

Concurso UERJ 2021

TUS Medicina

ONCOLOGIA (104)

PROIBIDO FOLHEAR ESTE CADERNO ANTES DA AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PROVA

Além deste caderno de **60** questões, você recebeu:

- um cartão-resposta personalizado com questões de múltipla escolha com quatro alternativas.

Duração máxima da prova: **3 horas**

Autorização para deixar o local de prova: **após 1 hora** do início da prova

INSTRUÇÕES DA PROVA OBJETIVA

- 1) Na mesa, são permitidos apenas este caderno, o cartão-resposta e a caneta esferográfica transparente de tinta preta ou azul. Demais pertences devem estar devidamente guardados embaixo da carteira.
- 2) Terminada a prova, entregue este caderno e o cartão-resposta ao fiscal de sala.
- 3) Os três últimos candidatos somente poderão deixar a sala juntos, até que o último entregue a prova. Os três deverão assinar a ata de sala, atestando a idoneidade e a regularidade da finalização da prova.

NO CARTÃO-RESPOSTA:

- 4) Confira os seus dados pessoais, número de inscrição e cargo/programa escolhido.
- 5) Assine e transcreva a frase assim que o receber (cartões entregues sem a assinatura e/ou sem a transcrição da frase **NÃO** serão corrigidos).
- 6) Marque a alternativa correta de acordo com a ilustração instrutiva (a bolinha deve estar completamente preenchida, caso contrário sua resposta poderá não ser computada. Somente as respostas nele assinaladas serão objeto de correção).

Atenção: Por motivo de segurança, o candidato **NÃO** poderá anotar seu gabarito em nenhum outro local que não seja seu cartão-resposta.

NO CADERNO DE QUESTÕES:

- 7) Verifique, somente após autorização do início da prova, a numeração das questões e das páginas (havendo irregularidade no material, comunique ao fiscal de sala).
- 8) Não arranque, destaque ou rasgue nenhuma folha ou parte dela.

Atenção: Por motivo de segurança, este caderno **NÃO** poderá ser levado pelo candidato em nenhum momento.

Todos os casos e nomes utilizados nas provas do CEPUERJ são fictícios.

ORGANIZADOR



LÍNGUA PORTUGUESA**Escrever**

Joaquim Ferreira dos Santos

A estudante perguntou como era essa coisa de escrever. Eu fiz o gênero fofo. Moleza, disse.

Primeiro, evite estes coloquialismos de “fofo” e “moleza”, passe longe das gírias ainda não dicionarizadas e de tudo que soe mais falado do que escrito. Isto aqui não é rádio FM. De vez em quando, para não acharem que você mora trancado com o Domingos Paschoal Cegalla ou outro gramático de chicote, aplique uma gíria como se fosse um piparote de leve no cangote do texto, mas, em geral, evite. Fuja dessas rimas bobinhas, desses motes sonoros. O leitor pode se achar diante de um rapper frustrado e dar cambalhotas. Mas, atenção, se soar muito escrito, reescreva.

Quando quiser aplicar um “mas”, tome fôlego, ligue para o 0800 do Instituto Fernando Pessoa, peça autorização ao bispo de plantão e, por favor, volte atrás. É um cacoete facilitador.

Dele deve ter vindo a expressão “cheio de mas-mas”, ou seja, uma pessoa cheia de “não é bem assim”, uma chata que usa o truque de afirmar e depois, como se fosse estilo, obtemperar.

Não tergiverse, não diga palavras complicadas, não escreva nas entrelinhas. Seja acima de tudo afirmativo, reto no assunto. [...]

[...]

Sempre cabe uma linha a menos no texto, é o efeito REXONA aplicado na axila gramatical. Evite metáforas complicadas, passe por cima de expressões como “em geral”, como está no primeiro parágrafo, pois elas têm a mesma função do paralelepípedo dos parênteses, dos travessões. Chute para fora da página tudo mais que faça as pessoas tropeçarem na leitura ou darem aquela ré em busca do verdadeiro sentido da frase que passou.

Deixe tudo em pratos limpos, sem tamanho lugar-comum. Ouça a voz do flanelinha semântico gritando a chave para o bom texto. “Deixa solto”.

É mais ou menos por aí, eu disse para a menina que me perguntou como é essa coisa de escrever.

Para sinalizar o trânsito das ideias, use apenas o ponto e vírgula, nunca juntos. Faça com que o primeiro chegue logo, e a outra apareça o mínimo possível. Vista Hemingway, só frases curtas. Ouça João Cabral, nada de perfumar a rosa com adjetivos.

Mergulhe Rubem Braga, palavras, de preferência de até três sílabas. “Pormenorizada”, vista de cima, é um palavrão absurdo. Dispense, sem pormenores.

O texto deve correr sem obstáculos, interjeições, dois pontos, reticências e sinais que só confundem os passageiros que quer chegar ao ponto final. Cuidado com o “que quer” da frase anterior, pois da plateia um gaiato pode ecoar um “quequerequê” e estará coberto de razão. A propósito, eu disse para a menina, perca a razão quando lhe aparecer um clichê desses pela frente.

Você já se livrou do “mas”, agora vai cuidar do “que” e em breve ficará livre da tentação de sofisticar o texto com uma expressão estrangeira. É *out*. Escreva em português. Aproveite e diga ao

35 diagramador para colocar o título da matéria na horizontal e não de cabeça para baixo, como está na moda, como se estivesse em um jornal japonês.

Pode-se escrever baixinho, como faz o Verissimo, que ouviu muito Mario Reis para chegar àquela perfeição de texto de câmara. Outra opção é desabafar pelos cinco mil alto-falantes o que vai na pena da alma, como faz o Xico Sá, que aprendeu a escrever com o Waldick Soriano. Escreva com a sonoridade que lhe aprouver, nunca com cacófatoss assim ou verbos que façam o leitor perguntar para o vizinho do lado que maluquice é essa de “aprouver”. Fuja da voz passiva, da forma negativa, do gerundismo e principalmente da voz dos outros. Se falo fino, se falo grosso, ninguém tem nada com isso. [...]

40 De vez em quando, abra um parágrafo para o leitor respirar. Alguns deles têm a mania de pegar o bonde no meio do caminho e, com mais parágrafos abertos, mais possibilidades de ele embarcar na viagem que o texto oferece. Escrever é dar carona. Eu disse isso e outro tanto do mesmo para a menina. Jamais afirmei, jamais expliquei, jamais contei ou usei qualquer outro verbo de carregaçãoda frase que não fosse o dizer. Evitei também qualquer advérbio em seguida, como “enfaticamente”, “seriamente”, “bem-humoradamente”. Antes do ponto final, eu disse para a menina que tantas regras, e outras a serem ditas num próximo encontro, serviam apenas de lençol. Elas forram o texto, deixam 50 limpo e dão conforto. Escrever é desarrumar a cama.

Fonte: adaptado por Augusto Nunes Revista Veja, 31 de julho de 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/augusto-nunes/8220-escrever-8221-um-texto-de-joaquim-ferreira-dos-santos/>

Com base no Texto, responda às questões de números 1 a 5.

1) No texto, Joaquim Ferreira dos Santos apresenta algumas orientações sobre como escrever. A partir da leitura do texto, afirma-se que o autor defende o(a):

- a) olhar minimalista sobre o texto, com o objetivo de promover a compreensão da mensagem com foco no leitor e no perfil que ele apresenta
- b) impacto da escrita como forma de se perceber o estilo do autor, de modo a dar ao texto clareza com detalhamentos que auxiliem a leitura
- c) noção de que o texto precisa ser prolixo, com marcas discursivas definidas, para que o leitor compreenda a mensagem
- d) ideia de uma escrita objetiva, com clareza, sem entraves que possam comprometer ou impedir o entendimento do texto

2) O texto traz, em sua estrutura, várias metáforas. O fragmento em que se percebe um exemplo de metáfora está em:

- a) “Escrever é desarrumar a cama.” (L. 50)
- b) “Fuja da voz passiva, da forma negativa...” (L. 40)
- c) “... um ‘quequerequé’ e estará coberto de razão.” (L. 30)
- d) “... passe longe das gírias ainda não dicionarizadas...” (L. 2-3)

3) “Não tergiverse, não diga palavras complicadas, não escreva nas entrelinhas.” (L. 12). O verbo sublinhado pode ser substituído, sem prejuízo de sentido, por:

- a) argumente
- b) explique
- c) critique
- d) escape

4) Nos fragmentos a seguir, há correspondência entre a conjunção e o seu respectivo valor semântico em:

- a) “Se falo fino, se falo grosso, ninguém tem nada com isso.” (L. 41-42) / valor semântico de concessão
- b) “... perca a razão quando lhe aparecer um clichê desses pela frente.” (L. 31) / valor semântico de tempo
- c) “Aproveite e diga ao diagramador para colocar o título da matéria na horizontal...” (L. 33-34) / valor semântico de finalidade
- d) “... passe por cima de expressões como ‘em geral’, como está no primeiro parágrafo...” (L. 15-16) / valor semântico de proporção

5) No 12º parágrafo do texto, o autor faz uma observação sobre estrangeirismos na escrita. Nesse contexto, Joaquim Ferreira dos Santos utilizou, para construir a crítica, um recurso linguístico denominado:

- a) ironia
- b) hipérbato
- c) aliteração
- d) metonímia

LEGISLAÇÃO

6) Consoante disposição contida na Constituição do Estado do Rio de Janeiro, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) é organizada sob forma de:

- a) sociedade civil sem fins lucrativos, gozando de autonomia didático-científica e administrativa, para o exercício de suas funções de ensino, pesquisa e extensão
- b) fundação de direito público, gozando de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial para o exercício de suas funções de ensino, pesquisa e extensão
- c) fundação de direito público, gozando de autonomia didático-científica e administrativa, para o exercício de suas funções de ensino, pesquisa e extensão, sendo, no entanto, financeiramente dependente do estado
- d) sociedade civil sem fins lucrativos, gozando de autonomia didático-científica e administrativa, para o exercício de suas funções de ensino, pesquisa e extensão, sendo, no entanto, financeiramente dependente do estado

7) Segundo o Estatuto dos Servidores Públicos Cíveis do Estado do Rio de Janeiro (decreto-lei nº 220/75), entre as hipóteses previstas de aplicação da pena de demissão, está a caracterização de abandono de cargo. Nos termos da legislação mencionada e para os fins exclusivamente disciplinares, considera-se abandono de cargo a ausência ao serviço sem justa causa, por:

- a) 10 dias consecutivos
- b) 30 dias consecutivos
- c) 60 dias, interpoladamente, durante o período de 12 meses
- d) 20 dias consecutivos ou 30 dias, interpoladamente, ainda que apresentada justa causa

8) Considerando a publicação da nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos (nº 14.133/2021), a lei nº 8.666/1993, que regulamentava o tema, fica:

- a) totalmente revogada, a partir da data de publicação da nova lei
- b) totalmente revogada, após decorridos dois anos da publicação da nova lei
- c) parcialmente revogada, mantidas em vigor as disposições relativas a crimes, penas, processos e procedimentos judiciais pelo período de dois anos após a publicação da nova lei
- d) parcialmente revogada quanto às disposições relativas a crimes, penas, processos e procedimentos judiciais, mantendo-se as demais previsões pelo período de dois anos, contados da publicação da nova lei

9) Regulamentando os termos do artigo 37, §4º da Constituição Federal, a lei federal nº 8.429/92 constituiu importante marco no país em defesa da probidade na atuação de agentes públicos. Esta lei caracteriza como atos de improbidade administrativa os atos administrativos, as condutas dolosas ou culposas, sejam elas omissivas ou comissivas, que importem em enriquecimento ilícito, gerem prejuízo ao erário público ou atentem contra os princípios da Administração Pública. Assim, nos termos expressos da lei federal nº 8.429, a aplicação das sanções:

- a) depende da não aprovação das contas pelo órgão de controle interno ou pelo Tribunal ou Conselho de Contas
- b) independe da aprovação ou rejeição das contas pelo órgão de controle interno ou pelo Tribunal ou Conselho de Contas
- c) independe da efetiva ocorrência de dano ao patrimônio público, mesmo se tratando de aplicação de pena de ressarcimento
- d) depende da decisão final de órgão de controle interno ou Tribunal ou Conselho de Contas que venha rejeitar as contas apresentadas

10) Segundo orientação contida na Lei de Acesso à Informação (lei federal nº 12.527/2011), informações pessoais, relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem poderão ter autorizada sua divulgação ou acesso por terceiros, diante de previsão legal ou consentimento expresso da pessoa a quem se referirem, sendo dispensado o referido consentimento quando as informações forem necessárias à(ao):

- a) proteção de direitos patrimoniais
- b) ajuizamento de processos judiciais
- c) prevenção e diagnóstico médico, quando a pessoa estiver física ou legalmente incapaz, e para utilização única e exclusivamente para o tratamento médico
- d) realização de estatísticas e pesquisas científicas de evidente interesse público ou geral, previstos em lei, permitindo-se a identificação da pessoa a quem as informações se referirem

SUS

11) As chamadas portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) se constituem de serviços que ofertam atendimento inicial à saúde do usuário. Os serviços do SUS considerados como porta de entrada são os(as):

- a) unidades básicas e de atenção psicossocial
- b) serviços de urgência e de vigilância em saúde
- c) serviços de emergência e de atenção hospitalar
- d) unidades ambulatoriais especializadas e os consultórios comunitários

12) A importância histórica da VIII Conferência Nacional de Saúde no desenvolvimento do SUS no Brasil deve-se ao fato de que ela:

- a) implementou e consolidou os princípios e diretrizes do SUS
- b) regulamentou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
- c) elaborou a Lei Orgânica da Saúde e a Norma Operacional Básica do SUS
- d) inaugurou uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde

13) A tomada de decisão clínica baseada em evidências é considerada ferramenta essencial para uma prática clínica ética e resolutiva aos usuários do SUS. A qualidade (níveis de evidência) é definida a partir do tipo de estudo que baseou as recomendações. A análise da metodologia dos estudos pode qualificar o nível de evidência de seus resultados. Na avaliação metodológica desses estudos, considera-se critério de qualidade da evidência nível A os:

- a) estudos baseados em desfechos intermediários e multicêntricos
- b) ensaios clínicos baseados em grupos paralelos com controles adequados
- c) estudos observacionais, quando relatam benefício em delineamento sem viés
- d) ensaios em que a evidência se relaciona a uma população diferente da estudada

14) Um gestor resolve privilegiar a implantação de Unidades de Saúde da Família em áreas de menor índice de desenvolvimento humano (IDH) e determina que a quantidade de equipes básicas, bem como o acesso a equipamentos de saúde nas diferentes áreas devem ser orientados pelos indicadores socioeconômicos e epidemiológicos da população adscrita. Essa decisão do gestor visa promover o conceito do SUS de:

- a) equidade
- b) integralidade
- c) regionalização
- d) controle social

15) Durante uma consulta, homem de 73 anos, hipertenso, diabético, obeso e sedentário relata que sente-se muito sozinho. Ele é solteiro, sem filhos e está aposentado. Na última consulta, apresentou PA = 150 x 90mmHg, G = 197mg/dL e HgA1c = 8,4%. Refere uso regular de medicações, mas comenta que toma muitos remédios. Entre as possibilidades de intervenção no cuidado, o que está relacionado a uma melhor resposta terapêutica é:

- a) agendar consultas de curta duração e com periodicidade programada semestralmente
- b) adotar o modelo educativo padronizado para hipertensos e diabéticos para melhor controle
- c) abordar o paciente de forma aberta, facilitadora e sem julgamento para avaliar a não adesão
- d) adicionar novas drogas e fracionar em várias doses para melhor controle da hipertensão e diabetes

16) O método clínico centrado na pessoa é uma das ferramentas mais utilizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) durante a consulta ambulatorial. Sobre esse método, é correto afirmar que:

- a) a doença é explicada por desvios das variáveis biológicas individuais
- b) mostra melhores desfechos em situações clínicas de baixo risco e pouca complexidade
- c) apresenta melhores resultados no controle das doenças crônicas, mas as consultas são mais longas
- d) engloba e sistematiza os diversos aspectos positivos das diferentes formas de abordagem aos problemas de saúde

17) Mulher de 34 anos, viúva, com 3 filhos, procura atendimento na APS queixando-se de aperto no peito e palpitação. Pede para fazer um ecocardiograma porque acredita estar infartando. Após exame físico completo, o médico que já a acompanha há algum tempo, e conhece suas crises frequentes de ansiedade por problemas familiares, explica-lhe que não há necessidade de realizar exames nesse momento e marca nova consulta para acompanhar a evolução do quadro. Essa conduta baseia-se no:

- a) conceito da Prevenção Quaternária
- b) gerenciamento de recursos em saúde
- c) planejamento de prioridades do SISREG
- d) último *update* sobre doença-cardiovascular

18) Os cuidados preventivos são fundamentais para a prática clínica na Atenção Primária. Analise as seguintes práticas:

- I. Usar um teste de rastreamento e diagnóstico seguido por tratamento;
- II. Usar estratégias de tratamento que limitem consequências adversas da doença;
- III. Eliminar fatores de risco, remover causas e realizar campanhas de vacinação;
- IV. Otimizar os recursos em saúde e legitimar o potencial terapêutico da demora permitida.

Em relação ao nível de prevenção, essas práticas são classificadas, respectivamente, como:

- a) primária, secundária, terciária e quaternária
- b) primária, quaternária, terciária e secundária
- c) secundária, terciária, primária e quaternária
- d) secundária, quaternária, primária e terciária

19) Homem de 59 anos, obeso, relata hipertensão arterial há mais de cinco anos sem qualquer acompanhamento médico nesse período. No momento, está assintomático. Em relação ao manejo e acompanhamento das doenças crônicas na APS, é correto afirmar que:

- a) é essencial iniciar o tratamento precoce e encaminhar para uma clínica especializada
- b) é importante garantir o acesso, o acompanhamento longitudinal, integral, e estimular o autocuidado
- c) deve-se intervir de maneira agressiva, mas com o envolvimento dos familiares no cuidado do paciente
- d) deve-se solicitar exames para avaliação das complicações cardiovasculares e garantir a coordenação do cuidado

20) Para introduzir um programa de rastreamento em uma população, em relação às características da doença, do teste e da população rastreada, devem ser observados os seguintes critérios, respectivamente:

- a) estágio inicial da doença / teste com valor preditivo positivo / disponibilidade da pessoa em aderir à sequência de investigação e tratamento
- b) período assintomático da doença / teste específico para detectar falsos negativos / prevalência alta na população
- c) melhora dos desfechos com o tratamento precoce / teste com alta acurácia / incidência alta na população
- d) impacto significativo na saúde pública / teste altamente sensível / cuidado médico acessível à população

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

21) Mulher de 60 anos tem diagnóstico de tumor do tipo adenocarcinoma de ovário avançado e BRCAm. Está em uso de niraparibe como tratamento de manutenção. Os efeitos adversos mais comuns, nesse caso, são:

- a) fadiga, anemia, aumento das transaminases e leucopenia
- b) trombocitopenia, anemia, neutropenia e hipertensão
- c) trombocitopenia, fadiga, injúria renal e hipertensão
- d) constipação, mialgia, tosse e leucopenia

22) Homem de 65 anos – tabagista de 60 maços/ano, com história de pai falecido aos 45 anos – com neoplasia maligna de pulmão, apresenta achado incidental de nódulo sólido de 7mm no maior diâmetro em lobo inferior direito (LID) de hemitórax esquerdo na tomografia computadorizada (TC) de tórax. Não apresenta outros achados ou sintomas relevantes. Na sequência diagnóstica, sugere-se realizar TC de controle:

- a) em 3 meses, Pet-Scan ou biópsia da lesão
- b) em 3 meses; se a lesão estiver estável, repetir imagem em 12 meses
- c) entre 6 a 12 meses; se a lesão estiver estável, repetir entre 18 a 24 meses
- d) em 12 meses; se a lesão estiver estável, seguir *follow up* sem nova imagem

23) Homem de 54 anos, PS1, não tabagista, procurou serviço médico após evoluir com tosse e dispneia aos esforços. Realizou TC que demonstrou massa no lobo posterior direito sem linfonodomegalias associadas. O exame confirmatório de Pet-Scan demonstrou lesão de 2,9cm com SUV 6, sem comprometimento linfonodal ou doença à distância. Uma biópsia guiada por imagem confirmou adenocarcinoma de pulmão TTF1 +. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico com objetivo curativo. LHP confirma adenocarcinoma com tamanho do tumor invasivo de 4,5 x 3,8cm, com margens brônquicas, vasculares e de parênquima livres de neoplasia. Foram isolados dois linfonodos hilares e dois subcarinais comprometidos com focos neoplásicos. A análise molecular demonstrou positividade para EGFR, ALK negativo e PD-L1 de 80%. A conduta indicada para esse caso seria iniciar quimioterapia baseada em platina:

- a) por 4 ciclos como terapia adjuvante, seguida de osimertinibe 80mg por 12 meses
- b) por 4 ciclos como tratamento adjuvante
- c) seguida de radioterapia e durvalumabe
- d) seguida de radioterapia

24) Para pacientes em EIA (T1A/B/C, N0), os exames de mediastinoscopia, EBUS, EUS e biópsia guiada por TC são ferramentas úteis para a busca de linfonodos mediastinais acometidos, em situações específicas. Nesse sentido, deve-se conhecer os fatores de risco para solicitar adequadamente esse exame. A probabilidade de ocorrência de positividade, nesses casos, é baixa para paciente com tumores:

- a) sólidos ou não sólidos < 1cm e resultados de TC e PET negativos
- b) sólidos < 1cm, não sólidos < 3cm e resultados de TC e PET negativos
- c) sólidos \geq 3cm, não sólidos < 1cm, independentemente do resultado de TC e PET
- d) sólidos ou não sólidos > 3cm, independentemente do resultado de TC ou PET ou da topografia da lesão

25) Em relação aos fatores genéticos que devem ser considerados para terapia de redução de risco de câncer de mama, destacam-se:

- a) BRCA1 e 2, NEM1 e PTEN
- b) STK11, BRAC1 e 2 e VHL
- c) CDH1, VHL e STK11
- d) TP53, PTEN e CDH1

26) Mutações acionáveis mudaram o paradigma de tratamento em NSCLC. Em relação aos TKIs aprovados pela ANVISA para translocação de ALK disponíveis no Brasil, é correto afirmar que:

- a) a mutação ALK G1202R pode ser sensível ao lorlatinibe, um potente ALK-TKI com alta penetração no SNC. Contudo, o tratamento não é recomendado em pacientes que falharam ao uso de outros TKIs inibidores de ALK prévios
- b) de acordo com o estudo ALTA1, o brigatinibe é uma boa opção para pacientes refratários ao crizotinibe. Outra vantagem é que os EAs são manejáveis, como alterações em AST/ALT, náuseas e sem sinais de hipertensão $G \geq 3$ em ambos os braços experimentais
- c) em um *update* de 5 anos do estudo ALEX, o alectinibe demonstrou maior penetração no CNS do que o crizotinibe, com um aumento expressivo de pacientes livres de progressão e com metástases basais do sistema nervoso central, principalmente aos dois e três anos de *follow-up*
- d) o alectinibe foi comparado com o crizotinibe no ensaio ALEX e demonstrou ganho de sobrevida global para pacientes ALK+. Contudo, o desfecho de sobrevida livre de progressão não foi estatisticamente significativo, de acordo com o nível de significância do estudo

27) São síndromes paraneoplásicas relacionadas ao mesotelioma pleural maligno, **EXCETO**:

- a) tromboflebite migratória
- b) trombocitopenia
- c) hipercalcemia
- d) hipoglicemia

28) O mesotelioma é um câncer raro originado nas superfícies mesoteliais da pleura e outros locais. O mesotelioma maligno pleural (MPM) é o tipo mais comum, responsável por 81% dos casos. Esse tipo de câncer é difícil de tratar, pois a maioria dos pacientes tem doença avançada em um primeiro diagnóstico. Em relação aos casos de MPM, é correto afirmar que:

- a) a evolução de seu tratamento em primeira linha adicionou bevacizumabe à cisplatina e pemetrexede e, mais recentemente, incluiu imunoterapia com nivolumabe e ipilimumabe
- b) a radiação ionizante pode causar MPM (em pacientes previamente tratados com RT para linfoma de Hodgkin), bem como o consumo de tabaco
- c) pacientes com histologia epitelióide têm piores prognósticos do que aqueles com histologia mista ou sarcomatóide
- d) o estudo molecular é fundamental para guiar o tratamento

29) Sarcomas de tecidos moles são tumores raros que possuem diferentes subdivisões histológicas. Nos casos de GIST, todos os pacientes devem ser avaliados e acompanhados por uma equipe multidisciplinar com conhecimento e experiência nesse tipo de tumor. Sobre os GISTs, é correto afirmar que:

- a) o uso de imatinibe por 36 meses, após ressecção cirúrgica, não demonstrou benefício em sobrevida global e aumentou a toxicidade, quando comparado à posologia de imatinibe por 12 meses
- b) sunitinibe e ramucirumabe são opções de tratamento recomendadas pela NCCN para segunda e terceira linhas de pacientes com GISTs não ressecáveis e que progrediram ao imatinibe
- c) o imatinibe é a melhor opção para o tratamento inicial de pacientes com mutação KIT / PDGFRA (não D842V), prolongando significativamente a sobrevida daqueles que passaram por cirurgia
- d) a taxa preditiva de metástase é de 36% para pacientes com GIST > 2cm e \leq 5cm e taxa mitótica > 5 mitoses/50HPFs (campos de grande aumento)

30) Mulher de 60 anos, com histórico de dores de cabeça, náuseas e vômitos há três meses, apresentou convulsão em uma clínica de oncologia. A ressonância magnética revelou massa na região subcortical do lobo frontal direito. Seu histórico familiar é normal. Após ressecção quase total, concluiu-se o diagnóstico histológico de glioblastoma multiforme, grau IV da OMS. É parte essencial do diagnóstico molecular para todos os gliomas de alto grau (III e IV) a avaliação de:

- a) mutações KIT e IDH, pois as primeiras conferem risco de doença mais agressiva enquanto as IDH1 ou 2 estão associadas ao menor risco de doença agressiva, sendo raramente utilizadas na estratificação de ensaios clínicos
- b) PDGFRA (éxon 18 e não éxon 18), visto que esse marcador está associado a um prognóstico relativamente desfavorável, sendo importante na classificação da doença
- c) metilação do promotor MGMT, pois confere vantagem de sobrevivência em glioblastomas, sendo usada para estratificação de risco em ensaios clínicos
- d) fusões ou mutações BRAF (incluindo a deleção de CDKN2A/B) e TERT, sendo recomendadas pois evoluem com frequência para letalidade

31) Em relação ao tratamento do câncer de mama durante a gestação, é correto afirmar que o:

- a) procedimento cirúrgico, quando indicado, deve ser adiado até o 3º trimestre de gestação, pelo menor risco de abortamento espontâneo
- b) uso de trastuzumabe no câncer de mama Her2 positivo pode ser utilizado com segurança a partir do 2º trimestre
- c) tratamento oncológico ativo da gestante não oferece risco de toxicidade na fase de amamentação do neonato
- d) uso de doxorubicina e epirrubicina é considerado seguro no 2º e 3º trimestres de gravidez

32) Os agentes antineoplásicos atuam no organismo agindo contra a proliferação celular, podendo, por exemplo, atuar diretamente nas sínteses de DNA e RNA. Em relação a esses agentes, é correto afirmar que:

- a) as antraciclinas como a doxorrubicina, a epirrubicina e a daunorrubicina são “antibióticos antitumorais” que interferem com as enzimas envolvidas especificamente na produção do mRNA durante o ciclo celular
- b) os agentes alquilantes, como a ciclofosfamida, a cisplatina, a carboplatina e a ifosfamida evitam que a célula se multiplique, realizando quebra da dupla fita de DNA, e atuam em todas as fases do ciclo celular
- c) inibidores de topoisomerase, como o irinotecano, o topotecano e o etoposídeo interferem nas topoisomerases, impedindo a separação das fitas de DNA para que possam ser copiadas
- d) os antimetabólitos, como o metotrexato, o pemetrexede, a azacitidina e o 5-FU interferem com o DNA e o RNA, promovendo o processo normal de replicação celular

33) Paciente de 64 anos, ex-tabagista de 40 maços/ano, com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão metastático para osso. Apresenta bom estado geral e PS1. Análise de EGFR, ALK e ROS 1 negativos e PDL1 de 25%. Nesse caso, a escolha como protocolo preferencial em primeira linha de tratamento é:

- a) imunoterapia associada à quimioterapia com *doublet* de platina
- b) imunoterapia combinada (anti-PD1 associado à anti-CTLA 4)
- c) *doublet* de platina associado à radioterapia
- d) imunoterapia como monoterapia

34) A classificação de tumores neuroendócrinos (TNEs) de pulmão e de timo variam dos TNEs gastroenteropancreáticos. Em relação aos TNEs do pulmão e timo, são considerados típicos:

- a) a partir de ≥ 30 mitoses/10 HPF e extensos focos de necrose
- b) se baixo grau: com Ki-67 de 10 e sem necrose; ou atípicos, se grau intermediário: com Ki-67 de 17.5 e/ou focos de necrose
- c) se baixo grau: < 2 mitoses/10 HPF e sem necrose; ou atípicos, se grau intermediário: de 2-10 mitoses/10 HPF e/ou focos de necrose
- d) se baixo grau: < 5 mitoses/10 HPF ou com Ki-67 de 10 e sem necrose; ou atípicos, se grau intermediário: de 10-20 mitoses/10 HPF ou com Ki-67 de 17.5 e/ou focos de necrose

35) Idoso de 70 anos apresenta diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão ALK positivo, EIV (osso e pleura), em curso de lorlatinibe 100mg/dia, em terceira linha de tratamento, há 3 meses. O quadro evolui com alterações cognitivas leves e distúrbios visuais de sete dias de evolução. A RNM de crânio recente não mostra evidência de doença. Neste momento, frente à principal hipótese diagnóstica, a conduta adequada é:

- a) punção lombar com análise líquórica
- b) considerar ajuste de dose de lorlatinibe
- c) suspender definitivamente a medicação
- d) repetir RNM de crânio em 30 dias e seguir investigação de síndrome demencial

36) Paciente submetido à prostatectomia radical há dois anos, em razão de um adenocarcinoma da próstata Gleason 7 (3+4), apresenta elevação progressiva do PSA, com valores de 0,25ng/mL, 0,50ng/mL e 0,70ng/mL e intervalo de 60 dias entre as medidas. Realizou TC da pelve e cintilografia óssea, que foram normais. De acordo com o estudo GETUG-AFU 16, e considerando a ausência de disponibilidade de novos exames de imagem, o tratamento e o benefício a serem propostos, respectivamente, serão:

- a) radioterapia de resgate com 24 meses de privação androgênica / sobrevida livre de progressão
- b) radioterapia de resgate com 6 meses de privação androgênica / sobrevida livre de progressão
- c) radioterapia de resgate com 24 meses de privação androgênica / sobrevida global
- d) radioterapia de resgate com 6 meses de privação androgênica / sobrevida global

37) Paciente de 65 anos foi submetido à prostatectomia radical há cinco anos por um adenocarcinoma da próstata Gleason 7 (4+3). Apresentou recidiva sorológica há dois anos, tratada exclusivamente com terapia de deprivação androgênica. No momento, apresenta nova elevação do PSA, com tomografias de tórax, abdômen e pelve e cintilografia óssea normais. O tipo de câncer da próstata que o cenário descreve e o tratamento que pode ser proposto, com o objetivo de ganho de sobrevida livre de metástases, respectivamente, são:

- a) não metastático resistente à castração / enzalutamida
- b) não metastático resistente à castração / abiraterona
- c) metastático resistente à castração / enzalutamida
- d) metastático resistente à castração / abiraterona

38) Paciente assintomático com câncer da próstata Gleason 10 (5+5), com PSA inicial de 1.500ng/mL, metastático para os ossos e resistente à castração, em terapia combinada com privação androgênica e abiraterona, apresentou elevação do PSA em cerca de 10% do valor mínimo alcançado pelo tratamento. Segundo os critérios do estudo COU-301, e considerando que os exames de imagem estão estáveis, a avaliação e a melhor conduta, respectivamente, são:

- a) não há progressão devido à elevação do PSA / troca da terapia
- b) não há progressão devido à elevação do PSA / manutenção da terapia
- c) há progressão devido à elevação do PSA e à piora clínica / troca da terapia
- d) há progressão devido à elevação do PSA e à piora radiológica / manutenção da terapia

39) Para avaliação prognóstica de um paciente com carcinoma de células renais metastático, a classificação do IMDC, proposta por Heng e colaboradores em 2013, prevê a avaliação de fatores, como *performance status*, tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento menor que um ano, anemia, hipercalcemia, neutrofilia, além de:

- a) metástases viscerais
- b) elevação do LDH
- c) elevação do AST
- d) trombocitose

40) Paciente de 52 anos, com carcinoma metastático de células renais para pulmões e na parede abdominal, iniciou terapia de segunda linha com nivolumabe. Após a terceira aplicação, apresentou diarreia, com cerca de quatro a seis evacuações por dia. Compareceu à consulta de reavaliação sem outros sintomas ou sinais de desidratação e com diminuição significativa da tumoração palpável na parede abdominal. A melhor conduta, nesse caso, é:

- a) seguir com o nivolumabe e iniciar loperamida
- b) seguir com o nivolumabe em dose reduzida e iniciar loperamida
- c) suspender temporariamente o nivolumabe e iniciar corticoterapia
- d) suspender permanentemente o nivolumabe e iniciar corticoterapia

41) Paciente apresentou quadro de hematúria macroscópica, sendo indicada avaliação urológica com posterior cistoscopia, que evidenciou tumoração vesical de 1,1cm, grau III, com discreta invasão da lâmina própria e carcinoma *in situ*, porém, sem comprometimento da camada muscular própria. Foi submetido à nova cistoscopia para reavaliação que não evidenciou sinais de doença. De acordo com a melhor evidência científica disponível, e considerando a apresentação inicial do tumor vesical, a conduta indicada para esse paciente seria:

- a) observação, visto que o tumor foi totalmente ressecado e não há sinais de recidiva
- b) terapia intravesical com BCG por três anos, por se tratar de tumor com risco alto de recorrência
- c) terapia intravesical adjuvante mitomicina intravesical, por se tratar de tumor com risco baixo de recorrência
- d) terapia intravesical adjuvante com BCG por um ano, por se tratar de tumor com risco intermediário de recorrência

42) Homem de 62 anos apresentou hematúria macroscópica, com exames de imagem que mostraram tumoração vesical de 4cm e sinais de acometimento da gordura perivesical. Realizada avaliação por cistoscopia e ressecção transuretral da bexiga, verificou-se carcinoma urotelial de alto grau, com invasão da camada muscular. Na ausência de outras alterações ou comorbidades, a melhor conduta para esse caso, do ponto de vista multidisciplinar, seria realizar quimioterapia:

- a) sistêmica paliativa, por se tratar de tumor avançado
- b) sistêmica seguida de cirurgia, por se tratar de tumor localizado
- c) seguida de radioterapia, por se tratar de tumor localmente avançado
- d) adjuvante pós-cirúrgica, a ser avaliada de acordo com o estadiamento patológico

43) Paciente de 23 anos é submetido à orquiectomia direita com diagnóstico de seminoma puro de 3,5cm e avaliação histopatológica compatível com invasão da *rete testis*. As tomografias de tórax, abdômen e pelve, assim como os marcadores tumorais estão normais. Considerando o prognóstico e a apresentação do quadro, a conduta mais recomendável para esse paciente é indicar:

- a) quimioterapia adjuvante com duas aplicações de carboplatina isolada, devido ao tamanho do tumor e à invasão de *rete testis*
- b) radioterapia adjuvante, devido à invasão de *rete testis* e aos marcadores tumorais
- c) linfadenectomia retroperitoneal, devido ao tamanho do tumor e ao estadiamento
- d) vigilância ativa, devido ao tipo histológico e ao estadiamento

Com base no caso clínico a seguir, responda às questões de números **44** e **45**.

Mulher de 50 anos encontra-se em pós-menopausa, sem comorbidades nem história familiar de câncer. No exame de rastreio, foi diagnosticado câncer de mama. Ao exame físico, verificou-se tumor palpável em mama direita de 2,5cm, com axilas e fossas supra e infraclaviculares clinicamente negativas. A core biópsia do nódulo mostra carcinoma ductal infiltrante grau 2, com receptor de estrogênio = 100%, receptor de progesterona = 85%, Ki67 = 10% e HER2 negativo. Estadiamento clínico cT2N0M0. Foi submetida à cirurgia conservadora da mama direita com biópsia de linfonodo sentinela ipsilateral. O laudo histopatológico da peça cirúrgica mostra carcinoma ductal infiltrante, grau 2, de 2,9cm x 2,5cm, margens livres e dois linfonodos positivos (com macrometástases) em três linfonodos ressecados, sem extravasamento extracapsular – pT2N1M0.

44) De acordo com a última atualização do estudo ACOSOG Z0011, essa paciente tem indicação de:

- a) linfadenectomia axilar direita, pois tem 2 linfonodos sentinelas comprometidos
- b) linfadenectomia axilar direita, pois preenche os critérios definidos nesse estudo
- c) radioterapia adjuvante em mama D com ou sem *boost* sem indicação de linfadenectomia axilar direita
- d) radioterapia adjuvante em mama D com ou sem *boost*, irradiação de cadeias de drenagem (fossa supraclavicular e mamária interna), pois não tem indicação de linfadenectomia axilar direita

45) Considerando que foi utilizado oncotype DX para definir o tratamento adjuvante e o resultado do teste mostrou *Recurrence Score* (RS) = 20, é correto afirmar que, de acordo com o estudo:

- a) TAILORX: o oncotype DX não está indicado em pacientes com axila comprometida
- b) TAILORX: essa paciente tem indicação de quimioterapia adjuvante, seguida de hormonioterapia adjuvante
- c) RxPONDER: pacientes com essas características e RS menor que 26 não se beneficiam de quimioterapia
- d) RxPONDER: por ter axila comprometida e RS = 20 essa paciente deve receber quimioterapia adjuvante seguida de hormonioterapia adjuvante, devido ao alto risco de recidiva

46) Sobre as drogas para tratamento do câncer de mama, é **INCORRETO** afirmar que:

- a) taxanos, alcaloides da vinca e eribulina são inibidores de microtúbulos
- b) o pertuzumab é um anticorpo monoclonal anti-HER2 que inibe a heterodimerização dos receptores HER2 e HER3
- c) a cardiotoxicidade do trastuzumab é considerada reversível enquanto a da doxorrubicina é considerada irreversível
- d) o trastuzumab é um potente inibidor de tirosina quinase que inibe a via HER2 e deve ser indicado para tumores com hiperexpressão de receptores HER2

47) Sobre o tratamento neoadjuvante de pacientes com câncer de mama, é correto afirmar que:

- a) de acordo com estudo Katherine, pacientes com câncer de mama HER2 positivo, que realizaram quimioterapia neoadjuvante e atingiram a resposta patológica completa, devem receber TDM1 adjuvante
- b) de acordo com o estudo CREATE X, pacientes com câncer de mama triplo negativo, que receberam quimioterapia neoadjuvante e não atingiram a resposta patológica completa, têm indicação de capecitabina adjuvante
- c) o duplo bloqueio do HER2 com pertuzumab e trastuzumab aumentou a taxa de resposta patológica completa de pacientes com câncer de mama HER2 positivo localmente avançado, porém, ainda não há dados de sobrevida global
- d) uso de platina no tratamento neoadjuvante de pacientes com câncer de mama triplo negativo não aumenta a taxa de resposta patológica completa, porém, melhora a sobrevida global e deve ser considerada no tratamento das pacientes com alto risco de recidiva

48) Paciente de 60 anos, com história de hipertensão arterial sistêmica controlada, à avaliação inicial apresenta carcinoma ductal infiltrante grau 3 da mama esquerda, estágio cT4bN2M1 (metástases para pulmões e ossos). Imunoistoquímica apresentou receptor de estrogênio positivo (30%) e de progesterona negativo, HER2 3+, Ki67 60%. Ecocardiograma normal. Paciente não tem critérios de crise visceral. Sobre o tratamento dessa paciente, é correto afirmar que:

- a) a indicação de terapia inicial com trastuzumabe emtansina (TDM-1) é a primeira linha de tratamento
- b) a quimioterapia combinada com trastuzumabe e pertuzumabe é a melhor opção de tratamento inicial
- c) a associação de pertuzumab ao trastuzumab aumenta a o risco de cardiotoxicidade, mas não impede seu uso
- d) como conduta inicial, pode-se optar pela hormonioterapia combinada a terapia anti-HER2 com trastuzumabe, pois a paciente não está em crise visceral

49) O câncer de pâncreas metastático é uma doença com prognóstico reservado. Estratégias terapêuticas têm sido estudadas com o objetivo de aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Sobre o câncer de pâncreas metastático é correto afirmar que:

- a) metastasectomia sempre deve ser indicada na doença metastática
- b) gencitabina isolada é a primeira escolha em primeira linha paliativa em pacientes com PS 0 ou 1
- c) cerca de 25% dos pacientes com câncer de pâncreas têm mutação germinativa de BRCA 1 ou BRCA 2
- d) mutação germinativa de BRCA1 ou BRCA2 deve ser pesquisada, pois influencia na escolha do tratamento

50) O impacto do benefício de quimioterapia adjuvante em pacientes com adenocarcinoma de cólon, estadiamento II, tem sido estudado em vários ensaios clínicos. São considerados fatores de alto risco de recorrência sistêmica, nesse grupo de paciente, **EXCETO**:

- a) tumor T4
- b) tumor perfurado
- c) tumores bem diferenciados
- d) menos de 12 linfonodos avaliados

51) A terapia-alvo tem se tornado cada vez mais recomendada no tratamento sistêmico de câncer de cólon metastático. Os biomarcadores que devem ser solicitados para guiar a escolha dessa terapia, nesse cenário, são mutação de NRAS/KRAS e BRAF, além de:

- a) amplificação de HER2, pesquisa de instabilidade de microssatélite e fusão de NTRK
- b) BRCA1/BRCA2, pesquisa de instabilidade de microssatélite e mutação de NTRK
- c) amplificação de HER2, PDL-1 e mutação de NTRK
- d) BRCA1/BRCA2, PDL-1 e fusão de NTRK

52) O câncer gástrico é um dos principais causadores de morte relacionada a câncer no mundo, embora sua incidência venha diminuindo nos EUA e em alguns países da Europa. Em relação ao câncer de estômago, é correto afirmar que:

- a) câncer gástrico do tipo difuso está frequentemente relacionado a fatores ambientais, como infecção por *Helicobacter pylori*, tabagismo, elevada ingestão de sal
- b) a taxa de expressão positiva de HER2 em câncer gástrico é mais frequente em homens, subtipo intestinal e em tumores de junção esofagogástrica
- c) em pacientes submetidos à gastrectomia, a quantidade mínima de 5 linfonodos ou mais, para ser considerada uma amostra significativa
- d) em pacientes com bom *performance status*, o esquema preferencial de terapia perioperatória é o FOLFIRI

53) A terapia considerada padrão-ouro para tratamento sistêmico paliativo de primeira linha em pacientes com câncer de via biliar é:

- a) FOLFOX
- b) capecitabina
- c) gencitabina + cisplatina
- d) gencitabina + nab-paclitaxel

54) Homem de 66 anos, com diagnóstico de hepatocarcinoma, relata que tratou hepatite C e que realiza acompanhamento regular no ambulatório de hepatologia devido à cirrose. Apresenta *performance status* 1, classificação de Child-Pugh A7 e nega sangramento digestivo no último ano; alfafetoproteína = 488; endoscopia digestiva alta, realizada há dois meses, não evidencia varizes esofageanas nem sinais de sangramento recente; TC de tórax, abdômen e pelve mostra cinco lesões hepáticas, maiores de 7,8 x 5,6cm, acometendo veia porta e linfonodos regionais acometidos pela doença. O paciente foi avaliado pela equipe multidisciplinar que optou por tratamento sistêmico de primeira linha paliativa. Nesse contexto, a melhor opção terapêutica é:

- a) atezolizumabe e bevacizumabe
- b) cabozantinibe
- c) regorafenibe
- d) sorafenibe

55) O estudo CROSS comparou quimioterapia concomitante a radioterapia seguida de cirurgia *versus* cirurgia isolada em pacientes com câncer de esôfago ou de junção esofagogástrica (JEG) ressecáveis. Esse estudo evidenciou maior taxa de resposta patológica completa, ganho de sobrevida global e de sobrevida livre de doença no braço submetido à terapia concomitante, seguido de cirurgia. Nesse contexto, o estudo CROSS:

- a) não evidenciou ganho de sobrevida livre de progressão
- b) permitiu a inclusão apenas de pacientes com *performance status* 0 ou 1
- c) usou o protocolo de quimioterapia FOLFOX concomitantemente à radioterapia
- d) demonstrou menor taxa de recidiva locoregional e de carcinomatose peritoneal no grupo submetido à radioterapia e quimioterapia neoadjuvante

56) Mulher de 45 anos, sem comorbidade, apresenta hematoquezia há dois meses. A colonoscopia mostrou lesão infiltrativa em reto há 3,5cm da borda anal, com extensão de 5,5cm que foi biopsiada. A RNM de pelve evidenciou formação expansiva infiltrativa, vegetante e estenosante em reto médio, com extensão de 6,1cm, há 4cm da borda anal. Essa lesão compromete parte muscular própria na gordura mesorretal e há acometimento de linfonodos em mesorreto. A TC de tórax e abdômen total não evidencia doença metastática. O laudo histopatológico conclui adenocarcinoma. De acordo com os dados atuais, a melhor estratégia de tratamento neoadjuvante para essa paciente é:

- a) radioterapia (5 sessões) concomitante a quimioterapia baseada em oxaliplatina
- b) total com radioterapia (5 sessões), seguido de quimioterapia baseada em fluoropirimidina
- c) radioterapia (25 sessões) concomitante a quimioterapia baseada em fluoropirimidina e oxaliplatina
- d) total com radioterapia (25 sessões) concomitante a capecitabina, seguido de quimioterapia baseada em fluoropirimidina e oxaliplatina

57) São fatores de risco para melanoma maligno, **EXCETO**:

- a) olhos escuros
- b) imunossupressão
- c) síndromes hereditárias
- d) exposição à radiação ultravioleta

58) A terapia sistêmica para melanoma maligno metastático vem mudando rapidamente nos últimos anos. Agentes anti-PD-1 em monoterapia, combinação de ipilimumabe e nivolumabe ou inibidores de BRAF/MEK são as opções de tratamento padrão em primeira linha de melanoma maligno avançado ou metastático. Nesse cenário, é correto afirmar que:

- a) terapia com ipilimumabe + nivolumabe deve ser a escolha de tratamento em primeira linha paliativa de pacientes com melanoma metastático ou avançado irresssecável, pois os estudos mostram maior taxa de resposta objetiva
- b) pacientes com metástase cerebral devem sempre receber tratamento local com radioterapia ou cirurgia antes do início de terapia sistêmica
- c) em pacientes com mutação de BRAF, não está indicado o tratamento com terapia-alvo (inibidores de BRAF/MEK)
- d) a pesquisa da mutação de BRAF V600 não deve ser solicitada para definição da estratégia terapêutica

59) O tratamento primário para câncer epitelial de ovário é o estadiamento e citorredução cirúrgica, sempre que possível. É **INADEQUADO** para a abordagem cirúrgica:

- a) incluir histerectomia total abdominal com salpingo-ooforectomia bilateral
- b) realizar citologia oncótica de ascite ou de lavado peritoneal
- c) realizar omentectomia infracólica
- d) usar a incisão de Pfannenstiel

60) Inibidores de PARP são drogas ativas em câncer de ovário. O estudo de fase III SOLO 1 randomizou pacientes com carcinoma epitelial de ovário, trompa ou peritônio EC III/IV, com mutação de BRCA1 ou BRCA2 que tiveram resposta à primeira linha com platina para terapia de manutenção com olaparibe ou placebo. Sobre esse estudo, é correto afirmar que:

- a) pacientes expostos previamente a bevacizumabe poderiam ser incluídos no estudo
- b) mostrou perda de sobrevida livre de progressão no grupo submetido a olaparibe
- c) incluiu pacientes com mutação germinativa ou somática de BRCA
- d) apresentou dados de sobrevida global conclusivos