, quando disponível, é a acupuntura.

Quadro 3 - Medicamentos utilizados para manejo da dor em pacientes com Prostatite Crônica

Medicamento	Posologias usuais	Dose máxima diária	Tempo de uso
Paracetamol	500-1000 mg 6/6h	3000 mg, quando uso contínuo	Tempo indeterminado (meses/anos)
Ibuprofeno	600 mg 8/8h	2400 mg	No máximo 4-6 semanas
Amitriptilina	10-25 mg à noite	75 mg	Tempo indeterminado (meses/anos)
Gabapentina	400 mg 8/8h	3600 mg	Tempo indeterminado (meses/anos)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

Manejo dos sintomas urinários: em pacientes com sintomas urinários obstrutivos, os alfa-bloqueadores (como a doxazosina) devem ser usados como primeira escolha, pois tem início de ação imediato, melhorando jato urinário e esvaziamento vesical e reduzindo a frequência urinária. A dose usual é de doxazosina 2 a 8 mg/dia, devendo ser iniciado em doses baixas, com progressão a cada 1 a 2 semanas, conforme tolerância e necessidade para controle sintomático. Se após 6 a 12 semanas de uso contínuo não houver melhora dos sintomas urinários, a medicação deve ser suspensa. Os inibidores da 5-alfa redutase (como finasterida) são menos utilizados em pacientes com PC/SDPC. Entretanto, se próstata volumosa associada a sintomas urinários obstrutivos, pode ser prescrita na dose de 5mg/dia. O efeito na melhora sintomática costuma demorar 6 a 12 meses. Pode ser utilizado em combinação com os alfa-bloqueadores. Os anticolinérgicos (como oxibutina, em dose de 5 mg fornecida 1 a 3 vezes ao dia, conforme tolerância e controle dos sintomas) são opções aceitáveis em pacientes com sintomas predominantemente irritativos (aumento da frequência urinária, urgência). Para pacientes com sintomas obstrutivos e irritativos, manejar inicialmente com alfa-bloqueadores, associado ou não a inibidores da 5-alfa-redutase. Se não houver melhora dos sintomas irritativos, associa-se anticolinérgico.

Manejo de dor à palpação e/ou sinais inflamatórios da próstata: para esses pacientes, o uso do fitoterápico quercetina (um biflavonóide) aparentemente tem benefício. Essa medicação deve ser manipulada. A posologia é de 1 cápsula de 500 mg 2x/dia por 4 semanas.

Manejo da dor em músculos esqueléticos/pontos gatilho de dor: diferentes técnicas de fisioterapia podem ser utilizadas para aliviar a dor quando há espasmos musculares. Portanto, havendo a disponibilidade de fisioterapeuta, os pacientes devem

ser encaminhados. Na impossibilidade de encaminhar para fisioterapeuta, podem ser orientadas medidas gerais como aplicação de calor local (com bolsa de água ou gel), exercícios físicos em geral (exceto os de alto impacto) e relaxantes musculares (como ciclobenzaprina 5-10 mg 3x/dia).

Encaminhamento para serviço especializado

Pacientes que não melhorarem após 12 semanas de tratamentos conservadores na APS devem ser encaminhados para serviço de Urologia ou Tratamento da Dor Crônica. Também devem ser encaminhados ao Urologista pacientes com diagnóstico incerto ou suspeita de doença maligna urológica.

Na suspeita de compressão medular (associação de parestesia e perda de força de membros inferiores), o encaminhamento é feito para serviços de neurocirurgia.

Referências

CALHOUN, E. A. et al. Primary care physician practices in the diagnosis, treatment and management of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. **Prostate Cancer and Prostatic Diseases**, Basingstoke, v. 12, n. 3, p. 288-295, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736310/>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

ENGELER, D. **EAU guidelines on chronic pelvic pain**. Arnhem: European Association of Urology, 2017. Disponível em: <<http://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

FERRAZ, M. B.; CICONELLI, J. R. M. Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 35-40, 1998. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1669&fase=imprime>. Acesso em: 05 abr. 2018.

GONZÁLES, A. I. Validação do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) para uso no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 2, p. 176-182, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n2/aop_5248.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2018.

MAGISTRO, G. et al. Contemporary management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. **European Urology**, Basel, v. 69, n. 2, p. 286-297, 2015.

NICKEL, J. C. Inflammatory and pain conditions of the male genitourinary tract: prostatitis and related pain conditions, orchitis, and epididymitis. In: WEIN, A. J. et al. **Campbell-Walsh Urology**. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. p. 304-333.

NICKEL, J. C. et al. Management of men diagnosed with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome who have failed traditional management. **Reviews in Urology**, Mercer Island, v. 9, n. 2, p. 63-72, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892625/>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

NICKEL, J. C.; SHOSKES, D. A. Phenotypic approach to the management of the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. **BJU International**, Oxford, v. 106, n. 9, p. 1252-1263, 2010.

NOVOTNY, C. et al. Cultural adaptation of the National Institutes of Health – Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) - to Brazilian spoken Portuguese: NIH-CPSI (Braz). **International Braz J Urol**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 683-691, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ibju/v39n5/1677-5538-ibju-39-05-683.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

POLACKWICH, A.; SHOSKES, D. A. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a review of evaluation and therapy. **Prostate Cancer and Prostatic Diseases**, Basingstoke, v. 19, n. 2, p. 132-138, 2016.

PONTARI, M. **Chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-prostatitis-and-chronic-pelvic-pain-syndrome>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

REES, J. et al.; PROSTATITIS EXPERT REFERENCE GROUP. Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. **BJU International**, Oxford, v. 116, n. 4, p. 509-525, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5008168/>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

RHODEN, E. L. The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. **International Journal of Impotence Research**, London, v. 14, n. 4, p. 245-250, 2002.

Anexo

Figura 1 - Índice de Sintomas da Prostatite Crônica (NIH-CPSI)

Dor ou Desconforto

1. Na última semana, você sentiu alguma dor ou desconforto nas seguintes áreas?

Sim Não

a. Entre o ânus e os testículos

₁ ₀

b. Testículos

₁ ₀

c. Na ponta do pênis (não relacionada com o ato de urinar)

₁ ₀

d. Na área abaixo da cintura (região púbica ou área da bexiga)

₁ ₀

2. Na última semana, você sentiu:

Sim Não

a. Dor ou queimação ao urinar?

₁ ₀

b. Dor ou desconforto durante ou após a ejaculação?

₁ ₀

3. Com que frequência você apresentou algum dos sintomas relacionados às questões 1 e 2?

₀ Nunca

₁ Raramente

₂ Algumas vezes

₃ Frequentemente

₄ Quase sempre

₅ Sempre

4. Durante a última semana, que número melhor descreve a sua dor ou desconforto MÉDIO, sendo zero nenhuma dor e 10 a pior dor que você possa imaginar?

₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇ ₈ ₉ ₁₀

Nenhuma dor A pior dor que você possa imaginar

Micção

5. Durante a última semana, com que frequência você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga depois de terminar de urinar?

₀ Nenhuma vez

₁ Menos de 1 em 5 vezes

₂ Menos de metade das vezes

₃ Metade das vezes

₄ Mais de metade das vezes

₅ Quase Sempre

6. Durante a última semana, com que frequência você teve que urinar de novo antes de completar duas horas de ter urinado?

₀ Nenhuma vez

₁ Menos de 1 em 5 vezes

₂ Menos de metade das vezes

₃ Metade das vezes

₄ Mais de metade das vezes

₅ Quase Sempre

Impacto dos Sintomas

7. Na última semana, até que ponto os sintomas o impediram de fazer as coisas que você normalmente faz?

₀ Nada

₁ Apenas um pouco

₂ Algumas vezes

₃ Muito

8. Na última semana, quanto você pensou sobre seus sintomas?

₀ Nada

₁ Apenas um pouco

₂ Algumas vezes

₃ Muito

Qualidade de Vida

9. Se você passasse o resto da sua vida com os sintomas que sentiu durante a última semana, como você se sentiria?

₀ Contente

₁ Satisfeito

₂ Geralmente satisfeito

₃ Iguamente satisfeito e insatisfeito

₄ Geralmente insatisfeito

₅ Infeliz

₆ Péssimo

Índice final = _____ (soma dos escores dos 3 domínios)

Dor: Total dos itens 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 e 4 _____

Sintomas Urinários: Total dos itens 5 e 6 _____

Impacto sobre Qualidade de Vida: Total dos itens 7, 8, e 9 _____

TeleCondutas[®]



0800 644 6543

Para esclarecer dúvidas de:

Médicos da Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul

A decorative horizontal band at the bottom of the page. It features a row of colored rectangles (red, orange, yellow, green, grey) above a pattern of stylized, overlapping teal shapes that resemble cells or molecules.