



Concurso de Residência Médica - 2015

UROLOGIA

Leia com atenção

Esta prova tem duração de 4 horas e é constituída de 40 questões objetivas sobre Cirurgia Geral para a área de Urologia.

- Na folha de respostas dos testes, assinale apenas uma alternativa, usando **caneta esferográfica preta ou azul-escuro** e preenchendo com cuidado o alvéolo correspondente. Não rasure ou amasse a folha de respostas nem a utilize para qualquer outra finalidade. Será anulada a questão em que for assinalada mais de uma alternativa ou que estiver totalmente em branco.
- Utilize, para rascunhos, qualquer espaço disponível no caderno de questões.
- Após o término da prova, devolva ao fiscal de sala todo o material que você recebeu, devidamente identificado nos locais adequados.
- Não será permitido ao candidato retirar-se da sala antes de decorrida uma hora e meia do início das provas, salvo em caso de extrema necessidade.
- Mantenha sua cédula de identidade sobre a carteira.
- Atenda às determinações do fiscal de sala.

BOA PROVA!

Identificação obrigatória

Nome do candidato: _____

Assinatura: _____

1 Em relação à hérnia inguinal direta, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Prevalente em adultos e idosos.
- b) Raramente origina encarceramento.
- c) Na manobra de Landivar, não ocorre abaulamento herniário.
- d) Presença de triângulo de Hessert é fator predisponente.
- e) Manobra de palpação digital do canal inguinal, via bolsa escrotal, é utilizada para diagnóstico diferencial com hérnia inguinal indireta.

2 Homem de 50 anos, com doença do refluxo esofágico e hérnia hiatal de 3 cm, moderadamente sintomático. Controla os sintomas com uso de inibidor de bomba protônica. No último controle endoscópico, verificou-se “esôfago de Barrett”, com extensão de 3 cm, confirmado no exame anatomopatológico com metaplasia intestinal. A conduta mais utilizada, nesse caso, é

- a) dobrar a dose do inibidor de bomba protônica.
- b) esofagectomia distal com interposição esôfago-gástrica com jejuno.
- c) cirurgia de Nissen videolaparoscópica e controle endoscópico anual.
- d) esofagectomia subtotal e reconstrução à Postlewait.
- e) ablação endoscópica da metaplasia intestinal.

3 Homem de 60 anos, fumante e etilista. Endoscopia digestiva alta solicitada para epigastralgia irregular, com achado de lesão plana de 1 cm, com superfície granulosa no esôfago distal; biópsia com exame anatomopatológico de carcinoma espinocelular; estadiamento com tomografia computadorizada de tórax/abdome-normal; ecoendoscopia com acometimento em profundidade até nível m2. Qual a conduta indicada nesse caso?

- a) Esofagectomia parcial distal.
- b) Esofagectomia subtotal e gastrectomia parcial radical em dois campos – via toracotomia.
- c) Esofagectomia subtotal e gastrectomia parcial – via transdiafragmática.
- d) Mucosectomia endoscópica.
- e) Radioterapia somente.

4 Homem de 50 anos, com hematêmese há 2h, fumante e alcoolista, hemodinamicamente estável. Endoscopia digestiva alta com achado de úlcera gástrica pré-pilórica, com sangramento discretamente ativo (Forrest I b); realizada hemostasia endoscópica; ressangramento após 48h. Qual a conduta mais indicada?

- a) Duplicação da dose de inibidor de bomba protônica endovenosa e reposição com concentrado de hemácias.
- b) Gastrectomia parcial.
- c) Gastrectomia parcial com vagotomia seletiva.
- d) Nova endoscopia.
- e) Gastrotomia e rafia ulcerosa hemostasiante.

5 Mulher de 50 anos, com índice de massa corpórea (IMC) 35 kg/m², diabetes *mellitus* tipo II e hipertensão arterial, com quadro de crises dolorosas de abdome superior há dois anos. Última crise há 15 dias, com icterícia/colúria. Atualmente, sem queixas e anictérica, com exames laboratoriais normais, com exceção de gama GT de 150 u. Ultrassom de abdome superior com fígado e pâncreas normais; vesícula biliar repleta de cálculos médios e pequenos; via biliar principal intra-hepática normal e hepato-colédoco com 9 mm de calibre. O ambiente médico/hospitalar oferece recursos

compatíveis com a tecnologia moderna para vias biliares. Qual a conduta formalmente NÃO indicada nesse caso?

- a) Tomografia computadorizada do abdome total.
- b) Colectomia laparotômica com colangiografia operatória.
- c) Colangiorrressonância magnética.
- d) Colectomia videolaparoscópica com colangiografia operatória.
- e) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

6 Homem, 70 anos, apresenta quadro de icterícia obstrutiva progressiva há um mês, com discreta dor abdominal alta. Padrão laboratorial de icterícia obstrutiva. Tomografia computadorizada de abdome total – massa com padrão neoplásico na parte cefálica pancreática, imagens de compressão/invasão englobando os vasos mesentéricos superiores. Biópsia por ecoendoscopia confirma adenocarcinoma. Qual a melhor conduta?

- a) Gastroduodenopancreatectomia.
- b) Cirurgia de Whipple-Traverso.
- c) Gastroduodenopancreatectomia com ressecção segmentar de vasos mesentéricos e reanastomose.
- d) Quimioterapia.
- e) Derivação biliar e gástrica.

7 Mulher de 25 anos, há três dias com dor abdominal vaga, difusa e, posteriormente, localizada no quadrante inferior direito e flanco, com piora progressiva. Somente náuseas e leve constipação intestinal no período. Ao exame físico: bom estado geral; temperatura axilar de 38 °C; abdome – plano, defesa na fossa ilíaca direita e descompressão brusca negativa; dor à palpação na região lateral à musculatura paravertebral direita e acima da crista ilíaca. Hemograma com 12000 leucócitos e Urina I com pequeno aumento de hemácias e leucócitos. Assinale a alternativa que indica a conduta CORRETA a ser tomada nesse caso.

- a) Iniciar antibioticoterapia para infecção do trato urinário.
- b) Indicar miniaparotomia (Babcock) de urgência.
- c) Solicitar ultrassonografia de abdome total de urgência.
- d) Indicar videolaparoscopia de urgência.
- e) Indicar laparotomia paramediana pararretal D.

8 Em relação ao câncer gástrico, assinale a afirmativa INCORRETA.

- a) No Brasil, está entre as três primeiras causas de câncer masculino e entre as cinco primeiras causas de câncer feminino.
- b) O sintoma mais frequente é dor epigástrica.
- c) Adenocarcinoma pouco diferenciado de 2 cm na pequena curvatura a 3 cm acima da incisura angularis determina a conduta de gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
- d) No Brasil, o diagnóstico é feito em fase tardia para a maioria dos pacientes.
- e) Gastrectomia com dissecação linfonodal tipo D2 é técnica padrão ouro e de comprovado sucesso no Ocidente.

9 Sobre a pancreatite crônica, assinale a afirmativa INCORRETA.

- a) Etiologia mais frequente é o etilismo.
- b) Níveis normais de amilase e lipase não afastam o seu diagnóstico.
- c) Tomografia computadorizada e ressonância magnética (com todas as fases) têm a mesma acuidade da colangiopancreatografia endoscópica, além de avaliar alterações do parênquima e complicações extrapancreáticas.

- d) A drenagem percutânea do pseudocisto é a melhor resolução.
- e) Cirurgias mais realizadas: Partington/Rochelle, derivações biliares, duodenopancreatectomia cefálica e Frey.

10 Em relação ao câncer de pâncreas, assinale a afirmativa INCORRETA.

- a) Na maior parte dos casos, tem origem nos ductos pancreáticos e é adenocarcinoma.
- b) O risco de fístula pancreática pós-operatória independe do diâmetro do ducto pancreático e da textura do tecido suturado.
- c) O nível de marcador tumoral CA 19-9 apresenta correlação com o diagnóstico de malignidade e com sua resposta ao tratamento na maioria dos casos.
- d) A tomografia computadorizada do abdome tem acurácia de 80-90% para ressecabilidade. As imagens de tomografia que contraindicam ressecção são: metástase hepática, peritonal ou de outros órgãos, linfonodal a distância, invasão de veia mesentérica/porta com mais de 2 cm ou 50% de circunferência, artéria mesentérica, artéria hepática ou tronco celíaco.
- e) A ultrassonografia endoscópica pode ser realizada após a tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética, e apresenta algumas vantagens adicionais.

Dados para as questões 11, 12 e 13.

Paciente masculino, 25 anos, ingeriu NaOH, sendo encontrado desmaiado e com liberação dos esfínteres. Foi encaminhado ao serviço de emergência. Na admissão, observa-se um paciente com rebaixamento do seu nível de consciência, respondendo a estímulos verbais e dolorosos. Apresenta momentos de agitação. Ao exame físico, apresenta-se choroso, com movimentos oculares ritmados, com queimadura nos lábios e na cavidade oral, roncospiratórios de transmissão, estridor laríngeo, taquipneico e com batimento de asas de nariz. Apresentava desconforto abdominal à palpação profunda no epigástrio. Pressão arterial: 100/70 Hmg, Frequência cardíaca: 110 bpm, saturação de oxigênio: 88.

11 Considerando o quadro clínico apresentado, qual tratamento deve ser iniciado?

- a) Administração de ansiolítico, pois o paciente apresenta um distúrbio neuro-vegetativo agudo.
- b) Passagem de sonda naso-gástrica, para possibilitar a lavagem exaustiva do estômago com SF 0,9%.
- c) Manutenção da via aérea.
- d) Passagem de sonda naso-gástrica, para possibilitar a drenagem gástrica do conteúdo ingerido.
- e) Passagem de cateter de oxigênio, diurético de alça e corticosteroide em bolo.

12 O paciente em questão apresentou piora da dor abdominal. No prosseguimento do atendimento, qual(is) exame(s) deve(m) ser solicitado(s) para avaliar os danos causados pela ingestão do NaOH?

- a) Tomografia computadorizada multislice de abdome superior e pelve, com contraste oral e intravenoso.
- b) Endoscopia digestiva alta com biópsia dirigida.
- c) Radiografia simples de abdômen e de tórax em pósterioanterior e perfil.
- d) Realização de gasometria arterial seriada.
- e) Dosagem de cpk, ck-mb e troponina, como fatores de lesão tecidual grave.

13 No acompanhamento do presente caso, o paciente tem uma piora clínica importante, cursando com dispnéia franca, dor torácica associada a enfisema subcutâneo cervical, distensão e dor abdominal aguda. Qual procedimento deve ser empregado frente a essa situação?

- a) Emprego de aminofilina 1mg/kg IV em bolo, analgésicos, antibióticos de largo espectro, flebocortid 4 g IV em bomba de infusão e máscara de Venturi.
- b) Endoscopia digestiva alta e tratamento cirúrgico.
- c) Utilização de derivados da morfina frente ao quadro doloroso.
- d) Passagem de sonda naso-entérica para nutrição enteral prolongada e analgésicos.
- e) Antibioticoterapia e observação.

Dados para as questões 14 e 15.

Paciente de 45 anos, masculino, referindo desconforto abdominal no hipogástrio, há cinco anos, associado a alterações no ritmo intestinal, tendo diarreia, por vezes associada a raias de sangue, com piora clínica há cerca de dois dias. Apresentou febre e exacerbação do quadro álgico, parada na eliminação de fezes e tumoração dolorosa na transição entre a região inguinal e a fossa ilíaca esquerda. Ao exame físico, percebe-se, na área dolorosa, além da tumoração, hiperemia e hipertermia local.

14 Qual o procedimento a ser adotado?

- a) Calor local, antibiótico de espectro para bactérias cutâneas e drenagem linfática.
- b) Drenagem cirúrgica e tomografia computadorizada abdominal e pélvica.
- c) Enema opaco.
- d) Inguinografia contrastada para o diagnóstico de hérnia inguinal estrangulada.
- e) Colonoscopia para o diagnóstico de diverticulite aguda do cólon.

15 Esse paciente tem, como diagnóstico provável,

- a) diverticulite de sigmoide estágio Hinchey I.
- b) hérnia inguinal estrangulada de Grynfelt.
- c) diverticulite de sigmoide estágio Hinchey II.
- d) hérnia inguinal encarcerada de Grynfelt.
- e) diverticulite de sigmoide estágio Hinchey III.

16 Paciente masculino, 32 anos, submetido, há dois meses, a uma ressecção gástrica de urgência devido à úlcera péptica hemorrágica, apresentou um quadro clínico compatível com *dumping* precoce. Sobre o *dumping* precoce, podemos afirmar que

- a) ocorre em até 25% dos pacientes gastrectomizados, sendo mais frequente do que o *dumping* tardio.
- b) ocorre, frequentemente, pela passagem lenta do quimo para o intestino delgado.
- c) está, frequentemente, associado às reconstruções a Y de Roux.
- d) apresenta um quadro clínico que pode ser controlado com a modificação da dieta, utilizando-se refeições ricas em carboidratos.
- e) envolve a conversão da cirurgia de Y de Roux em Billroth II, quando a abordagem cirúrgica é indicada.

17 Sobre a doença hemorroidária, podemos afirmar que

- a) durante a gestação, há contraindicação formal para a realização de hemorroidectomia.
- b) em pacientes portadores de hipertensão portal, a hemorroidectomia deve ser contraindicada.
- c) a hemorroidectomia é relativamente segura em pacientes portadores de doença de Crohn, mesmo na fase ativa da doença.

- d) a hemorroidectomia é relativamente segura em pacientes portadores de colite ulcerativa.
e) a principal preocupação da hemorroidectomia em pacientes HIV positivo está relacionada ao período de abstinência sexual anal.

18 Como complicação imediata pós-operatória relacionada ao transplante de fígado, NÃO temos

- a) hemorragia intra-abdominal.
b) trombose da artéria hepática.
c) disfunção primária do enxerto.
d) pancreatite aguda.
e) estenose de anastomose bileodigestiva.

19 Na fisiopatogenia da hipertensão portal, a elevação da resistência ao fluxo sanguíneo ocorre, EXCETO, nas situações de

- a) trombose de veia porta.
b) fibrose hepática congênita.
c) hemocromatose.
d) fístula arterioportal.
e) cirrose biliar primária.

20 Em pacientes portadores de hérnia inguinal, NÃO devemos considerar o emprego da prótese de polipropileno, quando aplicamos a classificação de Nyhus, na seguinte situação:

- a) hérnia inguinal Nyhus IIIb.
b) hérnia inguinal Nyhus IIIa.
c) hérnia inguinal Nyhus I.
d) hérnia inguinal Nyhus IVa.
e) hérnia inguinal Nyhus IVb.

21 Paciente, 68 anos, apresenta-se icterico e os exames iniciais são compatíveis com a obstrução do fluxo biliar. O clínico solicita que se realize uma colangiografia transparieto-hepática. Após avaliar o caso, o exame é contraindicado, EXCETO, porque

- a) o paciente apresenta ascite de grande volume.
b) o paciente não é colaborativo.
c) o paciente é portador de coagulopatia incorrigível.
d) a complicação resultante do procedimento varia de 3,5 a 10%.
e) o paciente desenvolve peritonite biliar em 30 a 40%.

22 Paciente feminino, 45 anos, tabagista, diabética, obesidade grau I, com histórico de colelitíase sintomática associada à icterica +/-, tendo sido internada há três meses com pancreatite aguda. Refere que a mãe faleceu devido a tumor na vesícula biliar. Apresenta um exame de ultrassonografia abdominal com presença de microcálculos vesiculares e dilatação da via biliar extra e intra-hepática. Considerando o histórico da paciente, qual fator pode ser considerado como o de menor importância para a realização de colangiografia intraoperatória?

- a) Paciente diabética e com obesidade de grau I.
b) Presença de colelitíase sintomática.
c) Histórico recente de pancreatite aguda.
d) Exame ultrassonográfico demonstrando microcálculos na vesícula biliar.
e) Exame clínico evidenciando um quadro icterico.

23 Durante a realização de colecistectomia videolaparoscópica, uma paciente de 48 anos apresenta alterações cardiocirculatórias decorrentes do pneumoperitoneo, que pode ser explicado, EXCETO, por

- a) diminuição do débito cardíaco, devido à diminuição do retorno venoso ao aumento do pós-carga e à diminuição da contratilidade miocárdica.
- b) diminuição do fluxo visceral, devido ao aumento da pressão intra-abdominal e à diminuição do débito cardíaco.
- c) arritmia cardíaca, devido à reação vasovagal, hipocarbica, hipóxica e liberação de catecolaminas.
- d) hipotensão arterial sistêmica, devido à compressão da veia cava e à diminuição do retorno venoso.
- e) hipertensão arterial sistêmica, devido à liberação simpática com hipercarbica e à diminuição do retorno venoso.

24 Paciente feminina é admitida com prolapso retal. Qual(is) dos fatores NÃO está(ão) relacionados(s) a essa doença?

- a) Hábito intestinal inadequado/constipação intestinal.
- b) Cólon sigmoide e reto redundantes.
- c) Fixação inadequada do reto ao sacro.
- d) Relação sexual anal habitual.
- e) Procedimentos cirúrgicos orificiais prévios.

25 Quais são os sinais clínicos da oclusão arterial aguda do membro inferior?

- a) Dor, edema de panturrilha e coloração violácea do membro, além de dorsiflexão dolorosa do pé, são achados característicos.
- b) Dor, diminuição da temperatura, palidez do membro e ausência de pulsos distais são achados característicos.
- c) Dor, hiperemia, cianose, presença de pulsos distais e pé caído são achados característicos.
- d) Dor, lesão trófica nos pododactilos, palidez do membro e presença dos pulsos distais são achados característicos.
- e) Pé caído, insuficiência renal, presença de pulsos distais e edema de panturrilha são achados característicos.

26 Sobre as principais indicações para a realização do TIPS (*shunt* portossistêmico intra-hepático) na hemorragia digestiva, assinale a alternativa que apresenta a afirmação INCORRETA.

- a) Sangramento agudo não responsivo à terapêutica clínica e/ou endoscópica ou com ligadura elástica por endoscopia.
- b) Ascite refratária.
- c) Úlcera gástrica com classificação de Forrest IA.
- d) Hidrotórax hepático refratário.
- e) Síndrome de Budd-Chiari.

27 Quanto às técnicas utilizadas em reconstruções de superfície cutânea, podemos afirmar que

- a) os enxertos são a opção mais adequada quando há necessidade de cobertura de feixes vasculo-nervosos.
- b) os retalhos sofrem maior retração cicatricial do que os enxertos.

- c) os retalhos apresentam suprimento vascular próprio e devem ser indicados para cobertura de estruturas nobres.
- d) o leito receptor é o fator mais importante para a sobrevivência de um retalho.
- e) na face, é preferível a utilização de enxertos, porque os procedimentos de enxertia tendem a ser mais simples e menos invasivos do que o de retalhos.

28 Paciente de 32 anos, 80 kg, masculino, sofreu queimadura por meio da incineração das vestes, acidente ocorrido utilizando álcool etílico. Dá entrada à sala de emergência, está consciente (Escala de Glasgow=15) e respondendo às perguntas sem dificuldades respiratórias aparentes. Durante a avaliação, foram identificadas queimaduras no tórax anterior, nos membros superiores, no pescoço anterior e na face, o que totalizava 20% de queimaduras de primeiro grau, 10% de segundo grau e 5% de terceiro grau. Quanto a esse atendimento, podemos afirmar que

- a) segundo a fórmula de reposição volêmica de Parkland (4 ml/kg/superfície corpórea queimada), deve-se repor 11.200 ml nas primeiras 24h (e a metade deverá ser administrada nas primeiras 8h).
- b) como o paciente não sofreu outros tipos de traumatismo, pode-se dispensar a sequência de atendimento preconizada pelo ATLS (suporte avançado de vida no trauma).
- c) como a porcentagem de queimadura de terceiro grau foi pequena, provavelmente não haverá necessidade de internação.
- d) mesmo que o paciente esteja sem dificuldade para falar ou respirar, devemos considerar a hipótese de queimadura nas vias aéreas superiores.
- e) mesmo que a vacina antitetânica esteja vencida, não há necessidade de reforço, pois o paciente não sofreu ferimentos de risco para tétano, e a vacina poderia causar queda de imunidade.

29 Em relação aos tumores malignos da laringe, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Os tumores localizados na glote têm o melhor prognóstico.
- b) A principal via de disseminação desses tumores é linfática para os linfonodos cervicais.
- c) O tratamento conservador, com associação de radio e quimioterapia, pode ser indicado quando a função da laringe está preservada e não há invasão das cartilagens.
- d) A presença de metástase pulmonar não é contraindicação para a realização de laringectomia total.
- e) Fístulas salivares pós-operatórias são frequentes, mas geralmente tratadas com conduta conservadora.

30 Em relação aos tumores malignos da glândula tireoide, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) O carcinoma papilífero é o mais frequente.
- b) A incidência aumentou significativamente na última década.
- c) Nos carcinomas bem diferenciados, a idade é um importante fator prognóstico.
- d) O carcinoma medular pode ser familiar.
- e) Após a tireoidectomia, o tratamento adjuvante com Iodo 131 deve ser indicado em todos os casos.

31 Na hiperatividade vesical, qual opção terapêutica NÃO é indicada?

- a) Anticolinérgicos.
- b) Agonistas beta 3.
- c) Bloqueadores dos canais de cálcio.
- d) Toxina botulínica.
- e) Neuromodulação sacral.

32 Sobre o prolapso genital, é INCORRETO afirmar que

- a) a multiparidade é fator relacionado ao desenvolvimento desse tipo de prolapso.
- b) a associação de incontinência urinária oculta pelo prolapso é possível.
- c) doenças do colágeno, tal como a síndrome de Marfan ou a síndrome de Ehler-Danlos, podem explicar o prolapso genital em nulíparas.
- d) as doenças pulmonares obstrutivas crônicas podem aumentar a recidiva pós-cirúrgica.
- e) o uso das telas de polipropileno na correção cirúrgica apresenta excelentes resultados, com baixo índice de complicações.

33 Sobre o trauma renal, NÃO se pode afirmar que

- a) a conduta conservadora é a melhor opção terapêutica nos traumas de rim, independentemente do grau da lesão.
- b) lesões renais graus IV e V são melhores conduzidas por meio de tratamento endovascular ou cirúrgico.
- c) a ausência de hematúria macroscópica não exclui trauma renal grave.
- d) a condição hemodinâmica do paciente com trauma renal é o que define a indicação de investigação ou cirurgia imediata.
- e) no paciente cirúrgico para o qual não foi possível realizar tomografia computadorizada prévia, a urografia excretora transoperatória contribui efetivamente para decidir sobre a exploração renal.

34 Podemos afirmar, em relação à fratura de pênis, EXCETO, que

- a) o risco de associação com lesão de uretra é mínimo.
- b) a cavernosografia pode ajudar tanto na localização da fratura como no diagnóstico diferencial com lesão da veia dorsal do pênis.
- c) a rafia precoce da túnica albugínea diminui o risco de curvatura peniana tardia.
- d) o hematoma pode estar restrito ao pênis, mas pode propagar-se até o escroto.
- e) a presença de hematúria pode estar presente quando houver associação com lesão de uretra.

35 A qual doença o priapismo está principalmente associado?

- a) Esclerose múltipla.
- b) Leucemia.
- c) Doença de Parkinson.
- d) Diabetes.
- e) Anemia falciforme.

36 Menino de quatro anos, com história familiar de litíase por oxalato de cálcio e portador de cálculo de 12 mm na pelve renal direita, sem hidronefrose. Qual seria a abordagem de primeira linha em relação a esse cálculo?

- a) Abordagem por lombotomia posterior e pielolitotomia.
- b) Ureteroscopia, após colocação de *stent* para dilatar o ureter.
- c) Litotripsia extracorpórea por ondas de choque, após colocação de *stent*.
- d) Nefrolitotomia percutânea.
- e) Litotripsia extracorpórea por ondas de choque.

37 Qual tipo de cálculo urinário é mais frequente durante a gestação?

- a) Oxalato de cálcio.
- b) Fosfato de cálcio.
- c) Cistina.
- d) Ácido úrico.
- e) Carbonato de cálcio.

38 Assinale a alternativa que apresenta uma afirmação INCORRETA sobre o HPV.

- a) É o segundo maior cancerígeno humano.
- b) A vacinação quadrivalente para o HPV é sempre administrada em dose única.
- c) Uma das opções para o tratamento de lesão genital do HPV é a crioterapia.
- d) Os tipos de HPV 16 e 18 são considerados de alto risco oncogênico.
- e) Não há necessidade de realizar exame prévio para detecção do HPV antes da vacinação para os homens que, eventualmente, já tenham iniciado sua vida sexual.

39 Quanto ao Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM), assinale a alternativa que apresenta uma afirmação INCORRETA.

- a) A terapia de reposição de testosterona (TRT) pode levar à azoospermia definitiva ou transitória.
- b) A TRT não deve ser realizada em homens com neoplasia prostática em tratamento.
- c) A presença de câncer de mama no homem é contraindicação absoluta para a TRT.
- d) Todo homem deve realizar, obrigatoriamente, biópsia prostática antes de iniciar a TRT.
- e) A maior parte da testosterona circulante encontra-se ligada à albumina sérica.

40 As artérias renais, tipicamente, bifurcam-se a partir da aorta abdominal na altura

- a) do corpo da 12ª vértebra torácica.
- b) do primeiro corpo da vértebra lombar.
- c) do segundo corpo da vértebra lombar.
- d) do quarto corpo da vértebra lombar.
- e) do terceiro corpo da vértebra lombar.

RASCUNHO - GABARITO

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