

**Concurso Público para provimento de cargos de
Médico - Nível III (Grau A) - Residência Médica
Mastologia**

Nome do Candidato

Caderno de Prova '15', Tipo 001

Nº de Inscrição

MODELO

Nº do Caderno

MODELO1

Nº do Documento

0000000000000000

ASSINATURA DO CANDIDATO

00001-0001-0001

P R O V A**Conhecimentos Gerais
Conhecimentos Específicos
Dissertativa****INSTRUÇÕES**

- Verifique se este caderno:
 - corresponde a sua opção de cargo.
 - contém 40 questões, numeradas de 1 a 40.
 - contém a proposta e espaços para rascunho e transcrição definitiva das três questões dissertativas.Caso contrário, reclame ao fiscal da sala um outro caderno.
Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta certa.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher a resposta certa.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

VOCÊ DEVE

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A,B,C,D,E) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS, conforme o exemplo: (A) ● (C) (D) (E)
- Ler o que se pede na Prova Dissertativa e utilizar, se necessário, o espaço para rascunho.

ATENÇÃO

- Marque as respostas primeiro a lápis e depois cubra com caneta esferográfica de material transparente de tinta preta.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de máquina calculadora.
- Em hipótese alguma os rascunhos das questões da Prova Dissertativa serão corrigidos.
- A duração da prova é de 5 horas para responder a todas as questões objetivas, preencher a Folha de Respostas e responder a Prova Dissertativa (rascunho e transcrição).
- Ao término da prova, chame o fiscal da sala e devolva todo o material recebido.
- Proibida a divulgação ou impressão parcial ou total da presente prova. Direitos Reservados.

**CONHECIMENTOS GERAIS**

1. Em relação às instituições públicas, é correto afirmar:
- (A) Uma organização é considerada moderna se é capaz de usar o conhecimento para desenvolver e oferecer novos produtos e serviços, dentro de espírito inovador e criativo.
 - (B) Um ambiente de trabalho moderno é bastante rígido, proporciona disciplina, impermeabiliza procedimentos já existentes dentro da organização e evita inovações que desestabilizem a rotina.
 - (C) O fornecimento de informações aos cidadãos é essencialmente seletivo, para que eles não influenciem significativamente as decisões políticoadministrativas.
 - (D) A política de capacitação de servidores públicos prescinde de ferramentas de informática e uso das tecnologias da informação.
 - (E) O compartilhamento de conhecimento e informação na gestão pública será incluído como prioridade apenas em políticas de gestão do conhecimento futuras.
-
2. No momento em que o Governo avalia o desempenho de suas organizações e de seus servidores por metas ou objetivos alcançados, ele está avaliando a gestão pública por meio
- (A) da eficiência.
 - (B) da eficácia.
 - (C) da efetividade.
 - (D) da qualidade.
 - (E) do custo.
-
3. De uma maneira geral, as competências gerenciais são classificadas em três categorias: conhecimentos, habilidades e atitudes. Essas categorias são necessárias para ocupar um cargo de gerente e dependem do nível hierárquico do cargo, das tarefas a serem desenvolvidas pelo gerente e do tipo de organização, entre outros fatores. A relação correta entre habilidades e nível hierárquico é:
- (A) Quanto mais alto o nível hierárquico do cargo a ser ocupado, mais habilidades técnicas serão requeridas.
 - (B) Em cargos de gerências táticas e intermediárias são requeridas com maior intensidade as chamadas habilidades e atitudes.
 - (C) Em cargos com características operacionais são requeridas maiores habilidades técnicas como principal condição desse gerenciamento.
 - (D) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades atitudinais serão requeridas.
 - (E) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades conceituais serão requeridas.
-
4. O Brasil é um Estado organizado de forma Federativa. Isto significa que as atribuições inerentes aos poderes executivo, legislativo e judiciário são divididas em duas esferas de atuação: a Federal (União) e a Estadual. Em relação a essas esferas, é INCORRETO afirmar que
- (A) a cúpula dos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário formam o núcleo estratégico do Estado.
 - (B) aos Estados e Municípios são atribuídas as ações de caráter local.
 - (C) a Constituição da União e as leis federais determinam o escopo e o alcance das constituições dos Estados Federados.
 - (D) o critério de divisão de poderes entre União e Estados membros é, ao mesmo tempo, funcional e territorial.
 - (E) os Estados têm total autonomia para formulação e aplicação de suas políticas, independentemente do poder central.
-
5. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) consta que: “são significativos os fatores externos decorrentes do desenvolvimento do capital humano sob a perspectiva do Ciclo de Vida. Ao mesmo tempo em que uma população saudável e bem nutrida influencia positivamente os indicadores educacionais, o investimento em educação tem reflexos positivos sobre os indicadores de saúde”.
- Dentre outras, são ações propostas no PMDI:
- (A) adoção de perspectiva integrada de desenvolvimento do capital humano; salto de qualidade no ensino e ampliação da escolaridade da população jovem mineira, orientada por padrões internacionais (OCDE); superação da pobreza crônica das novas gerações; protagonismo juvenil e capacitação para o trabalho.
 - (B) aumento do número de escolas e hospitais de atendimento público; aumento de ambulatórios setoriais ou regionais; aumento do número de vagas para médicos no atendimento público.
 - (C) adoção de qualidade no ensino e no atendimento público em todos os órgãos destinados à população; superação da pobreza crônica e capacitação para o trabalho.
 - (D) superação da pobreza crônica; elaboração de programas materno-infantil e de adolescentes para diminuir a mortalidade infantil; construções de escola de nível médio e de ensino superior.
 - (E) construções de redes de hospitais de atendimento público; implantação em todo o estado mineiro do Programa de Saúde do Trabalhador; Construção de Escolas Públicas para aumentar o número de vagas disponíveis e capacitação para o trabalho.



6. É VETADO ao Funcionário Público
- (A) facilitar as atividades de fiscalização pelos órgãos de controle.
 - (B) observar os princípios e valores da Ética Pública.
 - (C) divulgar e informar a todos os integrantes de sua classe sobre a existência de Código de Conduta Ética.
 - (D) utilizar-se do cargo, emprego ou função para obter qualquer favorecimento para si ou outrem.
 - (E) apresentar-se ao trabalho com vestimentas adequadas ao exercício da função.
-
7. Dentre as características das organizações públicas modernas, nas quais o conhecimento é valorizado, encontra-se
- (A) coordenação centralizada de tarefas.
 - (B) predomínio do trabalho individual.
 - (C) transmissão do conhecimento coletivo, de preferência, em forma de documentos impressos.
 - (D) o servidor-polivalente e inovador.
 - (E) diminuição do poder dos usuários dos serviços dessas empresas.
-
8. Segundo seu delineamento, em um estudo de
- (A) *coorte*, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (B) caso-controle, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (C) prevalência, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (D) caso-controle, o risco da doença não é medido diretamente.
 - (E) caso-controle e de prevalência, o risco da doença é medido diretamente.
-
9. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe
- (A) que as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde do país sejam homogeneizadas e contempladas dentro de um documento igual para todos os estados.
 - (B) que a esfera federal de gestão realize todo o planejamento e a regionalização das ações fique a cargo dos estados e municípios.
 - (C) que cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) realize o seu planejamento.
 - (D) instrumentos de planejamento de centralização: Plano Diretor, Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).
 - (E) Plano Federal Bienal de Saúde, instrumento básico que norteia a Programação Bienal das ações e serviços de saúde prestados.
-
10. Sobre os modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar que
- (A) se fundamentam em regionalização, integralização e terceirização dos serviços.
 - (B) cada doença tem um nível de atenção à saúde (primária, média complexidade e alta complexidade) predeterminado.
 - (C) se fundamentam em regionalização e integração dos serviços interfederativos.
 - (D) foram implantados com vistas ao atendimento das Doenças de Notificação Compulsória (DNC).
 - (E) os serviços de atenção primária são as únicas portas de entrada no sistema SUS.



-
11. O projeto de vigilância em saúde (Vigisus) é
- (A) voltado à redução de mortalidade por doenças transmissíveis e não abrange a exposição a fatores de risco associados com a saúde.
 - (B) composto de duas fases: Vigisus I (1999 a 2004) para Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigisus II (2005-2013) para Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.
 - (C) destinado à redução da mortalidade e da morbidade de doenças transmissíveis, mas não abrange as doenças não transmissíveis.
 - (D) executado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Fundação Nacional de Saúde, sendo financiado pelo Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento.
 - (E) direcionado para serviços de saneamento em grandes aglomerados urbanos e, por isso, não inclui a saúde de povos indígenas e quilombolas.
-
12. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições,
- (A) o controle e a fiscalização do serviço de internação e atendimento ambulatorial, não abrangendo a execução da política de sangue e seus derivados.
 - (B) a fiscalização e inspeção de alimentos quanto à qualidade sanitária, sem abranger a vigilância nutricional e a orientação alimentar.
 - (C) a participação na formulação da política de saúde pública, não incluindo a execução de ações de saneamento básico.
 - (D) a participação no controle e formulação da política de medicamentos, excetuando a participação na produção de insumos de interesse para a saúde.
 - (E) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
-
13. O controle social no Sistema Único de Saúde
- (A) diminuiu após a Norma Operacional Básica (NOB 1/96), desde que esta redefiniu vínculos de serviços com seus usuários.
 - (B) está contemplado em um dos blocos de financiamento para a gestão do Sistema Único de Saúde.
 - (C) está previsto somente para serviços públicos de assistência à saúde.
 - (D) pressupõe ações dos usuários sobre serviços, exclusivamente, da iniciativa privada.
 - (E) requer financiamento do próprio usuário.
-
14. A educação em saúde, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) é o objetivo de um Programa destinado a capacitar trabalhadores da saúde para a utilização adequada de equipamentos usados em serviços de saúde.
 - (B) está prevista em legislação, mas ainda não existe uma secretaria de gestão relacionada a essa área.
 - (C) restringe-se a um compromisso de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores da saúde.
 - (D) refere-se à qualificação de trabalhadores da saúde e, ainda, à promoção de hábitos saudáveis aos usuários do SUS.
 - (E) prevê atividades exclusivas dos trabalhadores da saúde para atendimento da população.
-
15. Quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência podem corresponder ao Piso Assistencial Básico (PAB) destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal.
 - (B) na esfera estadual, conta com recursos transferidos pela União e essas transferências regulares não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
 - (C) na esfera municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, existem transferências eventuais da União para municípios, as quais não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
 - (D) os fundos de saúde dos municípios não podem receber verba oriunda de reembolso de despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde.
 - (E) os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG) e o teto financeiro do estado; não deve conter os tetos de municípios.
-



16. Na legislação do Sistema Único de Saúde,
- (A) “Programação Pactuada e Integrada (PPI)” restringe-se às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.
 - (B) “Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)” é um montante que corresponde ao financiamento do conjunto de ações assistenciais em situações de emergência, assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde, transferido eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde.
 - (C) “Índice de Valorização de Resultados (IVR)” consiste na atribuição de valores adicionais ao teto financeiro da assistência do estado, transferidos eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, quando houver obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.
 - (D) “Remuneração por Serviços Produzidos” restringe-se ao pagamento direto aos prestadores privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor.
 - (E) “Fração Assistencial Especializada (FAE)” é um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado.
-
17. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê:
- (A) Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade de serviços de média complexidade, incluindo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar para sua própria população.
 - (B) Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, nos quais as funções de gestão e relacionamento com prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor municipal, podendo este delegar aos gestores de hospitais as funções de controle e avaliação dos prestadores.
 - (C) Ao governo federal cabe prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município, para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência, sempre de acordo com a Programação Pactuada e Integrada.
 - (D) A assistência de alta complexidade deve ser programada no âmbito federal, e em alguns casos macrorregionais, tendo em vista as características especiais desse grupo: alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.
 - (E) A programação da assistência de alta complexidade, consolidada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, não deve conter a referência de pacientes para outros Estados, ou mesmo, reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros Estados.
-
18. As ações de auditoria dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são
- (A) atividades que necessitam de um órgão que consolide as informações necessárias, analise os resultados obtidos em decorrência de suas ações, mas não proponha medidas corretivas.
 - (B) de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho.
 - (C) ações de controle que podem, ou não, auditar procedimentos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos.
 - (D) ações de controle que excluem autorização de internações e procedimentos ambulatoriais, desde que sejam critérios médicos.
 - (E) monitoramentos da qualidade dos serviços prestados, sem priorizar a regularidade e fidedignidade de registros de produção e faturamento de serviços.
-
19. Segundo Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS-NOAS 01), houve fortalecimento do controle, regulação e avaliação da assistência aos usuários devido
- (A) à criação de procedimentos técnico-administrativos prévios à prestação de serviços hospitalares, os quais não podem ser fiscalizados pelos usuários.
 - (B) à previsão de compra de serviços da rede privada, pautada apenas na sua indisponibilidade na rede pública.
 - (C) à possibilidade de compra de serviços da rede privada com base no interesse público e necessidades assistenciais.
 - (D) à implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos que não podem ser avaliados pelos usuários.
 - (E) ao fato do gestor federal elaborar todos os planos de controle, regulação e avaliação para fortalecimento da capacidade de gestão.



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

20. Paciente de 58 anos, assintomática, fez mamografia de rastreamento cujo diagnóstico foi de BI-RADS 4C por área de 2 centímetros com microcalcificações pleomórficas retroareolar à esquerda. O exame físico e o ultrassom das mamas estavam normais. A paciente deve então ser orientada à
- (A) dar seguimento semestral com mamografia das microcalcificações por 3 anos.
 - (B) *core biopsy* da região retroareolar de mama esquerda.
 - (C) punção percutânea com agulha fina (PAAF) das microcalcificações da mama esquerda.
 - (D) ressonância magnética das mamas.
 - (E) mastotomia guiada por mamografia.
-
21. Paciente de 54 anos, sem comorbidades, com diagnóstico inicial de câncer de mama (carcinoma lobular invasivo, grau II histológico, com imunoistoquímico de R.E. positivo, R.P. positivo e HER2 negativo) de 40 mm, sem envolvimento de pele, com linfadenomegalia coalescente (N2) e metástase óssea limitada à coluna lombar e bacia. Refere dor para deambulação que melhora, mas não cede ao repouso. A primeira medida frente à dor provocada pela metástase óssea é
- (A) mastectomia radical modificada sem reconstrução.
 - (B) limitar deambulação, analgesia e radioterapia antiálgica.
 - (C) quimioterapia neoadjuvante.
 - (D) hormonioterapia com tamoxifeno.
 - (E) aplicação de ácido zoledrônico.
-
22. Paciente de 61 anos, costureira, viúva, natural e procedente de Caiçaba do Norte, BA. Refere palpação de nódulo na mama direita há 12 meses. Ao exame clínico das mamas, há registro de nódulo palpável com cerca de 3,5 cm em quadrante superior lateral de mama esquerda, não aderido a planos profundos ou a pele. Expressão papilar negativa bilateralmente. Linfadenomegalia axilar homolateral endurecida, com cerca de 2,5 cm, móvel, sem sinais de coalescência. Fossa supraclavicular bilateral e axilar contralateral sem sinais de linfadenomegalia. Ultrassom das mamas revela nódulo acentuadamente hipocóide, de contornos espiculados, acentuada sombra acústica posterior, medindo 33 × 28 × 20 mm, localizado no Q.S.L. de mama esquerda e nódulo axilar hipocóide medindo 18 × 11 × 11 mm, com discreta sombra acústica posterior. Submetida a *core biopsy* guiada por ultrassom teve por resultado anatomopatológico: carcinoma ductal invasivo, grau II histológico, grau II nuclear, sem carcinoma ductal *in situ*. Imunoistoquímico revelou RE positivo, RP positivo, HER2 negativo, com Ki-67 de 30%. Não houve evidência de metástase nos exames de rastreamento. Com base nos dados imunoistoquímicos e na analogia do subtipo molecular, o subtipo do câncer de mama é o
- (A) Luminal B.
 - (B) Basaloide.
 - (C) Triplo Negativo.
 - (D) HER2.
 - (E) Luminal A.
-
23. Paciente de 49 anos realizou mamografia bilateral e ultrassonografia das mamas antes de iniciar o uso de terapia de reposição hormonal por menopausa sintomática. A mamografia foi categorizada como BI-RADS 4 por densidade assimétrica focal na JQM de mama direita, com imagem ultrassonográfica de alteração arquitetural com sombra acústica posterior na área correspondente. Submetida à mastotomia guiada por estereotaxia, teve por diagnóstico hiperplasia lobular atípica (neoplasia lobular) com adenose esclerosante. Teve tia materna com câncer de mama aos 55 anos como antecedente familiar. A proposta seguinte para esta paciente deve ser
- (A) quimioprevenção com examestano.
 - (B) adenomastectomia bilateral.
 - (C) prescrição de Tamoxifeno 10 mg por 5 anos.
 - (D) seguimento anual com mamografia e ressonância magnética.
 - (E) ampliação cirúrgica da área biopsiada.
-
24. Paciente de 62 anos, procura ambulatório com resultado de biópsia (*core biopsy*) de nódulo de mama direita, cujo laudo anatomopatológico revela Carcinoma Lobular Invasivo, grau nuclear III. Ao exame clínico há sinais de *peau d'orange* central, com retração do complexo aréolo-papilar, com tumor medindo 6,5 cm e linfonomegalia axilar homolateral palpável e endurecida com cerca de 2,0 cm. Solicitado o bloco de parafina e realizado o exame imunoistoquímico que revelou RE negativo, RP negativo, HER2 negativo e Ki-67 de 70%. Solicitada a PAAF guiada por ultrassom do linfonodo axilar direito, cujo laudo citológico foi positivo para células neoplásicas. Os exames de rastreamento não demonstraram indícios de metástase à distância. A proposta terapêutica inicial deve ser
- (A) radioterapia associada à quimiossensibilização.
 - (B) quimioterapia neoadjuvante.
 - (C) mastectomia radical modificada (Patey).
 - (D) mastectomia radical (Halsted).
 - (E) radioterapia incluindo vias de drenagem – fossa supraclavicular, mamas interna e axila.



25. Exame mamográfico de rastreamento em paciente de 42 anos revelou a presença de foco de 1,6 cm de calcificações pleomórficas em QSL de mama esquerda. Ao exame clínico as mamas têm médio volume, não se palpando nenhum nódulo suspeito. A expressão papilar, bem como o exame clínico das vias de drenagem linfática, não registrou linfadenomegalia. A mamotomia guiada por estereotaxia revelou o laudo patológico de carcinoma ductal *in situ* micropapilífero, grau histológico II, sem comedonecrose, com RE/RP negativos ao exame imunoistoquímico. A grande maioria das microcalcificações foi representada, deixando um clipe de titânio no local. A proposta terapêutica inicial mais apropriada é a
- (A) adenomastectomia com preservação do complexo aréola-papilar e biópsia do linfonodo sentinela.
 - (B) mastectomia com preservação de pele e retirada do complexo aréolo-papilar e biópsia do linfonodo sentinela.
 - (C) localização do clipe por fio guia metálico ou radiofármaco e ressecção segmentar de mama com esvaziamento axilar do nível I de Berg.
 - (D) localização do clipe por fio guia metálico ou radiofármaco e ressecção segmentar de mama e radiografia do espécime cirúrgico.
 - (E) localização do clipe por fio guia metálico ou radiofármaco e ressecção segmentar de mama com congelação das margens e linfonodo sentinela.
-
26. Paciente com 34 anos, prole constituída, com câncer de mama esquerda de estágio pT2 pN0, submetida à quadrantectomia com biópsia do linfonodo sentinela. O laudo anatomopatológico foi de carcinoma ductal invasivo, grau II histológico, associado a carcinoma ductal *in situ* em 10% da amostra. O exame imunoistoquímico revelou a presença de RE e RP negativos, HER2 positivo (FISH) e Ki-67 de 40%. As terapias adjuvantes mais adequadas para esta paciente são:
- (A) quimioterapia e radioterapia.
 - (B) quimioterapia, radioterapia e bevacizuma.
 - (C) quimioterapia, radioterapia e trastuzumabe.
 - (D) quimioterapia, radioterapia, exemestano e bevacizuma.
 - (E) radioterapia e exemestano.
-
27. Paciente 68 anos, homem, com antecedente de etilismo crônico e ginecomastia, apresentou nódulo palpável, retroareolar em mama direita, com cerca de 1,3 cm ao exame clínico, retração do complexo aréolo-papilar, sem linfadenomegalia nas vias de drenagem linfática. O exame de *core biopsy* revelou carcinoma ductal invasivo, grau I histológico, sem carcinoma ductal *in situ*, subtipo luminal A. Os exames de rastreamento de metástase foram negativos. A melhor conduta para o paciente é a
- (A) mastectomia simples com biópsia do linfonodo sentinela e hormonioterapia com tamoxifeno, se sentinela negativo no exame de parafina.
 - (B) tumorectomia com radioterapia intraoperatória, biópsia do linfonodo sentinela e quimioterapia.
 - (C) mastectomia simples com biópsia do linfonodo sentinela, quimioterapia e hormonioterapia, independente do resultado do linfonodo.
 - (D) tumorectomia central com avaliação intraoperatória das margens e esvaziamento axilar dos níveis I e II.
 - (E) mastectomia radical modificada com esvaziamento dos níveis I e II e hormonioterapia com anastrosole.
-
28. Paciente de 39 anos, com diagnóstico por biópsia incisional de *cistosarcoma phyllodes*, representado por tumor de mama direita com 12 cm, acometendo pele por contiguidade, sem linfadenomegalia axilar ou supraclavicular bilateral. Os exames de rastreamento foram negativos para metástase à distância. De acordo com as evidências o melhor tratamento, neste caso, é a
- (A) mastectomia radical à Halsted com esvaziamento axilar.
 - (B) mastectomia radical modificada seguida pela radioterapia e quimioterapia.
 - (C) mastectomia com margens amplas, que pode incluir ou não os músculos peitorais.
 - (D) mastectomia simples seguida pela quimioterapia.
 - (E) quimioterapia neoadjuvante seguida pela mastectomia radical modificada.
-
29. Em relação à terapia endócrina e terapia alvo em pacientes portadoras de câncer de mama
- (A) quando jovens, o trastuzumabe é efetivo na melhora da mortalidade global, tanto naquelas com HER2 positivo ou negativo pelo FISH.
 - (B) na menacme, com subtipo luminal B, acrescentar o uso de análogos do GnRH associado ao tamoxifeno e quimioterapia adjuvante (FEC) apresenta melhor tempo livre de doença e sobrevida global.
 - (C) menacme e receptores hormonais positivos com hiperexpressão do HER2, há benefício em estender o uso do tamoxifeno 10 mg/dia por mais de 5 anos.
 - (D) quando idosas com câncer de mama localmente avançado e receptores hormonais positivos, o uso de hormonioterapia neoadjuvante a base de inibidores da aromatase é alternativa razoável à quimioterapia.
 - (E) quando menopausadas que necessitam utilizar a terapia hormonal adjuvante, não há diferença na sobrevida livre de doença o uso do inibidor da aromatase ou o tamoxifeno.



30. Paciente com 62 anos, com diagnóstico anatomopatológico por *core biopsy* de mama esquerda de carcinoma ductal invasivo, grau III histológico, com invasão angio-linfática, sem extensão intraductal, com perfil imunoistoquímico representado por RE e RP positivos, HER2 negativo e Ki-67 > 50%. O estadiamento clínico foi T2 N1 M1 (pulmonar). O diagnóstico da metástase pulmonar foi revelado por meio da tomografia de tórax que revelou três nódulos em ápice pulmonar esquerdo, sendo que um deles submetido à biópsia dirigida com laudo patológico de carcinoma metastático, com possível sítio mamário. A proposta terapêutica mais razoável para esta paciente é a
- (A) quimioterapia neoadjuvante, seguida pela mastectomia radical modificada e hormonioterapia.
 - (B) lobectomia, seguida pela mastectomia radical modificada e quimioterapia adjuvante.
 - (C) hormonioterapia neoadjuvante seguida pela mastectomia simples.
 - (D) quimioterapia paliativa e radioterapia mamária para controle local, se necessário.
 - (E) pleurodese, seguida pela mastectomia radical a Halsted e quimioterapia.
-
31. Com relação ao fluxo papilar,
- (A) a causa é benigna na maioria dos casos em que ocorre unilateralmente, por um único ducto e com aspecto seroso.
 - (B) quando bilateral, multiductal e de aspecto leitoso, sugere doença de origem mamária.
 - (C) o estudo citológico da secreção obtida oferece grande ajuda para a decisão da conduta, especialmente quando a secreção não apresenta sangue.
 - (D) quando unilateral e uniductal, só deve ser valorizado se houver nódulo palpável próximo.
 - (E) sua forma fisiológica, manifestada apenas durante a expressão papilar, é rara, ocorrendo em menos de 10% das mulheres.
-
32. Mulher de 26 anos, sem queixas e sem antecedentes de doenças ou cirurgias, submeteu-se a ultrassonografia de mamas apenas para “se certificar de que estaria tudo bem”. O laudo do exame informa presença de cistos de forma ovalada, limites bem definidos e regulares, paredes finas, conteúdo anecoico e com reforço acústico posterior, sendo 2 no quadrante superolateral da mama esquerda e 1 no quadrante ínfero-lateral da mama esquerda e outros 2 no quadrante superolateral da mama direita. O maior dos cistos mede 0,9 cm em seu maior diâmetro. Considerando que, ao exame clínico das mamas nada de anormal foi detectado,
- (A) a paciente deve ser tranquilizada e um controle ultrassonográfico deve ser realizado em 6 meses.
 - (B) esse laudo de ultrassonografia deveria ser classificado como BI-RADS™ 3.
 - (C) deve-se complementar a avaliação com mamografia digital bilateral.
 - (D) o maior cisto deve ser puncionado e seu conteúdo enviado para estudo citológico.
 - (E) não há necessidade de um tratamento específico para esta situação.
-
33. Lactante no 10^o dia pós-parto procura atendimento de urgência com queixa de dor em ambas as mamas, porém, bem mais intensa na mama direita. Não mediu a temperatura, mas na última noite teve alguns calafrios. Nega doenças crônicas. Gesta: 1, Para: 1. Ao exame clínico, BEG, corada, hidratada, eupneica. Temperatura oral de 38,0 °C. O exame clínico das mamas revelou ambas as mamas ingurgitadas, tensas e dolorosas, porém, a mama direita apresentava-se hiperemiada, edemaciada e quente. À expressão mamilar, houve saída de leite e não se notou secreção purulenta. É correto afirmar que
- (A) a supressão da amamentação é recomendável para acelerar a cura.
 - (B) a quase totalidade desses casos tem o *Staphylococcus aureus* como agente etiológico.
 - (C) é fundamental realizar punção com agulha fina e cultura do material obtido nesses casos.
 - (D) a drenagem ou esvaziamento do leite é uma medida importante no tratamento.
 - (E) o uso de antibióticos está contraindicado, pois são secretados no leite.
-
34. Com relação à anatomia e histologia da mama,
- (A) o principal fornecimento de sangue arterial para a mama ocorre pela artéria torácica lateral.
 - (B) a ramificação ductal mamária se completa logo após a menarca.
 - (C) cada mama contém no máximo 10 lobos de formato aproximadamente cônicos.
 - (D) raramente a face posterior da glândula mamária se relaciona com outro músculo além do peitoral maior.
 - (E) a glândula mamária está contida dentro da fáscia subcutânea.



35. Em relação às estratégias para detecção precoce do câncer de mama,
- (A) a mamografia digital demonstra melhor acurácia do que a convencional na detecção precoce do câncer de mama em determinadas populações.
 - (B) o autoexame das mamas é recomendável, pois promove redução da mortalidade por câncer de mama.
 - (C) a adição do exame clínico das mamas em programas de rastreamento mamográfico é importante, pois diminui as taxas de indicação de biópsias.
 - (D) dados recentes mostram que a ressonância magnética pode substituir a mamografia na detecção precoce do câncer de mama em mulheres jovens de alto risco.
 - (E) a maioria dos estudos revela que a sensibilidade da mamografia na detecção precoce do câncer de mama situa-se acima de 90%.
-
36. Com relação ao risco de desenvolver câncer de mama,
- (A) a atividade física pode diminuí-lo, exceto em mulheres com sobrepeso.
 - (B) não há consenso se o tabagismo aumenta o risco.
 - (C) a suplementação diária com vitamina D diminui claramente o risco.
 - (D) o álcool aumenta o risco apenas quando consumido em grande quantidade.
 - (E) o acréscimo de risco atribuído ao achado de mamas densas à mamografia decorre meramente de maior dificuldade na detecção de nódulos.
-
37. Com relação à anatomia da mama, da axila e de suas vascularizações e inervações, é correto afirmar que a
- (A) linfa drenada de uma mama pode atingir linfáticos da axila contralateral por meio de comunicação linfática cruzando a linha média do esterno.
 - (B) artéria toracoacromial é ramo da artéria torácica lateral.
 - (C) infiltração carcinomatosa dos ligamentos de Cooper resulta no sinal *peau d'orange* ou pele de laranja.
 - (D) fáscia clavipeitoral constitui a parede posterior da axila.
 - (E) principal consequência da lesão do nervo torácico longo durante a mastectomia é o *deficit* sensorial na face medial do braço.
-
38. São características ultrassonográficas sugestivas de benignidade de nódulo sólido mamário:
- (A) forma ovalada, orientação vertical (maior eixo perpendicular à pele) e presença de reforço acústico posterior.
 - (B) presença de halo, orientação horizontal e presença de atenuação acústica posterior (sombra).
 - (C) forma ovalada, orientação horizontal (maior eixo paralelo à pele) e margens regulares.
 - (D) contornos microlobulados, orientação vertical (maior eixo perpendicular à pele) e margens regulares.
 - (E) presença de halo, orientação vertical (maior eixo perpendicular à pele) e presença de reforço acústico posterior.
-
39. Em relação à epidemiologia do câncer de mama,
- (A) no Brasil, apesar do câncer de mama ser o mais incidente na mulher, não é a principal causa de morte feminina por câncer.
 - (B) o pico de incidência do câncer de mama ocorre por volta dos 50 anos de idade.
 - (C) sem considerar o câncer de pele não-melanoma, o câncer de mama é o mais incidente nas mulheres em todas as regiões do Brasil, exceto na região Norte.
 - (D) em linhas gerais, a chance de uma mulher desenvolver câncer de mama ao longo de toda a sua vida é da ordem de 1 em 30.
 - (E) em mais da metade dos casos, há histórico da doença em parentes de primeiro ou segundo grau.
-
40. Sobre a dor mamária, é correto afirmar:
- (A) o danazol é ótima opção para tratamento da mastalgia, pois é muito eficaz e raramente proporciona efeitos adversos.
 - (B) pode ser considerada um sinal de ausência de doença maligna.
 - (C) a tromboflebite de veias superficiais da mama é uma causa de dor na mama e seu tratamento é por meio de anti-coagulantes parenterais.
 - (D) a terapêutica hormonal da pós-menopausa não é uma causa de dor mamária.
 - (E) a síndrome de Tietze, ou osteocondrite costochondral, é uma das causas de dor mamária de origem extramamária.



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



PROVA DISSERTATIVA

QUESTÃO 1

Mulher de 44 anos, última menstruação há cerca de 3 semanas, procura atendimento médico com queixa de dor mamária há vários meses e está preocupada com isto, pois sua mãe e uma tia (irmã do pai) tiveram câncer de mama aos 62 e 68 anos, respectivamente. Questionada, relatou que a dor ocorre principalmente cerca de uma semana antes da menstruação, com alívio progressivo após o início da menstruação. Nega doenças crônicas e usos de medicamentos. Submeteu-se a mamoplastia com colocação de prótese de silicone por motivos estéticos há cerca de 4 anos e refere que a única mamografia a que se submeteu até hoje foi aquela realizada antes da cirurgia. É tabagista. Menarca aos 10 anos e sempre teve ciclos irregulares com tendência a atrasos menstruais. Usou pílula anticoncepcional do tipo combinada por uns 10 anos consecutivos, interrompendo para engravidar e não usou mais. Teve apenas uma gravidez e seu parto foi aos 34 anos e não amamentou. Ao exame físico: BEG, peso: 79,0 kg, altura: 162 cm, IMC: 30,1. Axilas: presença de 2 linfonodos de consistência fibro-elástica e móveis em cada axila, medindo no máximo 1,5 cm de diâmetro. Inspeção estática, dinâmica e palpação das mamas: nada digno de nota. Expressão papilar: negativa.

a. Qual a principal hipótese diagnóstica?

Redação Definitiva

b. Cite 4 fatores de risco para câncer de mama que esta paciente apresenta, além do sexo feminino.

Redação Definitiva



c. Há necessidade de exame complementar? Qual ou quais?

RASCUNHO

Redação Definitiva

d. Qual a conduta médica a ser adotada?

RASCUNHO

Redação Definitiva

NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



b. Quais foram os métodos de coleta de evidências para estabelecer a opção terapêutica?

Redação Definitiva

c. Se você fosse planejar um estudo para obter um alto grau de recomendação e força de evidência para os medicamentos propostos, como organizaria?

Redação Definitiva



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA