Publicado em
12/01/2026

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 06/2025
DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 70

MÉDICO I
(Oncologia)

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

CADERNO DE QUESTÕES

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 06/2025

DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior

PS 70 - MÉDICO I
(Oncologia)

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

ATENÇÃO

Transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

O segredo é começar, não esperar.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: ___ ___ ___ ___ ___ ___ – ___

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

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

SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE FAURGS SETOR DE CONCURSOS

SISTEMA DE GESTÃO DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO FAURGS SETOR DE CONCURSOS

INSTRUÇÕES

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

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 **40** (quarenta) 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 O candidato que comparecer para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame**, **portar relógios,** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *pagers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos/próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, **exceto em situações autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei.** (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, réguas, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)

7 Não será permitida 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 em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)

8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **41** serão desconsideradas.

9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.

10 A duração da prova é de **três horas (3h)**, 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 utilizar os sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 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 Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)

14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

Boa prova!

01. A Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) versa sobre

(A) a formação da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde em cada esfera do governo como instâncias colegiadas. Também estabelece que a Conferência de Saúde deverá se reunir a cada 4 anos com representação dos vários segmentos sociais.

(B) o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quanto à responsabilidade por normatizar e fiscalizar a assistência médica, odontológica e hospitalar realizada por prestadores privados.

(C) o estabelecimento do processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, referência básica para cobertura mínima e obrigatória dos planos de saúde privados.

(D) a universalidade ao acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, a preservação da autonomia das pessoas, a igualdade da assistência à saúde e o direito à informação sobre sua saúde.

(E) a saúde ser direito de todos e dever do Estado, conforme seu artigo 196, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

02. Paciente de 55 anos, tabagista há 30 anos e hipertenso. Interna por quadro de emagrecimento, astenia com necessidade de assistência para autocuidados (KPS 60%) e dor em coxa direita há 8 meses. Ao exame, apresenta aumento de volume nesse local. Em ressonância magnética, foi evidenciado tumor de cerca de 10,0 cm x 7,5 cm x 8,0 cm na região anterior da coxa direita. A tomografia de tórax mostrou múltiplos nódulos pulmonares, com até 2,0 cm no maior diâmetro, em ambos os pulmões. Não foram visualizados achados suspeitos em tomografia de abdômen total. O paciente realizou biópsia de nódulo pulmonar com anatomopatológico demonstrando a presença de leiomiossarcoma. Sobre o caso acima, assinale a afirmativa correta.

(A) Por ser um subtipo histológico em que a antraciclina é preferida, a combinação de doxorrubicina com ifosfamida e mesna é o esquema de escolha para tratamento desse paciente, por apresentar documentado aumento na taxa de resposta.

(B) Por ser um subtipo histológico em que não há preferência por antraciclina, a combinação de docetaxel com gemcitabina pode ser considerada como tratamento em primeira linha para esse paciente.

(C) Por ser comumente encontrado nesse tipo histológico, deve ser inicialmente testada a fusão de *NTRK* e, se presente, oferecer ao paciente tratamento com larotrectinibe.

(D) Esse tipo histológico frequentemente responde a sirolimus ou everolimus, devendo ser um desses medicamentos a preferência terapêutica antes da quimioterapia convencional.

(E) No caso de progressão à primeira linha, pazopanibe é a terapia de escolha por apresentar ganho de sobrevida livre de progressão e sobrevida global neste subtipo histológico.

03. Mulher de 69 anos, sem comorbidades, interna na emergência com dor abdominal e vômitos. Exames de imagem mostram obstrução em nível de flexura colônica hepática. A paciente foi submetida à laparotomia com ressecção de segmento colônico obstruído, e o anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou adenocarcinoma de cólon em ângulo hepático ocupando toda a circunferência visceral, com *budding* tumoral alto, presença de invasão linfovascular, invasão através da muscular própria até a subserosa, com um implante tumoral na subserosa e 21 linfonodos negativos. Tomografias de tórax e abdômen sem doença neoplásica em outras localizações. Considerando esse caso, qual seria a conduta ideal?

(A) Após a recuperação cirúrgica, não será necessária terapia adjuvante, e deve-se iniciar seguimento clínico com colonoscopia, a ser realizada dentro do próximo ano.

(B) Após a recuperação cirúrgica, realizar testagem de deficiência na produção de enzimas do reparo do DNA no tumor e, caso estejam ausentes, não haverá benefício de quimioterapia com fluoropirimidina.

(C) Após a recuperação cirúrgica, realizar testagem da deficiência na produção de enzimas do reparo do DNA no tumor e, caso estejam presentes, realizar 6 meses de terapia com fluoropirimidina, pois a oxaliplatina não apresenta benefício claro nesse perfil de paciente.

(D) Após a recuperação cirúrgica, realizar testagem de deficiência na produção de enzimas do reparo do DNA no tumor e, caso estejam presentes, realizar tratamento com 6 meses de capecitabina.

(E) Após a recuperação cirúrgica, essa paciente será elegível para terapia adjuvante com oxaliplatina e capecitabina por 4 ciclos.

04. Mulher de 57 anos de idade, sem comorbidades e com bom desempenho clínico, refere hematoquezia há 6 meses e colonoscopia com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon na flexura esplênica. Tomografias de estadiamento demonstram 3 metástases hepáticas, confirmadas como únicas lesões metastáticas em PET-CT e ressonância magnética com primovist. Testagem tumoral mostrou KRAS, NRAS e BRAF selvagens e pMMR. A avaliação cirúrgica considerou as lesões hepáticas ressecáveis. Considerando o caso acima, assinale a conduta recomendada.

(A) Oferecer quimioterapia pré-operatória com fluorouracil, irinotecano, leucovorin e cetuximabe por 6 ciclos, seguida de cirurgia do sítio primário e das metástases, complementando a adjuvância com mais 6 ciclos do mesmo tratamento pré-operatório.

(B) Oferecer quimioterapia pré-operatória com fluorouracil, irinotecano e leucovorin por 6 ciclos, seguida de cirurgia do sítio primário e das metástases, completando a adjuvância com mais 6 ciclos do mesmo tratamento pré-operatório.

(C) Oferecer quimioterapia pré-operatória com fluorouracil, oxaliplatina e leucovorina por 6 ciclos, seguida de cirurgia do sítio primário e das metástases, completando a adjuvância com mais 6 ciclos do mesmo tratamento pré-operatório.

(D) Oferecer quimioterapia pré-operatória com fluorouracil, oxaliplatina, leucovorin e bevacizumabe por 6 ciclos, seguida de cirurgia do sítio primário e das metástases, completando a adjuvância com mais 6 ciclos de fluorouracil, oxaliplatina e leucovorin.

(E) Oferecer cirurgia de colectomia, seguida de quimioterapia com fluorouracil, oxaliplatina, irinotecano, leucovorin e panitumumabe por 6 ciclos. Após, deverá realizar a cirurgia das metástases, completando a adjuvância com mais 6 ciclos de fluorouracil, oxaliplatina e leucovorin.

05. Paciente masculino de 35 anos com colite ulcerativa grave, em uso de prednisona 15 mg ao dia, infliximabe e azatioprina, recebeu diagnóstico de adenocarcinoma de ceco com múltiplos implantes hepáticos, pulmonares e carcinomatose peritoneal. Exames laboratoriais demonstram hemoglobina de 8,5 g/dL, ALT de 103 U/L, AST de 110 U/L, fosfatase alcalina de 257 U/L e bilirrubinas totais de 3,7 mg/dL. Testagem tumoral demonstrou KRAS, NRAS e BRAF selvagens e deficiência de MLH1. Sobre esse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O tratamento que deve ser recomendado para esse paciente é pembrolizumabe.

(B) O tratamento que deve ser recomendado para esse paciente é quimioterapia em doses plenas com fluorouracil, oxaliplatina e leucovorina, combinado com anticorpo monoclonal anti-EGFR.

(C) O tratamento que deve ser recomendado para esse paciente é quimioterapia em doses plenas com fluorouracil, irinotecano, oxaliplatina, leucovorina e anticorpo anti-EGFR.

(D) O tratamento que deve ser recomendado para esse paciente é quimioterapia em doses plenas com fluorouracil, oxaliplatina, leucovorina e bevacizumabe.

(E) O tratamento que deve ser recomendado para esse paciente é quimioterapia em doses plenas com fluorouracil, irinotecano, leucovorina e bevacizumabe.

06. Paciente feminina de 57 anos de idade, com hipertensão leve em uso de amlodipina 5 mg ao dia, realizou colonoscopia por queixa de hematoquezia há 6 meses. Exame demonstrou lesão vegetante e ulcerada a 10 cm da margem anal. Exame anatomopatológico diagnosticou um adenocarcinoma. Realizou pesquisa de enzimas de reparo de DNA no tumor, que estavam presentes. Assinale a alternativa que apresenta conduta ideal para esse caso.

(A) Fazer estadiamento com tomografias de tórax e abdômen total e ressonância de pelve. Caso seja evidenciada invasão tumoral até a muscular própria com ausência de linfonodos perirretais, proceder com radioterapia com fluoropirimidina concomitante, seguida de ressecção transabdominal do reto. Após, completar tratamento com fluoropirimidina e oxaliplatina.

(B) Fazer estadiamento com PET-CT. Caso seja evidenciada, além do tumor no reto, a presença de linfonodos perirretais, realizar radioterapia de curso abreviado (*short-course*), seguida de quimioterapia com fluoropirimidina e oxaliplatina e, após, realizar cirurgia transabdominal do reto.

(C) Fazer estadiamento com tomografias de tórax e abdômen total e ressonância de pelve. Caso seja evidenciada invasão tumoral até a muscular própria e 1 linfonodo perirretal aumentado, seguir com radioterapia combinada com fluoropirimidina, seguida de fluoropirimidina com oxaliplatina e, após, cirurgia transabdominal do reto.

(D) Fazer estadiamento com PET-CT e ressonância de pelve. Caso seja evidenciado tumor com invasão de tecidos perirretais e 4 linfonodos perirretais aumentados, seguir com cirurgia transabdominal e, após, radioterapia combinada com fluoropirimidina seguida de fluoropirimidina com oxaliplatina.

(E) Fazer estadiamento com PET-CT e ressonância de pelve. Caso seja evidenciado tumor com invasão de tecidos perirretais e presença de 2 linfonodos perirretais aumentados, seguir com radioterapia combinada com fluoropirimidina. Após, repetir o PET-CT e, caso haja resposta metabólica completa, seguir com observação ativa, repetindo o PET-CT de 3/3 meses, por 3 anos.

07. Mulher de 35 anos de idade vem para consulta. Aos 32 anos de idade, ela foi diagnosticada com um carcinoma invasor de mama tipo não especial na mama direita, com 2,5 cm e 1 linfonodo sentinela positivo de 3 ressecados. O tumor expressava receptores de estrogênio (RE) 90%, receptores de progesterona (RP) 60%, HER2 1+ e Ki-67 20%. Teste germinativo com identificação de variante patogênica em BRCA2 (vpBRCA2). Recebeu tratamento com quimioterapia adjuvante. Vem em uso, há 2 anos, de bloqueio ovariano com agonista LHRH e exemestano, de um total de 5 anos planejados. Antes da cirurgia, ela e o esposo criopreservaram embriões. Nesta consulta, ela deseja discutir a possibilidade de gestação. Sobre as orientações que podem ser passadas à paciente nesse caso, assinale a alternativa correta, caso seja o desejo da paciente gestar.

(A) Ela poderá suspender o tratamento hormonal adjuvante para tentativa de gestação espontânea ou assistida antes de completar 5 anos de tratamento e, após o parto e período de amamentação, realizar a retomada da terapia hormonal pelo período adjuvante que falta. Ela deve ser orientada que essa conduta não demonstrou aumento de risco de recorrência acima do esperado no curto prazo em relação às mulheres que continuaram o tratamento hormonal.

(B) Ela deverá aguardar o período de 5 anos de tratamento adjuvante. Deve ser orientada que, para pacientes com linfonodo positivo, os dados de segurança sugerem um risco de recidiva acima do esperado no período de 3 anos seguintes, caso a adjuvância seja suspensa antes do planejado.

(C) Ela poderá suspender o tratamento hormonal adjuvante para tentativa de gestação espontânea ou assistida e, após o parto e período de amamentação, realizar a retomada da terapia hormonal pelo período adjuvante que falta. Ela deve ser orientada que essa conduta demonstrou um aumento em taxas de malformações fetais e complicações materno-infantis.

(D) Ela deverá aguardar o período de 5 anos de tratamento adjuvante. Deve ser orientada que o risco de recorrência com gestação após diagnóstico de câncer de mama é mais elevado em portadoras de vpBRCA do que nas não portadoras.

(E) Ela deverá aguardar o período de 5 anos de tratamento adjuvante. Deve ser orientada que a gestação, após o diagnóstico de câncer de mama, aumenta o risco de recorrência e mortalidade por essa doença.

08. Mulher, 58 anos, diagnosticada há 3 anos com carcinoma ductal invasivo de mama RH-positivo (RE 80% / RP 20%), HER2 3+, com metástases pulmonares e ósseas na apresentação. Recebeu primeira linha de tratamento com docetaxel + trastuzumabe + pertuzumabe (THP) por 6 ciclos, com resposta parcial, seguida de manutenção com trastuzumabe + pertuzumabe associada a inibidor de aromatase (letrozol). Evoluiu com resposta parcial seguida de doença estável por 24 meses. Agora, retorna com tosse seca, dispneia aos esforços e dor dorsal. TC de tórax: progressão pulmonar com múltiplos nódulos e aumento de linfonodos hilares; cintilografia óssea com progressão em arcos costais e coluna torácica (T6). Qual é a melhor escolha de tratamento sistêmico de 2ª linha nesse cenário?

(A) Trastuzumabe deruxtecana (T-DXd) em monoterapia.

(B) trastuzumabe emtansina (T-DM1) em monoterapia.

(C) Tucatinibe + trastuzumabe + capecitabina.

(D) Trastuzumabe + inibidor de aromatase (trocar o agente endócrino).

(E) Neratinibe + capecitabina.

09. Uma paciente de 41 anos de idade, atleta maratonista, recebeu diagnóstico de carcinoma do tipo não especial de mama direita, com aspecto inflamatório. Nos exames de estadiamento, foram demonstradas metástases pulmonares e hepáticas. Ressonância de crânio não mostrou doença em SNC. Imunohistoquímica apresenta receptor de estrogênio 0%, receptor de progesterona 0%, HER2 0+ (expressão ausente) e Ki-67 70%. Painel genômico hereditário mostrou variante patogênica de BRCA1. Assinale a alternativa que apresenta a conduta ideal para o caso acima.

(A) O material tumoral deve ser enviado para testagem de PD-L1 pela plataforma Ventana SP142. Caso o PD-L1 seja >1%, deverá ser tratado com a combinação de paclitaxel albuminado com pembrolizumabe.

(B) O material tumoral deve ser enviado para testagem de PD-L1 pela plataforma Ventana SP142 e, caso CPS seja >10, deverá ser tratado com a combinação paclitaxel albuminado com atezolizumabe.

(C) O material tumoral deve ser enviado para testagem de PD-L1 pela plataforma Dako 22C3 e, caso o CPS seja >1, deverá ser tratado com a combinação de gemcitabina, carboplatina e pembrolizumabe.

(D) O material tumoral deverá ser enviado para testagem de PD-L1 pela plataforma Dako 22C3 e, caso o CPS seja >10, deverá ser tratado com inibidor da PARP ou quimioterapia contendo platina.

(E) O material tumoral deverá ser enviado para testagem de PD-L1 pela plataforma Dako 22C3 e, caso o CPS seja <10, deverá ser tratado com inibidor da PARP ou quimioterapia contendo platina.

10. Qual é o cenário mais apropriado para o uso de olaparibe como terapia de manutenção em uma paciente com câncer de ovário epitelial avançado e mutação BRCA confirmada, considerando biomarcadores, resposta ao tratamento e duração recomendada?

(A) Mulher de 54 anos com carcinoma seroso de alto grau, estágio IIIC, mutação BRCA1 germinativa, em resposta completa após quimioterapia adjuvante com carboplatina/paclitaxel, com plano de manutenção por até 2 anos ou até progressão.

(B) Mulher de 59 anos com carcinoma seroso de alto grau, estágio IV, mutação BRCA2 somática, em resposta parcial após quimioterapia de segunda linha para recidiva platina-sensível, manutenção indefinida sem limite de duração.

(C) Mulher de 47 anos com carcinoma endometrioide de alto grau, estágio IIIB, mutação BRCA1 germinativa, mas com progressão durante quimioterapia neoadjuvante, sem uso de bevacizumabe, e manutenção por 3 anos, independentemente da resposta.

(D) Mulher de 61 anos com carcinoma seroso de alto grau, estágio IIIC, mutação BRCA2 germinativa, em resposta completa após quimioterapia de primeira linha, mas com anemia grau 3 persistente, planejando manutenção por até 5 anos.

(E) Mulher de 52 anos com carcinoma seroso de alto grau, estágio IV, mutação BRCA1 somática, em resposta parcial após quimioterapia com bevacizumabe, com manutenção por 1 ano de duração.

11. Uma mulher de 38 anos, nulípara, é diagnosticada com carcinoma escamoso de colo uterino, estadiado como IIB segundo a classificação FIGO, após queixas de sangramento vaginal intermitente e dor pélvica leve. A ressonância magnética revela um tumor de 5,5 cm com extensão paramétrica unilateral, sem envolvimento de linfonodos pélvicos ou metástases distantes. A biópsia confirma carcinoma escamoso invasivo, com expressão de PD-L1 em 20% das células tumorais. A paciente está em boa condição clínica geral (ECOG 0), mas apresenta anemia leve (hemoglobina 10,5 g/dL). Qual é a abordagem terapêutica mais apropriada para o manejo inicial dessa paciente, considerando as evidências mais recentes e o quadro clínico?

(A) Histerectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral, seguida de radioterapia adjuvante.

(B) Quimioterapia neoadjuvante com cisplatina e 5-fluorouracil, seguida de traquelectomia radical para preservação de fertilidade.

(C) Radioterapia externa combinada com braquiterapia sem quimioterapia de indução.

(D) Imunoterapia com pembrolizumabe combinada com quimioterapia à base de cisplatina e bevacizumabe.

(E) Quimioterapia de indução com carboplatina e paclitaxel por 6 semanas, seguida de radioterapia externa, quimioterapia concomitante com cisplatina e braquiterapia.

12. Um paciente de 62 anos, ex-tabagista, é diagnosticado com adenocarcinoma da junção esôfago-gástrica (JEG) tipo Siewert II, estadiado como cT3N2M0 (por PET-CT e ecoendoscopia), com expressão de PD-L1 (CPS=8) e status HER2 negativo. O paciente foi submetido a tratamento neoadjuvante com esquema de quimiorradioterapia e, após reestadiamento, apresenta regressão parcial (cT2N1). A esofagogastrectomia trans-hiatal com linfadenectomia adequada é realizada. O laudo anatomopatológico final da peça cirúrgica revela doença residual significativa (tumor ypT2ypN1, com margens livres – R0), mas a análise imuno-histoquímica do material residual mostra agora superexpressão de HER2 (IHC 3+). Considerando esse cenário complexo de discordância biomolecular pós-terapia neoadjuvante e a doença residual, qual a conduta adjuvante subsequente mais adequada e embasada pelas evidências científicas mais recentes?

(A) Vigilância ativa. A ressecção R0 foi alcançada e não há evidência nível 1A que demonstre benefício de sobrevida global para qualquer terapia adjuvante sistêmica.

(B) Quimioterapia adjuvante com esquema FOLFOX ou XELOX.

(C) Imunoterapia adjuvante com nivolumabe por 1 ano.

(D) Quimioterapia adjuvante com esquema FLOT.

(E) Terapia-alvo adjuvante com trastuzumabe.

13. Um paciente masculino de 68 anos é admitido com adenopatias cervicais e axilares. A biópsia de um linfonodo cervical revela carcinoma pouco diferenciado. A investigação inicial com exames de imagem (TC de tórax, abdômen e pelve) e marcadores tumorais séricos (PSA, CA 19-9, CEA, CA-125) é inconclusiva para um tumor primário. A imuno-histoquímica (IHC) inicial do material biopsiado mostra: CK7+, CK20-, TTF-1-, GATA3-, CDX2-, PSA-. Considerando o manejo de neoplasia de origem desconhecida, em um contexto sem limitações de recursos, em que há ampla disponibilidade de tecnologia, qual é a próxima etapa de maior impacto para o direcionamento terapêutico e prognóstico desse paciente, considerando a melhor evidência científica atualmente disponível?

(A) Iniciar quimioterapia empírica com esquema à base de carboplatina e paclitaxel. Essa abordagem, válida para a maioria dos perfis histológicos de carcinoma de sítio primário oculto, é a que oferece o melhor balanço entre eficácia e toxicidade, conforme demonstrado em ensaios randomizados, e deve ser instituída rapidamente para controle da doença.

(B) Realizar PET-CT (tomografia por emissão de pósitrons) com PSMA. Essa é a técnica de imagem de maior sensibilidade para identificar o sítio primário oculto, uma vez que, pela idade e sexo do paciente, câncer de próstata deve ser a principal hipótese considerada.

(C) Repetir a biópsia do linfonodo com uma bateria mais extensa de marcadores imuno-histoquímicos. O perfil atual (CK7+/CK20-) sugere um tumor primário no pulmão, mama ou trato biliar pancreático. A adição de marcadores como Napsina A, ER/PR, HER2 e RX poderia restringir ainda mais as possibilidades diagnósticas.

(D) Solicitar um painel de sequenciamento de nova geração (NGS) do tecido tumoral. A análise genômica abrangente pode identificar alterações moleculares específicas (como mutações em *BRCA*, alto índice de instabilidade de microssatélites – MSI-H, ou fusões gênicas) que são passíveis de terapia-alvo ou imunoterapia, reclassificando a doença de "origem desconhecida" para "tratável com base no perfil molecular".

(E) Encaminhar para linfadenectomia cervical radical com esvaziamento ganglionar. O controle locorregional da doença metastática é fundamental. A remoção cirúrgica dos linfonodos acometidos pode ser curativa em alguns subtipos de carcinoma de sítio primário oculto com apresentação em cadeias cervicais e, ao fornecer mais material tumoral, facilita o diagnóstico patológico definitivo.

14. Qual dos seguintes efeitos adversos apresenta a maior associação com o uso prolongado de novos inibidores do receptor de androgênio, como enzalutamida ou apalutamida, no tratamento do câncer de próstata resistente à castração (CPRC), considerando os dados de ensaios clínicos de fase III?

(A) Hipocalemia.
(B) Hipertensão arterial sistêmica de início tardio.
(C) Hipotiroidismo subclínico.
(D) Síndrome de Stevens-Johnson.
(E) Neuropatia periférica sensitiva.

15. Um paciente de 65 anos é diagnosticado com câncer de próstata localizado, com PSA de 12 ng/mL, escore de Gleason 3+4=7 (Grau ISUP 2) e estadiamento clínico T2b por ressonância magnética. De acordo com as diretrizes do NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*), qual é a classificação de risco desse paciente?

(A) Muito baixo.
(B) Baixo.
(C) Intermediário.
(D) Alto.
(E) Muito alto.

16. Um paciente de 55 anos apresenta câncer de próstata metastático resistente à castração (mCRPC), com escore de Gleason 4+4=8, PSA de 45 ng/mL e ausência de história familiar de cânceres hereditários.

De acordo com as diretrizes atualizadas do NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*), qual é a indicação para o teste genético de BRCA nesse contexto?

(A) O teste de BRCA não é indicado em pacientes sem história familiar.
(B) O teste de BRCA é indicado em casos de doença de alto risco localizado, não metastático.
(C) O teste de BRCA é indicado em qualquer paciente com câncer de próstata, independentemente da história familiar e do estadiamento.
(D) O teste de BRCA é indicado para todos os pacientes com doença metastática, independentemente de história familiar.
(E) O teste de BRCA não é indicado para câncer de próstata fora do contexto experimental.

17. Um paciente apresenta recidiva bioquímica (PSA mensurável) após prostatectomia radical para adenocarcinoma de próstata. Um PET-PSMA realizado para reestadiamento é negativo para metástases a distância. Considerando as evidências que demonstram benefício em sobrevida global, qual dos seguintes perfis clínicos representa a indicação com maior benefício para radioterapia de resgate pélvica associada à terapia de privação androgênica (ADT) adjuvante?

(A) PSA de 0,4 ng/mL, PSADT de 8 meses, Gleason 3+4=7 , margens cirúrgicas negativas.

(B) PSA de 0,5 ng/mL, PSADT de 15 meses, Gleason 3+3=6 , pT2 no espécime cirúrgico.

(C) PSA de 1,8 ng/mL, PSADT de 4 meses, Gleason 4+3=7 , margens positivas.

(D) PSA de 0,3 ng/mL, PSADT de 15 meses, Gleason 3+4=7 (Grupo 2), sem outros fatores de risco patológicos.

(E) PSA de 0,4 ng/mL, PSADT de 18 meses, Gleason 4+3=7.

18. Uma mulher de 42 anos, previamente hígida, foi diagnosticada com carcinoma ductal invasivo da mama esquerda, de 3,2 cm, adenomegalia axilar ipsilateral palpável (cT2N1), grau histológico 3, HER2 3+, receptores hormonais negativos e Ki-67 de 60%. O estadiamento com tomografias e cintilografia óssea não evidenciou metástases a distância. A paciente recebeu quimioterapia neoadjuvante com docetaxel, carboplatina, trastuzumabe e pertuzumabe (TCHP) por seis ciclos, apresentando redução parcial da lesão mamária à avaliação clínica e radiológica. Após mastectomia radical modificada, o exame anatomopatológico revelou persistência de 1,5 cm de carcinoma invasor residual na mama e um linfonodo axilar positivo (ypT1ypN1a), com doença residual (RCB) de II. A paciente apresenta ECOG 0, função cardíaca preservada (fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 65%), e recuperou-se bem da cirurgia. Qual é a conduta adjuvante mais apropriada?

(A) Manter trastuzumabe até completar 1 ano.

(B) Manter trastuzumabe e pertuzumabe até completar 1 ano.

(C) Trocar para T-DM1 (trastuzumabe emtansina) até completar 1 ano de bloqueio HER2.

(D) Associar capecitabina oral ao trastuzumabe por 6 meses.

(E) Iniciar neratinibe por 1 ano.

19. Uma mulher de 60 anos, com histórico de câncer de mama metastático HER2-positivo com predomínio de metástases ósseas, em uso de trastuzumabe, pertuzumabe e denosumabe, procura o pronto atendimento por dor lombar intensa há 5 dias, que piora ao deambular e não melhora com opioides. Nas últimas 24 horas, refere fraqueza progressiva nos membros inferiores, com dificuldade para se levantar da cama e perda de sensibilidade em região inguinal. Ao exame físico, apresenta força grau 3/5 em ambos os membros inferiores, hiporreflexia patelar bilateral, nível sensitivo em T10 e disfunção urinária (retenção). A ressonância magnética de coluna toracolombar revela colapso vertebral em T9, com compressão extrínseca do canal medular por massa epidural metastática, sem outras lesões instáveis adjacentes. Qual é a conduta inicial mais apropriada nesse cenário?

(A) Realizar radioterapia de 30 Gy em 10 frações sem uso prévio de corticosteroides.

(B) Administrar corticosteroides e proceder avaliação com neurocirurgia e radioterapia, definindo a abordagem locorregional.

(C) Indicar cirurgia de descompressão apenas após confirmação histológica de metástase.

(D) Suspender bisfosfonatos e realizar analgesia e observação clínica.

(E) Iniciar anticoagulação preventiva antes de qualquer intervenção para evitar trombose paraneoplásica.

20. Homem de 55 anos, previamente hígido, refere dispneia aos esforços há 2 meses. Na TC de tórax, há massa mediastinal anterior de 13 cm × 9 cm, comprimindo parcialmente a veia cava superior e deslocando a traqueia. Biópsia por mediastinoscopia mostra tumor de células germinativas não seminomatoso (carcinoma embrionário predominante com componentes de saco vitelino). Marcadores séricos: LDH 1.320 U/L, β-hCG 3.900 mUI/mL, AFP 1.050 ng/mL. Sem metástases viscerais em TC de abdômen e pelve; ECOG 1. Foi iniciada quimioterapia de 1ª linha com BEP (bleomicina, etoposídeo, cisplatina). Após 24 horas do D1, evolui com náuseas, mal-estar, cãibras e oligúria (0,35 mL/kg/h). Exame físico: PA 124/78 mmHg, FC 98 bpm, $SatO_2$ 96% em ar ambiente, sem estertores ou edema; ingurgitamento jugular leve pela massa. Laboratório: creatinina 2,1 mg/dL (basal 0,9), K^+ 6,2 mEq/L, fósforo 7,0 mg/dL, cálcio corrigido 7,1 mg/dL, ácido úrico 11,6 mg/dL, bicarbonato 19 mEq/L. Qual é a conduta mais adequada nesse caso?

(A) Administrar alopurinol profilático e hidratação vigorosa.
(B) Iniciar rasburicase intravenosa e hidratação intensiva, corrigindo distúrbios eletrolíticos.
(C) Suspender quimioterapia e aguardar normalização laboratorial espontânea.
(D) Iniciar diurético de alça e corticoide em altas doses.
(E) Iniciar calcitriol e restrição hídrica.

21. Homem de 62 anos, em quimioterapia adjuvante FOLFOX (ciclo 4, D10) para adenocarcinoma de cólon pT3N1, procura a emergência por febre de 38,5 °C iniciada há 2 horas. Sinais vitais estão estáveis, o estado geral é bom, sem hipotensão, sem confusão, sem dor localizada. Exame físico: sem foco infeccioso evidente; sem sinais flogísticos em cateter venoso; mucosite grau 1; pulmões livres; abdômen sem dor; sem celulite/abscessos. Laboratório (na admissão): leucócitos 700/mm³; neutrófilos 400/mm³; Hb 12,1 g/dL; plaquetas 168 mil/mm³; demais sem alterações. Exame qualitativo de urina e urocultura: sem piúria/nitrito. RX de tórax: sem infiltrado. Comorbidades: hipertensão controlada. MASCC (*Multinational Association for Supportive Care in Cancer Risk Index Score*) = 24. O paciente mora a 20 minutos do hospital, com a esposa e filhos. Qual é a recomendação inicial mais indicada para esse paciente?

(A) Internação imediata e antibioticoterapia intravenosa empírica de amplo espectro.
(B) Internar o paciente para aguardar resultado das culturas antes de iniciar antibiótico.
(C) Coletar culturais, iniciar antibiótico oral e fazer observação domiciliar, por ter neutropenia febril de baixo risco.
(D) Iniciar antibióticos e antifúngico empírico de amplo espectro.
(E) Coletar culturais e administrar G-CSF isoladamente, sem antibiótico.

22. Mulher, 67 anos, com adenocarcinoma metastático de pulmão (metástases ósseas difusas), está internada por sonolência progressiva, confusão mental, fraqueza proximal, constipação e poliúria há 3 dias. Em uso de analgésicos opioides e antiemético; sem diuréticos tiazídicos. Exame físico: desidratada (mucosas secas), PA 106/64 mmHg, FC 104 bpm, FR 18 irpm, $SatO_2$ 97% em ar ambiente, Glasgow 14. Sem sinais focais neurológicos. Cálcio sérico total: 12,9 mg/dL; albumina 2,6 g/dL (cálcio corrigido = 13,8 mg/dL); creatinina 1,6 mg/dL (basal 0,9), ECG com intervalo QT encurtado. Qual é o tratamento inicial mais apropriado?

(A) Reposição oral de cálcio e vitamina D.
(B) Hidratação intravenosa vigorosa e ácido zoledrônico.
(C) Corticoide isolado.
(D) Restrição hídrica e calcitonina oral.
(E) Hemodiálise de rotina.

23. Homem de 57 anos, com melanoma cutâneo metastático (BRAF V600E selvagem), iniciou pembrolizumabe 200 mg EV a cada 3 semanas, há 9 semanas. Nas últimas 48 horas, evoluiu com diarreia intensa (8 evacuações líquidas/dia), dor abdominal tipo cólica, náuseas, mal-estar e sinais de desidratação (mucosas secas, PA 100/62 mmHg, FC 108 bpm). Sem sangramento macroscópico. Nega uso recente de antibióticos. Ao exame físico, tem dor difusa à palpação, sem sinais de peritonite. Laboratório com PCR elevada, creatinina discretamente aumentada, hemograma sem eosinofilia. Colonoscopia realizada por piora clínica em < 24–48 h evidenciou colite difusa com eritema, friabilidade e erosões; biópsias compatíveis com colite imunomediada. TC abdômen: espessamento colônico, sem megacólon ou perfuração. Pelo quadro (≥ 7 evacuações/dia, desidratação e dor), classifica-se como colite grau 3 (CTCAE). Qual é a conduta mais apropriada para esse caso?

(A) Manter imunoterapia e tratar sintomaticamente.
(B) Suspender imunoterapia e iniciar corticoide sistêmico.
(C) Suspender imunoterapia e administrar antibióticos empíricos.
(D) Iniciar infliximabe de imediato, sem corticoide.
(E) Reduzir a dose do imunoterápico e hidratar.

24. Segundo as recomendações mais recentes, qual é o impacto comprovado da atividade física regular na prevenção do câncer?

(A) Reduz apenas o risco de câncer de pele e de cólon.
(B) Reduz o risco de câncer de mama, cólon e endométrio em até 20–30%.
(C) Aumenta o risco de câncer hematológico por estresse oxidativo.
(D) Não há evidência de benefício comprovado.
(E) Só há efeito preventivo se associada a dieta cetogênica.

25. Homem, 62 anos, ex-tabagista, com história de perda de peso de 7 kg e plenitude pós-prandial há 4 meses. Endoscopia digestiva alta mostra lesão infiltrativa de 4 cm em pequena curvatura gástrica, corpo médio, com ulceração central. Biópsia: adenocarcinoma gástrico de células intestinais (tipo Lauren). TC de tórax/abdômen/pelve sem linfonodomegalias volumosas nem metástases a distância e sem alterações em parede gástrica. Qual é o próximo passo, considerando um centro sem limitações de recursos?

(A) Iniciar quimioterapia neoadjuvante com FLOT.
(B) Encaminhar diretamente para gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
(C) Solicitar ecoendoscopia para estadiamento locorregional.
(D) Indicar videolaparoscopia abdominal e, caso negativa, iniciar esquema FLOT perioperatório.
(E) Programar apenas gastrectomia endoscópica devido ao tamanho < 5 cm.

26. Paciente de 31 anos, previamente saudável, com massa testicular esquerda indolor e marcadores tumorais elevados (beta-hCG e alfafetoproteína) foi submetido a orquiectomia inguinal, cuja histologia revelou tumor de células germinativas não seminomatoso (carcinoma embrionário predominante). Estadiamento inicial: IIC (linfonodo retroperitoneal de 5,5 cm). Recebeu 3 ciclos de BEP. Reestadiamento mostra massa retroperitoneal residual de 2,3 cm, marcadores beta-hCG e alfafetoproteína normalizados, sem novas lesões.

Qual é a conduta mais adequada para a massa residual?

(A) Radioterapia retroperitoneal.
(B) Biópsia percutânea guiada por TC.
(C) Dissecção de linfonodos retroperitoneais (RPLND).
(D) Realização de PET/CT.
(E) Quimioterapia de resgate com TIP (paclitaxel, ifosfamida e cisplatina).

27. Homem, 72 anos, tabagista de longa data (40 maços-ano), apresenta hematúria macroscópica e urgência miccional. Ressecção transuretral (RTU) de bexiga revela carcinoma urotelial de alto grau com invasão muscular (T2b). TC de abdômen/pelve: sem linfonodos ou metástases. TFG 38 mL/min/1,73 m² (doença renal crônica 3b). ECOG 0.

Qual é a conduta com melhor potencial curativo para esse paciente?

(A) Quimioterapia neoadjuvante com gemcitabina/carboplatina seguida de cistectomia.
(B) Cistectomia radical imediata com derivação urinária adequada.
(C) Pembrolizumabe isolado como tratamento definitivo.
(D) Quimiorradioterapia definitiva (RT + mitomicina/5-FU) como primeira escolha.
(E) RTU de bexiga ampliada seguida de BCG intravesical.

28. Homem, 60 anos, hipertenso controlado, com dor em flanco direito e hematúria microscópica. TC mostra massa renal direita de 7 cm com extensão de trombo tumoral para a veia renal direita, sem acometer veia cava inferior, além de linfonodo hilar de 2,2 cm. Sem metástases a distância. Biópsia percutânea: carcinoma renal de células claras, grau 3. ECOG 1, função renal preservada. Qual é a melhor conduta?

(A) Iniciar pembrolizumabe neoadjuvante.
(B) Nefrectomia parcial com margens ampliadas.
(C) Iniciar combinação nivolumabe + ipilimumabe.
(D) Nefrectomia radical direita com ressecção do trombo venoso e linfadenectomia regional.
(E) Radioterapia externa sobre rim e linfonodos.

29. Homem, 46 anos, sem história de tabagismo significativo, relata odinofagia e otalgia à esquerda há 5 meses. Exame: massa em tonsila palatina esquerda de 3,8 cm e linfonodo cervical nível II ipsilateral de 2 cm. Biópsia: carcinoma escamoso p16 positivo. PET-CT sem metástases. Estadiamento AJCC 8ª edição (HPV+): estádio III.

Qual é a melhor conduta inicial?

(A) Radioterapia exclusiva (70 Gy).
(B) Quimiorradioterapia concomitante com cisplatina.
(C) Cirurgia transoral robótica com esvaziamento cervical e RT adjuvante em todos os casos.
(D) Quimioterapia de indução seguida de RT.
(E) Radioterapia + cetuximabe.

30. Paciente masculino, 55 anos, tabagista (35 maços-ano), queixa-se de rouquidão há 7 meses e leve fadiga vocal. Laringoscopia: lesão em corda vocal direita com extensão para comissura anterior, mobilidade preservada. Biópsia: carcinoma escamoso moderadamente diferenciado. Estadiamento: T2N0M0 (estádio II). O paciente trabalha como professor e valoriza muito a preservação da voz. Qual é a melhor abordagem visando a controle oncológico e a preservação laríngea?

(A) Radioterapia exclusiva com técnica de intensidade modulada (IMRT).
(B) Laringectomia parcial supracricoide com esvaziamento cervical.
(C) Quimiorradioterapia concomitante com cisplatina.
(D) Laringectomia total com reabilitação vocal com prótese.
(E) Ressecção transoral a laser obrigatória.

31. Mulher, 61 anos, foi submetida a colecistectomia laparoscópica por colecistite calculosa. O laudo anatomopatológico demonstra adenocarcinoma de vesícula biliar T1b, margens livres, sem invasão hepática. Não foram retirados linfonodos. A paciente é ECOG 0, sem comorbidades importantes. Qual a melhor conduta para essa paciente?

(A) Re-ressecção hepática oncológica (segmentos IVb/V) associada a linfadenectomia hilar/portocaval, visando a estadiamento adequado e melhor sobrevida.
(B) Terapia adjuvante com capecitabina por 6 meses.
(C) Gemcitabina + cisplatina é o regime-padrão de quimioterapia adjuvante, segundo o estudo ABC-02.
(D) Apenas acompanhamento clínico e radiológico sem re-ressecção, pois tumores T1b apresentam baixo risco de linfonodo positivo.
(E) Realizar PET-CT para estadiamento complementar, sem necessidade de nova cirurgia, uma vez que a margem está negativa, e o tumor é superficial.

32. Homem, 63 anos, previamente hígido, diagnosticado com adenocarcinoma de cabeça de pâncreas de 1,0 cm, CA 19-9 normal. Foi submetido a duodenopancreatectomia (*Whipple*) com margens negativas (R0) sem evidência de linfonodo positivo em 18 avaliados (pT1b PN0 M0). ECOG 0, função renal e hepática preservadas. Qual é a melhor conduta adjuvante?

(A) mFOLFIRINOX por 6 meses.
(B) Gemcitabina isolada por 6 meses.
(C) Gemcitabina + capecitabina por 6 meses.
(D) Radioterapia adjuvante isolada.
(E) Observação clínica sem tratamento sistêmico.

Instrução: As questões **33** e **34** referem-se ao caso clínico abaixo.

Paciente feminina, 65 anos, não tabagista, inicia investigação devido a episódio de hemoptise. A tomografia de tórax evidencia lesão suspeita de acometimento primário, em região central do lobo superior direito, de 4,0 cm no maior diâmetro, além de linfonodo hilar à direita suspeito. A paciente foi submetida a biópsia transtorácica por radiologia intervencionista, cujo exame imunohistoquímico veio positivo para TTF-1, Napsina A e CK7, negativo para CK20 e p40, sendo o diagnóstico compatível com adenocarcinoma de origem pulmonar.

33. Assinale a afirmativa correta em relação ao caso clínico.

(A) Considerando a tomografia de tórax realizada, se o tumor primário fosse menor do que 3 cm em seu maior eixo, não estaria indicada avaliação invasiva do mediastino.
(B) Os exames de imagem mais indicados para estadiamento são PET-CT e ressonância magnética de crânio.
(C) Os exames de imagem mais indicados para estadiamento são PET-CT, ressonância magnética de crânio e cintilografia óssea.
(D) Em se tratando de doença operável cirurgicamente, a análise molecular inicial para esse caso compõe-se de PD-L1 e EGFR, somente.
(E) Caso a paciente fosse um EC IIB operável, com PD-L1 negativo, não haveria indicação de protocolo de quimioterapia + imunoterapia neoadjuvante.

34. Assinale a afirmativa correta em relação ao caso clínico.

(A) Em se confirmando doença localizada EC III, inoperável, mas passível de tratamento definitivo com quimioterapia + radioterapia, não há indicação de avaliação molecular nesse momento, o que deverá ser obrigatório caso ocorra progressão após o tratamento definitivo.
(B) Previamente ao diagnóstico, a paciente tinha indicação de tomografia de tórax de baixa dosagem para rastreamento para câncer de pulmão.
(C) Caso os exames de imagem não tenham evidenciado doença metastática, o tumor primário tenha 4,0 cm no maior eixo, acometimento confirmado de 1 linfonodo subcarinal, o estadiamento final da paciente, segundo AJCC 8a Ed, é T3 N1 M0 (EC IIIA).
(D) Adenocarcinomas em não tabagistas costumam se apresentar em estágios mais avançados e localização central.
(E) O adenocarcinoma de pulmão em indivíduos não fumantes apresenta uma prevalência maior de alterações moleculares em EGFR, ALK e ROS-1 em relação aos tabagistas. A mutação KRAS G12C, porém, é mais comum em tabagistas.

35. Paciente de 72 anos, ECOG 0, tabagista ativo com carga tabágica de 60 maços-ano, realizou TC de tórax de baixa dosagem e colonoscopia de rastreio sugeridas pelo seu clínico geral. Na TC de tórax, foi evidenciado nódulo espiculado em lobo superior esquerdo, de 3,5 cm em seu maior eixo. Nesse contexto, o paciente foi submetido a biópsia transtorácica, evidenciando carcinoma neuroendócrino de pequenas células do pulmão. Realizou exames de imagem adequados de estadiamento e avaliação mediastinal por EBUS, sendo negativos na amostragem linfonodal. Na sequência, o paciente recebeu estadiamento TNM N0 M0. O paciente foi submetido a lobectomia + linfadenectomia mediastinal, confirmando o estadiamento inicial, margens livres. Qual a melhor conduta neste momento?

(A) Tratamento concomitante com quimioterapia (platina + etoposídeo) + radioterapia seguida de durvalumabe de manutenção, conforme o estudo Adriatic.

(B) Radioterapia adjuvante.

(C) Quimioterapia exclusiva adjuvante com 4 ciclos com QT baseada em platina (platina + etoposídeo).

(D) Tratamento concomitante com quimioterapia (platina + etoposídeo) + radioterapia.

(E) Tratamento concomitante com quimioterapia (platina + etoposídeo) + radioterapia seguido de durvalumabe de manutenção, conforme o estudo Pacific.

36. Paciente feminina, 58 anos, nunca tabagista, ECOG 1, apresenta adenocarcinoma de pulmão metastático para osso, fígado e adrenal. O estadiamento completo confirma ausência de metástase cerebral. Imunohistoquímica demonstra PD-L1 70%. A avaliação molecular mostra mutação de EGFR éxon 19 deletado. Considerando o caso exposto, assinale a alternativa **INCORRETA**.

(A) A combinação de lazertinibe + amivantamabe é uma opção adequada na primeira linha de tratamento, segundo dados do estudo MARIPOSA, o qual apresentou aumento de sobrevida livre de progressão em relação ao osimertinibe.

(B) A combinação quimioterapia (pemetrexed e platina) + osimertinibe é uma opção adequada na primeira linha de tratamento, segundo os dados do estudo FLAURA-2, o qual apresentou aumento de sobrevida livre de progressão em relação ao osimertinibe isolado.

(C) O tratamento com osimertinibe isolado é uma opção adequada na primeira linha de tratamento, segundo estudo FLAURA, o qual apresentou aumento de sobrevida livre de progressão em comparação a TKIs de primeira geração (erlotinibe e gefitinibe).

(D) TKIs de 3ª geração, como osimertinibe, lazertinibe e afatinibe, costumam ter boa penetração e resposta em SNC.

(E) Apesar de PD-L1 de 70%, a imunoterapia e suas combinações não são a opção mais adequada na primeira linha de tratamento para essa paciente.

37. Paciente de 59 anos, branco, sem comorbidades, notou lesão de pele em braço esquerdo, cuja biópsia foi compatível com melanoma cutâneo. Nesse contexto, foi submetido a ressecção local com margens adequadas e livres, confirmando o diagnóstico inicial de melanoma cutâneo cuja espessura foi de 4,5 mm, ulcerado. US de axila esquerda veio sem suspeita de acometimento linfonodal, assim como o exame físico da axila. Paciente foi submetido a biópsia de linfonodo sentinela, sendo 1 linfonodo positivo para melanoma de 3 ressecados, com depósito tumoral de 0,5 mm no linfonodo acometido. Realizou TCs de tórax e abdômen total, RMN de crânio para estadiamento, as quais não demonstraram presença de doença a distância. Análise somática tumoral confirmou mutação em BRAF V600E. Analise as afirmativa abaixo.

I - Adjuvância com inibidores de BRAF e MEK não são opção nesse caso, uma vez que o depósito tumoral linfonodal foi menor que 1 mm.

II - Em pacientes EC IV ressecados, há indicação de adjuvância com imunoterapia, sendo nivolumabe e pembrolizumabe opções nesse cenário.

III- O paciente poderia ter sido tratado inicialmente com ipilimumabe + nivolumabe neoadjuvante por 2 ciclos, conforme estudo NADINA, sendo a adjuvância a depender da resposta patológica após a ressecção tumoral, a qual, no caso desse paciente, poderia ser com nivolumabe ou combinação de inibidor de BRAF + MEK, caso não atingisse critério de resposta patológica maior.

Quais estão corretas?

(A) Apenas I.
(B) Apenas II.
(C) Apenas III.
(D) Apenas I e II.
(E) I, II e III.

38. Homem de 67 anos, ex-trabalhador da indústria naval, com histórico de exposição ocupacional a amianto, apresenta dispneia progressiva e dor torácica à esquerda. A tomografia de tórax evidencia espessamento pleural difuso envolvendo toda a hemiparede esquerda, com derrame pleural de médio volume ipsilateral. Biópsia pleural confirma mesotelioma pleural maligno do subtipo sarcomatoide. Estadiamento radiológico não demonstrou doença extratorácica. O paciente apresenta ECOG 1. Qual é a conduta sistêmica inicial mais adequada nesse cenário?

(A) Quimioterapia exclusiva com pemetrexede e cisplatina por 4 a 6 ciclos.
(B) Combinação de ipilimumabe + nivolumabe como primeira linha.
(C) Imunoterapia com nivolumabe em monoterapia como tratamento de primeira linha.
(D) Combinação de cisplatina, pemetrexede e bevacizumabe, caso não haja contraindicações ao antiangiogênico.
(E) Radioterapia torácica definitiva associada à quimioterapia baseada em platina como padrão inicial de tratamento.

39. Sobre gliomas em adultos, assinale a alternativa correta.

(A) A hipermetilação do promotor do MGMT (O6-metilguanina-DNA metiltransferase) em glioblastomas reduz a reparação do DNA tumoral, aumentando a sensibilidade a temozolomida.
(B) Em pacientes com mutação de IDH, OMS grau 2/3 e que apresentem a codeleção 1q/19p são classificados como astrocitomas IDH mutado grau 2 ou 3 da OMS.
(C) Para gliomas de baixo grau operados cirurgicamente e que realizaram adjuvância com quimioterapia e radioterapia, há indicação de oferecer ivonescimabe complementar, o qual demonstrou ganho em sobrevida livre de progressão e de tempo para a próxima intervenção.
(D) A presença de mutação no gene IDH1 é um marcador de pior prognóstico e maior resistência à temozolomida.
(E) A maioria dos glioblastomas apresenta perda de expressão de ATRX e co-deleção 1p/19q, características clássicas dos gliomas oligodendrogliais.

40. Sobre câncer de pele não melanoma, assinale a alternativa correta.

(A) Avaliação do *status* mutacional da via BRAF/MEK está indicada para a escolha do tratamento de primeira linha do carcinoma espinocelular metastático.

(B) Inibidores da via Hedgehog são indicados na primeira linha no tratamento do carcinoma espinocelular metastático.

(C) A combinação ipilimumabe + nivolumabe é a primeira opção no tratamento do carcinoma espinocelular metastático.

(D) Vismodegib é uma opção de tratamento de primeira linha para carcinoma basocelular metastático.

(E) Combinação de quimioterapia com *doublet* de platina + anti-EGFR é a primeira opção no tratamento do carcinoma de células Merkel metastático.