

Especialista em Saúde
MÉDICO UROLOGISTA

26/06/2022

PROVAS	QUESTÕES
Língua Portuguesa	01 a 05
História, Geografia e Conhecimentos Gerais de Goiânia e do Estado de Goiás	06 a 10
Conhecimentos Gerais em Saúde Pública	11 a 20
Conhecimentos Específicos	21 a 50

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

ATENÇÃO: Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Roupa limpa no varal.

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Quando for permitido abrir o caderno de provas, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao aplicador de provas.
2. Este caderno é composto de questões de múltipla escolha. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas **uma** é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro, notifique-o ao aplicador de prova.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, rigorosamente dentro de seus limites e sem rasuras, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com emenda, corretivo, rasura ou com mais de uma marcação, terá pontuação zero.

CONCURSO PÚBLICO

Leia o texto a seguir para responder às questões de **01 a 05**.

Nomes brandos para o fim do mundo

[...] As palavras não são rótulos postos sobre coisas que já existem, mas sim expressões da nossa forma de ver o mundo. Essa correlação ficou conhecida como hipótese de Sapir e Whorf. Ao estudarem as línguas indígenas da América do Norte, Edward Sapir (1884-1939) e Benjamin Lee Whorf (1897-1941) chegaram à conclusão de que a língua não é “um instrumento de comunicação”, [...] mas sim um fator decisivo na formação da visão do mundo.

A invenção da “mudança climática” e do “aquecimento global”

Está em cartaz no Sesc Pompeia a exuberante exposição *Amazônia*. Com curadoria de Lélia Wanick Salgado, a exposição conta com fotos monumentais de Sebastião Salgado e com belos recursos audiovisuais. Entre eles, há vídeos com depoimentos de lideranças indígenas das regiões fotografadas, relatando dificuldades que lhes vêm sendo impostas pela ação dos não indígenas – inclusive na forma de políticas públicas.

Em um desses depoimentos, Afukaká Kuikuro, cacique do povo kuikuro, denuncia como agressões do “homem branco” à natureza têm gerado prejuízos imensuráveis à sobrevivência na/da floresta. A certa altura, falando dos efeitos danosos da ação humana, ele pondera: “o homem branco chama isso de ‘mudança climática’”.

É um rico exercício de alteridade tentarmos analisar essa expressão linguística sob a ótica indígena. O termo “mudança climática” chama atenção do cacique, ao que tudo indica, por soar conveniente, quase hipócrita. Sem fazer menção explícita ao ato de devastar e destruir o meio ambiente, adotamos regularmente um substantivo que expressa um processo, o que acaba por criar a impressão de que se trata de algo em curso natural, espontâneo.

Mesmo o termo “aquecimento global” pode ser visto nesse viés. Ainda que “mudança” e “aquecimento” possam ser (e no caso são) processos induzidos, o responsável por essa indução desaparece em ambas as expressões. Nessa ótica, não deixa de parecer desfaçatez do nosso mundo dizer aos indígenas que está havendo uma “mudança climática” ou um “aquecimento global”, quando o que temos é a destruição do meio ambiente.

Pode chamar de “Antropoceno”

O conhecimento científico de geólogos, arqueólogos, geoquímicos, oceanógrafos e paleontólogos já permite afirmar que entramos em uma nova era geológica, a qual vem sendo chamada de “Antropoceno”. O termo, ao incorporar o radical grego “antropo-” (“homem”), explicita os impactos da ação humana na crise climática atual, deixando claro o papel que temos – uns menos, outros bem mais – nesse atual estado de coisas. Segundo artigo de José Eustáquio Diniz Alves:

“O Antropoceno representa um novo período da história do Planeta, em que o ser humano se tornou a força impulsionadora da degradação ambiental e o vetor de ações que são catalisadoras de uma provável catástrofe ecológica”.

Com algum otimismo, porém, se o termo “Antropoceno”

aponta explicitamente a responsabilidade humana em uma “provável catástrofe ecológica”, ele também pode nos mostrar a possibilidade de intervirmos nesse rumo. Ou, recorrendo mais uma vez à sabedoria de povos originários, podemos investir em “ideias para adiar o fim do mundo” – título do brilhante ensaio de Ailton Krenak, liderança indígena que precisa ser cada vez mais ouvida.

BRAGA, Henrique; MÓDULO, Marcelo. Nomes brandos para o fim do mundo. *Jornal da USP*. 1º abr. 2022. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/artigos/nomes-brandos-para-o-fim-do-mundo/>>. Acesso em: 5 abr. 2022. (Adaptado).

— QUESTÃO 01 —

O núcleo temático que permeia todo o texto gira em torno da consideração de que

- (A) as culturas indígenas existentes no Brasil compartilham com as culturas não indígenas termos e expressões relativas a catástrofes globais.
- (B) o inventário lexical de uma língua existe em função da representação objetiva do mundo.
- (C) o ser humano é o responsável direto pelas mudanças climáticas, pelo aquecimento global e pelo apagamento de línguas indígenas.
- (D) as palavras constituem expressão das concepções que determinado povo tem em relação ao mundo.

— QUESTÃO 02 —

Em um dos subtítulos presentes no texto, os autores chamam mudança climática e aquecimento global de “invenção”. O uso da palavra “invenção”, nesse contexto, reporta

- (A) à criatividade humana de nomear com precisão processos naturais de dimensão universal.
- (B) à visão indígena sobre expressões linguísticas criadas pelos homens brancos para se eximirem de responsabilidades.
- (C) à habilidade irônica dos autores do texto para dissociarem numa só palavra aquilo que dizem daquilo que pensam de fato.
- (D) à crença de alguns de que os processos de mudança climática e do aquecimento global inexistem de fato.

— QUESTÃO 03 —

Conforme o texto, fazer uso da palavra *antropoceno* para designar a nova era geológica tem como consequência:

- (A) a explicitação do protagonismo do ser humano nos rumos da ecologia global.
- (B) a proposição de novas ideias para adiar o fim do mundo, tal como defende importante liderança indígena.
- (C) o avanço nas discussões sobre uma iminente catástrofe ecológica num futuro próximo.
- (D) o alinhamento de diferentes perspectivas teórico-científicas sobre a participação da tecnologia nessa nova era geológica.

— QUESTÃO 04 —

O trecho “Ainda que ‘mudança’ e ‘aquecimento’ possam ser (e no caso são) processos induzidos, o responsável por essa indução desaparece em ambas as expressões” mantém o seu valor argumentativo de oposição em:

- (A) Os termos “mudança” e “aquecimento” revelam processos induzidos, logo, há a necessidade de manifestar o agente dessa indução.
- (B) Se os conceitos de “mudança” e “aquecimento” são processos induzidos, obviamente, o responsável pela indução pode ser inferido.
- (C) As palavras “mudança” e “aquecimento” remetem a processos induzidos, uma vez que há um responsável por essa indução.
- (D) As noções de “mudança” e “aquecimento” constituem processos induzidos, todavia, o agente da indução é demovido nas duas expressões.

— QUESTÃO 05 —

O “exercício de alteridade” ao qual o texto se refere diz respeito à

- (A) atitude de respeito ao interlocutor, mesmo quando ele enuncia discurso que soa conveniente e hipócrita.
- (B) necessidade de se fazer uso de palavras de origem indígena na prática do português contemporâneo.
- (C) verificação detalhada de uma expressão linguística sob o olhar de uma outra cultura.
- (D) consideração de que as palavras mudam processual e espontaneamente os seus significados.

— RASCUNHO —**— RASCUNHO —**

— QUESTÃO 06 —

A distância que separava o Rio de Janeiro, então sede da Corte Imperial, das diversas províncias do Império dificultava para o governo imperial a centralização do poder. Um dos meios utilizados pelo governo para solucionar esse problema em relação a Goiás foi

- (A) estabelecer a autonomia administrativa da província goiana.
- (B) instituir um conselho de estado para atuar na região goiana.
- (C) realizar a nomeação de presidentes sem vínculos com a terra goiana.
- (D) promover o isolamento político das oligarquias locais na província goiana.

— QUESTÃO 07 —

Um dos fatores principais para o crescimento e a dinamização do comércio em Goiás, no início do século XX, que veio facilitar a exportação e importação de produtos, foi a

- (A) melhoria das estradas salineiras.
- (B) construção das primeiras rodovias.
- (C) expansão do comércio fluvial.
- (D) chegada da estrada de ferro.

— QUESTÃO 08 —

Mantendo uma tradição dos tempos coloniais, durante as festas do Divino Espírito Santo de Pirenópolis e Cidade de Goiás é produzida uma iguaria doce, feita de açúcar e polvilho, em cuja massa molda-se uma medalha denominada “verônica”, tendo ao centro, em relevo, uma pomba, emblema do Espírito Santo. Esta iguaria pertencente à tradição cultural goiana é o

- (A) confeito.
- (B) alfenim.
- (C) sequilho.
- (D) bentinho.

— QUESTÃO 09 —

O território goiano foi muito maior que seu tamanho atual. Ao longo do tempo, ele perdeu regiões para o Pará, Maranhão, Mato Grosso e Minas Gerais, como aconteceu em 1816 quando

- (A) a cidade de Carolina foi anexada à capitania do Maranhão.
- (B) a cidade de Santana do Paranaíba passou a pertencer à capitania do Mato Grosso.
- (C) a região do Triângulo Mineiro foi anexada à capitania de Minas Gerais.
- (D) a vila de São João das Duas Barras passou a integrar a capitania do Pará.

— QUESTÃO 10 —

Observe a imagem a seguir.



Disponível em: <<https://enciclopedia.itaucultural.org.br/obra62103/nossa-senhora-do-bom-parto>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

A imagem de Nossa Senhora do Bom Parto, retratada na figura, é obra de um escultor e dourador goiano do século XIX cognominado, pela excelência de seu trabalho, o “Aleijadinho Goiano”. Trata-se de qual artista?

- (A) José Joaquim da Veiga Valle.
- (B) André Antônio da Conceição.
- (C) Cândido de Cássia e Oliveira.
- (D) Henrique da Veiga Jardim.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 11 —

Em meio a uma crise econômica, em que as ações governamentais visavam tirar o país da hiperinflação e fomentar o crescimento econômico, teve início, em 1985, o processo de redemocratização do Brasil. Nesse contexto, buscou-se fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura de assistência a todos os cidadãos, e integrar a medicina previdenciária à saúde pública. Constituiu-se, assim, um sistema único e a sociedade brasileira se mobilizou em torno de um movimento que teve como marco a

- (A) realização da oitava Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS).
- (B) criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).
- (C) instituição do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass).
- (D) implantação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

— QUESTÃO 12 —

De acordo com a política nacional de atenção básica, os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são considerados potenciais espaços de educação, inovação e avaliação tecnológica para a rede de atenção à saúde,

- (A) de integração social, de coordenação de atividades de educação permanente e de formação de preceptores.
- (B) de prática de ações de ensino em serviço, de formação de preceptores e de realização de pesquisas.
- (C) de formação de recursos humanos, de realização de pesquisas e de prática de ações de ensino em serviço.
- (D) de coordenação de atividades de educação permanente, de formação de recursos humanos e de integração social.

— QUESTÃO 13 —

De acordo com a Portaria MS n. 1559/2008, as ações de regulação do atendimento no SUS estão organizadas em três dimensões de atuação integradas entre si, quais sejam: a regulação

- (A) do atendimento integral, de sistemas de saúde e da participação da comunidade.
- (B) de sistemas de saúde, da atenção à saúde e do acesso à assistência.
- (C) da participação da comunidade, do atendimento integral e da qualidade dos serviços.
- (D) da atenção à saúde, da qualidade dos serviços e do acesso à assistência.

— QUESTÃO 14 —

Para garantir o acesso e o atendimento ao usuário em todos os níveis de atenção à saúde, é imprescindível estabelecer um sistema que promova a articulação entre esses níveis. Nesse sentido, a referência e a contrarreferência compreendem, respectivamente:

- (A) o fluxo de encaminhamento do usuário do nível menor para o de maior complexidade e o referenciamento do nível de maior para o de menor complexidade.
- (B) o referenciamento do usuário do nível secundário para o nível terciário e o fluxo de encaminhamento do nível terciário para o nível primário.
- (C) o fluxo de encaminhamento do usuário do nível maior para o de menor complexidade e o referenciamento do nível de menor para o de maior complexidade.
- (D) o referenciamento do usuário do nível secundário para o nível primário e o fluxo de encaminhamento do nível terciário para o nível secundário.

— QUESTÃO 15 —

O sistema de vigilância epidemiológica, por sua importância para a análise da situação de saúde e para o planejamento das ações necessárias, precisa manter-se eficiente. Para tanto, seu funcionamento deve ser regularmente aferido e avaliado por meio de medidas quantitativas e qualitativas. Dentre as medidas quantitativas de avaliação desse sistema, tem-se a sensibilidade e a oportunidade, que significam, respectivamente, a capacidade do sistema de

- (A) operacionalizar as ações com baixo custo e a facilidade para alcançar seus objetivos.
- (B) excluir os “não-casos” e a possibilidade de identificar todos os subgrupos da população onde ocorrem os casos.
- (C) adaptar-se a novas situações epidemiológicas e a aceitabilidade dos profissionais ou organizações de utilizarem o sistema.
- (D) detectar casos e a agilidade do fluxo do sistema de informação.

— QUESTÃO 16 —

Com o objetivo de prevenir, controlar e mitigar os riscos de transmissão do coronavírus (Covid-19) em ambientes de trabalho, a Portaria MTP/MS n. 14/2022 estabelece o afastamento das atividades laborais presenciais, nos casos confirmados de Covid-19, por um prazo

- (A) de sete dias, podendo esse prazo ser reduzido para cinco dias, desde que o trabalhador afastado esteja sem febre há 12 horas, sem o uso de medicamentos antitérmicos, e com remissão dos sinais e sintomas respiratórios.
- (B) de até catorze dias, podendo se estender por até sete dias, conforme o trabalhador apresente resultado laboratorial que comprove o risco de transmissão ou ainda esteja apresentando sinais e sintomas da doença.
- (C) de dez dias, podendo esse prazo ser reduzido para sete dias, desde que o trabalhador afastado esteja sem febre há 24 horas, sem o uso de medicamentos antitérmicos, e com remissão dos sinais e sintomas respiratórios.
- (D) de até 15 dias, podendo se estender por até cinco dias, conforme o trabalhador apresente resultado laboratorial que comprove o risco de transmissão ou ainda esteja apresentando sinais e sintomas da doença.

— QUESTÃO 17 —

A política nacional de humanização (PNH) busca qualificar o modo de atenção e gestão na rede do SUS, incluindo trabalhadores, usuários e gestores, e se estrutura em princípios, método, diretrizes e dispositivos. São princípios da PNH:

- (A) construção da memória do SUS; matriciamento das ações de saúde; escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde.
- (B) transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.
- (C) fomento de grupidades, coletivos e redes; clínica ampliada; cogestão.
- (D) acolhimento e classificação de risco; defesa dos direitos do usuário; valorização do trabalho e do trabalhador.

— QUESTÃO 18 —

A multiprofissionalidade nas ações de saúde é uma modalidade de trabalho coletivo que

- (A) é construída por meio das relações de reciprocidade entre os profissionais de saúde e suas intervenções técnicas das mais diferentes áreas do saber.
- (B) prioriza a verticalização e a compartimentalização dos processos de trabalho.
- (C) transcende o saber individual de cada profissional, permitindo que um aja em lugar do outro.
- (D) é caracterizada pela sobreposição das ações dos profissionais da equipe de trabalho em busca de soluções para os problemas de saúde identificados.

— QUESTÃO 19 —

A integração ensino-serviço é entendida como um processo complexo de trabalho coletivo, acordado, articulado e integrado entre as instituições de ensino e de saúde que apresenta as seguintes finalidades:

- (A) reconhecer os equipamentos de saúde como espaços de ensino; qualificar a atenção à saúde individual e coletiva; e incentivar a participação da comunidade nos espaços de formação em saúde.
- (B) otimizar a formação de preceptores; incentivar a participação da comunidade nos espaços de formação em saúde; e reconhecer os equipamentos de saúde como espaços de ensino.
- (C) qualificar a atenção à saúde individual e coletiva; promover a excelência da formação profissional; e estimular o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais dos serviços.
- (D) estimular o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais dos serviços; otimizar a formação de preceptores; e promover a excelência da formação profissional.

— QUESTÃO 20 —

T.V.D., de 29 anos, encontra-se na 10ª semana gestacional e procura a sala de vacinas da Unidade de Saúde para receber a vacina contra hepatite B. Nesse caso, de acordo com o histórico vacinal da gestante, é recomendada a aplicação da vacina HB recombinante, como se segue:

- (A) administrar 2 doses da vacina, uma na 24ª e a outra na 32ª semana de gravidez.
- (B) iniciar o esquema vacinal ou completar 3 doses com a administração da 2ª dose, 1 mês após a 1ª dose, e, a 3ª dose, 6 meses após a 1ª dose.
- (C) aplicar 1 dose da vacina a partir da 20ª semana de gravidez.
- (D) completar o esquema vacinal com 2 doses, com a administração da 2ª dose, 4 meses após a 1ª dose.

— QUESTÃO 21 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo masculino, de 76 anos, é atendido na unidade de urgência com dor precordial de forte intensidade irradiada para o ombro esquerdo, associada a náuseas, vômitos e sudorese fria. No eletrocardiograma realizado na admissão, havia um supradesnivelamento do segmento ST de 2 mm nas derivações D1, aVL, V5 e V6.

De acordo com essas informações, a medida terapêutica indicada para o paciente é:

- (A) administração de dose de 900 mg de clopidogrel.
- (B) trombólise com alteplase, independentemente do tempo previsto para que o paciente seja admitido no serviço de hemodinâmica.
- (C) injeção intravenosa de heparina de baixo peso molecular.
- (D) controle da dor com a associação de morfina e anti-inflamatórios não esteroides.

— QUESTÃO 22 —

No choque hipovolêmico do paciente politraumatizado

- (A) recomenda-se preferir soluções hipotônicas como ringer lactato, se houver traumatismo cranioencefálico grave.
- (B) ocorrem vários mecanismos que contribuem para a coagulopatia como perda de fatores e plaquetas, ativação excessiva da coagulação, fibrinólise, acidose e hipocalcemia.
- (C) recomenda-se manter hemoglobina igual ou maior que 10 mg/dL, independentemente dos antecedentes mórbidos do paciente.
- (D) há consenso na recomendação de se manter o paciente hipotérmico, reduzindo as demandas metabólicas e a produção de lactato.

— QUESTÃO 23 —

O diagnóstico e o manejo dos distúrbios hidreletrolíticos requer a compreensão da condição metabólica associada, que inclui:

- (A) o estado hiposmolar presente em todos os casos de hipernatremia.
- (B) a frequente ocorrência de hipercalemia relacionada à infusão de insulina para correção de estado hiperosmolar.
- (C) a presença de hipercalemia na doença de Adisson.
- (D) a pseudo-hiponatremia que pode ser encontrada em pacientes com mieloma múltiplo.

— QUESTÃO 24 —

As compressões torácicas durante a reanimação cardiopulmonar devem, idealmente,

- (A) produzir uma depressão do esterno de 4 a 5 cm.
- (B) manter-se em uma frequência de 60 vezes por minuto.
- (C) ser pausadas para verificação do pulso a cada cinco minutos.
- (D) ser interrompidas para o procedimento de intubação orotraqueal.

— QUESTÃO 25 —

Diversos mecanismos neuro-hormonais e hemodinâmicos ocorrem com o objetivo de manter a adequada oferta de oxigênio aos tecidos. Qual mecanismo fisiológico resulta em aumento do débito cardíaco?

- (A) Elevação da resistência vascular periférica pela ação de catecolaminas.
- (B) Elevação da pressão diastólica final do ventrículo esquerdo.
- (C) Redução da produção de renina pelos rins.
- (D) Redução dos níveis circulantes de peptídeos natriuréticos.

— QUESTÃO 26 —

Segundo dados do Datasus, de janeiro de 2011 a janeiro de 2021, a insuficiência cardíaca foi a principal causa de internação hospitalar no Brasil. O uso de diuréticos na insuficiência cardíaca descompensada

- (A) é responsável pela maioria dos casos de agudização da função renal nas primeiras 24 horas de internação.
- (B) está contraindicado em pacientes com fração de ejeção preservada.
- (C) deve ser evitado em pacientes com perfil frio e úmido devido ao risco de agravamento do baixo débito cardíaco.
- (D) pode resultar em redução transitória da pressão arterial mediada por prostaglandinas.

— QUESTÃO 27 —

A nefrotoxicidade dos contrastes iodados determina cuidados extras na realização de exames de imagem em pacientes cuja taxa de filtração glomerular é reduzida. Nessa situação,

- (A) administrar bicarbonato de sódio na dose de 5 mL por kg de massa corpórea imediatamente após a infusão do contraste iodado reduz a piora da função renal.
- (B) infundir solução hipotônica, após a injeção do contraste iodado, reduz o risco de complicação em pacientes dialíticos que tenham diurese residual.
- (C) agendar a sessão de hemodiálise para as primeiras 12 horas após a realização do exame tem benefício comprovado em pacientes dialíticos.
- (D) administrar soro fisiológico a 0,9% antes da injeção do meio de contraste mostrou benefício para pacientes com TGF entre 30 e 45 mL/min.

— QUESTÃO 28 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino, de 38 anos, foi submetida a cirurgia de joelho esquerdo há dez dias e vem apresentando dificuldade de deambulação, edema assimétrico e dor em perna direita. Foi diagnosticada com síndrome do anticorpo antifosfolípide há um ano, mas permanece sem tratamento.

Nesse caso, há indicação do uso de

- (A) rivaroxabana por seis meses.
- (B) varfarina por tempo indeterminado.
- (C) clopidogrel associado a varfarina por longo prazo para profilaxia de eventos arteriais e venosos.
- (D) varfarina por 30 dias.

— QUESTÃO 29 —

Ao se analisar a concentração iônica dos principais cristaloídes utilizados nas unidades hospitalares, encontra-se

- (A) 5 mEq de sódio em 500 mL de ringer lactato.
- (B) 20 mEq de potássio em 500 mL de soro ringer.
- (C) 50 g de glicose em 500 mL de soro glicosado a 5%.
- (D) 154 mEq de sódio em 1 litro de soro fisiológico a 0,9%.

— QUESTÃO 30 —

Em condições normais, é esperado que a relação entre a medida da pressão arterial sistólica no tornozelo e a pressão arterial sistólica do braço ipsilateral seja

- (A) menor que 0,75.
- (B) maior que 0,9.
- (C) entre 0,1 e 0,5.
- (D) menor que 0,5.

— QUESTÃO 31 —

A profilaxia antimicrobiana cirúrgica consiste na administração sistêmica de um antibiótico antes do procedimento para reduzir o risco de infecção local e sistêmica. O benefício potencial da profilaxia antibiótica cirúrgica baseia-se em fatores relacionados ao paciente (capacidade do hospedeiro para responder à invasão bacteriana), fatores relacionados ao procedimento (probabilidade de invasão bacteriana no sítio cirúrgico) e a potencial morbidade da infecção. A profilaxia antimicrobiana em cirurgias urológicas

- (A) é uma recomendação da American Heart Association em procedimentos geniturinários para prevenir endocardite infecciosa.
- (B) deve ser realizada com fluoroquinolonas orais e cefalosporinas de terceira geração endovenosas por ser exclusiva dos procedimentos cirúrgicos urológicos.
- (C) leva em consideração características como a flora bacteriana do sítio cirúrgico.
- (D) utiliza antibiótico que deve atingir níveis séricos e teciduais que excedam a concentração mínima inibitória do organismo característico do sítio cirúrgico e que tenha uma meia-vida curta.

— QUESTÃO 32 —

Microhematúria assintomática (MHA) é definida como três ou mais glóbulos vermelhos (RBC) por campo de alta potência (HPF) em uma amostra urinária devidamente coletada na ausência de uma causa benigna óbvia. A avaliação do paciente com MHA deve incluir uma história cuidadosa, exame físico e exame laboratorial para descartar causas benignas de MHA, como infecção, menstruação, exercícios vigorosos, doença renal, doenças virais, trauma ou procedimentos urológicos recentes. No manejo dos pacientes com MHA

- (A) inicialmente devem ser avaliados com uma estimativa da função renal (pode incluir clearance de creatinina calculado, creatinina e ureia no sangue), apesar de que a insuficiência renal intrínseca não tem implicações para o risco relacionado com a doença renal durante a avaliação e na condução da MHA.
- (B) a presença de glóbulos vermelhos dismórficos, proteinúria, cilindrúria e/ou insuficiência renal ou qualquer outro indicador clínico suspeito de doença parenquimatosa renal deve ser que realizada avaliação por nefrologista clínico, e descarta a necessidade de avaliação urológica.
- (C) a microhematúria, que ocorre nos que tomam anticoagulantes, requer avaliação urológica e avaliação nefrológica a depender do tipo ou nível de terapia anticoagulante.
- (D) a cistoscopia deve ser realizada em pacientes com idade igual ou superior a 35 anos e em todos os pacientes que apresentam fatores de risco para malignidades do trato urinário (por exemplo, sintomas urinários irritativos, uso atual ou passado do tabaco, exposições químicas), independentemente da idade.

— QUESTÃO 33 —

A hiperplasia prostática benigna (HPB) pode estar associada a sintomas significativos do trato urinário inferior (LUTS), tendo impacto na qualidade de vida, nas atividades diárias e no padrão de sono. Como o impacto dos sintomas na qualidade de vida de um indivíduo é altamente variável e não está diretamente relacionada a nenhum fator psicológico mensurável, a percepção individual da severidade dos sintomas e o seu grau de interferência nas atividades diárias deve nortear seu manejo. O objetivo da avaliação dos pacientes com queixas de LUTS é estabelecer se os sintomas referidos estão realmente associados à HPB. Na avaliação destes pacientes deve-se incluir:

- (A) história clínica direcionada com o objetivo de identificar outras causas potências dos sintomas, ou comorbidades que possam complicar o tratamento além de exame físico que inclua toque retal e exame neurológico completo.
- (B) exame de urina para investigar microhematúria, infecção urinária e glicosúria e avaliação do PSA para pacientes com pelo menos dez anos de expectativa de vida, nos quais a presença de câncer de próstata possa mudar a conduta ou impacte o manejo das queixas miccionais.
- (C) diário miccional quando polaciúria for o sintoma dominante, citologia urinária em indivíduos com sintomatologia irritativa, sobretudo se apresentarem antecedente de tabagismo ou outro fator de risco para câncer de bexiga.
- (D) ultrassonografia (transabdominal ou transretal) de modo opcional quando há indicação de tratamentos não intervencionistas, sobretudo se o tamanho da próstata ou sua configuração anatômica forem dados importantes na utilização de determinada modalidade de tratamento.

— QUESTÃO 34 —

O paciente com hiperplasia prostática benigna (HPB) pode ser eleito para o tratamento cirúrgico como tratamento inicial, se apresentar sintomatologia significativa. Indivíduos com antecedentes de complicações relacionadas à HPB são melhor tratados cirurgicamente. As opções cirúrgicas (aberto ou endoscópico) e fonte de energia (eletrocautério versus laser, monopolar versus bipolar) são decisões técnicas baseadas no tamanho prostático, julgamento individual do cirurgião e comorbidades do paciente. No manejo cirúrgico dos pacientes portadores de HPB,

- (A) as abordagens transuretrais utilizando laser tem sido associadas a um maior tempo de sondagem e de hospitalização, mas com manutenção dos resultados na melhoria das queixas clínicas.
- (B) as abordagens transuretrais utilizando laser tem uma maior incidência de síndrome de ressecção. Outros desfechos clínicos como necessidade de retratamento e estenose de uretra tem informações limitadas.
- (C) as evidências sugerem um provável papel da vaporização a laser e da enucleação transuretral de próstatas menores que 100 gramas, embora haja dados insuficientes em relação ao potencial de sangramento.
- (D) a presença de divertículo vesical associado à infecções recorrentes ou disfunção vesical progressiva torna a cirurgia absolutamente necessária.

— QUESTÃO 35 —

Apesar de representar aproximadamente 25% dos pacientes diagnosticados com câncer de bexiga, o câncer de bexiga músculo-invasivo (CBMI) implica risco significativo de morte, o qual não tem mudado consideravelmente em décadas. Cada vez mais, médicos e pacientes reconhecem a importância de um esforço multidisciplinar no sentido de melhorar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes. Antes de considerar o tratamento, uma história minuciosa e um exame físico completo devem ser realizados, incluindo um exame sob anestesia no ato da ressecção transuretral do tumor da bexiga (RTUB), quando há uma suspeita de câncer invasivo. No caso de pacientes com CBMI deve-se

- (A) oferecer quimioterapia neoadjuvante, baseada em cisplatina antes da cirurgia, aos pacientes elegíveis para cistectomia radical.
- (B) prescrever quimioterapia neoadjuvante baseada em carboplatina para estágios clinicamente ressecáveis do câncer de bexiga T2c-T4aN0.
- (C) considerá-los inelegíveis para quimioterapia neoadjuvante baseada em cisplatina e não devem ser submetidos à terapia locorregional definitiva.
- (D) oferecer cistectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral para os pacientes elegíveis de cirurgia e com doença ressecável mesmo que metastática.

— QUESTÃO 36 —

Para pacientes com diagnóstico recente de CBMI não metastático e que desejam manter sua bexiga, e para aqueles com comorbidades significativas em que a cistectomia radical não é uma opção de tratamento, pode ser oferecida a terapia de preservação da bexiga, quando clinicamente apropriado. Em pacientes candidatas à terapia com preservação da bexiga devem ser realizadas máxima redução tumoral por RTU e avaliação de doença multifocal/carcinoma in situ. Nos tratamentos com preservação vesical dos pacientes com CBMI é apropriado que,

- (A) aqueles aptos e que aceitam a cistectomia radical, não devam ser submetidos à cistectomia parcial ou RTU “radical” como primeira terapia curativa.
- (B) a radioterapia isolada seja um tratamento curativo e deva ser oferecida como alternativa à cistectomia parcial ou RTU “radical”.
- (C) a terapia multimodal deva ser oferecida a RTU “radical”, quimioterapia combinada com radioterapia de feixe externo e imunoterapia (BCG).
- (D) naqueles com recorrência não músculo invasiva, deva ser oferecida a RTU com terapia intravesical e desencorajada a cistectomia radical.

— QUESTÃO 37 —

A criptorquidia, ou testículo não descido (TND), é um dos distúrbios pediátricos mais comuns das glândulas endócrinas masculinas e o transtorno genital mais comumente identificado ao nascimento. No tratamento de criptorquidia,

- (A) deve ser indicada a terapia hormonal para induzir a descida dos testículos, pois as evidências mostram taxas de respostas satisfatórias e evidência de eficácia a longo prazo.
- (B) deve ser realizada a cirurgia dentro do mesmo ano na ausência de descida testicular espontânea aos seis meses de idade (corrigidos pela idade gestacional).
- (C) deve ser realizado exame sob anestesia para reavaliar a palpabilidade dos testículos em meninos pré-púberes, com testículos não palpáveis. Se não palpável, a cirurgia exploradora é indicada.
- (D) deve-se realizar orquiectomia no testículo criptorquídico, em pacientes com testículo contralateral normal se esse tiver o testículo não descido com vasos testiculares e ducto deferente muito curtos ou dismórfico ou hiperplásico, ou em pacientes pós-púberes.

— QUESTÃO 38 —

Pacientes em acompanhamento para massas renais tratadas ou em vigilância devem ser submetidos a uma história clínica e um exame físico direcionados para detecção de sinais e sintomas de recorrência local ou metástases, além de serem submetidos a testes básicos de laboratório, incluindo excretas nitrogenadas (ureia/creatinina), análise de urina e taxa de filtração glomerular estimada (eTFG). Outros exames laboratoriais, como hemograma completo, lactato desidrogenase (LDH), testes de função hepática, fosfatase alcalina e níveis de cálcio devem ser solicitados a critério do clínico. Nesse sentido, as massas renais em vigilância devem ser

- (A) avaliadas com cintilografia óssea em pacientes com cálcio diminuído, fosfatase alcalina elevada, dor óssea ou com achados radiográficos sugestivos de neoplasia óssea.
- (B) analisadas com a ajuda de marcadores moleculares como Ki 67, p-53 e VEGF, pois os benefícios têm sido comprovados em diferentes estudos de alto impacto.
- (C) biopsiadas por via percutânea previamente antes de se adotar essa estratégia de manejo da doença.
- (D) avaliadas com exames de imagem com cortes seccionais (TC ou RNM) em até 24 meses do início da vigilância ativa, para estabelecer taxa de crescimento tumoral.

— QUESTÃO 39 —

A síndrome da bexiga dolorosa/cistite intersticial é uma condição potencialmente devastadora que afeta não apenas o aspecto físico dos acometidos, mas também sua qualidade de vida e aspectos psicossociais. Os pacientes portadores desta condição apresentam dor, frequência urinária e é importante que o tratamento diminua esses sintomas e melhore sua qualidade de vida sem aumentar os eventos adversos ou seu sofrimento. A melhor opção para determinado paciente é definida pelo médico e pelo próprio indivíduo. Na síndrome da bexiga dolorosa/cistite intersticial,

- (A) a cistoscopia e avaliação urodinâmica serão consideradas apenas como auxiliares diagnósticos em situações complexas, sendo desnecessárias em apresentações não complicadas.
- (B) a cistoscopia com sedação com hidrodistensão de longa duração pode ser realizada nos casos em que os tratamentos de primeira e segunda linha se mostraram ineficazes.
- (C) a cistoscopia com evidência de úlceras de Hunner, indica cauterização com laser ou eletrocautério ou a injeção de triancinolona e ou toxina botulínica.
- (D) a cistoscopia sem evidência de alterações (normal) exclui a necessidade de tratamento invasivo.

— QUESTÃO 40 —

A infertilidade masculina pode ocorrer devido a uma variedade de condições. Algumas dessas condições são identificáveis e especificamente tratáveis ou reversíveis, tais como a obstrução ductal e o hipogonadismo hipogonadotrófico. Já outras condições são identificáveis, porém não reversíveis, como a atrofia testicular bilateral secundária à orquite viral. Nos pacientes com azoospermia obstrutiva, as opções de tratamento incluem cirurgias (reconstrução microcirúrgica do trato reprodutivo e ressecção transuretral dos ductos ejaculatórios) e técnicas de recuperação de esperma e fertilização in vitro/injeção intracitoplasmática de esperma (FIV/ICSI). No manejo da azoospermia obstrutiva há evidências de que

- (A) as taxas de fertilização e gravidez são diferentes usando esperma criopreservado fresco ou descongelado.
- (B) o local ou o método de recuperação de esperma afete o desfecho da FIV com ICSI.
- (C) a cirurgia aberta para recuperação do espermatozoide testicular com ou sem ampliação microscópica deve ser recomendada.
- (D) a reconstrução microcirúrgica é preferível à recuperação de espermatozoides para FIV/ICSI em homens com vasectomia prévia se o intervalo obstrutivo for superior a 15 anos e houver fatores de risco de fertilidade feminina presentes.

— QUESTÃO 41 —

Estenose de uretra é uma fibrose crônica com estreitamento do lúmen uretral causada por lesão aguda, condições inflamatórias e intervenções iatrogênicas, incluindo instrumentação uretral ou cirurgia e tratamento do câncer de próstata. Os sintomas da estenose de uretra não são específicos e podem se sobrepor com outras condições comuns, como os sintomas do trato urinário inferior (LUTS) e as infecções do trato urinário (ITU), confundindo o diagnóstico adequado. Neste sentido, para o tratamento de estenose de uretra recomenda-se que

- (A) a sonda uretral deva ser retirada com segurança após 24 horas de uma dilatação ou de uma uretrotomia interna que não tenha cursado com intercorrências.
- (B) a autocateterização seja realizada após a uretrotomia interna para manter a permeabilidade uretral, em pacientes selecionados não candidatos à uretroplastia.
- (C) seja realizada a dilatação uretral, a uretrotomia interna, ou a uretroplastia, para o tratamento inicial de uma pequena estenose de uretra peniana (< 2 cm).
- (D) sejam realizados procedimentos endoscópicos, em vez de repetidas uretroplastias para as estenoses de uretra anterior recorrentes, após falha do tratamento inicial.

— QUESTÃO 42 —

Os médicos devem desenvolver um processo diagnóstico que documente os sinais e sintomas que caracterizam a bexiga hiperativa (BH) e que excluam outras condições que possam mimetizar as queixas apresentadas. Nesse processo, os requisitos mínimos são uma história clínica detalhada, o exame físico e o exame de urina. Em alguns indivíduos, procedimentos complementares podem ser necessários. No tratamento de pacientes com BH

- (A) a terapia comportamental composta de: treinamento vesical, estratégias de controle vesical, manejo de líquidos, fisioterapia pélvica é opção de primeira linha para alguns pacientes com BH.
- (B) as formulações de liberação rápida devem ser as primeiras opções de antimuscarínicos, sempre que disponíveis, devido à menor incidência de boca seca.
- (C) os anticolinérgicos são contraindicados se esses indivíduos forem portadores de glaucoma de ângulo aberto.
- (D) a cistoenteroplastia ou derivação urinária podem ser consideradas, em casos severos, refratários e complicados.

— QUESTÃO 43 —

As opções de tratamento disponíveis e os conhecidos benefícios e riscos/complicações associados a cada modalidade de terapia devem ser esclarecidas aos pacientes com doença de Peyronie (DP). Para o tratamento de DP recomenda-se:

- (A) terapia oral com vitamina E, tamoxifeno, procarbazona, ômega-3, combinação de vitamina E com L-carnitina ou iontoforese com verapamil antes de se tentar qualquer outro tratamento mais invasivo.
- (B) terapia intralesional com colagenase *Clostridium histolyticum* em combinação com exercícios de manipulação realizados pelo paciente para a redução da curvatura peniana.
- (C) litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) para redução da curvatura peniana ou do tamanho da placa em casos que a curvatura peniana esteja estável.
- (D) desencorajar o uso de verapamil intralesional para o tratamento de pacientes com DP já que os resultados desta modalidade de tratamento são pobres.

— QUESTÃO 44 —

Ejaculação precoce (EP) é um dos mais comuns transtornos sexuais masculinos, entretanto não se tem uma definição universalmente aceita para esse transtorno. O Guideline da American Urological Association (2017) definiu EP da seguinte forma: ejaculação que ocorre antes do desejo, antes ou um pouco depois da penetração. Apesar da exata etiologia da EP não ser conhecida, o tratamento passa por uma abordagem psicológica, comportamental e farmacológica, destacando-se neste último caso o uso de inibidores da recaptação de serotonina (IRSs). Na condução dos portadores de EP com IRSs seletivos ou não seletivos

- (A) não está claro o que é mais efetivo, se doses diárias (contínuas) ou situacionais (sob demanda).
- (B) o intervalo ótimo para o uso sob demanda, antes do intercurso sexual, já é bem determinado para cada representante da classe dos IRSs.
- (C) as evidências sugerem que o perfil dos eventos adversos são diferentes aos reportados nos pacientes com depressão.
- (D) a paroxetina é a único IRSs aprovado pelo órgão americano de controle sobre drogas e alimentos (FDA) e brasileiro (Anvisa).

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 45 —**

A estratificação de risco para câncer de próstata deve incluir todos os dados disponíveis pertinentes, os quais para a maioria dos pacientes incluirão PSA, estágio clínico, grupo de grau presente na biópsia, número de fragmentos envolvidos, envolvimento máximo em cada fragmento, densidade do PSA e imagem radiológica. Segue-se abaixo a estratificação de risco para câncer de próstata localizado de acordo com as orientações do Guideline da American Urological Association.

- Muito baixo risco: PSA < 10 ng/mL E Grupo de Grau 1 E estágio clínico T1-T2a E < 34 % de fragmentos de biópsia positivos E nenhum fragmento com > 50% envolvido, e densidade de PSA < 0,15 ng/mL/cc.
- Baixo risco: PSA < 10 ng/mL E Grupo de Grau 1 E estágio clínico T1-T2a.
- Risco intermediário PSA 10-< 20 mL ou Grupos 2-3 ou estágio T2b-c
- Favorável: Grupo de Grau 1 (com PSA 10- 20) ou Grupo de Grau 2 (com PSA < 10).
- Desfavorável: Grupo de Grau 2 (com PSA 10-20 ou estágio clínico T2b-c) ou Grupo de Grau 3 (com PSA < 20).
- Alto risco PSA ≥20ng/mL ou Grupo de Grau 4-5 ou estágio clínico ≥T3 (Estágio clínico T3 é considerado localmente avançado e, portanto, fora do escopo desse consenso).

Usando os critérios de estratificação enumerados com referência, recomenda-se que, na condução do câncer de próstata,

- (A) a tomografia computadorizada ou cintilografia óssea sejam solicitadas no estadiamento de pacientes assintomáticos com câncer de muito baixo risco ou baixo risco.
- (B) a terapia de privação androgênica associada à radioterapia a pacientes com câncer de baixo risco, especialmente se o intuito for a redução do volume prostático para realização de braquiterapia seja adicionada.
- (C) os pacientes com câncer de risco intermediário favorável sejam informados que podem ser tratados com radioterapia isolada, mas que essa evidência é menos robusta do que a combinação entre radioterapia e bloqueio androgênico.
- (D) a prostatectomia radical deva ser tratamento padrão e radioterapia associada a bloqueio androgênico o tratamento alternativo para pacientes com câncer de próstata localizado de alto risco.

— QUESTÃO 46 —

A recorrência do câncer de próstata (CP) pós-tratamento curativo é uma preocupação no seguimento dos pacientes tratados. Terapias complementares, entre eles a radioterapia adjuvante e de resgate, são usadas frequentemente após a prostatectomia radical na tentativa de prevenir e/ou combater essa recorrência. Nesse caso, os pacientes que se submeteram a prostatectomia radical como tratamento curativo para o CP devem ser informados que

- (A) a radioterapia adjuvante, comparada à cirurgia isolada, reduz o risco de recorrência bioquímica, recorrência local, porém inaltera a progressão clínica do câncer em pacientes com achados anatomopatológicos adversos, incluindo-se invasão de vesícula seminal, margens cirúrgicas positivas e extensão extraprostática.
- (B) o desenvolvimento de recorrência bioquímica após a cirurgia está associada a um risco maior de desenvolvimento de câncer de próstata metastático sem alterar o óbito pela doença.
- (C) a efetividade da radioterapia na recorrência bioquímica independe de quando ela é realizada, se em níveis mais baixos ou mais altos de PSA.
- (D) existem efeitos colaterais urinários, intestinais e sexuais de curto e longo prazo após radioterapia, assim como os potenciais benefícios de controle da recorrência tumoral.

— QUESTÃO 47 —

A litíase urinária é uma doença comum, em algum momento da vida, e há evidências de que o número daqueles que já tiveram um cálculo urinário esteja aumentando. Ao contrário da apendicite e outras afecções cirúrgicas, o tratamento cirúrgico da litíase não é o ponto final da doença, uma vez que as pedras são susceptíveis de recorrência, com pelo menos 50% dos indivíduos apresentando outra pedra após dez anos da primeira ocorrência. Para aqueles que vivenciaram uma pedra, ou sofreram uma intervenção cirúrgica para o tratamento da litíase, há uma forte motivação para evitar um novo episódio. Assim, para o tratamento dos pacientes portadores de litíase, os clínicos devem oferecer

- (A) diuréticos tiazídicos aos pacientes com cálcio urinário alto ou relativamente alto, mesmo sem litíase recorrente, pelo risco alto de recorrência.
- (B) alopurinol a pacientes com cálculos de oxalato de cálcio recorrentes, com hiperuricosúria e cálcio urinário aumentado.
- (C) diuréticos tiazídicos e/ou citrato de potássio para pacientes com cálculos de cálcio recorrentes, nos quais outras anormalidades metabólicas estão ausentes e a formação de cálculos persiste.
- (D) alopurinol rotineiramente como primeira linha de tratamento para pacientes com cálculos de ácido úrico.

— QUESTÃO 48 —

Incontinência urinária de esforço (IUE) é o sintoma da perda urinária decorrente de esforço, que pode ser causada por atividades como espirrar, tossir, exercitar-se, levantar-se ou mudar de posição. Apesar da utilidade da função uretral ainda ser controversa, alguns médicos optam pela pressão de perda enquanto outros usam a pressão de fechamento uretral. Neste sentido, para o tratamento da IUE na mulher

- (A) com uretra fixa e imóvel, os médicos devem oferecer slings pubovaginais, slings retropúbicos de uretra média e contraindicar agentes de preenchimento.
- (B) que está submetendo-se concomitantemente à diverticulotomia uretral, correção de fistula uretrovaginal ou retirada de telas em uretra por cirurgia para IUE prévias, slings sintéticos são recomendados.
- (C) com uretra lesada inadvertidamente no momento do procedimento deve-se usar um sling autólogo, e não sintético, assim como não se deve oferecer terapia com células-tronco para pacientes fora de protocolos investigativos.
- (D) que está se submetendo à cirurgia para correção do prolapso pélvico, simultaneamente à correção da IUE, pode-se realizar qualquer um dos procedimentos para incontinência (sling de uretra média, sling pubovaginal, colposuspensão de Burch).

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 49 —

O estudo urodinâmico (EUD) é o estudo dinâmico do transporte, armazenamento e evacuação da urina, composto por um número de testes que podem ser usados para obter-se informação funcional sobre o armazenamento e esvaziamento da urina. Entretanto, ele é apenas uma parte da avaliação completa dos sintomas do trato urinário inferior. Na execução do EUD

- (A) de pacientes com incontinência urinária de esforço, que estão sendo considerados candidatos a um tratamento invasivo, deve-se acessar o volume urinário do resíduo pós miccional (RMP), pois pacientes com alto RPM podem ter risco aumentado de dificuldades de esvaziamento vesical pós-operatórias permanentes ou transitórias após a intervenção.
- (B) clínicos devem repetir teste de esforço removendo o cateter uretral em pacientes com suspeita de IUE que não demonstrarem esse achado durante o estudo urodinâmico com cateter em posição. A maioria dos pacientes com IUE demonstrada no exame físico não apresentarão IUE com o cateter na posição.
- (C) em mulheres com prolapso de órgão pélvico (POP) de alto grau mas sem sintomas de IUE, clínicos devem fazer o teste de esforço reduzindo o prolapso. Uma proporção pequena de mulheres com POP de alto grau que não têm sintomas de IUE serão diagnosticadas com IUE oculta depois da redução do prolapso.
- (D) pode ocorrer o diagnóstico de hiperatividade detrusora (HD) em pacientes assintomáticos ou muito sintomáticos. Clínicos devem aconselhar seus pacientes com incontinência urinária por urgência e mista que a ausência de HD em um estudo urodinâmico apenas praticamente a exclui como agente causadora dos sintomas.

— QUESTÃO 50 —

O manejo do refluxo vesicoureteral (RVU) continua evoluindo, com médicos muitas vezes se confrontando com informações contraditórias sobre os resultados de terapias médicas, cirúrgicas e endoscópicas, e a eficácia de profilaxia antibiótica contínua (PAC). Além disso, o papel do rastreamento foi considerado importante na detecção de uma população de risco e permitiu um tratamento a tempo de se evitar uma evolução desfavorável associada ao refluxo. No manejo dos pacientes portadores de RVU recomenda-se

- (A) uma uretrocistografia miccional (UCM) ou cisto-cintilografia para os irmãos de crianças com RVU, na evidência de anormalidades da cortical renal, ou assimetria do tamanho renal ao ultrassom, ou história de ITU no irmão que não foi avaliado.
- (B) uma abordagem observacional sem triagem para RVU, com tratamento imediato de qualquer ITU, pode ser tomadas para crianças com hidronefrose antenatal diagnosticada (SFU Grau 1 ou 2).
- (C) o rastreamento renal por ultrassom para os irmãos que pode ser realizado para identificar cicatrizes renais significativas e focar a atenção à presença e potencial risco adicional de RVU, dado que o valor de identificar e tratar RVU é bem estabelecido.
- (D) a UCM, de forma opcional para crianças que tiveram hidronefrose detectado no pré-natal, crianças com alto grau (Society for Fetal Urology [SFU], grau 3 e 4) de hidronefrose, hidroureter ou uma bexiga anormal ao ultrassom (pré-natal tardio ou pós-natal), ou crianças que desenvolveram uma infecção urinária no seguimento.