



**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

Processo Seletivo

RESIDÊNCIA MÉDICA UNIFICADA

Caderno de Prova Objetiva

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno, confira inicialmente se os seus dados pessoais, transcritos acima, estão corretos e coincidem com os que estão registrados em sua folha de respostas e em cada página numerada deste caderno. Confira também o nome do programa de residência para o qual você concorre, bem como a área/especialidade, conforme seu caso. Em seguida, verifique se este caderno contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou quanto ao nome do programa para o qual você concorre, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação da sua prova e a sua eliminação do processo seletivo.

- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer da prova — e ao preenchimento da folha de respostas.
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 6 Nenhuma folha deste caderno pode ser destacada.
- 7 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

OBSERVAÇÕES

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

PROVA OBJETIVA

Em relação ao trauma urológico e à cirurgia de reconstrução do trato urinário, julgue os itens a seguir.

- 1 Durante a fixação da bexiga no tendão do músculo *psaos* (*psaos hitch*), pode ocorrer a lesão iatrogênica do nervo ilioinguinal.
- 2 Na presença de qualquer grau de hematuria, crianças vítimas de traumatismo renal contuso devem ser submetidas a exame radiológico (tomografia computadorizada).
- 3 No acesso transperitoneal para o reparo da lesão traumática do rim, a referência anatômica utilizada para a incisão do peritônio posterior é a veia mesentérica superior.
- 4 A urografia excretora não é um bom exame para a avaliação do trauma vesical contuso.

Julgue os próximos itens, referentes a tumores renais.

- 5 O carcinoma de células renais ocorre mais comumente do lado direito.
- 6 O carcinoma dos ductos de Bellini apresenta um prognóstico mais favorável e acomete pacientes por volta da sexta década de vida.
- 7 A hipertensão e a obesidade são fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma de células renais.
- 8 A ocorrência de síndromes paraneoplásicas não está relacionada a doença metastática.

Considerando que o câncer de testículo é o tumor sólido mais comum nos homens entre quinze e trinta e cinco anos de idade, julgue os itens seguintes, relativos à neoplasia maligna do testículo.

- 9 São considerados fatores de risco para recidiva dos tumores não seminomatosos: o tamanho (maior que 4 cm) e a invasão da *rete testis*.
- 10 A maioria das recidivas dos tumores não seminomatosos ocorre após os dois primeiros anos.
- 11 O seminoma do tipo espermatocítico ocorre predominantemente em pacientes idosos.
- 12 O tipo histológico não seminomatoso é o mais comum no testículo criptorquídeo.
- 13 A meia-vida da alfafetoproteína é de cinco a sete dias.

Acerca da cirurgia urológica minimamente invasiva, julgue os itens que se seguem. Nesse sentido, considere que a sigla LECO, sempre que utilizada, refere-se a litotripsia extracorpórea.

- 14 A presença de um cólon retrorrenal na tomografia computadorizada é uma contraindicação absoluta para a realização de cirurgia renal percutânea.
- 15 A melhor opção terapêutica para um cálculo de cistina com tamanho entre 1,5 cm e 2,0 cm localizado no cálice inferior é a LECO.
- 16 Os cálculos de ácido úrico são passíveis de dissolução, sendo esta a primeira opção terapêutica.
- 17 A LECO é uma opção no tratamento sintomático do cálculo de divertículo caliceal.
- 18 Para a realização de uma endopielotomia anterógrada, a melhor opção para punção renal é através de um cálice médio ou do polo superior do rim.

A partir dos anos 90 do século passado, após as primeiras publicações de Ralph Clayman, a opção pela cirurgia laparoscópica ganhou importante destaque no arsenal terapêutico urológico e, por extensão, produziu conhecimentos significativos também para o tratamento de pacientes com quadros clínicos relacionados a outras especialidades médicas. Nesse sentido, julgue os itens seguintes, acerca desse procedimento cirúrgico.

- 19 O diagnóstico de embolia pulmonar por CO₂ é feito quando se detecta aumento súbito do nível de CO₂ de saída na expiração do paciente, imediatamente seguido de queda na saturação sanguínea de oxigênio e após esta, finalmente queda do CO₂ de saída expiratória.
- 20 A fibrose pélvica é contraindicação absoluta de cirurgia laparoscópica.
- 21 Não há correlação clínica entre variação súbita da pressão intra-abdominal e tromboembolismo pulmonar.
- 22 Em pacientes com restrição pulmonar severa o gás hélio pode substituir o CO₂ para manutenção de pneumoperitônio.

Com relação ao trauma renal, julgue os itens subsequentes.

- 23 A tomografia computadorizada com contraste é o exame de escolha para pacientes com suspeita de trauma renal, mas, quando não disponível, deve ser substituída pela urografia excretora (pielografia intravenosa).
- 24 Embolização arterial pode ser indicada em pacientes nos quais inicialmente seja adotada a conduta conservadora e no seguimento clínico detecte-se sangramento tardio.
- 25 A maior parte dos pacientes com trauma renal contuso deve ser submetida a exploração cirúrgica.
- 26 Na classificação da lesão renal, a intensidade da hematuria corresponde ao grau de trauma do rim acometido.
- 27 As lesões classificadas no grau III segundo classificação da American Association for Surgery of Trauma — laceração parenquimatosa superior a 1 cm, estendendo-se à medula renal, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento urinário — podem ser tratadas conservadoramente, sem intervenção cirúrgica imediata.

A litíase urinária é uma doença comum, de etiologia multifatorial e com várias formas de apresentação clínica. A respeito dessa doença, julgue os itens a seguir.

- 28 O estudo metabólico em pacientes com litíase urinária recorrente pode identificar a(s) causa(s) do distúrbio em até 90% dos pacientes.
- 29 A identificação de pacientes de alto risco metabólico pode diminuir a necessidade de múltiplas intervenções cirúrgicas.
- 30 Em países industrializados, a incidência global de litíase urinária varia entre 10% e 15% da população geral.
- 31 De maneira geral, os pacientes com litíase urinária devem manter boa hidratação oral (volume urinário em 24 h superior a 2.000 mL), restrição de sódio e proteínas de origem animal e, especialmente, rigoroso controle da ingestão de cálcio.

Acerca do tratamento da incontinência urinária feminina e suas complicações, julgue os itens que se seguem.

- 32 O risco de pacientes submetidos a correção cirúrgica isolada de prolapso pélvico apresentarem incontinência urinária de esforço não suspeitadas no pré-operatório é de 10% a 15%.
- 33 As taxas de cura, a médio e longo prazos, da incontinência urinária de esforço pela técnica de *sling* retropúbico são superiores às do *sling* transobturatório.
- 34 No tratamento da incontinência urinária de esforço, injeções subcutâneas de colágeno, gordura, silicone ou outros materiais de preenchimento apresentam índices de sucesso comparáveis aos das cirurgias abertas suprapúbicas (Burch).
- 35 O mecanismo intrínseco de continência urinária é composto por quatro elementos: mucosa uretral, submucosa uretral, tecido elástico da parede uretral e envoltório muscular liso periuretral.
- 36 O tratamento clínico com medicações, especialmente a duloxetine — que parece estimular o núcleo de Onuf na medula —, apresenta resultados promissores na abordagem da incontinência urinária de esforço.

Um paciente de cinquenta e oito anos de idade, assintomático, compareceu a consulta para *checkup*, quando foi identificada lesão sólida, de 2 cm, no polo superior do rim esquerdo. A tomografia computadorizada confirmou tratar-se de lesão sólida suspeita, na periferia do parênquima renal, aparentemente não comprometendo os planos perirrenais.

A respeito dos fatores etiológicos e do tratamento de lesões semelhantes às do quadro clínico acima descrito, julgue os itens seguintes.

- 37 A nefrectomia parcial laparoscópica não é possível sem que se faça o controle adequado do pedículo vascular.
- 38 A nefrectomia parcial em tumores localizados não apresenta as mesmas taxas de sobrevida e controle da doença a longo prazo quando comparada com a nefrectomia radical.
- 39 Em casos de lesões bilaterais e de ocorrência familiar, devem ser pesquisadas doenças específicas, como von Hippel-Lindau, e lesões tumorais em outros órgãos.
- 40 A punção percutânea guiada por ultrassom ou tomografia computadorizada para a extração de amostra para biópsia está absolutamente contraindicada, em função do alto risco de implante de células malignas no trajeto da agulha de punção.
- 41 A identificação de tumores multifocais leva à impossibilidade de serem realizadas nefrectomias parciais com segurança oncológica.

Julgue os próximos itens, relativos ao tratamento cirúrgico do câncer prostático.

- 42 O estadiamento pré-operatório tem baixa correlação com prognóstico e recidiva da doença nos pacientes submetidos a prostatectomia radical e linfadenectomia pélvica simultânea.
- 43 A hormonoterapia neoadjuvante diminui a vascularização prostática e a incidência de complicações vasculares nos pacientes a serem submetidos a prostatectomia radical.
- 44 A invasão perineural identificada na biópsia pré-operatória tem importância prognóstica e apresenta correlação com doença extraprostática.
- 45 São contraindicações absolutas para a prostatectomia radical com preservação do feixe neurovascular da ereção: doença localmente avançada, impotência pré-operatória e pacientes com PSA pré-operatório superior a 20 ng/mL ou doença palpável no ápice prostático.

Com referência a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), julgue os itens que se subseguem.

- 46 O diagnóstico de infecção genital pelo herpes vírus é essencialmente clínico, baseado na recorrência de lesões vesiculosas, mas podem ser utilizados também os testes de pesquisa direta na lesão recente (*swab* e citologia), além da sorologia (IgM e IgG).
- 47 A infecção pelo HPV é a DST mais comum, com risco de 40% a 50% entre os quinze e os vinte e cinco anos de idade e maior prevalência entre mulheres nessa mesma faixa etária, o que acarreta especial preocupação, dada a sua conhecida associação com o carcinoma do colo uterino.
- 48 Em pacientes com úlcera genital de evolução a mais de quatro semanas, deve ser feito tratamento para sífilis e cancro mole, estando também indicada biópsia da lesão.
- 49 O molusco contagioso (infecção pelo poxvírus), que acomete predominantemente adultos jovens, tem período de incubação de uma semana a seis meses e forte associação com infecções pelo herpes vírus.
- 50 O linfogranuloma venéreo, que é causado pelo *Calymmatobacterium granulomatis*, constitui infecção grave, mutilante, que apresenta lesão genital ulcerada na fase de inoculação e com supuração e fistulização na fase linfática regional, podendo apresentar fístulas genitourinárias e retais como sequelas.



cespeUnB

Centro de Seleção e de Promoção de Eventos