



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 10

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **UROLOGIA**

DATA: 20/01/2018 – HORÁRIO: 14 às 16 horas (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova.

OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2 (duas) horas**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30min.** do início de sua prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE
 FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.
 PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MÉDICA – UROLOGIA

Nº DE INSCRIÇÃO						

01. A relação correta entre tríade de Charcot e diagnóstico é:
- Febre com calafrios, hiperbilirrubinemia e dor abdominal alta/ colangite.
 - Cianose, icterícia, dor abdominal alta/ colangite.
 - Murphy positivo, icterícia, leucocitose/ coledocolitíase.
 - Febre com calafrios, icterícia, dor abdominal alta/ colangite.
 - Massa palpável em hipocôndrio direito, icterícia, dor abdominal alta.
02. Paciente de 50 anos, submetida à gastrectomia parcial tipo Billroth II, por doença benigna. Duas semanas após a cirurgia evoluiu com dor epigástrica intensa após refeição, seguida de vômito volumoso contendo principalmente bile. Qual diagnóstico mais provável?
- Torção do coto gástrico.
 - Fístula do bulbo duodenal.
 - Síndrome da alça aferente.
 - Síndrome de dumping.
 - Úlcera de anastomose com hemorragia digestiva ativa.
03. Paciente com colangite aguda supurativa, em uso de antibiótico há 2 dias, sem melhora do quadro clínico. Não havendo disponibilidade de tratamento endoscópico (papiotomia), qual o melhor procedimento cirúrgico indicado?
- Anastomose colédoco-duodenal látero-lateral.
 - Anastomose colédoco-duodenal término-lateral.
 - Anastomose colédoco-jejunal em Y de Roux.
 - Drenagem do colédoco com dreno em T.
 - Papilo esfínterectomia transduodenal.
04. A síndrome de Budd-Chiari ocorre por:
- Interrupção do fluxo da artéria hepática.
 - Trombose da veia porta.
 - Trombose da veia esplênica.
 - Trombose das veias supra-hepáticas.
 - Interrupção do fluxo do tronco celíaco.
05. A síndrome de Gardner caracteriza-se por pólipos intestinais com padrão histológico:
- hamartomas.
 - leiomiomas.
 - pólipos inflamatórios.
 - pseudo-pólipos.
 - pólipos adenomatosos.
06. Qual a melhor conduta na urgência, entre as alternativas abaixo, para o volvo de sigmóide?
- Laparotomia, desfazer a torção e fixação da alça.
 - Procedimento de Hartmann.
 - Retossigmoidoscopia com passagem de sonda através da área de torção.
 - Colectomia esquerda com anastomose colocolica primária.
 - Passar sonda nasogástrica calibrosa, hidratação venosa e manter em observação por 24h.
07. A clássica Pêntade de Reynolds, que pode ocorrer na colangite grave, tem os seguintes sinais e sintomas:
- Febre com calafrios, hiperbilirrubinemia, vômitos em jato, dor abdominal alta/ colangite e distensão abdominal.
 - Cianose, icterícia, dor abdominal alta/ colangite, náuseas e vômitos e sinal de Courvoisier.
 - Murphy positivo, icterícia, leucocitose, sinal de Courvoisier e colúria.
 - Dor abdominal, febre com calafrios, icterícia, hipotensão e rebaixamento do sistema nervoso central.
 - Massa palpável em hipocôndrio direito, dor e descompressão brusca do abdômen, icterícia, dor abdominal alta e febre com calafrios.
08. A causa mais comum de deficiência de cicatrização de uma ferida está associada à hipovitaminose:
- A.
 - B.
 - C.
 - D.
 - E.
09. Reto-colectomia abdomino-perineal com abaixamento retrorretal e anastomose colorretal retardada é o procedimento de:
- Hartmann.
 - Duhamel-Haddad.
 - Whitehead.
 - Simonser.
 - Nenhuma das alternativas anteriores.
10. Sobre as hérnias inguinais, está **CORRETO**:
- a hérnia direta é a que mais encarcera.
 - na hérnia direta inicial há uma integridade da parede posterior do canal inguinal.
 - a hérnia direta, ou Nyhus IIIa, caracteriza-se pela persistência do conduto peritônio-vaginal.
 - a hérnia femoral é mais frequente na mulher.
 - a hérnia direta é a mais frequente de todas.

11. A síndrome de Mallory-Weiss está mais associada a:
- Neoplasia gástrica.
 - Neoplasia de esôfago.
 - Alcoolismo.
 - Monilíase.
 - Úlcera gástrica ativa.
12. Marque a alternativa **CORRETA**:
- o câncer gástrico mais comum é o tipo II – ulcerado de Bormann.
 - a dimensão do tumor é o fator prognóstico mais importante nos tumores malignos do esôfago.
 - o linfoma primário do estômago acomete com mais frequência o cárdia.
 - o tumor de Krukenberg é uma metástase do câncer gástrico no útero.
 - a linite plástica é uma lesão metastática gástrica.
13. Na resposta endócrina ao trauma, o cortisol tem a seguinte função, **EXCETO**:
- ação indireta, através das catecolaminas, na lipólise.
 - promove o catabolismo tecidual.
 - mobilização de aminoácidos da musculatura esquelética.
 - promoção direta da síntese hepática das proteínas da fase aguda.
 - os aminoácidos, oriundos da musculatura esquelética, serão utilizados na síntese da glicose no fígado.
14. A respeito da peritonite terciária, é **CORRETO** afirmar:
- trata-se de peritonite localizada, com formação de abscesso intra-abdominal.
 - peritonite com predomínio de microorganismos aeróbicos.
 - peritonite com predomínio de microorganismos anaeróbicos.
 - é aquela que ocorre somente nos pacientes com ascite.
 - peritonite com infecção de cavidade recorrente e após episódio anterior de peritonite secundária.
15. São exemplos de terceiro espaço, **EXCETO**:
- epiderme.
 - retroperitônio.
 - músculo.
 - Serosa.
 - luz intestinal.
16. Dos métodos diagnósticos abaixo, qual deles fornece maior número de informações para o estadiamento do carcinoma de esôfago?
- Endoscopia digestiva alta com biópsia.
 - Ultra-sonografia endoscópica.
 - Tomografia computadorizada trifásica.
 - Manometria de esôfago de alta resolução.
 - Ressonância nuclear magnética.
17. Assinale a alternativa **CORRETA**:
- No fleimão a supuração se limita a uma pequena área, envolvida por uma membrana piogênica.
 - O tratamento do fleimão deve ser sempre conservador.
 - Panarício é infecção da polpa digital, de origem estafilocócica, na maioria das vezes.
 - O furúnculo é quase sempre causado pelo *Streptococcus sp.*
 - Nenhuma das alternativas está correta.
18. Marque a seguir, alternativa com todas as associações corretas entre procedimentos de diérese e instrumento cirúrgico:
- Punção-agulha; Dilatação-velas; Incisão-tentacânula.
 - Serração-serra; Punção-trocarte; Divulsão-bisturi.
 - Incisão-LASER; Dilatação-tesoura; Secção-bisturi.
 - Dilatação-sondas; Divulsão-pinça; punção-trocarte.
 - Incisão-bisturi; Cisalhamento-tentacânula; Punção-agulha.
19. A composição do cálculo de vesícula biliar mais comum é:
- Bilirrubinato de cálcio.
 - Resíduo bacteriano e de helmintos.
 - Colesterol.
 - Sais de bilirrubinato diversos.
 - Mistos.
20. Paciente do sexo masculino, com história de trauma em região pélvica e perineal e ao exame físico revela próstata com descolamento cefálico ao toque retal. Assim, o exame que deve ser solicitado prioritariamente é:
- Retossigmoidoscopia flexível.
 - Ultrassonografia.
 - Raio X de abdômen em ortostase.
 - Angiografia seletiva.
 - Uretrografia retrógrada.

21. Fimose é melhor conceituada como:
- Incapacidade de retrair totalmente o prepúcio para expor a glândula do pênis.
 - Excesso de prepúcio.
 - Freio prepucial curto.
 - Ausência de prepúcio.
 - Inflamação recorrente do prepúcio.
22. Sobre criptorquidia é **CORRETO** afirmar:
- É a ausência congênita de um dos testículos.
 - Não tem possibilidade de resolução espontânea em crianças.
 - É mais comum do lado direito.
 - A melhor idade para realizar a cirurgia de reposicionamento do testículo na bolsa escrotal é durante a puberdade.
 - Não é fator de risco para câncer de testículo.
23. Sobre refluxo vesico-ureteral na infância é **CORRETO** afirmar:
- O ultrassom de vias urinárias é o melhor exame para diagnóstico.
 - É fator de risco para infecção urinária de repetição na infância.
 - Não causa dano aos rins, porque a urina é estéril.
 - Quanto maior o refluxo vesico-ureteral, maior a chance de resolução espontânea, nos primeiros anos de vida.
 - Pode ser secundário a obstrução ureteral congênita.
24. Sobre hidrocele na infância, é **CORRETO** afirmar:
- A principal causa de hidrocele é a persistência ou atraso no fechamento do conduto peritônio-vaginal.
 - Consiste no acúmulo de líquido entre a túnica vaginal do testículo e o músculo cremaster.
 - Não há possibilidade de resolução espontânea na infância.
 - Consiste na dilatação das veias do plexo venoso testicular.
 - O tratamento cirúrgico, quando indicado, consiste na retirada da túnica vaginal mais orquiectomia parcial.
25. Sobre válvula de uretra posterior, é **CORRETO** afirmar:
- Não causa hidronefrose porque a bexiga compensa a obstrução uretral.
 - É uma membrana dentro da uretra que não regride durante o desenvolvimento intrauterino e causa obstrução uretral.
 - Crianças com válvula de uretra posterior tem jato urinário normal, porém frequência urinária aumentada.
 - O exame padrão ouro para diagnóstico é a ressonância de uretra.
 - As válvulas de uretra posterior regredem espontaneamente após o nascimento até os 2 anos de idade.
26. Sobre disfunção erétil masculina, é **CORRETO** afirmar:
- As causas psicogênicas de disfunção erétil são mais comuns em homem idosos e as causas orgânicas mais comuns em homens jovens.
 - Os níveis de testosterona baixo não tem correlação com quadros de disfunção erétil.
 - Disfunção erétil é uma complicação rara em paciente submetido à prostatectomia radical, para tratamento de câncer de próstata.
 - O tratamento cirúrgico, por meio de implante de prótese peniana, é a primeira opção para pacientes idosos com disfunção erétil.
 - Diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias, tabagismo, obesidade e sedentarismo são fatores de risco para disfunção erétil masculina.
27. Sobre disfunção sexual masculina é **CORRETO** afirmar:
- Ejaculação precoce é a ocorrência de ejaculação, antes que o casal possa se satisfazer sexualmente.
 - Ejaculação retrógrada é quando a ejaculação masculina ocorre depois do orgasmo feminino.
 - Medicamentos para tratamento de hiperplasia prostática não causam redução do ejaculado.
 - Hipogonadismo testicular não causa redução da libido masculina.
 - Terapia sexual psicológica não ajuda no tratamento de disfunção sexual masculina.

28. Sobre distúrbio androgênico do envelhecimento masculino, é **CORRETO** afirmar:

- a) A testosterona é convertida em dihidrotestosterona pela enzima aromatase no fígado.
- b) A maior parte da testosterona encontra-se livre e biodisponível na corrente sanguínea.
- c) A queda dos níveis de testosterona em pacientes idosos pode causar perda de massa óssea e muscular.
- d) É mais comum em homens entre 30-40 anos de idade.
- e) Reposição hormonal de testosterona pode ser realizado com segurança em pacientes idosos com câncer de próstata metastático.

29. Sobre infertilidade masculina é **CORRETO** afirmar:

- a) O LH estimula a espermatogênese e o FSH estimula a produção de testosterona pelas células dos testículos.
- b) Um ciclo espermatogênico completo demora cerca de 360 dias.
- c) A presença de varicocele é um fator de risco para infertilidade masculina.
- d) A quantidade e a mobilidade dos espermatozoides não tem relação com a fertilidade masculina.
- e) A vasectomia é um procedimento irreversível.

30. Sobre varicocele, é **CORRETO** afirmar:

- a) Na maioria dos casos regride espontaneamente.
- b) Pode causar dor escrotal e atrofia testicular.
- c) O tratamento cirúrgico tem baixa taxa de sucesso.
- d) É mais comum do lado direito.
- e) É sempre bilateral.

31. Quanto aos cálculos urinários, marque a alternativa **CORRETA**.

- a) Os cálculos de ácido úrico são radiotransparentes, portanto não são vistos numa radiografia simples do abdome nem numa tomografia computadorizada.
- b) Os cálculos coraliformes podem ser completos, quando ocupam toda a cavidade renal, pelve e cálices, enquanto os incompletos, por definição, são aqueles que ocupam a pelve renal.
- c) Os cálculos de estruvita, principal composição do cálculo coraliforme, provêm de infecções urinárias de bactérias produtoras de urease, principalmente de *Proteus Mirabilis*.

- d) Os cálculos de composição de cálcio são os mais frequentes, representam quase 60% deles, seguidos dos de estruvitas 30% e os de ácido úrico que representam quase 10%.
- e) Os cálculos provocam cólica nefrética quando estão sendo eliminados, devido ao trauma provocado sobre a mucosa ureteral e vesical.

32. Ainda quanto aos cálculos renais e ureterais, marque a opção **CORRETA**.

- a) Os tratamentos de escolha para os cálculos renais são a litotripsia extracorpórea, quando os cálculos são inferiores a 1,0 cm, e a litotripsia transnefrocópica para os cálculos superiores a 1,0 cm, ambos quando situados na pelve renal.
- b) Os cálculos renais, mesmo quando inferiores a 2,0 cm, situados nos cálices inferiores em que na sua apresentação anatômica formam ângulo agudo menor que 90 graus com o eixo do ureter, podem ser indicado a nefrolitotripsia transnefrocópica, devido a sua dificuldade de eliminação.
- c) O citrato de potássio, por alcalinizar a urina, está indicado em todos os pacientes portadores de cálculo renal, principalmente os de ácido úrico e os de fosfato de cálcio.
- d) A ureteroscopia é um procedimento seguro e eficiente, devendo ser indicado em todos os cálculos ureterais obstrutivos que estejam causando hidronefrose e processo infeccioso.
- e) A Nefrolitotripsia transnefrocópica não deve ser indicada nos pacientes portadores de rim único com cálculos renais muito grande devido ao risco de desenvolver uma fistula arteriovenosa e insuficiência renal.

33. Quanto às anomalias do trato urinário, podemos afirmar que:

- a) As ureteroceles são anomalias do terço proximal do ureter que podem cursar com infecção urinária, hidronefrose e litíase.
- b) As ureteroceles são anomalias congênitas que podem ser unilaterais ou bilaterais, sintomáticas ou silenciosas, podem se desenvolver sobre uma duplicidade ureteral e nestes casos geralmente acometem o ureter que drena o segmento superior do rim.
- c) A duplicidade ureteral pode ser unilateral ou bilateral, incompleta ou completa, que, neste caso, significa que drena todas as cavidades de um rim.
- d) Nos casos de duplicidade ureteral, a cistoscopia não identifica quando se trata de completa ou incompleta, sendo necessário a realização de um exame radiológico com contraste.
- e) As ureteroceles completas, por definição, são aquelas acompanhadas de duplicidade ureteral e refluxo vesicoureteral.

34. Quanto aos cistos renais, podemos afirmar que:

- a) Rins multicísticos são sempre unilaterais, não estão relacionados com hereditariedade, não têm tratamento preventivo, evoluem na maioria das vezes com comprometimento da função renal e estão associados com o adenocarcinoma renal na faixa etária dos 70 anos.
- b) Rins policísticos são unilaterais ou bilaterais, têm história familiar importante e, quando acometem os dois rins, evoluem para insuficiência renal terminal.
- c) Rins com cisto único classificado tipo Bosniak I são raros e quando identificados devem ser nefrectomizados como forma de proteger o paciente de um possível câncer renal.
- d) Cistos renais Bosniak tipo IV não devem ser biopsiados. Seu aspecto vegetante e com parede irregular conduz o urologista a realizar nefrectomia.
- e) Os rins policísticos caracterizam-se por seu potencial de malignidade, são mais agressivos nos adultos do que na forma infantil, e é uma importante causa de insuficiência renal terminal.

35. Quanto aos cálculos urinários, podemos afirmar:

- a) Os pacientes portadores de cálculos de ácido úrico devem ser orientados a diminuir o consumo de carne e de ingerir grande quantidades de vitamina C.
- b) Os cálculos de oxalato de cálcio e de fosfato de cálcio desenvolvem-se em meio alcalino, portanto, não se recomenda o uso de citrato de potássio, neste caso.
- c) Para o tratamento do cálculo coraliforme a litotripsia extracorpórea e o tratamento de escolha para erradicar o cálculo e tratar a infecção.
- d) A ureterolitotripsia transureteroscópica está indicada para os cálculos renais inferiores a 1cm.
- e) Os fatores que determinam a eliminação espontânea de um cálculo e seu tamanho, sua forma e sua composição.

36. São complicações tardias do transplante renal, **EXCETO**,

- a) Rejeição crônica.
- b) Fístula urinária.
- c) Glomerulonefrite recorrente.
- d) Câncer.
- e) Hipertensão arterial.

37. Paciente transplantado renal em 2006, a partir de um doador cadáver, com tempo de isquemia fria de 34 horas, leva quase 2 semanas para reestabelecer a função renal. Evoluindo bem a partir de então, até apresentar há 4 meses um episódio de rejeição revertido com altas doses de corticoide. Em seguida, o mesmo começa a ter importantes picos hipertensivos de controle difícil com tratamento medicamentoso e queda da função renal. Nefrologista que acompanha o paciente solicita ultrassom do rim transplantado que está normal. É então feito arteriografia renal, conforme ilustração abaixo, e uma biópsia do rim transplantado. Marque a alternativa **INCORRETA**.

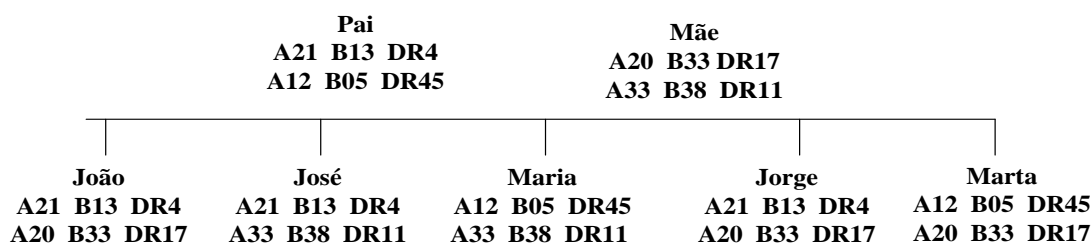


- a) O tempo de isquemia fria e o retardo do reestabelecimento da função renal são importantes fatores para o desenvolvimento de uma rejeição crônica.
- b) O episódio de rejeição apresentado pelo paciente há 4 meses caracteriza-se, por um quadro de rejeição aguda, visto que foi revertido com altas doses de corticoides.
- c) Os transplantes de rim, a partir de doador cadáver, são mais susceptíveis a apresentarem episódios de rejeição aguda ou crônica, pela falta de compatibilidade entre o doador e o receptor e pelo tempo maior de isquemia, reduzindo assim a sobrevida do enxerto de forma significativa, quando comparados aos doadores vivos.
- d) Os picos hipertensivos apresentados pelo paciente são explicados pelo achado de estenose da artéria renal na arteriografia, de origem imunológica, secundários aos episódios de rejeição aos quais ele foi submetido.
- e) A biópsia renal evidenciou importante processo inflamatório perivascular, com pouca área de fibrose, o que caracterizou o estabelecimento de uma rejeição crônica.

38. Paciente de 64 anos é atendido no pronto socorro com quadro de coma. Avaliação realizada pelo clínico de plantão constata morte encefálica. Paciente é mantido em unidade de terapia intensiva com estabilidade hemodinâmica, boa diurese, em ventilação mecânica. Sorologia confirma citomegalovirus, HIV e hepatite negativos. Marque a alternativa **CORRETA**.

- a) O plantonista deve imediatamente conversar com a família da possibilidade de doação de órgãos.
- b) A Central de Captação já pode convocar as equipes para captação de órgãos.
- c) É obrigatório para a doação de órgãos exames complementares para diagnóstico da morte encefálica, mesmo havendo 2 pareceres médicos confirmando a morte encefálica.
- d) Não é necessário consultar a família sobre a doação de órgãos, visto que o paciente é maior de idade.
- e) Como o diagnóstico de morte foi dado pelo clínico de plantão, é preciso que seja feito o teste de cross match e o HLA, antes fazer uma nova avaliação pelo neurologista.

39. Paciente João, 30 anos, em diálise há 3 anos, deseja realizar transplante renal. Levando em consideração a sua família demonstrada abaixo, marque a alternativa **CORRETA**.



- a) Caso somente Maria concorde em doar é melhor optar por um doador cadavérico.
- b) José e Jorge podem ser doadores, pois ambos são haploidênticos.
- c) Não se recomenda doação de pais para filho, pois eles nunca são idênticos.
- d) José é melhor doador que Marta por ser do sexo masculino.
- e) Se nenhum irmão concordar com a doação, Marta é melhor doadora do que Maria.

40. Quanto às urgências urológicas, podemos afirmar que:

- a) A ruptura vesical intraperitoneal ocorre, principalmente, quando o paciente encontra-se com bexiga cheia no momento do acidente e a conduta é sempre cirúrgica.
- b) O paciente com história de trauma renal deve sempre ser abordado cirurgicamente devido ao risco de ir a óbito.
- c) Os traumas de uretra posterior são mais frequentes do que os de uretra anterior.

- d) As perfurações ureterais sem avulsão do ureter devem ser sempre abordadas cirurgicamente e dificilmente podem ser resolvidas com a simples colocação de um cateter dj.
- e) As rupturas penianas ocorrem, principalmente, quando o paciente encontra-se em ereção, mas felizmente não promove posteriormente um quadro de disfunção erétil ao paciente.



41. Os sintomas do trato urinário inferior constituem uma síndrome clínica que pode ser causada por várias condições. Em homens com mais de 40 anos, dentre as citadas abaixo, qual a mais frequente?
- Hiperplasia prostática benigna.
 - Estenose de uretra.
 - Bexiga neurogênica.
 - Cistites.
 - Tumores vesicais.
42. Medicação usada para tratamento de hiperplasia prostática benigna, que atua inibindo seletivamente a isoenzima tipo II da enzima 5-alfa-redutase (5AR):
- Dutasterida.
 - Finasterida.
 - Tansulosina.
 - Doxazosina.
 - Tadalafila.
43. A hiperplasia prostática benigna consiste em alterações histológicas representadas por proliferações de nódulos glandulares e estromais, que se desenvolvem em qual(is) região(ões) da próstata?
- Zona central.
 - Zona periférica.
 - Zona de transição.
 - Região periuretral.
 - Zona de transição e região periuretral.
44. São sintomas do trato urinário inferior, provocados pela hiperplasia prostática benigna, classificados como sintomas de esvaziamentos, **EXCETO**,
- Hesitância.
 - Jato fraco.
 - Intermitência.
 - Gotejamento terminal.
 - Urgência miccional.
45. Em paciente com bexiga neurogênica, o exame que deve ser solicitado para estudar as disfunções vesico-esfincterianas, é:
- Ultrassonografia.
 - Tomografia.
 - Cistoscopia.
 - Uretrocistografia.
 - Estudo urodinâmico.
46. Paciente que sofreu traumatismo craniano, passada a fase inicial, qual a manifestação do trato urinário inferior que mais frequentemente ocorre?
- Detrusor hiperativo.
 - Detrusor hipoativo.
 - Dissinergia do esfíncter liso.
 - Dissinergia do esfíncter estriado.
 - Sensação de enchimento vesical ausente.
47. Todas são condições que favorecem o aumento da incidência das infecções urinárias em mulheres, **EXCETO**,
- Anatomia e localização da uretra feminina.
 - Atividade sexual.
 - Alterações hormonais após menopausa.
 - Uso de espermicidas.
 - Micções urinárias regulares.
48. Homem jovem procura o serviço de urologia referindo úlcera genital. Informa relação sexual desprotegida há 5 dias. Exame físico evidencia úlcera em glândula peniana com bordas irregulares, dolorosa, fundo necrótico exalando odor fétido. De acordo com as informações acima, o provável diagnóstico é:
- Cancro duro.
 - Cancro mole.
 - Linfogranuloma venéreo.
 - Donovanose.
 - Herpes genital.
49. Adolescente de 16 anos chega no setor de urgência queixando-se de dor testicular de início súbito e de forte intensidade. Levantada a possibilidade de torção do cordão espermático, qual o exame de imagem que deverá ser solicitado, para confirmar o diagnóstico?
- Cintilografia.
 - Arteriografia.
 - Tomografia.
 - Ressonância magnética.
 - Ultrassonografia com doppler.
50. Um paciente procurou serviço de urgência com trauma perineal, após queda a cavaleiro. Queixava-se de dor intensa no local do trauma e dificuldade para urinar. O exame físico mostrava uretrorragia, bexigoma, e hematoma perineal em asa de borboleta. De acordo com as informações acima, quais as prováveis estruturas perineais lesadas no trauma?
- Uretra bulbar e fásia de colles.
 - Uretra membranosa e túnica dartos.
 - Uretra prostática e fásia espermática externa.
 - Uretra peniana e fásia de colles.
 - Uretra bulbar e fásia de buck.