

## CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

**31)** O Código de Ética Médica apresenta uma série de princípios que são vedados aos médicos no que se refere à relação do profissional com pacientes e familiares. A respeito dessa relação, assinale a alternativa que **não** contém um princípio vedado ao médico.

- a) Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
- b) Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.
- c) Respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.
- d) Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 31: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34: Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35: Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 39: Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**32)** É comum, nos dias atuais, a participação do médico no meio publicitário, sendo que o profissional deve respeitar o que é preconizado pelo Código de Ética Médica com relação à publicidade. A respeito da publicidade médica, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) É vedado ao médico consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.
- ( ) É permitido ao médico deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.
- ( ) É permitido ao médico participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.
- ( ) É vedado ao médico permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

a) F – V – F – V

b) V – F – V – F

c) F – V – F – F

d) V – F – F – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 111: Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 114: Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 116: Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 118: Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**33)** O Código de Ética Médica estabelece princípios que são vedados aos médicos relacionados à auditoria e perícia médica. Com relação à auditoria e perícia médica, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) É vedado ao médico autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.
- ( ) É permitido ao médico intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.
- ( ) É permitido ao médico receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.
- ( ) É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

- a) F – V – F – V
- b) V – V – F – V
- c) F – V – F – F
- d) V – F – F – V

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)**

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 94: Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95: Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96: Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97: Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

**Fonte:** CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**34)** O Código de Ética Médica nasceu orientado para aprimorar o exercício da medicina, em benefício da sociedade. Segundo o capítulo VI, quanto à doação e transplante de órgãos e tecidos, é vedado ao médico:

- I. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.
- II. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.
- III. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s)

- a) I, II e III.
- b) II, apenas.
- c) I e III, apenas.
- d) II e III, apenas.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)**

O Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina dispõe em seu Capítulo VI “Doação e transplante de órgãos e tecidos” ser vedado ao médico:

Art. 43: Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44: Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45: Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46: Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

**35)** Varicocele, dilatação anormal das veias que drenam o testículo, é a causa mais frequente de infertilidade masculina. O exame físico continua sendo a melhor e mais barata ferramenta para seu diagnóstico. O achado de varicocele palpável sem manobra de Valsalva deve ser classificado como grau

- a) 0.
- b) 1.
- c) 2.
- d) 3.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Varicocele é uma dilatação anormal das veias que drenam o testículo. O exame físico continua sendo a melhor e mais barata ferramenta diagnóstica para varicocele. Pode ser melhor demonstrada através do exame do paciente em posição supina e com manobras de Valsalva. Pode ser classificada em: grau 0 (subclínica) – não palpável, diagnóstico ecográfico e/ou radiológico; grau 1 (pequena) – palpável com manobra de Valsalva; grau 2 (moderada) – palpável sem manobra de Valsalva; e, grau 3 (grande) – visível na inspeção.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.

**36)** A tuberculose é considerada atualmente um problema de saúde pública no mundo, principalmente nas regiões pouco desenvolvidas, onde existem condições socioeconômicas desfavoráveis. Quanto à tuberculose urogenital, analise as afirmativas abaixo.

- I. A tuberculose urogenital quase sempre é consequência da disseminação hematogênica da tuberculose pulmonar. Os bacilos que alcançaram os rins pela via hematogênica instalam-se inicialmente de forma bilateral no córtex renal e as lesões primárias ocorrem nos glomérulos.
- II. Dor lombar e em flanco, acessos febris e calafrios traduzem a tuberculose renal, podendo ocorrer obstrução ureteral pela passagem de coágulos sanguíneos ou fragmentos de tecidos necróticos fazendo com que a dor assuma o caráter de cólica. A hematúria total silenciosa pode significar a fase inicial da doença e não deve ser investigada.
- III. Os sintomas vesicais são os mais frequentes, mais exuberantes e mais importantes denunciadores da tuberculose urinária. A polaciúria é persistente e progressiva à medida que a bexiga se contrai, acompanhando-se de dor suprapúbica, piúria e hematúria.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s)

- a) I, II e III.
- b) I, apenas.
- c) I e III, apenas.
- d) II e III, apenas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Os itens I e III apresentam informações corretas em relação à tuberculose urogenital. A suspeita clínica da doença toma por base a presença das manifestações renais, vesicais e genitais. No entanto, deve-se ressaltar que pelo seu caráter insidioso e multiforme, a tuberculose urogenital pode simular várias condições patológicas urológicas, tornando difícil o seu diagnóstico em fase precoce. Por esta razão, os pacientes que apresentam alterações clínicas do trato urinário para as quais não se encontre uma explicação satisfatória devem ser investigados. Dentre as manifestações renais, a hematúria total silenciosa pode significar a fase inicial da doença e deve ser exaustivamente investigada, o que torna o item II incorreto.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.

**37)** O tumor de pênis, embora relativamente raro em países desenvolvidos, tem grande importância clínica em regiões pobres, onde predominam baixas condições socioeconômicas. O tratamento do carcinoma epidermoide do pênis é baseado essencialmente no estágio da doença. Dessa maneira, quanto mais preciso for o estadiamento da doença, maiores serão as chances de sucesso. Em relação à classificação TNM para estadiamento do câncer de pênis, assinale a alternativa que contém a associação **incorreta**.

- a) M1 – Metástase a distância.
- b) T4 – Tumor invade estruturas adjacentes.
- c) T3 – Tumor invade corpo cavernoso ou esponjoso.
- d) Ta – Carcinoma verrucoso não invasivo, não associado com invasão destrutiva.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

As alternativas A, B e D apresentam associações corretas da classificação TNM para o estadiamento de câncer de pênis. T3 refere-se a tumor que invade uretra; enquanto o tumor que invade corpo cavernoso ou esponjoso é estadiado como T2.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.

**38)** Inúmeros medicamentos relacionam-se com a incapacidade de obter ou manter a ereção peniana. É importante na anamnese identificar o uso desses remédios, pois sua suspensão muitas vezes implica o retorno à função erétil normal. Quanto aos medicamentos que podem ser causa ou contribuir para a disfunção erétil, analise as alternativas a seguir.

- I. Anti-hipertensivos (inclusive diuréticos).
- II. Antidepressivos: inibidores da MAO, lítio, inibidores da recaptção da serotonina, agentes tricíclicos.
- III. Anti-inflamatórios não hormonais.
- IV. Bloqueadores da 5 alfa-redutase.

Estão corretas as alternativas

- a) I, II, III e IV.
- b) I e III, apenas.
- c) I e IV, apenas.
- d) II e IV, apenas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A Disfunção Erétil (DE) é definida como a dificuldade de se conseguir ou manter, de maneira constante, uma ereção peniana suficiente para penetração vaginal e obtenção de satisfação sexual. A incidência desta inadequação varia de 10% a 52% da população masculina. A lista de drogas que se relacionam ou são causa da DE inclui: anti-hipertensivos (inclusive diuréticos); antidepressivos: inibidores da MAO, lítio, inibidores da recaptção da serotonina, agentes tricíclicos; antiandrogênios: flutamida, ciproterona, bicalutamida etc; bloqueadores 5 alfa-redutase: finasterida; agonistas de liberação de gonadotrofinas; estrógenos, progestágenos; tranquilizantes: fenotiazinas etc.; anti-inflamatórios não hormonais; antagonistas H2; cocaína; maconha; heroína; álcool; e, fumo.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.

**39)** O Refluxo Vesicoureteral (RVU) é uma situação de regurgitação na qual a urina ascende da bexiga ao ureter ou à pélvis renal. Isto pode ocorrer de uma forma ativa, durante a micção, ou passivamente, durante o seu enchimento. É mecanismo anti-refluxo normal, **exceto**:

- a) Peristaltismo ureteral.
- b) Ureter fixo ao trígono.
- c) **Trajeta submucoso curto.**
- d) Oclusão do ureter terminal.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O Refluxo Vesicoureteral (RVU) pode ocorrer caso se alterem um desses mecanismos: trajeto submucoso longo; ureter fixo ao trígono; anel de *Waldeyer*; parede vesical posterior; contração do trígono; oclusão do ureter terminal e peristaltismo ureteral.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.

**40)** O Refluxo Vesicoureteral (RVU) é diagnosticado geralmente durante a avaliação de pacientes com Infecção do Trato Urinário (ITU), mas pode também ser diagnosticado durante a avaliação de hipertensão arterial em adolescentes ou adultos jovens, proteinúria e insuficiência renal crônica. O achado de cálices dilatados sem alterações dos *fórnices* e discreta dilatação ureteral à ureterocistografia miccional é classificado como grau

- a) I.
- b) II.
- c) **III.**
- d) IV.

#### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O Refluxo Vesicoureteral (RVU) é classificado em: grau I – enchimento parcial do ureter sem dilatação; grau II – enchimento total de todo o trato urinário, porém sem dilatação (simula uma urografia excretora normal); grau III – cálices dilatados sem alterações dos fôrnices e discreta dilatação ureteral; grau IV – inversão das impressões papilares e dilatação pieloureteral; e, grau V – grande hidronefrose com ureteres tortuosos e muito dilatados.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia.** Segmento, 2003.

**41)** O objetivo principal do tratamento do Refluxo Vesicoureteral (RVU) é a prevenção da Infecção do Trato Urinário (ITU) e da pielonefrite aguda e conseqüentemente da lesão renal progressiva. O tratamento cirúrgico do RVU pode ser classificado em três grupos: reimplante ureteral intravesical, extravesical e a combinação de ambos. São técnicas intravesicais, **exceto**:

- a) *Cohen.*
- b) *Lich-Gregoir.*
- c) *Glenn-Anderson.*
- d) *Politano-Leadbetter.*

#### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Todos os tratamentos cirúrgicos se baseiam no princípio de criar um túnel submucoso longo, cujo comprimento meça quatro a cinco vezes o diâmetro do ureter, preservação meticulosa do suprimento sanguíneo ureteral e uma boa exposição e mobilização ureteral sem tensão. O tratamento cirúrgico pode ser classificado em três grupos: reimplante ureteral intravesical, extravesical e a combinação de ambos, conforme discriminado a seguir:

- **Técnica intravesical:** *Cohen* (avanço lateral); *Politano-Leadbetter* (entrada do ureter na bexiga por um novo hiato); *Glenn-Anderson* (avanço trigonal); e, *Gil-Vernet* (aproxima os óstios na linha média do triângulo).
- **Técnica extravesical:** detrusororrafia; *Lich-Gregoir* (semelhante à detrusororrafia, porém sem fixar a parte distal do ureter à bexiga).
- **Técnica intra e extravesical:** *Paquin.*

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia.** Segmento, 2003.

**42)** São denominadas Uretrites Não Gonocócicas (UNG) as uretrites sintomáticas cujas bacterioscopias pela coloração de Gram e/ou cultura são negativas para *Neisseria gonorrhoeae*, de modo que vários agentes têm sido responsabilizados por essa infecção. Qual o agente mais comum de uretrite não gonocócica?

- a) *Mycoplasma hominis.*
- b) *Trichomonas vaginalis.*
- c) *Chlamydia trachomatis.*
- d) *Ureaplasma urealyticum.*

#### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

São denominadas Uretrites Não Gonocócicas (UNG) as uretrites sintomáticas cujas bacterioscopias pela coloração de Gram e/ou cultura são negativas para o gonococo. Vários agentes têm sido responsabilizados por essas infecções: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, dentre outros. A *Chlamydia trachomatis* é o agente mais comum de UNG. É uma bactéria, obrigatoriamente intracelular, que também causa o tracoma, a conjuntivite por inclusão no recém-nascido e o linfogranuloma venéreo. A transmissão se faz pelo contato sexual (risco de 20% por ato), sendo o período de incubação, no homem, de 14 a 21 dias. O diagnóstico definitivo da *Chlamydia trachomatis* é feito por cultura celular, por imunofluorescência direta, Elisa e PCR (*Polimerase Chain Reaction*), que são técnicas pouco acessíveis na atenção primária do sistema público de saúde. Outras técnicas mais simples, embora não confirmatórias, podem ter utilidade para o clínico. O achado de cinco piócitos ou mais por campo, em esfregaços uretrais corados pelo Gram, ou de 10 ou mais piócitos por campo em grande aumento no sedimento do primeiro jato urinário, somados à ausência de gonococos e aos sinais clínicos, justificam o tratamento como UNG. Em pacientes sintomáticos, cujos primeiros exames forem negativos, deve-se colher nova amostra, orientando-os para que fiquem sem urinar durante, no mínimo, quatro horas antes de repetirem o teste e em abstinência sexual.

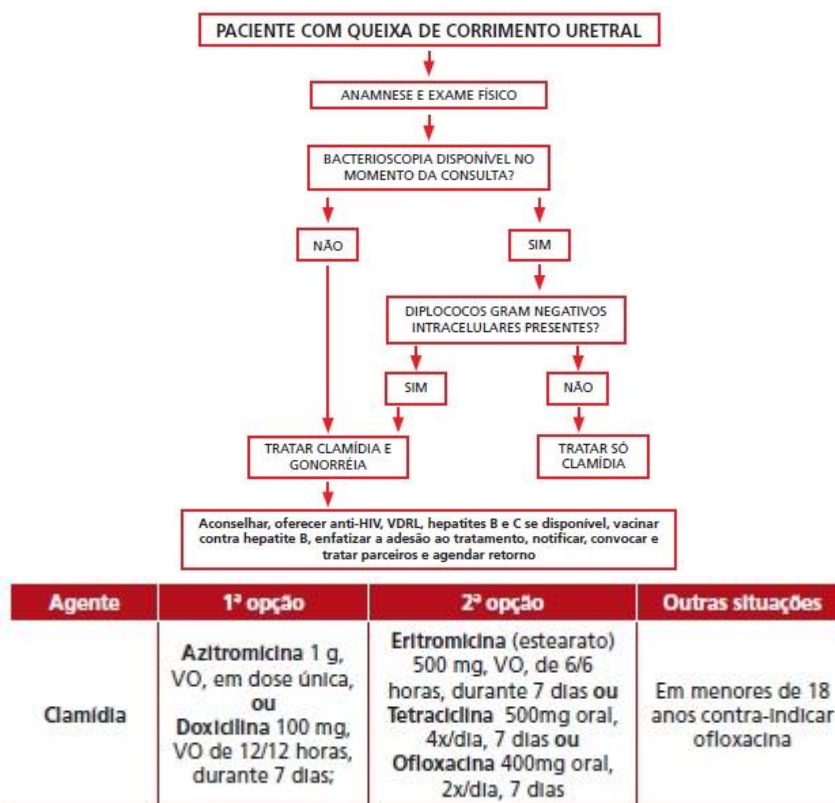
Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia.** Segmento, 2003.

43) A Uretrite Não Gonocócica (UNG) caracteriza-se, habitualmente, pela presença de corrimentos mucoides, discretos, com disúria leve e intermitente. Segundo o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, na ausência de diplococos Gram-negativos intracelulares à bacterioscopia, consiste em primeira opção terapêutica:

- a) Azitromicina 1g, VO, em dose única.
- b) Ciprofloxacina 500mg, VO dose única.
- c) Ofloxacina 400mg oral, duas vezes ao dia, sete dias.
- d) Eritromicina (estearato) 500mg, VO, de 6/6 horas, durante sete dias.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA:** (LETRA A)

Segundo o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, na ausência de diplococos Gram-negativos intracelulares à bacterioscopia, deve ser realizado apenas tratamento para clamídia (vide fluxograma). Desse modo, temos como primeira opção terapêutica: Azitromicina 1g, VO, em dose única, ou Doxicilina 100mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias (vide quadro abaixo).



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

44) O diagnóstico da uretrite é baseado em presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento. Na abordagem sindrômica, em caso de existência do corrimento ou recidiva após tratamento adequado do paciente e de seus parceiros durante o retorno (7 a 10 dias), deverá ser oferecido tratamento para agentes menos frequentes de corrimentos uretrais. Nesse sentido, qual a terapêutica de escolha?

- a) Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única.
- b) Azitromicina 1g, VO, em dose única + Ciprofloxacina 500mg, VO, em dose única.
- c) Doxicilina 100mg, VO de 12/12 horas, durante sete dias + Ceftriaxona 250mg, IM, dose única.
- d) Eritromicina (estearato) 500mg, VO, 6/6 horas por sete dias + Metronidazol 2g, VO, dose única.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA:** (LETRA D)

No retorno (7 a 10 dias), em caso de existência do corrimento ou recidiva, se o tratamento para gonorreia e clamídia do paciente e de seus parceiros foi adequado, deverá ser oferecido tratamento para agentes menos frequentes (micoplasma, ureaplasma, *T. vaginalis*). A terapêutica para agentes menos frequentes de corrimentos uretrais consiste em: Eritromicina (estearato) 500mg, VO, 6/6 horas por sete dias + Metronidazol 2g, VO, dose única.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

45) Hipospádia é o defeito congênito em que houve um desenvolvimento incompleto da uretra anterior. O termo deriva do grego e descreve a abertura do meato uretral na face ventral do pênis. Quanto à classificação da hipospádia pela localização do meato uretral, é exemplo de hipospádia severa:

- a) Glandar.
- b) Coronal.
- c) **Perineal.**
- d) Médio-peniana.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A classificação da hipospádia é feita de acordo com a posição do meato uretral: glandar e coronal; peniana distal, médio-peniana e peniana proximal; escrotal e perineal. Considera-se forma grave de hipospádia quanto mais proximal for a exteriorização da uretra (por exemplo, hipospádia perineal) e forma leve quanto mais distal (meato no sulco coronal). Em pacientes com hipospádia severa (escrotal ou perineal) uma avaliação citogenética é aconselhável para afastar possível anomalia cromossômica associada.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.

46) A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) na mulher é definida como a perda involuntária de urina pela uretra, secundária ao aumento da pressão abdominal na ausência de contração do detrusor, e que acarreta problemas sociais à paciente. O objetivo da correção da hiper mobilidade do colo vesical é mantê-lo em posição intra-abdominal, seja através de sua suspensão ou através do reforço do assoalho pélvico. Quanto ao tratamento cirúrgico, são técnicas por via combinada sob controle endoscópico, **exceto**:

- a) Raz.
- b) Gittes.
- c) Stamey.
- d) **Marshall-Marchetti-Krantz.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O tratamento cirúrgico da IUE baseia-se na correção da hiper mobilidade do colo vesical quando houver alteração anatômica do assoalho pélvico, ou no aumento da resistência uretral quando houver lesão esfíncteriana intrínseca da uretra. Pode haver também a associação de ambos, exigindo o uso de técnicas para a correção conjunta dos dois componentes da incontinência. Via combinada sob controle endoscópico: baseia-se na confecção de suturas de apoio envolvendo seja a parede vaginal ou os tecidos periuretrais, seguidas de ancoragem em nível da aponeurose do músculo reto abdominal, utilizando-se agulhas especiais para a tração dos fios. Assim, obtém-se o alongamento da uretra e a suspensão do colo vesical, que é mantido fixo durante o esforço abdominal. O controle endoscópico permite a identificação de perfurações vesicais inadvertidas, além da avaliação da tração ideal sobre o colo vesical. Representantes dessa modalidade de correção são as técnicas de Stamey, Raz e Gittes. Todas têm em comum a ancoragem da suspensão na parede vaginal sujeita a lacerações na dependência de alterações tróficas hormônio-dependentes ou secundárias a cirurgias anteriores. Via suprapúbica: na técnica de Marshall-Marchetti-Krantz realiza-se a sutura do tecido periuretral e da bexiga ao periósteo do púbis.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.

47) Preencha a lacuna abaixo e, em seguida, assinale a alternativa correta.

“Lesões na inervação do trato urinário inferior afetam geralmente a musculatura detrusora e o complexo esfíncteriano uretral. Em consequência, surgem disfunções vesicais, disfunções esfíncterianas ou combinações de ambas. Eliminação urinária frequente, resíduo presente e pressão intravesical elevada são encontradas em \_\_\_\_\_ capacidade funcional da bexiga e \_\_\_\_\_ resistência uretral.”

- a) grande / alta
- b) **pequena / alta**
- c) grande / baixa
- d) pequena / baixa

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

As alterações do funcionamento vesicoesfincteriano constituem problemas basicamente por promoverem incontinência urinária ou por causarem hiperpressões intravesicais, com consequências comprometedoras para o funcionamento do trato urinário superior.

PEQUENA CAPACIDADE FUNCIONAL DA BEXIGA		GRANDE CAPACIDADE FUNCIONAL DA BEXIGA
Eliminação urinária freqüente Resíduo pequeno Pressão intravesical baixa	BAIXA RESISTÊNCIA URETRAL	Eliminação urinária freqüente Resíduo pequeno Pressão intravesical baixa
Eliminação urinária freqüente Resíduo presente Pressão intravesical elevada	ALTA RESISTÊNCIA URETRAL	Períodos de continência Pressão intravesical baixa, em períodos Necessita eliminação em períodos

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.

**48)** Devido à grande variedade dos sintomas, a inespecificidade dos exames laboratoriais e as características bem definidas dos tumores renais evidenciadas pelos métodos de imagem, o diagnóstico desta doença é principalmente radiológico. O estadiamento do carcinoma de células renais é importante no auxílio do planejamento terapêutico, no seguimento clínico e na avaliação do prognóstico. Em relação à classificação de *Robson* para estadiamento dos tumores renais, assinale a alternativa que contém a associação **incorreta**.

- a) IVb – Atinge órgãos adjacentes à Gerota.
- b) IIIa – Tumor renal com invasão de veia renal.
- c) I – Tumor restrito ao rim, sem invasão da cápsula renal.
- d) II – Tumor que invade a cápsula e a gordura perirrenal, limitado à fascia de Gerota.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

As alternativas **B**, **C** e **D** apresentam associações corretas da classificação de *Robson* para o estadiamento de câncer renal. IVb refere-se a tumor com metástases a distância; enquanto o tumor que atinge órgãos adjacentes à Gerota é IVa.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.

**49)** Segundo o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor e prurido) com:

- a) Aciclovir 400mg, VO, 8/8 horas, por cinco dias.
- b) Valaciclovir 1g, VO, 12/12 horas, por sete dias.
- c) Famciclovir 250mg, VO, 8/8 horas, por sete dias.
- d) Aciclovir 5 a 10mg por kg de peso, EV de 8/8 horas, por cinco a sete dias, ou até resolução clínica.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A resposta correta é a alternativa **A**. Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor, prurido) com: Aciclovir 400mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias (ou 200mg, 4/4h, 5x/dia, 5 dias); ou Valaciclovir 500mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias; ou 1 g dose única diária, 5 dias ou Famciclovir 125mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias. No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, pensar na presença de infecção pelo HIV, quando se recomenda tratamento injetável (alternativa **A**). As alternativas **C** e **D** consistem em opções para o primeiro episódio de herpes genital, quando se deve iniciar o tratamento o mais precocemente possível.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.



50) Para que se rompa a cadeia de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis, é fundamental que os contatos sexuais dos indivíduos infectados sejam tratados. Segundo o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, serão considerados parceiros, para fins de comunicação ou convocação, os indivíduos com quem o paciente com diagnóstico de sífilis secundária relacionou-se sexualmente no período de quantos dias?

- a) 30.
- b) 60.
- c) 90.
- d) 180.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A comunicação de parceiros deverá ser realizada respeitando-se os direitos humanos e a dignidade dos envolvidos, principalmente naqueles lugares onde a estigmatização e a discriminação possam se seguir ao diagnóstico, tratamento ou notificação. Em pacientes com diagnóstico de sífilis secundária, o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde estabelece o período de seis meses (180 dias) como tempo de contato sexual para comunicação aos parceiros – vide tabela abaixo:

	Úlceras	Corrimento uretral ou Infecção cervical	DIPA	Sífilis	Tricomoníase
Tempo do contato sexual	90 dias	60 dias	60 dias	Secundária=6m Latente = 1 ano	Parceiro atual

Fonte: WHO 2005

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

51) A anamnese do paciente, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico devem se constituir nos principais elementos diagnósticos das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). O atendimento do paciente com DST visa curar as infecções possíveis, cessar os sintomas, colaborando para evitar as complicações advindas da(s) DST e interromper a cadeia de transmissão. Quanto à possibilidade de cura da infecção, representam infecções curáveis as alternativas:

- I. Sífilis – *Treponema pallidum*.
- II. Herpes – *Herpes simplex vírus (HSV-2)*.
- III. Condiloma – *Papilomavírus Humano*.
- IV. Donovanose – *Klebsiella granulomatis*.

Estão corretas as alternativas

- a) I, II, III e IV.
- b) I e III, apenas.
- c) I e IV, apenas.
- d) II e IV, apenas.

## JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A resposta correta é a alternativa C. Apenas os itens I e IV contêm infecções passíveis de cura, respectivamente, sífilis e donovanose.

Síndrome	DST	Agente	Tipo	Transmissão Sexual	Curável
Úlceras	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	bactéria	sim	sim
	Crancro Mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	bactéria	sim	sim
	Herpes	<i>Herpes simplex virus (HSV-2)</i>	vírus	sim	não
	Donovanose	<i>Klebsiella granulomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Linfogranuloma	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
Corrimentos	Vaginose bacteriana	múltiplos	bactéria	não	sim
	Candidíase	<i>Candida albicans</i>	fungo	não	sim
	Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	bactéria	sim	sim
	Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Tricomoníase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	protozoário	sim	sim
Verrugas	Condiloma	<i>Papilomavírus Humano</i>	vírus	sim	não

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

**52)** As mulheres idosas são particularmente suscetíveis a infecções urinárias recorrentes. Muitos casos de infecção urinária nessas pacientes podem ser considerados complicados e por isto devem ser tratados de maneira diferente das infecções não complicadas de pacientes jovens. Quanto às alterações decorrentes da idade que podem contribuir para as potenciais complicações derivadas da infecção urinária, analise as afirmativas a seguir:

- I. Os problemas são decorrentes dos prolapso genitais.
- II. Diminuição dos estrogênios circulantes (hipoestrogenismo pós-menopáusic).
- III. Pacientes diabéticas têm uma incidência maior de infecção do trato urinário e podem desenvolver bexiga neurogênica.
- IV. Pacientes acamadas ou com uso de cateter vesical por longo prazo podem ter hipotonia vesical e infecção urinária crônica.

Estão corretas as afirmativas

- a) I, II, III e IV.
- b) I e II, apenas.
- c) I e III, apenas.
- d) III e IV, apenas.

## JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

As mulheres idosas são particularmente suscetíveis a infecções urinárias recorrentes. Pelo menos 20% das mulheres acima de 65 anos têm bacteriúria assintomática. Muitos casos de infecção urinária nessas pacientes podem ser considerados complicados e por isto devem ser manuseados de maneira diferente das infecções não complicadas de pacientes jovens. Várias alterações decorrentes da idade podem contribuir para as potenciais complicações derivadas da infecção urinária: nas mulheres idosas, os problemas decorrentes dos prolapso genitais; diminuição dos estrogênios circulantes (hipoestrogenismo pós-menopáusic); pacientes que tiveram acidente vascular cerebral podem ter instabilidade vesical; pacientes acamadas ou com uso de cateter vesical por longo prazo podem ter hipotonia vesical e infecção urinária crônica; pacientes com Doença de *Alzheimer* apresentam dificuldade de controle urinário e fecal associados com a deterioração da função neurológica; pacientes diabéticas têm uma incidência maior de ITU e podem desenvolver bexiga neurogênica.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.

**53)** A ultrassonografia é o método de imagem mais comumente empregado para rastreamento de patologias renais. Cistos renais solitários são achados ocasionais frequentes. São critérios morfológicos, na ultrassonografia, para um cisto renal solitário, **exceto**:

- a) Contorno ecorrefringente.
- b) Sombra acústica posterior.**
- c) Ecogenicidade dorsal aumentada.
- d) Ausência de reflexos ecográficos internos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Cistos renais solitários são achados ocasionais frequentes. A incidência aumenta com a idade, chegando a aproximadamente 50% para pacientes com mais de 50 anos de idade. Os critérios morfológicos, na ultrassonografia, para um cisto renal solitário são: ausência de reflexos ecográficos internos; forma redonda a oval, lisa e bem delimitada; contorno ecorrefringente; ecogenicidade dorsal aumentada. O achado de sombra acústica posterior sugere litíase renal.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.

**54)** Os tumores malignos do testículo ocorrem de forma infrequente, mas adquirem grande relevância clínica por acometerem indivíduos jovens. Ademais, constituem doença consistentemente curável, já que atualmente cerca de 90% dos pacientes sobrevivem à doença. Qual o tipo de neoplasia testicular mais frequente em crianças?

- a) Teratoma.
- b) Seminoma.
- c) Coriocarcinoma.
- d) Tumor do saco vitelino.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Seminomas e coriocarcinomas não ocorrem na infância e, por isto, a frequência relativa dos diversos tipos de tumores germinativos difere da observada nos adultos. Cerca de 70% das neoplasias da criança são representadas pelos tumores do saco vitelino, 16% pelos teratomas e 2% pelos teratocarcinomas.

Fontes:

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.
- TANAGHO, E. A. **Smith's. general urology**. 17. ed. London: McGraw-Hill, 2010.

**55)** Os tumores malignos do testículo representam a neoplasia mais frequente em homens com idade inferior a 45 anos. A classificação histológica, sistema de graduação e o estadiamento dos tumores testiculares têm proporcionado bases clínicas importantes para o tratamento desta doença. Em relação à classificação TNM para estadiamento do câncer de testículo, assinale a alternativa que contém a associação **incorreta**.

- a) N3 – Metástases em linfonodos > 5cm.
- b) T4 – Tumor com invasão do cordão espermático.**
- c) M1 – Metástases pulmonares ou em linfonodos não regionais.
- d) T2 – Tumor com invasão da túnica albugínea ou invasão vascular.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

As alternativas A, C e D apresentam associações corretas da classificação TNM para o estadiamento de câncer de testículo. T4 refere-se a tumor com invasão da parede escrotal; enquanto o tumor com invasão do cordão espermático é estadiado como T3.

Fonte: TANAGHO, E. A. **Smith's. general urology**. 17. ed. London: McGraw-Hill, 2010.

**56)** A classificação das lesões renais tem como objetivo estabelecer critérios de tratamento segundo a gravidade da lesão. A classificação de trauma com lacerações do parênquima estendendo-se para a junção corticomedular atingindo o sistema coletor, bem como qualquer lesão vascular de vasos segmentares ou principais, com hemorragia contida localmente, é de grau

- a) II.
- b) III.
- c) IV.**
- d) V.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Trauma com lacerações do parênquima estendendo-se para a junção corticomedular atingindo o sistema coletor, bem como qualquer lesão vascular de vasos segmentares ou principais, com hemorragia contida localmente é classificado como grau IV. Verifica-se que grau I: contusões, escoriações e hematomas subcapsulares com cápsula renal intacta; grau II: pequenas lacerações do parênquima estendendo-se para o córtex superficial, não envolvendo a medula ou o sistema coletor; grau III: grandes lacerações do parênquima estendendo-se através do córtex e da medula renal, mas não envolvendo o sistema coletor; e, grau V: múltiplas e profundas lacerações do parênquima, estendendo-se para o córtex e a medula renal e para o sistema coletor, bem como lesão vascular ou avulsão dos vasos principais, causando extensa hemorragia ou trombose dos vasos principais.

Fonte: TANAGHO, E. A. **Smith's. general urology**. 17. ed. London: McGraw-Hill, 2010.

**57)** O termo Carcinoma de Células Renais (CCR) designa as neoplasias renais de origem epitelial com potencial maligno. Qual o tipo histológico mais comum?

- a) Papilar.
- b) Cromóforo.
- c) Ducto coletor.
- d) **Células claras.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Carcinoma de Células Renais (CCR), também chamado de adenocarcinoma renal, hipernefoma, carcinoma de células claras ou tumor de *Grawitz*, é o tumor renal maligno mais frequente. O tipo histológico mais comum é o convencional (células claras), seguido por papilar (cromófilo), cromóforo, ducto coletor, neuroendócrino e outros.

Fontes:

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.
- TANAGHO, E. A. **Smith's. general urology**. 17. ed. London: McGraw-Hill, 2010.

**58)** A Classificação de Bosniak é uma forma de definir a conduta frente às lesões císticas de rim, sendo derivada da avaliação da imagem tomográfica. Assinale a alternativa que contém a associação **incorreta**.

- a) I – Cistos simples: conteúdo homogêneo, regulares, sem septações, calcificações ou impregnação pelo contraste.
- b) II – Cistos minimamente complicados: finas septações (<1mm), calcificações lineares, cistos hiperdensos (>20HU) menores de 3cm.
- c) **III – Cistos minimamente complicados que requerem seguimento: maior número de septações finas, septos ou paredes minimamente espessados, porém regulares, calcificações espessas ou nodulares, cistos hiperdensos intrarrenais > 3cm.**
- d) IV – Neoplasias císticas: espessamento parietal ou septal grosseiro e nodular, tumor sólido na parede ou septos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

As alternativas A, B e D apresentam associações corretas da classificação de Bosniak para lesões císticas do rim. Bosniak III refere-se a cistos indeterminados: espessamento parietal ou septações espessas, com realce pelo contraste, com ou sem calcificações; enquanto cistos minimamente complicados que requerem seguimento (maior número de septações finas, septos ou paredes minimamente espessados, porém regulares, calcificações espessas ou nodulares, cistos hiperdensos intrarrenais > 3 cm) consistem em Bosniak IIF.

Fontes:

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia prático de urologia**. Segmento, 2003.
- TANAGHO, E. A. **Smith's. general urology**. 17. ed. London: McGraw-Hill, 2010.

**59)** O desenvolvimento da próstata é derivado de qual estrutura embrionária?

- a) **Seio urogenital.**
- b) Seio do tubérculo.
- c) Ducto mesonéfrico.
- d) Ducto paramesonéfrico.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Múltiplas evaginações endodérmicas surgem da parte prostática da uretra e penetram no mesênquima circundante. A expressão dos genes *sonic hedgehog (Shh)* e *Hox* no seio urogenital parece ser essencial para o desenvolvimento da próstata.

Fonte: TANAGHO, E. A. **Smith's. general urology.** 17. ed. London: McGraw-Hill, 2010.

**60)** O desenvolvimento dos ductos deferentes do testículo é derivado de qual estrutura embrionária?

- a) Gubernáculo.
- b) Ducto mesonéfrico.**
- c) Túbulos mesonéfricos.
- d) Ducto paramesonéfrico.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Distalmente ao epidídimo, o ducto mesonéfrico adquire um espesso revestimento de tecido muscular liso e torna-se o ducto deferente.

Fonte: TANAGHO, E. A. **Smith's. general urology.** 17. ed. London: McGraw-Hill, 2010.