

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL N.º 05/2016 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 64

MÉDICO I (Oncologia)

01.	C	11.	D	21.	C
02.	E	12.	C	22.	B
03.	B	13.	B	23.	C
04.	D	14.	E	24.	A
05.	D	15.	A	25.	E
06.	ANULADA	16.	D		
07.	D	17.	E		
08.	B	18.	A		
09.	A	19.	B		
10.	ANULADA	20.	E		

**EDITAL Nº 05/2016**
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)**MISSÃO**

Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.

PS 64 - MÉDICO I
(Oncologia)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada

**FAURGS**
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____





FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão portar** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, prótese auditiva, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto. **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca textos, régua, lapiseira/grafite e/ou borracha durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.16.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não serão permitidos: nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.16.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova, se for autorizado pela Coordenação do Prédio e estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.16.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Concurso. (Conforme subitem 7.16.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.



Instrução: As questões **01** e **02** referem-se ao quadro a seguir.

Mulher de 55 anos foi submetida à colectomia direita por uma massa no ceco há 15 anos. Quatro anos depois, apresentou um adenocarcinoma na flexura hepática, tendo sido realizada colectomia total na ocasião. Há quatro anos, apresentou sangramento pós-menopáusico e foi diagnosticada com adenocarcinoma de endométrio. Teve também múltiplas neoplasias cutâneas, incluindo adenomas sebáceos e ceratoacantomas. Há um ano, foi submetida à cirurgia de Whipple devido a um adenocarcinoma duodenal com invasão pancreática. Ela tem três irmãs e uma tia paterna com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon antes dos 40 anos de idade.

01. Qual é a explicação genética mais provável para a síndrome de câncer colorretal hereditário da paciente?

- (A) Instabilidade cromossômica caracterizada por deleção ou mutação de um gene supressor tumoral.
- (B) Instabilidade cromossômica caracterizada pela ativação de um oncogene.
- (C) Instabilidade microssatélite (MSI) causada por uma mutação germinativa no gene do DNA *mismatch repair* (MMR).
- (D) Instabilidade microssatélite (MSI) causada por mudanças epigenéticas associadas com hipermetilação do CpG *islands*.
- (E) Instabilidade cromossômica caracterizada por uma mutação germinativa do gene BRAF.

02. Além do aconselhamento genético, qual teste seria solicitado para confirmar o diagnóstico da paciente?

- (A) Mutação da TP53 e perda da heterozigosidade do cromossomo 18q.
- (B) Mutação da APC, incluindo o alelo I1307K.
- (C) Pesquisa de instabilidade microssatélite e metilação do CpG *islands*.
- (D) Sequenciamento de nova geração para o gene BRAF e imuno-histoquímica.
- (E) Pesquisa de instabilidade microssatélite e mutação dos genes do DNA *mismatch repair* (MMR), incluindo MLH1, MSH2 e MSH6.

03. São tumores considerados curáveis em um número significativo de pacientes, com o uso de tratamentos sistêmicos, hoje disponíveis, as neoplasias abaixo, **EXCETO**:

- (A) Coriocarcinoma.
- (B) Linfomas não-Hodgkin do tipo folicular.
- (C) Linfoma de Hodgkin.
- (D) Tumores não-seminomatosos de testículo.
- (E) Leucemia mieloide aguda.

04. Professor de 57 anos apresenta-se com sangramento retal com início há 2 meses. O exame retal revelou uma massa palpável não obstrutiva distando 5cm da margem anal. A colonoscopia confirmou a presença de uma lesão friável, cuja biópsia mostrou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado. O ultrassom transretal demonstra um tumor T3N1. As tomografias de estadiamento não mostraram a presença de metástases a distância. Qual das seguintes estratégias seria recomendada?

- (A) Ressecção total do mesorreto (TME).
- (B) TME seguida de quimioterapia.
- (C) TME seguida de quimioterapia em combinação com radioterapia.
- (D) Quimioterapia em combinação com radioterapia neoadjuvante seguida de TME e quimioterapia adjuvante.
- (E) Tratamento quimioterápico e radioterápico definitivo.

05. Os *guidelines* do NCCN e ASCO, além do consenso de St. Gallen, suportam o uso do Oncotype Dx em qual dos cenários abaixo?

- (A) Pacientes com axila positiva, independentemente do *status* hormonal.
- (B) Em pacientes não tratadas, com doença HER-2 positiva e linfonodo negativo, como marcador do risco de recorrência.
- (C) Nas pacientes com tumor de mama RE positivo, linfonodo negativo que irão receber terapia quimioterápica adjuvante, prediz o risco de recorrência à distância em 10 anos.
- (D) Em pacientes com tumor de mama receptor de estrogênio positivo (RE), HER-2 negativo com doença T1-3 e N0 ou N1mi.
- (E) Pacientes com axila negativa e receptores hormonais negativos.

06. No tratamento do câncer colorretal em estadio II, os seguintes aspectos devem ser considerados na decisão de usar ou não quimioterapia adjuvante, **EXCETO**:

- (A) presença de tumor primário T4.
- (B) presença de invasão linfovascular ou perineural.
- (C) tumor pouco-diferenciado.
- (D) presença de perfuração ou obstrução na lesão primária.
- (E) amostragem de linfonodos em número inferior a oito.

07. Sobre pacientes com câncer de mama metastático, assinale a alternativa **INCORRETA** quanto à quimioterapia.

- (A) As antraciclina e os taxanos são os grupos mais ativos na doença.
- (B) A doxorubicina pode produzir alopecia, mielossupressão e mucosite.
- (C) O paclitaxel pode produzir neurotoxicidade após o uso de doses cumulativas.
- (D) O docetaxel produz cardiotoxicidade severa após o uso de doses cumulativas.
- (E) A ciclofosfamida é um agente alquilante utilizado em combinação com a doxorubicina, podendo causar náuseas e vômitos prolongados.

08. Sobre o mecanismo de ação dos agentes quimioterápicos em uso clínico, é correto afirmar que:

- (A) os taxanos agem através da inibição da polimerização da tubulina.
- (B) o irinotecano bloqueia a ação da enzima topoisomerase I.
- (C) os alcaloides da vinca causam inibição da enzima timidilato sintase (TS).
- (D) as antraciclina bloqueiam a enzima topoisomerase I.
- (E) o metrotexate produz estabilização da tubulina.

09. Homem branco de 71 anos com história pessoal de HAS, dislipidemia, doença arterial coronariana, angioplastia prévia com colocação de *Stent*, porém sem história de IAM, apresenta aumento dos níveis de PSA, de 3,0 ng/mL para 3,9 ng/mL e, posteriormente, para 4,6 ng/mL em um período de 19 meses. Apesar de estar aposentado, realiza atividade física três vezes por semana e auxilia no cuidado a seu pai de 96 anos, que é portador de demência de etiologia vascular. O paciente apresenta-se com exame clínico geral normal. O toque retal mostra uma próstata levemente aumentada, sem qualquer nodularidade palpável.

Com relação ao caso acima, qual a conduta mais adequada no que se refere à biópsia?

- (A) A biópsia prostática deve ser discutida, porque o aumento do PSA é $>0,75$ ng/mL/ano.
- (B) A biópsia prostática não deve ser discutida, porque o nível de PSA está normal para a faixa etária do paciente.
- (C) A biópsia prostática não deve ser discutida, porque a expectativa de vida do paciente é baixa e, portanto, mesmo que uma neoplasia de próstata seja descoberta, o ganho de sobrevida não é relevante.
- (D) A biópsia prostática deve ser discutida, porque o PSA está $>4,0$ ng/mL.
- (E) A relação do PSA livre e total deve ser avaliada para determinar a necessidade de biópsia.

10. Ainda considerando o paciente da questão **09**, a biópsia revelou um tumor de próstata Gleason 8, em seis de seis amostras (cores). A tomografia de abdômen e pelve, além da cintilografia óssea, estão sem alterações relevantes. As condutas mais apropriadas são todas as listadas abaixo, **EXCETO**:

- (A) prostatectomia radical retropúbica.
- (B) radioterapia 3D conformacional com ablação androgênica concomitante.
- (C) radioterapia intersticial com I125 (braquiterapia).
- (D) prostatectomia radical retropúbica, seguida de radioterapia adjuvante e ablação androgênica por 6 meses.
- (E) prostatectomia radical retropúbica e discussão com o paciente quanto à necessidade de radioterapia complementar em caso de margem comprometida.

11. Homem de 65 anos recebe terapia combinada de ablação de androgênios com leuprolida e bicalutamida há 4 anos, devido à recidiva bioquímica após prostatectomia radical. Seu PSA aumentou de um nadir indetectável para 1,1 ng/mL em medições seriadas, durante o período de 6 meses. Dois meses depois, o PSA continua a aumentar até 2,5 ng/mL e os níveis séricos de testosterona são de 10 ng/mL. A cintilografia óssea e tomografia computadorizada do abdômen e pelve não revelam qualquer doença metastática, e ele permanece assintomático. A opção terapêutica mais adequada para este caso é

- (A) iniciar enzalutamida.
- (B) iniciar docetaxel.
- (C) manter o tratamento atual e seguir com vigilância ativa.
- (D) descontinuar a bicalutamida.
- (E) iniciar cabazitaxel.

12. Homem de 58 anos, ECOG 0, com história de tabagismo, é encaminhado por seu radioterapeuta ao médico oncologista para avaliação e manejo por esse profissional, pois é portador de carcinoma de pulmão de pequenas células, com a doença limitada. Com relação a este caso, assinale a alternativa que apresenta o tratamento adequado.

- (A) Quimioterapia com cisplatina e etoposide.
- (B) Quimioterapia com cisplatina e etoposide, seguido de irradiação total do crânio profilática, se o paciente responder ao tratamento.
- (C) Quimioterapia com cisplatina e etoposide mais radioterapia torácica concomitante, seguida de irradiação total do crânio profilática, se o paciente responder ao tratamento.
- (D) Quimioterapia com cisplatina e etoposide mais radioterapia torácica concomitante.
- (E) Quimioterapia com cisplatina e etoposide mais radioterapia torácica sequencial, seguidas de irradiação total do crânio profilática, se o paciente responder ao tratamento.

13. Assinale a afirmação correta sobre o papel da quimioterapia adjuvante após ressecção da neoplasia de pulmão não-pequenas células.

- (A) A quimioterapia adjuvante pode beneficiar pacientes com doença em estágio IB, que têm tumores primários menores de 4 cm de tamanho.
- (B) A quimioterapia adjuvante beneficia pacientes com doença que apresentam linfonodo positivo.
- (C) A quimioterapia adjuvante beneficia pacientes com doença estágio IA.
- (D) A quimioterapia adjuvante não apresenta benefício nos pacientes com estágio IIIA.
- (E) A quimioterapia adjuvante com três drogas é superior ao tratamento com duas drogas contendo platina.

14. Mulher asiática de 55 anos, sem história de tabagismo, completou quatro ciclos de carboplatina e paclitaxel como tratamento de primeira linha para carcinoma de pulmão não-pequenas células metastático. Estudos de imagem feitos após a conclusão da terapia evidenciaram doença estável. Ela é muito ativa e permaneceu trabalhando como enfermeira durante todo o seu tratamento. Seu ECOG é 0 e ela tolerou bem o tratamento, apesar de apresentar neuropatia grau I. Ela apresenta um tumor EGFR selvagem e, desejando "o melhor tratamento possível", manifesta a intenção de mantê-lo. Com relação ao caso acima apresentado, assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada a ser tomada pelo médico oncologista.

- (A) Parar o tratamento e iniciar erlotinibe no momento da progressão da doença.
- (B) Parar a carboplatina, mantendo o paclitaxel até a progressão da doença.
- (C) Manter carboplatina e paclitaxel por quatro ciclos adicionais.
- (D) Iniciar terapia de manutenção com afatinibe.
- (E) Iniciar terapia de manutenção pemetrexed.

15. Qual das seguintes afirmações é verdadeira em relação à terapia de primeira linha com inibidores de EGFR do tipo tirosina-quinase (TKI) em pacientes com adenocarcinoma de pulmão com mutação EGFR?

- (A) TKI apresenta melhores taxas de resposta e sobrevida livre de progressão em comparação com a quimioterapia.
- (B) As taxas de resposta com TKI são semelhantes às que se obtém com a quimioterapia, embora sejam mais duráveis.
- (C) TKI tem demonstrado, consistentemente, aumento de sobrevida global em comparação com a quimioterapia.
- (D) TKI, quando combinado com quimioterapia, produz melhores resultados do que o tratamento com apenas uma das modalidades.
- (E) TKI, após quimioterapia, apresenta efeitos duradouros (longo prazo) significativos.

16. Mulher de 49 anos, com história de doença do refluxo gastroesofágico de longa data, procura atendimento com seu gastroenterologista por piora da dor abdominal, perda de peso e pirose. A endoscopia digestiva alta com biópsia mostra um tumor no terço inferior do esôfago. Biópsia revela adenocarcinoma de alto grau. A ultrassonografia endoscópica mostra um tumor cT3 e um linfonodo peri-esofágico. A TC de abdômen revela múltiplas lesões hepáticas compatíveis com metástases. A paciente não tem comorbidades e seu ECOG é 0. Qual a conduta mais adequada a ser tomada?

- (A) Iniciar quimioterapia com cisplatina e 5-FU.
- (B) Iniciar docetaxel, cisplatina, e 5FU.
- (C) Iniciar epirrubicina, cisplatina, e 5FU.
- (D) Avaliar *status* do HER-2 no tumor, antes da decisão sobre o esquema terapêutico a ser utilizado.
- (E) Realizar tentativa de ressecção das metástases hepáticas.

17. Considerando que a paciente da questão **16** apresentasse HER-2 superexpresso, qual tratamento seria o mais apropriado?

- (A) Quimioterapia.
- (B) Quimioterapia com cetuximabe.
- (C) Quimioterapia com bevacizumabe.
- (D) Suporte clínico.
- (E) Quimioterapia com trastuzumabe.

18. Mulher afrodescendente de 63 anos, com história pregressa de HIV, procura o Serviço de Emergência com falta de ar. Relata que a dispneia foi piorando ao longo dos últimos 3-4 meses, mas se tornou insuportável durante a última semana. A revisão de sistemas é positivo para perda de peso involuntária de 30Kg em 4 meses e edema de membros inferiores. O exame físico revela edema com cacifo até a altura dos joelhos bilateralmente. PET-CT mostra adenopatia difusa no mediastino e na pelve, com os maiores gânglios medindo 2,5 cm. Nenhuma doença extra-nodal é evidenciada. A biópsia excisional revela doença proliferativa com linfócitos grandes e pequenos. Ki-67 é de 85%. A citometria de fluxo revela que células são CD19, CD20, e CD22 positivas e negativas para CD10 e Bcl-6. Com relação ao caso acima, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Quimioterapia com R-CHOP é na rotina, hoje, o tratamento mais apropriado.
- (B) Quimioterapia com ABVD é o tratamento preferido como manejo de primeira linha.
- (C) BEACOPP é o tratamento de escolha.
- (D) Rituximab com CHOP é o tratamento que confere maiores benefícios em pacientes que não têm expressão de BCL-6, baseado nos dados do estudo GELA R-CHOP.
- (E) Transplante halogênico como terapia inicial.

19. Mulher de 24 anos, G1P0, procura atendimento médico por quadro de febre, dor de garganta, fadiga e perda de peso de 6kg, durante o primeiro trimestre de gravidez. Ela está preocupada com a saúde de seu feto. O exame físico revela adenopatias cervicais indolores. A biópsia excisional de um dos linfonodos revela que as células são positivas para CD15 e CD30 e negativas para CD3, CD7, CD20 e CD45. Morfologia é compatível com células de Reed-Sternberg. Qual das seguintes afirmações é correta em relação a esse caso?

- (A) Quimioterapia com BEACOPP é preferida em relação ao ABVD para tratamento durante o primeiro trimestre, devido à falta de antimetabólitos do regime.
- (B) A ressonância magnética é o preferido dentre os exames de imagem no estadiamento da doença, porque, assim, evita-se o risco de teratogenia.
- (C) A sobrevivência a longo prazo de mulheres grávidas tratadas é inferior ao de mulheres não grávidas com a doença.
- (D) A terapia de radiação com blindagem abdominal pode ser usada com segurança na doença volumosa acima do diafragma.
- (E) O uso de R-CHOP é o protocolo mais apropriado.

20. Em relação ao carcinoma de cabeça e pescoço (CCP) relacionado ao vírus do papiloma humano (HPV), qual das seguintes afirmações está **INCORRETA**?

- (A) A maioria dos pacientes tem pouca ou nenhuma história de tabagismo.
- (B) Os resultados de sobrevida são substancialmente melhores do que em pacientes com CCP associado ao tabagismo.
- (C) O papel do HPV em sítios diferentes do primário de orofaringe não é bem estabelecido (ex.: laringe, hipofaringe, etc).
- (D) A pesquisa de p16 por imuno-histoquímica é altamente sensível nos tumores associados ao HPV e deve ser realizada rotineiramente.
- (E) O esquema quimioterápico a ser escolhido deverá ser distinto dos utilizados nos casos não associados ao HPV.

21. Um homem de 52 anos foi submetido à ressecção de uma massa de 3 cm na região lateral da coxa esquerda. A patologia revelou um sarcoma de partes moles de alto grau e a margem cirúrgica lateral foi positiva. O próximo passo no tratamento deste paciente seria:

- (A) radioterapia.
- (B) quimioterapia adjuvante.
- (C) nova tentativa de ressecção completa da lesão.
- (D) observação.
- (E) radioterapia e quimioembolização.

22. Qual das seguintes características do melanoma primário é o fator prognóstico mais importante?

- (A) Níveis de Clark.
- (B) Espessura vertical da lesão (Breslow).
- (C) Índice mitótico.
- (D) Localização anatômica.
- (E) Regressão.

23. Homem de 26 anos apresenta tosse e uma massa testicular esquerda. A avaliação diagnóstica revela massa abdominal palpável, vários nódulos pulmonares, AFP de 11.000 ng/mL e beta-hCG de 450 mUI/mL. O diagnóstico patológico da massa testicular é seminoma puro. Qual a melhor recomendação quanto ao tratamento deste paciente?

- (A) Dois ciclos de BEP (bleomicina, etopodide e cisplatina).
- (B) Três ciclos de BEP.
- (C) Quatro ciclos de BEP.
- (D) Três ciclos de EP.
- (E) Radioterapia após resposta ao BEP.

24. Mulher de 50 anos foi diagnosticada com câncer de ovário EC III e foi submetida à ressecção primária seguida de quimioterapia. É assintomática, mas apresenta elevação dos níveis de CA-125. Os estudos de imagem não identificam a doença recorrente. Qual das opções abaixo seria, hoje, a melhor opção de tratamento?

- (A) Observação ou terapia hormonal.
- (B) Quimioterapia baseada em platina.
- (C) Doxorrubicina como agente único.
- (D) Paclitaxel em monoterapia.
- (E) Doxorrubicina lipossomal.

25. Mutações no gene VHL (Von Hippel-Landau) têm papel bem reconhecido na carcinogênese de qual dos tumores abaixo mencionados?

- (A) Linfomas não-Hodgkin.
- (B) Melanoma maligno.
- (C) Carcinoma de pulmão de pequenas-células.
- (D) Mesotelioma pleural.
- (E) Carcinoma de células claras do rim.