

**Concurso Público para provimento de cargos de
Médico - Nível III (Grau A) - Residência Médica
Urologia**

Nome do Candidato

Caderno de Prova '35', Tipo 001

Nº de Inscrição

MODELO

Nº do Caderno

MODELO1

Nº do Documento

0000000000000000

ASSINATURA DO CANDIDATO

00001-0001-0001

P R O V A**Conhecimentos Gerais
Conhecimentos Específicos
Dissertativa****INSTRUÇÕES**

- Verifique se este caderno:
 - corresponde a sua opção de cargo.
 - contém 40 questões, numeradas de 1 a 40.
 - contém a proposta e espaços para rascunho e transcrição definitiva das três questões dissertativas.Caso contrário, reclame ao fiscal da sala um outro caderno.
Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta certa.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher a resposta certa.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

VOCÊ DEVE

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A,B,C,D,E) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS, conforme o exemplo: (A) ● (C) (D) (E)
- Ler o que se pede na Prova Dissertativa e utilizar, se necessário, o espaço para rascunho.

ATENÇÃO

- Marque as respostas primeiro a lápis e depois cubra com caneta esferográfica de material transparente de tinta preta.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de máquina calculadora.
- Em hipótese alguma os rascunhos das questões da Prova Dissertativa serão corrigidos.
- A duração da prova é de 5 horas para responder a todas as questões objetivas, preencher a Folha de Respostas e responder a Prova Dissertativa (rascunho e transcrição).
- Ao término da prova, chame o fiscal da sala e devolva todo o material recebido.
- Proibida a divulgação ou impressão parcial ou total da presente prova. Direitos Reservados.

**CONHECIMENTOS GERAIS**

1. Em relação às instituições públicas, é correto afirmar:
 - (A) Uma organização é considerada moderna se é capaz de usar o conhecimento para desenvolver e oferecer novos produtos e serviços, dentro de espírito inovador e criativo.
 - (B) Um ambiente de trabalho moderno é bastante rígido, proporciona disciplina, impermeabiliza procedimentos já existentes dentro da organização e evita inovações que desestabilizem a rotina.
 - (C) O fornecimento de informações aos cidadãos é essencialmente seletivo, para que eles não influenciem significativamente as decisões políticoadministrativas.
 - (D) A política de capacitação de servidores públicos prescinde de ferramentas de informática e uso das tecnologias da informação.
 - (E) O compartilhamento de conhecimento e informação na gestão pública será incluído como prioridade apenas em políticas de gestão do conhecimento futuras.

2. No momento em que o Governo avalia o desempenho de suas organizações e de seus servidores por metas ou objetivos alcançados, ele está avaliando a gestão pública por meio
 - (A) da eficiência.
 - (B) da eficácia.
 - (C) da efetividade.
 - (D) da qualidade.
 - (E) do custo.

3. De uma maneira geral, as competências gerenciais são classificadas em três categorias: conhecimentos, habilidades e atitudes. Essas categorias são necessárias para ocupar um cargo de gerente e dependem do nível hierárquico do cargo, das tarefas a serem desenvolvidas pelo gerente e do tipo de organização, entre outros fatores. A relação correta entre habilidades e nível hierárquico é:
 - (A) Quanto mais alto o nível hierárquico do cargo a ser ocupado, mais habilidades técnicas serão requeridas.
 - (B) Em cargos de gerências táticas e intermediárias são requeridas com maior intensidade as chamadas habilidades e atitudes.
 - (C) Em cargos com características operacionais são requeridas maiores habilidades técnicas como principal condição desse gerenciamento.
 - (D) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades atitudinais serão requeridas.
 - (E) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades conceituais serão requeridas.

4. O Brasil é um Estado organizado de forma Federativa. Isto significa que as atribuições inerentes aos poderes executivo, legislativo e judiciário são divididas em duas esferas de atuação: a Federal (União) e a Estadual. Em relação a essas esferas, é INCORRETO afirmar que
 - (A) a cúpula dos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário formam o núcleo estratégico do Estado.
 - (B) aos Estados e Municípios são atribuídas as ações de caráter local.
 - (C) a Constituição da União e as leis federais determinam o escopo e o alcance das constituições dos Estados Federados.
 - (D) o critério de divisão de poderes entre União e Estados membros é, ao mesmo tempo, funcional e territorial.
 - (E) os Estados têm total autonomia para formulação e aplicação de suas políticas, independentemente do poder central.

5. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) consta que: “são significativos os fatores externos decorrentes do desenvolvimento do capital humano sob a perspectiva do Ciclo de Vida. Ao mesmo tempo em que uma população saudável e bem nutrida influencia positivamente os indicadores educacionais, o investimento em educação tem reflexos positivos sobre os indicadores de saúde”.
Dentre outras, são ações propostas no PMDI:
 - (A) adoção de perspectiva integrada de desenvolvimento do capital humano; salto de qualidade no ensino e ampliação da escolaridade da população jovem mineira, orientada por padrões internacionais (OCDE); superação da pobreza crônica das novas gerações; protagonismo juvenil e capacitação para o trabalho.
 - (B) aumento do número de escolas e hospitais de atendimento público; aumento de ambulatórios setoriais ou regionais; aumento do número de vagas para médicos no atendimento público.
 - (C) adoção de qualidade no ensino e no atendimento público em todos os órgãos destinados à população; superação da pobreza crônica e capacitação para o trabalho.
 - (D) superação da pobreza crônica; elaboração de programas materno-infantil e de adolescentes para diminuir a mortalidade infantil; construções de escola de nível médio e de ensino superior.
 - (E) construções de redes de hospitais de atendimento público; implantação em todo o estado mineiro do Programa de Saúde do Trabalhador; Construção de Escolas Públicas para aumentar o número de vagas disponíveis e capacitação para o trabalho.



6. É VETADO ao Funcionário Público
- (A) facilitar as atividades de fiscalização pelos órgãos de controle.
 - (B) observar os princípios e valores da Ética Pública.
 - (C) divulgar e informar a todos os integrantes de sua classe sobre a existência de Código de Conduta Ética.
 - (D) utilizar-se do cargo, emprego ou função para obter qualquer favorecimento para si ou outrem.
 - (E) apresentar-se ao trabalho com vestimentas adequadas ao exercício da função.
-
7. Dentre as características das organizações públicas modernas, nas quais o conhecimento é valorizado, encontra-se
- (A) coordenação centralizada de tarefas.
 - (B) predomínio do trabalho individual.
 - (C) transmissão do conhecimento coletivo, de preferência, em forma de documentos impressos.
 - (D) o servidor-polivalente e inovador.
 - (E) diminuição do poder dos usuários dos serviços dessas empresas.
-
8. Segundo seu delineamento, em um estudo de
- (A) *coorte*, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (B) caso-controle, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (C) prevalência, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (D) caso-controle, o risco da doença não é medido diretamente.
 - (E) caso-controle e de prevalência, o risco da doença é medido diretamente.
-
9. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe
- (A) que as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde do país sejam homogeneizadas e contempladas dentro de um documento igual para todos os estados.
 - (B) que a esfera federal de gestão realize todo o planejamento e a regionalização das ações fique a cargo dos estados e municípios.
 - (C) que cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) realize o seu planejamento.
 - (D) instrumentos de planejamento de centralização: Plano Diretor, Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).
 - (E) Plano Federal Bienal de Saúde, instrumento básico que norteia a Programação Bienal das ações e serviços de saúde prestados.
-
10. Sobre os modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar que
- (A) se fundamentam em regionalização, integralização e terceirização dos serviços.
 - (B) cada doença tem um nível de atenção à saúde (primária, média complexidade e alta complexidade) predeterminado.
 - (C) se fundamentam em regionalização e integração dos serviços interfederativos.
 - (D) foram implantados com vistas ao atendimento das Doenças de Notificação Compulsória (DNC).
 - (E) os serviços de atenção primária são as únicas portas de entrada no sistema SUS.



-
11. O projeto de vigilância em saúde (Vigisus) é
- (A) voltado à redução de mortalidade por doenças transmissíveis e não abrange a exposição a fatores de risco associados com a saúde.
 - (B) composto de duas fases: Vigisus I (1999 a 2004) para Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigisus II (2005-2013) para Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.
 - (C) destinado à redução da mortalidade e da morbidade de doenças transmissíveis, mas não abrange as doenças não transmissíveis.
 - (D) executado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Fundação Nacional de Saúde, sendo financiado pelo Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento.
 - (E) direcionado para serviços de saneamento em grandes aglomerados urbanos e, por isso, não inclui a saúde de povos indígenas e quilombolas.
-
12. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições,
- (A) o controle e a fiscalização do serviço de internação e atendimento ambulatorial, não abrangendo a execução da política de sangue e seus derivados.
 - (B) a fiscalização e inspeção de alimentos quanto à qualidade sanitária, sem abranger a vigilância nutricional e a orientação alimentar.
 - (C) a participação na formulação da política de saúde pública, não incluindo a execução de ações de saneamento básico.
 - (D) a participação no controle e formulação da política de medicamentos, excetuando a participação na produção de insumos de interesse para a saúde.
 - (E) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
-
13. O controle social no Sistema Único de Saúde
- (A) diminuiu após a Norma Operacional Básica (NOB 1/96), desde que esta redefiniu vínculos de serviços com seus usuários.
 - (B) está contemplado em um dos blocos de financiamento para a gestão do Sistema Único de Saúde.
 - (C) está previsto somente para serviços públicos de assistência à saúde.
 - (D) pressupõe ações dos usuários sobre serviços, exclusivamente, da iniciativa privada.
 - (E) requer financiamento do próprio usuário.
-
14. A educação em saúde, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) é o objetivo de um Programa destinado a capacitar trabalhadores da saúde para a utilização adequada de equipamentos usados em serviços de saúde.
 - (B) está prevista em legislação, mas ainda não existe uma secretaria de gestão relacionada a essa área.
 - (C) restringe-se a um compromisso de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores da saúde.
 - (D) refere-se à qualificação de trabalhadores da saúde e, ainda, à promoção de hábitos saudáveis aos usuários do SUS.
 - (E) prevê atividades exclusivas dos trabalhadores da saúde para atendimento da população.
-
15. Quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência podem corresponder ao Piso Assistencial Básico (PAB) destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal.
 - (B) na esfera estadual, conta com recursos transferidos pela União e essas transferências regulares não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
 - (C) na esfera municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, existem transferências eventuais da União para municípios, as quais não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
 - (D) os fundos de saúde dos municípios não podem receber verba oriunda de reembolso de despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde.
 - (E) os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG) e o teto financeiro do estado; não deve conter os tetos de municípios.
-



16. Na legislação do Sistema Único de Saúde,
- (A) “Programação Pactuada e Integrada (PPI)” restringe-se às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.
 - (B) “Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)” é um montante que corresponde ao financiamento do conjunto de ações assistenciais em situações de emergência, assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde, transferido eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde.
 - (C) “Índice de Valorização de Resultados (IVR)” consiste na atribuição de valores adicionais ao teto financeiro da assistência do estado, transferidos eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, quando houver obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.
 - (D) “Remuneração por Serviços Produzidos” restringe-se ao pagamento direto aos prestadores privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor.
 - (E) “Fração Assistencial Especializada (FAE)” é um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado.
-
17. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê:
- (A) Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade de serviços de média complexidade, incluindo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar para sua própria população.
 - (B) Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, nos quais as funções de gestão e relacionamento com prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor municipal, podendo este delegar aos gestores de hospitais as funções de controle e avaliação dos prestadores.
 - (C) Ao governo federal cabe prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município, para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência, sempre de acordo com a Programação Pactuada e Integrada.
 - (D) A assistência de alta complexidade deve ser programada no âmbito federal, e em alguns casos macrorregionais, tendo em vista as características especiais desse grupo: alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.
 - (E) A programação da assistência de alta complexidade, consolidada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, não deve conter a referência de pacientes para outros Estados, ou mesmo, reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros Estados.
-
18. As ações de auditoria dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são
- (A) atividades que necessitam de um órgão que consolide as informações necessárias, analise os resultados obtidos em decorrência de suas ações, mas não proponha medidas corretivas.
 - (B) de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho.
 - (C) ações de controle que podem, ou não, auditar procedimentos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos.
 - (D) ações de controle que excluem autorização de internações e procedimentos ambulatoriais, desde que sejam critérios médicos.
 - (E) monitoramentos da qualidade dos serviços prestados, sem priorizar a regularidade e fidedignidade de registros de produção e faturamento de serviços.
-
19. Segundo Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS-NOAS 01), houve fortalecimento do controle, regulação e avaliação da assistência aos usuários devido
- (A) à criação de procedimentos técnico-administrativos prévios à prestação de serviços hospitalares, os quais não podem ser fiscalizados pelos usuários.
 - (B) à previsão de compra de serviços da rede privada, pautada apenas na sua indisponibilidade na rede pública.
 - (C) à possibilidade de compra de serviços da rede privada com base no interesse público e necessidades assistenciais.
 - (D) à implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos que não podem ser avaliados pelos usuários.
 - (E) ao fato do gestor federal elaborar todos os planos de controle, regulação e avaliação para fortalecimento da capacidade de gestão.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

20. Mulher, 69 anos foi submetida a “sling” pubovaginal sintético retropúbico há um ano para tratamento de incontinência aos esforços típica. Evoluiu com continência, porém queixando-se de disúria progressiva que persiste até o momento. Já foi avaliada com 3 uroculturas que se mostraram negativas e urinálises nas quais foi identificada hematúria microscópica persistente. A conduta inicial é
- (A) indicar reposição estrogênica tópica para tratamento dos sintomas irritativos urinários e da hematúria, que decorrem, provavelmente, da hipoestrogenia pós-menopausa.
 - (B) solicitar ultrassonografia pélvica transvaginal para avaliar doenças uterinas que poderiam justificar as queixas.
 - (C) realizar uretrocistoscopia a fim de avaliar a presença de erosão uretral/vesical da prótese.
 - (D) solicitar estudo urodinâmico com a finalidade de se verificar a hipótese de obstrução infravesical e/ou hiperatividade detrusora secundária ao sling.
 - (E) indicar uretrólise por via vaginal para tratamento de obstrução infravesical.
-
21. Mulher, 55 anos, refere que um ano após histerectomia total abdominal e ooforectomia bilateral passou a apresentar disúria, polaciúria e noctúria, além de dor lombar baixa bilateral e sensação de esvaziamento vesical incompleto. Os sintomas foram progressivos. Apresentou duas infecções urinárias nesse período. Ao exame vaginal apresentava abaulamento da parede vaginal anterior e do ápice da vagina, que protruíam além do vestibulo vaginal. Já havia sido investigada com uretrocistoscopia, a qual foi normal. A conduta mais adequada é
- (A) tratar a paciente imediatamente com anticolinérgicos, pois ela evoluiu com provável hiperatividade detrusora.
 - (B) encaminhar a paciente para um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico orientado por fisioterapeuta habilitado, visando tratamento do prolapso vaginal.
 - (C) submeter a paciente a exames de imagem, a fim de caracterizar anatomicamente o prolapso vaginal e o estudo urodinâmico, para orientação do tratamento.
 - (D) iniciar a terapia de reposição estrogênica para controle das infecções urinárias.
 - (E) orientar a paciente a realizar micções programadas, visando melhorar o esvaziamento vesical.
-
22. Homem, 65 anos, em uso de mononitrato de isossorbida 20 mg, apresenta sintomas do trato urinário inferior. Ao exame físico, foi verificada a próstata moderadamente aumentada de volume, de consistência uniformemente fibroelástica, sem nodulações. Foi realizada dosagem sérica do antígeno prostático específico, a qual foi normal, e urinálise, que também foi normal. Em relação à presente situação clínica,
- (A) a conduta expectante, por meio de orientações ao paciente, alterações no estilo de vida e monitoramento periódico é a primeira conduta indicada, independente da intensidade dos sintomas e da presença de alterações do trato urinário, tais como resíduo elevado e espessamento da parede vesical.
 - (B) o emprego de antagonistas de alfa-1 adrenorreceptores constitui a primeira linha de tratamento, em virtude de sua rápida ação e elevada eficácia, independente do volume prostático e das suas características anatômicas, tais como a presença de lobo mediano hipertrófico.
 - (C) o emprego de fitoterápicos deve ser recomendado no caso do paciente apresentar predomínio de sintomas irritativos, tais como disúria e urgência miccional, após avaliação clínica inicial.
 - (D) os inibidores da fosfodiesterase-5 se mostraram eficazes na redução dos sintomas miccionais em portadores de aumento prostático benigno e no presente podem ser utilizados de forma irrestrita nesses pacientes.
 - (E) o emprego de antimuscarínicos pode ser indicado, ainda que com cautela, como tratamento adjuvante em pacientes com hiperatividade detrusora associada à obstrução infravesical decorrente de aumento prostático benigno.
-
23. Criança do sexo feminino com cinco anos de idade e com antecedente de três episódios de infecção urinária, que cursaram com febre e comprometimento do estado geral, sugerindo pielonefrite aguda. Vem à consulta assintomática e sem queixas urinárias. Mãe nega investigação urológica nos episódios prévios de infecção. Veio encaminhada ao ambulatório de Urologia para investigação. Sobre o caso é correto afirmar que a paciente deverá
- (A) realizar ultrassonografia das vias urinárias e uretrocistografia retrógrada e miccional, seguida de cintilografia com DMSA caso haja hidronefrose ou refluxo vesicoureteral de alto grau.
 - (B) ser investigada com ultrassonografia das vias urinárias e com cintilografia renal com DMSA. Caso haja cicatrizes detectáveis, deverá ser realizada uretrocistografia retrógrada e miccional.
 - (C) ser investigada por meio de ultrassonografia das vias urinárias. Caso seja normal, deverá ser orientada a realizar exames periódicos de urina com cultura até o menacme. A seguir, deverá ser reavaliada somente se os episódios de infecções recidivarem.
 - (D) ser investigada inicialmente com uretrocistografia retrógrada e miccional. Caso seja detectado refluxo vesicoureteral, deverá realizar cintilografia com DMSA a fim de monitorizar o surgimento de cicatrizes ao longo do tempo.
 - (E) realizar ultrassonografia das vias urinárias e estudo urodinâmico completo. Caso haja hiperatividade detrusora, deverá realizar uretrocistografia retrógrada e miccional a fim de detectar refluxo vesicoureteral secundário.



24. Durante ultrassonografia de seguimento de primigesta de 32 semanas, com feto único do sexo masculino, foi identificada hidronefrose fetal bilateral moderada, sem alterações do volume do líquido amniótico. A paciente evoluiu para trabalho de parto vaginal às 37 semanas, que transcorreu sem anormalidades. O recém-nascido apresentou diurese espontânea imediata e o urologista foi chamado para avaliá-lo. A respeito dessa situação clínica,
- (A) o recém-nascido deverá ser reavaliado por meio de ultrassonografia das vias urinárias imediatamente após o nascimento e, caso a hidronefrose persista, deverá ser realizada a uretrocistografia retrógrada e miccional.
 - (B) o achado de hidronefrose bilateral moderada ou acentuada na ultrassonografia pré-natal não se relaciona, obrigatoriamente, com maior risco de refluxo vesicoureteral.
 - (C) se na investigação for identificado refluxo vesicoureteral, os pais deverão ser orientados sobre a ausência de risco aumentado de recorrência em gestações futuras. Assim, a investigação dos irmãos deverá ser realizada apenas se houver histórico de infecção urinária.
 - (D) a identificação de ureterocele na ultrassonografia pós-natal do neonato, realizada após uma semana do nascimento, não se relaciona com risco aumentado de refluxo vesicoureteral.
 - (E) a presença de válvula de uretra posterior relaciona-se, habitualmente, com polidrâmnio e dilatação ureteral bilateral, tornando-a uma hipótese improvável na presente situação clínica.
-
25. Com relação ao seguimento de portadores de neoplasia de próstata clinicamente localizada tratados com intenção curativa, é INCORRETO afirmar que
- (A) a detecção de recorrência local por biópsia transretal dirigida por ultrassom é sempre indicada, independente do plano terapêutico.
 - (B) após radioterapia, aumento progressivo do nível do PSA (habitualmente maior que 2 ng/mL acima do nadir do PSA), ao invés de um valor limiar, é o mais confiável sinal de doença persistente ou recorrente.
 - (C) tanto um nódulo palpável, quanto o aumento do nível do PSA sérico podem ser sinais de recorrência de uma doença local.
 - (D) após prostatectomia radical, níveis de PSA superiores a 0,5 ng/mL podem ser associados com neoplasia residual ou com recorrência da doença.
 - (E) se o paciente apresentar dor óssea, cintilografia óssea deverá ser solicitada, independente do nível do PSA.
-
26. Sobre as infecções do trato urinário, em mulheres após a menopausa,
- (A) estrógenos, especialmente empregados por via vaginal, não devem ser recomendados para profilaxia de infecções urinárias após a menopausa.
 - (B) a duração do tratamento da pielonefrite aguda com antibióticos difere nas mulheres após a menopausa e no menacma.
 - (C) bacteriúria assintomática em mulheres idosas deve sempre ser tratada com antibióticos.
 - (D) o tratamento da cistite aguda em mulheres após a menopausa é semelhante ao das mulheres na menacma. Entretanto, menos estudos clínicos sobre o emprego de tratamentos de curta duração com antibióticos nas mulheres pós-menopausa são disponíveis.
 - (E) em mulheres idosas institucionalizadas, o cateterismo vesical e o comprometimento cognitivo não são fatores de risco associados com o surgimento de infecções do trato urinário.
-
27. Em relação aos traumatismos do trato urinário:
- (A) nos homens, a fratura dos ossos da pelve associa-se, frequentemente, com lesão da uretra bulbar.
 - (B) as espículas ósseas resultantes da fratura dos ossos da pelve podem ocasionar a lesão da bexiga. A presença de fragmentos ósseos na parede da bexiga e o envolvimento do colo vesical são indicativos de reparo cirúrgico aberto.
 - (C) a lesão da uretra membranosa decorre, na maioria das vezes, de quedas “a cavaleiro” e resulta, frequentemente, na formação de hematoma peno-escrotal extenso.
 - (D) na lesão da uretra membranosa o exame prostático por meio do toque retal geralmente é normal.
 - (E) na suspeita de traumatismo uretral, a conduta inicial deve ser o cateterismo uretral de demora.



28. Homem, 67 anos, apresentou-se ao urologista com queixa de hematúria macroscópica sem outros sinais ou sintomas associados. Foi submetido a investigação com ultrassonografia abdominal que identificou 2 tumorações vesicais, com cerca de 2,5 cm cada uma, respectivamente, no fundo vesical e na parede lateral esquerda. O paciente foi submetido à ressecção endoscópica transuretral (RTU) das lesões, a qual foi completa, e cujo exame anatomopatológico revelou tratar-se de carcinoma urotelial papilífero de alto grau histológico com comprometimento do tecido conjuntivo subepitelial (pT1). Foram encontrados focos de carcinoma urotelial *in situ* concomitantes. A respeito da presente situação clínica, é correto que
- (A) a ressecção transuretral completa exclusiva corresponde ao tratamento indicado, podendo-se admitir, eventualmente a realização de uma segunda RTU após 4 a 6 semanas a fim de se verificar a existência de neoplasia residual.
 - (B) se trata de um tumor de risco intermediário de progressão e o paciente deverá realizar seguimento com exames de imagens e uretrocistoscopia periódica. Caso apresente recidiva do tumor, a indicação de cistoprostatectomia radical deverá ser considerada.
 - (C) se trata de um tumor de alto risco de progressão e o paciente deverá realizar tratamento adjuvante com BCG intravesical. A indicação de uma segunda RTU, após 4 a 6 semanas, a fim de se verificar a existência de neoplasia residual é considerada opcional.
 - (D) a indicação de cistoprostatectomia radical em pacientes como o presente deve ser considerada apenas se houver recidiva tumoral com acometimento da camada muscular própria da bexiga (pT2).
 - (E) em virtude da presença de carcinoma *in situ*, o paciente deverá ser submetido a tratamento adjuvante com mitomicina C intravesical, que é superior ao emprego de BCG nessa situação específica. Uma segunda RTU, após 4 a 6 semanas da primeira deverá ser obrigatoriamente realizada a fim de se verificar a existência de neoplasia residual.
-
29. Em relação ao tratamento urológico da urolitíase, é INCORRETO afirmar que
- (A) a aspiração de urina purulenta durante acesso percutâneo para tratamento de cálculo coraliforme não constitui contraindicação ao prosseguimento da nefrolitotripsia, uma vez que os cálculos coraliformes são cronicamente infectados.
 - (B) a extração de cálculos por meio de cateteres sem visualização direta endoscópica nunca deve ser realizada.
 - (C) na presença de cálculos residuais após a litotripsia extracorpórea ou ureteroscopia, o emprego de drogas alfa-bloqueadoras aumenta a eliminação dos fragmentos e reduz a probabilidade de fragmentos residuais.
 - (D) em gestantes com cálculos ureterais sintomáticos nas quais foi implantado cateter ureteral, seguimento rigoroso deve ser realizado, em virtude da elevada taxa de incrustação de cálculos durante a gestação.
 - (E) alterações da coagulação, gravidez, infecções urinárias não tratadas, malformações esqueléticas acentuadas, obesidade acentuada, aneurisma arterial na proximidade do cálculo e obstrução anatômica distal ao cálculo são contraindicações à realização de litotripsia extracorpórea por ondas de choque.
-
30. O melhor exame para detecção de pielonefrite e escara renal cortical é
- (A) cintilografia renal com ácido dietilenotriaminopentacético (DTPA).
 - (B) cintilografia renal com ácido dimercaptosuccínico (DMSA).
 - (C) cintilografia renal de mercaptoacetilglicina (MAG 3).
 - (D) pielografia ascendente.
 - (E) ultrassonografia.
-
31. Na hipercalcúria renal, é correto afirmar que
- (A) o uso de diuréticos tiazídicos para tratamento tem pouca resposta.
 - (B) o cálcio sérico está geralmente diminuído.
 - (C) o paratormônio está geralmente diminuído.
 - (D) não há mobilização do cálcio ósseo e aumento da absorção intestinal de cálcio.
 - (E) é causada por defeito primário no rim, com deficiência na reabsorção tubular de cálcio.
-
32. Em relação à hiperossalúria, é correto afirmar que
- (A) a absorção de oxalato aumenta em ressecções intestinais ou doenças inflamatórias intestinais.
 - (B) em indivíduos normais, 80% do oxalato é exógeno.
 - (C) a hiperossalúria primária, com produção de oxalato, pelo fígado, é frequente.
 - (D) na hiperossalúria leve não se faz restrição dietética.
 - (E) a restrição de cálcio na dieta não está relacionada à hiperossalúria secundária.
-
33. Homem, 42 anos, com queixa de dor em cólica na região lombar à direita com irradiação para o testículo do mesmo lado e urina avermelhada há 5 horas. Conta antecedente de cálculo renal, com eliminação espontânea, há 8 anos. Em relação à utilização de tomografia computadorizada de abdômen, para a investigação, é correto afirmar que
- (A) é um exame que pode ser considerado no diagnóstico de cálculos ureterais, embora, com baixa sensibilidade e especificidade.
 - (B) tem baixas taxas de radiação, sendo ideal para controle evolutivo no tratamento da litíase.
 - (C) todos os cálculos serão identificados, independentemente do tamanho, composição e localização, exceto cálculos associados ao uso de indinavir.
 - (D) assim como a ultrassonografia e o radiograma simples, ossos sobrepostos e intestino influenciam na diferenciação de cálculos urinários de cálculos biliares e flebolitos.
 - (E) tem tempo de realização semelhante ao de uma urografia excretora.



34. Homem, 42 anos, foi submetido a um transplante renal com doador vivo relacionado. Procedimento cirúrgico sem intercorrências. No pós-operatório imediato, o paciente se encontrava hemodinamicamente estável e adequadamente hidratado, porém permanecendo sem diurese com 4 horas pós-implante. Em relação ao caso apresentado, é correto afirmar que
- (A) é uma situação esperada nesse tipo de transplante renal. Deve-se aguardar diurese nas próximas 24 horas.
 - (B) se deve pedir ultrassom com Doppler para se avaliar o fluxo na artéria e veia renais, pois a diurese no pós-operatório imediato de transplante renal intervivos é abundante.
 - (C) a rejeição humoral aguda é a hipótese mais provável. Deve-se indicar pulsoterapia com metilprednisolona.
 - (D) a utilização da diurese como parâmetro de evolução na avaliação inicial do transplante intervivos não é adequada.
 - (E) o tempo de isquemia fria e o método de reperfusão do enxerto estão relacionados ao quadro de anúria e não têm relação com a evolução do enxerto.
-
35. Mulher, 32 anos, submetida a transplante renal com doador vivo relacionado há 30 dias. Teve alta no oitavo dia de pós-operatório com creatinina sérica = 1,1 mg/dL (VR = 0,4 a 1,2 mg/dL). Nas consultas de controle anteriores vinha bem com função renal estável. Nesta consulta, a creatinina foi de 2,8 mg/dL. O ultrassom de controle mostra coleção serosa, bem delimitada, com deslocamento do rim e dilatação do sistema coletor. A análise de uma amostra do líquido puncionada da coleção, mostra dosagem de creatinina semelhante à sérica. Em relação à presente situação clínica, é correto afirmar que
- (A) se trata de provável fístula urinária e a paciente deve ser sondado por via uretral.
 - (B) a biópsia renal está indicada com o objetivo de se afastar quadro de rejeição aguda.
 - (C) a punção da coleção, guiada por ultrassom, e o esvaziamento da mesma, costumam ser curativos.
 - (D) o diagnóstico é de linfocele e deve-se programar drenagem peritoneal da coleção, por via laparoscópica.
 - (E) o seguimento da coleção, com tomografias seriadas, costuma mostrar resolução espontânea nesses casos.
-
36. Em relação às opções terapêuticas propostas para cálculo de ureter proximal, é correto que a
- (A) cirurgia laparoscópica é a primeira opção de tratamento.
 - (B) cirurgia percutânea, com tratamento anterógrado, tem vantagens sobre a ureteroscopia.
 - (C) litotripsia extracorpórea e a ureteroscopia retrógrada têm taxas de sucesso em torno de 80%.
 - (D) litotripsia extracorpórea é superior à ureteroscopia.
 - (E) cirurgia aberta ainda é a mais empregada.
-
37. Em relação às afecções da glândula adrenal,
- (A) os feocromocitomas são tumores frequentes da camada cortical da adrenal, em geral, de grande volume.
 - (B) os incidentalomas da adrenal representam, em geral, metástases de outros tumores.
 - (C) a síndrome de Cushing atinge em igual proporção homens e mulheres, geralmente, com idade superior a 50 anos.
 - (D) o hiperaldosteronismo primário é caracterizado pela secreção excessiva das células da zona medular.
 - (E) a maioria dos pacientes com Doença de Cushing é portadora de hiperplasia adrenocortical bilateral decorrente de uma alteração do mecanismo regulador do eixo adreno-hipofisário.
-
38. A fibrose retroperitoneal (FRP) é uma doença fibrosante, rara, de evolução insidiosa, do tecido retroperitoneal. Em relação a essa doença, é INCORRETO afirmar que
- (A) representa um espectro de doenças que podem ter causas conhecidas ou desconhecidas.
 - (B) dor abdominal ou no dorso e sintomas gerais (fadiga, anorexia, febre baixa) são comuns.
 - (C) está associada ao uso de medicações.
 - (D) é descrita em associação à malignidade ou infecções.
 - (E) a forma idiopática representa menos de 20% dos casos.
-
39. Quanto à hipertensão renovascular, é correto afirmar:
- (A) As doenças primárias das artérias renais que mais frequentemente causam hipertensão renovascular são aterosclerose, a fibrodilatação da artéria renal e a arterite de Takayasu.
 - (B) Prevalência é de 35% da população adulta hipertensa.
 - (C) A hipertensão renovascular raramente está relacionada à oclusão parcial ou total de uma ou ambas as artérias renais.
 - (D) A revascularização bem sucedida, cirúrgica ou por angioplastia, poucas vezes restabelece o fluxo sanguíneo renal adequado, melhorando a hipertensão e a função renal.
 - (E) Quando a isquemia crônica das artérias renais leva a importante e irrecuperável perda do parênquima renal, a nefrectomia do rim atrófico não está indicada.
-
40. Homem, 58 anos, encaminhado para investigação de hematúria descoberta há 4 meses. Nesse intervalo repetiu o exame de urina mais duas vezes e manteve a alteração. Trabalha em posto de gasolina, como frentista, há 15 anos. Anualmente é submetido a exames de rotina. Refere que os exames anteriores eram normais. Fumante de 1 maço de cigarros/dia há 30 anos. Sem história familiar de doença renal. O exame clínico não apresentou alterações. Normotenso. Exame de urina: hemácias = 180.000/mL, leucócitos = 5.000 /mL, proteína = negativa. Pesquisa de dismorfismo eritrocitário negativa. A taxa de filtração glomerular estimada pela creatinina = 92mL/min/1,73m². Em relação à presente situação clínica, é correto afirmar que
- (A) o exame de urina é sugestivo de comprometimento glomerular.
 - (B) o diagnóstico de neoplasia de bexiga é mais comum em indivíduos com hematúria microscópica.
 - (C) a prevalência de hematúria em adultos aparentemente normais é menor que 2%.
 - (D) para a investigação do caso indica-se citologia urinária, cistoscopia e exames de imagem.
 - (E) o dismorfismo eritrocitário negativo foi evidenciado pela presença de acantocitúria.



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



PROVA DISSERTATIVA

QUESTÃO 1

Homem, 26 anos, apresentou-se com queixa de aumento de volume escrotal à direita, percebido há trinta dias e acompanhado de discreta dor local, sem outros sintomas associados. Ao exame: tumoração endurecida na porção inferior do testículo direito, sem delimitação exata dos seus limites em relação ao epidídimo direito e sem outros sinais inflamatórios locais. Ultrassonografia escrotal: tumoração de ecogenicidade heterogênea de 25 mm por 20 mm de diâmetro, no polo inferior do testículo direito. Na sequência, foram colhidas dosagens de alfa-fetoproteína e de beta-HCG (beta-gonadotrofina coriônica humana), ambas com níveis significativamente elevados. O paciente foi submetido a orquiectomia radical à direita por via inguinal, na qual foi identificado tumor composto por dois nódulos, sendo um representado por seminoma clássico (5 mm x 9 mm) e o outro por neoplasia não seminomatosa mista (12 mm x 10 mm) composta por carcinoma embrionário (90%), tumor de saco embrionário (5%) e teratoma maduro (5%). Não foi identificada invasão angiolinfática, e a neoplasia era confinada à túnica vaginal sem invasão do epidídimo ou da *rete testis*. O estadiamento foi complementado com tomografia de abdome superior, pelve e do tórax, nas quais não foram identificadas anormalidades.

Em relação aos exames complementares responda:

- A solicitação da tomografia computadorizada foi correta? Com qual objetivo?
- Como devem ser interpretadas as alterações da alfa-fetoproteína e beta-HCG?
- Quais os fatores prognósticos mais relevantes a partir do resultado anatomopatológico e estadiamento?
- Qual a conduta mais adequada na presente situação?

Redação Definitiva

NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



QUESTÃO 2

Mulher, 62 anos, encaminhada com quadro de hiperglicemia, hipotensão e dor lombar à direita, há dois dias. De antecedentes sabia ser diabética há 15 anos, hipertensa há 10 anos e portadora de cálculo renal à direita acompanhada de febre, náuseas e vômitos. Os exames laboratoriais evidenciaram moderada leucocitose com desvio à esquerda e anemia; creatinina = 3,2 mg/dL e ureia = 120,0 mg/dL; exame de urina: proteína $1\frac{+}{4}$, hemácias = 30.000/mL, leucócitos $> 10^6$ /mL. Urocultura positiva para *Klebsiella oxytoca*.

A ultrassonografia abdominal demonstrou a existência de gás no parênquima renal inferior direito. Os achados no radiograma simples do abdome foram de áreas radiolúcidas, indicando a existência de ar.

- Cite o diagnóstico do caso e o exame de imagem considerado o padrão ouro para o diagnóstico.
- Cite a doença de base da paciente que predispõe a esse quadro.
- Cite mais dois agentes etiológicos causadores desses quadros.

Redação Definitiva

NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



QUESTÃO 3

Este é um trecho do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Doença de Alzheimer.

A Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. Embora não haja cura para DA, a descoberta de que é caracterizada por déficit colinérgico resultou no desenvolvimento de tratamentos medicamentosos que aliviam os sintomas.

O diagnóstico da DA é de exclusão e segue os critérios do National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDSADRDA).

Os Inibidores da acetilcolinesterase representam a principal linha de tratamento da DA. As revisões chegaram a conclusões similares em certas doses testadas. Comparados com placebo, os inibidores da colinesterase revelaram efeitos consistentes. Revisões da Cochrane Collaboration de cada um dos inibidores da colinesterase já foram completadas e publicadas. Há vinte e três estudos com donepezila (5.272 pacientes randomizados), nove com rivastigmina (3.449 pacientes randomizados) e nove com galantamina (5.194 pacientes randomizados). O objetivo da maioria destes estudos é avaliar a eficácia e a tolerabilidade do inibidor da colinesterase entre os grupos tratados e placebo ao longo de 3 ou 6 meses. Apenas 46% dos ensaios clínicos randomizados discutiram a significância clínica dos seus resultados, sendo que a maioria das medidas de significância clínica era baseada em opinião.

As revisões chegaram a conclusões similares: em certas doses testadas, nas mais altas do que nas mais baixas, os inibidores da colinesterase mostram maior eficácia sobre a função cognitiva, atividades de vida diária, comportamento e estado clínico global, comparada a do placebo, bem como mais efeitos adversos, como náusea, anorexia, vômitos, cefaleia e dor abdominal, associados com o inibidor da colinesterase do que com o placebo.

Com base no texto, retirado dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, pergunta-se:

a. Qual é o objetivo da elaboração de diretrizes médicas?

Redação Definitiva



b. Quais foram os métodos de coleta de evidências para estabelecer a opção terapêutica?

Redação Definitiva

c. Se você fosse planejar um estudo para obter um alto grau de recomendação e força de evidência para os medicamentos propostos, como organizaria?

Redação Definitiva



- d. Para a dispensação de medicamentos específicos, há a necessidade de termo de esclarecimento e responsabilidade. Considerando as informações fornecidas, escreva um modelo do referido termo para a prescrição, usando medicamento inibidor da acetilcolinesterase como exemplo.

RASCUNHO

Redação Definitiva

NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA