



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO UROLOGIA

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que **contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES	
Língua Portuguesa	de 01 a 10
SUS	de 11 a 20
Específico do cargo / Especialidade médica a que concorre	de 21 a 60

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no **CARTÃO-RESPOSTA**, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

“Infelicidade é uma questão de prefixo”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no **CARTÃO-RESPOSTA**.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
 - (A) inelutável
 - (B) incoercível
 - (C) insofismável
 - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
 - (A) absorver
 - (B) restringir
 - (C) demarcar
 - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
 - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
 - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
 - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
 - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
 - (A) rigor e flexibilidade
 - (B) frugalidade e obstinação
 - (C) comedimento e sobriedade
 - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
 - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
 - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
 - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
 - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. “Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.” (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. “Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. “A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais.” (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) “Achei que estava bem na foto.” (1º parágrafo)
- (B) “O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção...” (3º parágrafo)
- (C) “...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo)
- (D) “... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.” (5º parágrafo)
10. “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu...” (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7 %
- (B) 12 %
- (C) 15 %
- (D) 22 %
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo atualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
 - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
 - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
 - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
 - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
 - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
 - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
 - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
 - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
 - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
 - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
 - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
 - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
 - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
 - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
 - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

UROLOGIA

21. O peso normal do rim de um adulto é, aproximadamente:
- 50 g
 - 150 g
 - 300 g
 - 600 g

22. O primeiro ramo da artéria renal principal é a segmental:
- posterior
 - apical anterior
 - anterior média
 - anterior superior
23. Acerca do esfíncter uretral, é verdadeira a afirmação abaixo:
- é composto por musculatura lisa e estriada
 - está localizado acima da fásia endopélvica
 - é densamente povoado por inervação proprioceptiva
 - possui forma anatômica de ferradura, com 2,0 a 2,5 cm de comprimento
24. A complicação, mais comum, nos pacientes com cateteres ureterais, do tipo duplo jota é:
- pielonefrite
 - incrustação
 - perfuração ureteral
 - sintoma do trato urinário inferior
25. Um cateter cujo diâmetro externo possui 1,0 mm equivale a:
- 1 French
 - 2 French
 - 3 French
 - 5 French
26. Sobre a ureterorrenolitripsia flexível, em relação às bainhas de acesso ureteral, é **FALSO** afirmar que:
- reduzem a pressão intrapiélica durante a ureterosopia
 - aumentam o risco de estenoses da junção ureteropielica
 - reduzem o tempo operatório durante a ureterorrenolitripsia com fibra laser
 - facilitam a introdução do aparelho, sua inserção e a retirada dos cálculos
27. Os parâmetros que traduzem os melhores resultados de morbidade e mortalidade (%), respectivamente, nas cirurgias urológicas são:
- 2; 0,8
 - 13; 0,2
 - 20; 0,5
 - 25; 0,8
28. Estudos comprovam que durante a fase de insuflação no procedimento laparoscópico, 94% do volume intraperitoneal máximo é alcançado com uma pressão de:
- 5 mmHg
 - 10 mmHg
 - 15 mmHg
 - 20 mmHg
29. Paciente de 36 anos de idade, com história de queda da laje, há 8 horas, admitido na emergência hemodinamicamente estável, hematócrito de 38%. Hematoma de flanco esquerdo com fratura do 11º arco costal esquerdo, ao raio X de tórax. A tomografia computadorizada, com contraste endovenoso, documenta rim esquerdo captante, hematoma renal contido pela fásia de gerota, extravasamento de urina pela pelve renal com pequena quantidade descendo pelo ureter ipsilateral. A conduta imediata adequada para o caso é:
- pielografia retrógrada
 - implante retrógrado de cateter duplo jota à esquerda
 - estabilização do quadro em CTI e reavaliação, em 48 horas
 - abordagem cirúrgica videolaparoscópica com nefrectomia esquerda
30. O maior custo de internação da prostatectomia radical robô assistida está ligada:
- à maior taxa de complicação
 - à maior perda sanguínea e consequente hemotransfusão
 - ao maior tempo operatório e uso de instrumental descartável
 - à necessidade de acompanhamento pós-operatório imediato em CTI
31. O fator, abaixo, que impacta mais, negativamente, a sobrevida de 5 anos, em um paciente pós-operatório, de nefrectomia radical é:
- envolvimento linfonodal
 - envolvimento da gordura perinefrética
 - invasão microvascular do pedículo renal
 - trombo em seguimento infradiafragmático da veia cava
32. O subtipo, mais comum, de sarcoma renal é:
- lipossarcoma
 - angiossarcoma
 - leiomiossarcoma
 - rabdomiossarcoma
33. A assertiva, abaixo, **VERDADEIRA** sobre a adrenalectomia simultânea à nefrectomia ipsilateral é:
- tumor de polo superior de 6,0 cm
 - lesão de 1,0 cm captante na fase T2 da ressonância nuclear magnética
 - neoplasia renal de 3,0 cm, próxima, porém facilmente dissecável da adrenal
 - massa adrenal de -20 unidades Hounsfield em uma tomografia computadorizada de abdômen
34. Em relação ao racional da nefrectomia citorrredutora, seguida de terapia alvo no carcinoma de células renais metastático, a justificativa **FALSA** é:
- remoção da massa tumoral primária
 - melhora da tolerância clínica ao tratamento
 - reversão da disfunção imunológica adquirida
 - remoção da fonte original de fatores imunossupressivos associados
35. Um carcinoma vesical com subtipo anel de sinete:
- responde à radioterapia
 - é sensível ao tratamento com adriamicina
 - possui fatores de risco semelhantes ao urotelial
 - apresenta-se na maioria das vezes em estágio avançado
36. A anestesia geral durante um procedimento de ressecção transuretral de um tumor de bexiga deve ser realizada, preferencialmente, em:
- tumor na parede de um divertículo
 - neoplasia volumosa de base papilar
 - neoplasia em topografia lateral (4 ou 8 horas do ponteiro do relógio)
 - tumor na cúpula, estendendo-se por toda a parede anterior da bexiga
37. O *clearance* de creatinina mínimo, para a realização de uma derivação urinária ortotópica continente, é de:
- 60
 - 70
 - 40
 - 20

38. Na derivação urinária na população pediátrica, o segmento entérico com, menor incidência, de litíase urinária é:
- íleo
 - jejuno
 - sigmoide
 - estômago
39. A maioria dos rins ectópicos são assintomáticos, **EXCETO**, os:
- pélvicos
 - torácicos
 - hipoplásicos
 - com ureteres ectópicos
40. A incontinência urinária secundária, na população pediátrica, é considerada:
- associada à constipação
 - enurese diurna e noturna
 - associada à infecções do trato urinário
 - após um período de continência maior que 6 meses
41. Das bactérias, abaixo, a que, mais comumente, produz urease é a:
- Escherichia coli*
 - Serratia marcescens*
 - Streptococcus pneumoniae*
 - Sataphylococcus saprofiticus*
42. O bloqueio renal, com obstrução completa, por cálculo de ureter, pode levar à perda irreversível da função renal, a partir de:
- 1 semana
 - 2 a 3 semanas
 - 4 a 6 semanas
 - mais de 6 semanas
43. Para iniciar a fragmentação de cálculos ureterais com o *holmium laser*, a calibragem de energia preferida é a:
- 0,6J; 6Hz
 - 0,6J; 10Hz
 - 1,0J; 10Hz
 - 1,2J; 15Hz
44. O feocromocitoma é encontrado em aproximadamente 5% dos incidentalomas de suprarenal. Os pacientes, incluindo aqueles com doença metastática suspeitada, devem realizar investigação funcional para descartar o feocromocitoma. Modernamente, o teste bioquímico considerado fundamental para investigação no rastreamento e diagnóstico inicial do feocromocitoma é:
- catecolaminas plasmáticas
 - ácido vanil mandélico (VMA)
 - norepinefrina urinária matinal, em jejum
 - metanefrinas livres plasmáticas e/ou metanefrinas urinárias fracionadas
45. No estudo urodinâmico, a condição, abaixo, que pode levar à imprecisão da medida de complacência vesical é:
- a presença de refluxo vesicoureteral
 - a radioterapia pélvica
 - a obstrução infravesical
 - o uso de sistema cateteres transdutores de pressão preenchidos com líquidos
46. A manifestação, mais frequente, do trato urinário inferior que ocorre após a fase inicial do acidente vascular cerebral é:
- o detrusor hiperativo
 - a dissinergia do esfíncter liso
 - a dissinergia do esfíncter estriado
 - a sensação de enchimento vesical ausente
47. O nível da lesão neurológica no trauma raquimedular que está associado com, maior frequência, ao quadro de disreflexia autonômica (hiperreflexia autonômica) é:
- sacral
 - lombar
 - cervical
 - torácico
48. O sintoma, abaixo, que é **MENOS** característico da hiperreflexia autonômica é a:
- taquicardia
 - hipertensão
 - cefaleia desencadeada pelo enchimento vesical
 - sudorese em metâmeros correspondentes acima do nível da lesão neurológica
49. A doença sexualmente transmitida, causada pela *Callymatobacterium granulomatis*, é a:
- cancroide
 - granuloma inguinal
 - linfogranuloma venéreo
 - uretrite não gonocócica
50. Atualmente, o uso de vacinação para o vírus do papiloma humano (HPV) está indicada na seguinte situação:
- homens e mulheres até os 26 anos
 - todas mulheres sexualmente ativas
 - em ambos os sexos para eliminar as lesões condilomatosas
 - todos os homens sexualmente ativos com relacionamento com outro homem
51. Dos distúrbios, abaixo, o que está **MENOS** frequentemente, associado à ureterocele é:
- refluxo contralateral
 - obstrução do polo superior
 - refluxo vesicoureteral homolateral
 - obstrução infravesical por prolapso intrauretral
52. O procedimento cirúrgico para pacientes com tuberculose genitourinária que **NÃO** necessita de tratamento medicamentoso prévio é:
- epididimectomia
 - reimplante ureteral por estenose
 - nefrectomia total em rim não funcionante
 - cateterismo com duplo jota para estenose por fibrose ureteral
53. Paciente, com 30 anos de idade, tentando fertilizar, há 2 anos, comparece à consulta apresentando: dois exames com azoospermia e volumes ejaculados com 2,2 e 2,5 mL. Ao exame físico: testículos, medindo no seu maior eixo axial 3,2 cm à esquerda e 3,6 cm à direita. Dosagens hormonais: testosterona total 450 ng/dL (normal: 300 – 900 ng/dL); FSH 11IU/L (normal: 0,7 – 10 IU/L). A conduta mais indicada é:
- biópsia testicular
 - citrato de clomifeno
 - vasoepididimostomia
 - extração microcirúrgica de espermatozoides do testículo

54. Um fisioculturista de 25 anos de idade, para otimizar seu volume muscular, faz uso sucessivo de injeções de esteroides anabolizantes. Em relação ao seu potencial de fertilidade espera-se que seja:
- (A) baixo: porque a testosterona exógena inibe a produção do FSH e LH pela glândula pituitária
 - (B) normal: porque a testosterona exógena não prejudica a produção de testosterona endógena
 - (C) normal: porque a concentração de testosterona intratesticular é 50 vezes maior que os níveis séricos
 - (D) baixo: porque a testosterona exógena não é tão potente quanto a endógena para estimular espermatogênese
55. Das condições, abaixo, em relação à doença de Peyronie, a que tem indicação, mais precisa, para o tratamento cirúrgico é:
- (A) encurtamento severo do pênis
 - (B) dor persistente no paciente mesmo em flacidez
 - (C) disfunção erétil ou curvatura que impede a penetração
 - (D) deformidade ou angulação do pênis mesmo sem impedir a penetração
56. A doença arterial renal que está associada à função renal estável no rim afetado é a:
- (A) aterosclerose
 - (B) fibroplasia medial
 - (C) fibroplasia da íntima
 - (D) fibroplasia perimedial
57. No câncer de pênis com ausência de doença linfonodal detectável, a conduta expectante está proibida nos casos de:
- (A) T_a
 - (B) T_{is}
 - (C) T_{1a}
 - (D) T_{1b} - T₂
58. Em relação à progressão do câncer de pênis, a afirmativa verdadeira é:
- (A) as metástases iniciais envolvem os linfonodos inguinais superficiais
 - (B) a disseminação metastática do tumor primário geralmente é unilateral
 - (C) as metástases são inicialmente hematogênicas para pulmão, fígado e osso
 - (D) o cruzamento de metástases linfonodais para linfonodos contralaterais é comum
59. Paciente, vítima de arma branca, apresentou na tomografia laceração grau 2 da face lateral do rim esquerdo, com pequeno hematoma perirrenal. Foi realizada laparotomia, devido ao sangramento por lesão esplênica, concomitante, e aplicadas 2 unidades de concentrado de hemácias. Paciente está hemodinamicamente estável. A melhor conduta a ser tomada pelo urologista é:
- (A) nefrectomia imediata
 - (B) observação e repetir estudo de imagem
 - (C) exploração renal com reparo da laceração
 - (D) arteriografia renal com embolização superseletiva
60. Menino de 14 anos de idade, tem lesão perineal, por queda a cavaleiro. No exame físico, é observado: equimose limitada ao pênis. A fáscia que conteve o extravasamento sanguíneo é a de:
- (A) Buck
 - (B) Colles
 - (C) Dartos
 - (D) espermática externa