



Apoio às Residências em Saúde
Edital N° 03/2019

PSU/RESMED/CE - 2020

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: UROLOGIA

ESPECIALIDADE: Urologia (R4) Transplante Renal

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data estabelecida no Anexo III, conforme subitem 8.4.15 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Fortaleza, 17 de novembro de 2019.

Coloque, de imediato, o seu número de inscrição e o número de sua sala nos retângulos abaixo.

Inscrição

Sala

01. Paciente de 81 anos, assintomático do ponto de vista urológico, portador de insuficiência cardíaca controlada e coronariopatia em uso de losartana, caverdilol e monocordil. Procura ambulatório de Urologia para "Prevenção" do Câncer de Próstata. O que você deve fazer?
- A) Contraindicar o Rastreo para esse paciente.
 - B) Oferecer toque retal e Dosagem de PSA.
 - C) Oferecer apenas o Toque retal.
 - D) Oferecer apenas o PSA.
02. Paciente de 55 anos sem queixas urinárias, portador de Hipertensão arterial sistêmica controlada, sem outras comorbidades, com passado familiar de câncer de próstata (Pai diagnosticado aos 60 anos), procura ambulatório de urologia para rastreo do câncer de próstata. Realizou o toque retal que mostrou próstata fibroelástica, 2 polpas digitais. Exames complementares: PSA total 4,5ng/dL, confirmado por outra dosagem. PSA livre=0,3ng/dl, com uma relação de 6%. Do ponto de vista diagnóstico, qual deve ser o próximo passo?
- A) Repetir o PSA com 1 ano.
 - B) Solicitar Ultrassonografia prostática abdominal.
 - C) Solicitar biópsia prostática guiada por ultrassonografia.
 - D) Solicitar Tomografia Computadorizada de Pelve com contraste.
03. Paciente de 59 anos, assintomático, sem comorbidades, durante rastreo de câncer de próstata, ao toque retal, foi evidenciado um nódulo em base prostática à esquerda, de consistência pétrea. Foi solicitado um PSA, cujo resultado foi 9ng/dL. Diante desse quadro, foi solicitada uma biópsia prostática guiada por ultrassonografia, que evidenciou um adenocarcinoma prostático acinar, gleason 7 (4+3) ISUP-3, com 6 fragmentos positivos, com cerca de 40% de cada fragmento acometido. Exames de estadiamento mostraram que o câncer era restrito à próstata. Considerando que é uma neoplasia de próstata localizada, nesse caso o tratamento que proporciona melhor sobrevida é:
- A) Vigilância Ativa.
 - B) Prostatectomia radical.
 - C) Hormonioterapia isolada.
 - D) Prostatectomia Transvesical.
04. Paciente feminina, 40 anos, deu entrada na emergência com dor lombar à direita de forte intensidade, com irradiação para o abdômen inferior e grandes lábios ipsilateral, há 3 horas. Associado ao quadro, teve náuseas e vômitos, porém não apresentou febre ou calafrios. Após dipirona endovenosa, a dor cessou completamente. Foram solicitados os seguintes exames: Hemograma completo: HB=12g/dl HT 35%, 9500mm³ leucócitos sem desvio a esquerda. PCR=0,5mg/dL. Ureia=40mg/dL e Creatinina=0,8mg/dL Tomografia de Abdômen e Pelve sem contraste evidenciou cálculo de ureter distal direito de cerca de 4mm, sem hidronefrose ou borramento de gordura perirrenal. Qual a melhor conduta?
- A) Litotripsia extracorpórea.
 - B) Nefrolitotripsia Percutânea.
 - C) Terapia médica expulsiva com Analgesia + Alfa bloqueador.
 - D) Ureterorenolitotripsia + colocação de cateter duplo j.
05. Os rins são os órgãos genito-urinários mais acometidos durante o trauma. O trauma renal é uma condição clínica potencialmente grave, que pode levar à necessidade de cirurgia na urgência, podendo ser realizada a angioembolização, reconstrução renal e finalmente a nefrectomia. Das alternativas abaixo, qual representa uma indicação absoluta de abordagem cirúrgica de urgência?
- A) Ruptura da Junção Uretero-Piélica.
 - B) Extravasamento urinário isolado, por uma lesão grau IV.
 - C) Laceração renal de 2cm, sem lesão do sistema coletor, sem instabilidade hemodinâmica.
 - D) Hematoma retroperitoneal confinado ao retroperitônio, não expansivo e não pulsátil, sem instabilidade hemodinâmica.

06. Paciente masculino, 50 anos, obeso (IMC 36kg/m²), Diabético, Hipertenso descontrolado, vinha referindo há 2 dias dor lombar à esquerda de forte intensidade, associada a náuseas, vômitos e Hematúria macroscópica. Há 6 horas passou a piorar do quadro, agora associado a febre e calafrios. À chegada à emergência, o paciente estava febril ao toque, temp 39,8 graus, PA=110x80mmHg taquicárdico (FC=115bpm), levemente dispnéico, Giordano + a esquerda. Os exames de entrada: Hb=13g/dl Ht=40%, leucócitos = 22000mm³ com desvio até metamielócitos. PCR=20g/dl. Ureia- 90mg/dL Creatinina=2,2mg/dL Sumário de Urina (EAS/Urina I) - inúmeros leucócitos, Hemácias e na coloração do Gram presença de inúmeras bactérias Gram negativas. Tomografia de abdômen e pelve sem contraste evidenciou cálculo de 1,2 cm em ureter proximal, associado à ureterohidronefrose acentuada, com intenso borramento da gordura perirrenal. Além de iniciar Antibiótico de Amplo espectro e Hidratação Venosa vigorosa, a próxima conduta a ser realizada é:
- A) Alcalinizar a urina.
 - B) Litotripsia Extracorporea.
 - C) Nefrolitotripsia Percutânea.
 - D) Drenagem do rim/ureter esquerdo com duplo J ou Nefrostomia.
07. Paciente 45 anos, sexo feminino, refere há 3 meses dor lombar intermitente à esquerda com irradiação para o abdômen superior, associada à hematúria macroscópica ocasional, sem náuseas, vômitos ou febre presentes. O exame físico foi inocente, Giordano negativo. Como exames iniciais, foram solicitados: hemograma completo, ureia, creatinina, sumário de urina (EAS/Urina I) e Urinocultura todos normais. Além disso, foi solicitada uma ultrassonografia abdominal que mostrou um cálculo de 1 cm na pelve renal esquerda sem hidronefrose associada. Para complementação diagnóstica uma tomografia de abdômen e pelve sem contraste foi solicitada, confirmando a existência do cálculo de cerca de 1,1cm nos dois eixos, localizado na pelve renal, com uma densidade de 635 Unidades Hounsfield, sem hidronefrose associada, com distância pele cálculo de 7cm. Qual é a melhor conduta para essa paciente?
- A) Observação Clínica.
 - B) Nefrolitotripsia Percutânea.
 - C) Nefrolitotripsia Extracorpórea por ondas de choque.
 - D) Terapia Expulsiva com alfa-bloqueador + Anti-inflamatórios.
08. Paciente 27 anos, masculino, foi vítima de queda de bicicleta há 45 minutos, queixa-se de dor importante na região toraco-lombar dorsal à direita, Ao exame físico: FC=100 BPM, PA=120X80mmHg, ACP: sem alterações, Abdômen flácido, indolor, sem visceromegalias, com pequeno hematoma em região dorsal direita, com escoriações em todo o dorso e Membro inferior direito. Foram realizados radiografia de tórax e abdômen normais, e também um Ultrassonografia FAST sem líquido na cavidade. Bioquímica normal, porém no Sumário de Urina (EAS/Urina I) foram evidenciadas 20 hemácias/por campo. Refere que não houve alteração da coloração da urina na primeira micção. Diante desse caso clínico, o próximo passo é:
- A) solicitar urografia excretora.
 - B) solicitar tomografia de abdômen e pelve com contraste.
 - C) solicitar ressonância nuclear magnética de abdômen e pelve.
 - D) deixar o paciente em observação, com monitorização clínica, sem exame de imagem do abdômen no momento.
09. O Trauma ureteral é uma condição rara após perfuração por arma de fogo. Correspondem a cerca de 4 % das lesões penetrantes, mas geralmente estão associados a outras lesões associadas, e quando presentes, possuem um elevado grau de mortalidade (cerca de 1/3 dos casos). Qual lesão visceral é mais comum associada com a lesão ureteral após trauma penetrante?
- A) Lesão de intestino delgado.
 - B) Lesão de colon.
 - C) Lesão vesical.
 - D) Lesão renal.
10. Adolescente, masculino, de 15 anos, durante uma manobra de skate, caiu com o períneo em cima da barra de ferro. Deu entrada na emergência com uretrorragia importante e incapacidade de urinar. Ao exame físico, identificou-se o sangramento uretral e hematoma perineal. O que deve ser feito a seguir?
- A) Cistostomia.
 - B) Uretrografia retrógrada.
 - C) Cateterismo Vesical de demora.
 - D) Realinhamento uretral primário por cistoscopia.

11. A Bacteriúria assintomática é uma condição clínica bastante comum, acometendo cerca de 1-5% da população, variando bastante de acordo com a idade e o sexo. Em qual desses pacientes abaixo a bacteriúria assintomática deve ser investigada e tratada?
- A) Idosa de 80 anos pós-menopausa com atrofia vaginal.
 - B) Homem 28 anos, paraplégico em cateterismo intermitente.
 - C) Idoso 72 anos transplantado renal, em uso de imunossupressores.
 - D) Homem 30 anos, sem comorbidades, com cálculo renal não obstrutivo que será submetido a uma ureterorenolitotripsia flexível.
12. Adolescente de 17 anos, masculino, após 5 dias de uma relação sexual desprotegida, iniciou um quadro de dor importante ao urinar, associada à secreção uretral abundante e amarelada. Um pouco da secreção uretral foi colhida e foi realizada uma microscopia com coloração Gram, que identificou um diploco gram negativo intracelular. Além de orientações gerais de educação em saúde e informar o parceiro (a), de acordo com as Diretrizes para ISTs (DSTs) do Ministério da Saúde, a melhor conduta para esse paciente é:
- A) tratar com Aciclovir 200mg 5 vezes ao dia por 5 dias.
 - B) tratar com Ceftriaxona 500mg dose única e oferecer sorologia para HIV, sífilis e Hepatite B.
 - C) iniciar tratamento com Penicilina Benzatina 2.400.000 IM e oferecer sorologia para HIV, sífilis e Hepatite B.
 - D) tratar com Ceftriaxona 500mg dose única + Azitromicina 1g dose única e oferecer sorologia para HIV, sífilis e Hepatite B.
13. Homem de 25 anos, após a ingestão recreacional de inibidor da fosfodiesterase 5 (100mg de Sildenafil) juntamente com cocaína, vem apresentando há 5 horas ereção persistente e dolorosa. Na sua residência, tentou medidas como compressa com gelo sem sucesso. Procurou o pronto-socorro, onde foi realizada uma gasometria venosa e ultrassonografia peniana com doppler que confirmaram o diagnóstico de Priapismo isquêmico (Baixo fluxo). A melhor conduta nesse momento é:
- A) implantar prótese peniana.
 - B) realizar shunt proximal (derivação esponjo-cavernosa proximal).
 - C) realizar shunt distal percutâneo (derivação esponjo-cavernosa distal percutânea).
 - D) realizar aspiração/irrigação dos corpos cavernosos, seguidos ou não de injeção de drogas simpaticomiméticas.
14. Mulher de 28 anos, hipertensa há 2 anos, durante uma avaliação de uma dor abdominal inespecífica e uma tontura, realizou uma ultrassonografia abdominal que evidenciou um nódulo de adrenal direita de cerca de 2 cm. Faz uso de duas medicações anti-hipertensivas (losartana 50mg/dia e anlodipino 5mg/dia) com controle subótimo da pressão. Nega história familiar de outras doenças, além de HAS e DM. Ao exame: PA140x 80mmHg sem outros comemorativos. Realizou bioquímica básica, cuja única alteração foi uma redução do potássio sérico=2,2mEq/L. Para melhor estudo do nódulo de adrenal, foi solicitada uma tomografia computadorizada de abdômen superior com contraste que mostrou um nódulo de adrenal direita com cerca de 2cm de diâmetro, com atenuação de cerca de 8UH (Unidades Hounsfield), com wash-out > 60%. Apesar de serem necessários outros exames para confirmação diagnóstica, levando em conta esses dados clínicos, laboratoriais e radiológicos, a hipótese diagnóstica mais provável para essa paciente é:
- A) Feocromocitoma.
 - B) Carcinoma de Adrenal.
 - C) Adenoma Produtor de Aldosterona.
 - D) Adenoma de Adrenal não funcionante.
15. A Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) é o tumor Benigno mais comum no homem. Acomete pacientes com mais de 40 anos, e sua prevalência aumentada com a idade. Nem todos os pacientes que apresentam crescimento prostático são sintomáticos. Sobre a avaliação inicial num paciente com HPB, marque o item correto.
- A) O US da Próstata, com avaliação do residual urinário, somente deve ser solicitado quando o paciente falha a terapia clínica inicial.
 - B) O Estudo Urodinâmico Completo é um exame sempre utilizado, porque é o padrão ouro no diagnóstico de Obstrução Infra-vesical.
 - C) A cistoscopia (avaliação endoscópica do Trato Urinário Inferior) deve ser solicitada em pacientes que apresentam episódio de hematuria, sobretudo se for tabagista.
 - D) A Fluxometria urinária (Urofluxometria) deve ser solicitada quando o paciente falha a terapia de tratamento inicial e está se pensando na possibilidade de um tratamento cirúrgico.

16. Um paciente de 70 anos procurou Assistência Médica com queixa de jato urinário fraco e intermitente e sensação de esvaziamento incompleto (IPSS = 15). Realizou US da Próstata que evidenciou Bexiga normal e Próstata de 50g, com volume residual = 60 mL. Realizou ainda uma Urofluxometria livre que evidenciou Fluxo Máximo de 7mL/s e curva com base alargada. O melhor tratamento inicial para este paciente é:
- A) Utilizar a terapia combinada de alfa-bloqueador com inibidor da 5 fosfodiesterase.
 - B) Nenhum tratamento deve ser indicado antes da realização de Estudo Urodinâmico Completo, para se ter certeza do diagnóstico.
 - C) Como predominam os sintomas de esvaziamento, o melhor tratamento seria utilizar antimuscarínicos, sendo o melhor droga de primeira escolha para este paciente a Oxibutinina.
 - D) Como predominam os sintomas de armazenamento, o melhor tratamento seria utilizar antimuscarínicos, sendo o melhor droga de primeira escolha para este paciente a Oxibutinina.
17. Um paciente de 25 anos sofre ferimento por arma de fogo em coluna torácica. Foi internado em Hospital de Emergência. Durante internação, foi verificado que apresentava Retenção Urinária. Recebeu alta hospitalar com Sonda de Foley 16 e encaminhado para avaliação com Urologista. Após a Fase de Choque Medular, o padrão vesical mais provável é:
- A) Retenção Urinária devido à Esfincter Hipertônico, com baixo risco de comprometimento do Trato Urinário Superior.
 - B) Hiperatividade Detrusora com Dissinergia Vesico-Esfincteriana, com risco de comprometimento do Trato Urinário Superior.
 - C) Retenção Urinária devido à Hipocontratilidade Detrusora, sem com risco de comprometimento do Trato Urinário Superior.
 - D) Hiperatividade Detrusora sem Dissinergia Vesico-Esfincteriana, com grande risco de comprometimento do Trato Urinário Superior.
18. Um paciente de 70 anos procurou Assistência Médica com queixa de Incontinência Urinária há 08 meses. Os sintomas ocorrem de dia e à noite, sempre associado à urgência miccional. Nega alterações no jato urinário. Há 03 anos, realizou Ressecção Trans-Uretral da Próstata, devido à Hiperplasia Prostática Benigna. Há 01 ano, sofreu um AVC isquêmico. Realizou US da Próstata que evidenciou Bexiga normal e Próstata de 15g, com volume residual = 10mL. Realizou ainda uma Urofluxometria livre que evidenciou Fluxo Máximo de 15 mL/s e curva com base alargada. O diagnóstico provável e melhor tratamento inicial para este paciente, dentre as opções abaixo, é:
- A) O paciente provavelmente apresenta uma Incontinência Urinária por Transbordamento. A melhor forma de tratamento seria o Cateterismo Intermitente.
 - B) O paciente provavelmente apresenta uma Bexiga Neurogênica. A abordagem inicial deverá incluir medidas comportamentais, fisioterapia urinária e antimuscarínicos ou beta-agonistas.
 - C) O paciente provavelmente apresenta uma Bexiga Neurogênica. A abordagem inicial deverá incluir medidas comportamentais, fisioterapia urinária e Toxina Botulínica.
 - D) O paciente provavelmente apresenta uma Incontinência Urinária por Lesão Esfincteriana. A colocação de Esfincter Artificial seria a melhor forma de tratamento.
19. Uma paciente de 65 anos, previamente sadia, procura Assistência Médica devido apresentar perda urinária aos esforços e Urgência Miccional episódica. Refere nunca ter engravidado. Nega abortos. Realizou US de Vias Urinárias, Sumário de Urina e Urinocultura, todos normais. Realizou ainda Estudo Urodinâmico Completo que evidenciou Bexiga com sensibilidade, capacidade e complacência normais. Não foi evidenciado hiperatividade detrusora. Foi observado perda urinária aos esforços, com Pressão de Perda = 150cmH₂O. O esvaziamento vesical foi normal. Sobre o quadro clínico da paciente acima, marque o correto.
- A) A ausência de Hiperatividade Detrusora no Exame Urodinâmico exclui o diagnóstico de Bexiga Hiperativa.
 - B) A paciente apresenta Incontinência Urinária de Esforço com altas pressões de Perda. Fisioterapia Urinária e Sling vaginal são opções de tratamento.
 - C) O diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço pode ser excluído pela história clínica, já que não ocorre em pacientes nulíparas.
 - D) A paciente apresenta Incontinência Urinária de Esforço com baixas pressões de Perda. Deve ser tratada com Fisioterapia Urinária.

20. Uma paciente de 75 anos procura Assistência Médica devido apresentar, há 06 meses, urge-incontinência Urinária e Noctúria. Faz tratamento de Hipertensão Arterial. G2P2. Realizou uma Cirurgia de Correção de Incontinência Urinária de Esforço (Sling Retro-púbico) há 03 anos. Realizou US de Vias Urinárias, Sumário de Urina e Urinocultura, todos normais. Realizou ainda Estudo Urodinâmico Completo que evidenciou Bexiga com sensibilidade aumentada, capacidade reduzida e complacência normal. Não foi evidenciada perda urinária aos esforços. Foi observado hiperatividade detrusora do tipo fásica com perda urinária associada à hiperatividade. O esvaziamento vesical foi normal. Sobre o caso clínico acima, marque o correto.
- A) O quadro clínico e o Exame Urodinâmico sugerem quadro de Bexiga Hiperativa e a paciente deve receber tratamento para esta afecção.
 - B) A idade da paciente, a história clínica e o passado gestacional sugerem que a paciente permanece com Incontinência Urinária de Esforço. Deve ser tratada com Sling, agora com mais tensão.
 - C) A cirurgia utilizada para correção da Incontinência Urinária de Esforço (Sling Retro-púbico) deve estar causando Obstrução Infra-vesical e isto deve ser a causa da instabilidade vesical. A paciente deve ser tratada com remoção tela.
 - D) O quadro clínico e o Exame Urodinâmico sugerem que a paciente possui uma bexiga de baixa capacidade decorrente da idade. Desta forma, a melhor forma de tratamento seriam orientações sobre a doença e utilização de fraldas geriátricas, já que faz parte do envelhecimento humano.