

CONCURSO PÚBLICO PARA MÉDICO E MÉDICO PLANTONISTA - PREFEITURA DE SANTANA DE PARNAÍBA, SP.

EDITAL N.º 05/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO MASTOLOGISTA.

Leia atentamente as INSTRUÇÕES:

1. Não será permitido ao candidato realizar as provas usando óculos escuros, (exceto para correção visual, ou fotofobia, desde que informe no ato da inscrição), ou portando aparelhos eletrônicos, (mesmo desligados), celular, qualquer tipo de relógio, chaves, carteira, bolsa, acessórios que cubram o rosto, a cabeça, ou parte desta.
2. Será eliminado deste Concurso Público, o candidato que fizer uso do celular e/ou aparelho eletrônico, no local onde está ocorrendo o mesmo; o candidato cujo celular e/ou aparelho(s) eletrônico(s), mesmo desligado(s), emitir(em) qualquer som, durante a realização das provas. No decorrer de todo o tempo em que permanecer no local, onde ocorre o Concurso Público, o candidato deverá manter o celular desligado, sendo permitido ativá-lo, somente após ultrapassar o portão de saída do prédio.
3. **Sob pena de ser eliminado deste Concurso Público**, o candidato poderá manter em cima da sua carteira apenas lápis, borracha, caneta, um documento de identificação, lanche, (exceto líquido). **Outros pertences**, antes do início das provas, o candidato deverá acomodá-los **embaixo de sua cadeira**, sob sua guarda e responsabilidade.
4. Confira se sua prova tem **30 questões**, cada qual com **04 alternativas**.
5. Verifique seus dados no cartão-resposta, (nome, número de inscrição e o cargo para o qual se inscreveu), **ASSINE** o mesmo.
6. Preencha toda a área do cartão-resposta correspondente à alternativa de sua escolha, com caneta esferográfica, (tinta azul, ou preta), sem ultrapassar as bordas. As marcações duplas, rasuradas, ou marcadas diferentemente, do modelo estabelecido no cartão-resposta, serão anuladas.
7. Observe as orientações apresentadas no cartão-resposta. O mesmo não será substituído, salvo se contiver erro de impressão.
8. Aguarde a autorização do fiscal para abrir o caderno de provas. Ao receber a ordem, confira-o com muita atenção. Nenhuma reclamação sobre o total de questões, ou falha de impressão, será aceita depois de iniciada a prova. Caberá apenas ao candidato a interpretação das questões, o fiscal não poderá fazer nenhuma interferência.
9. A Prova Objetiva terá duração máxima de **3h, (três horas)**, incluso o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
10. O candidato poderá retirar-se do local da prova somente **1h, (uma hora)**, após seu início, levando o caderno de prova.
11. Ao terminar sua prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o cartão-resposta preenchido, assinado e retirar-se do recinto, onde está ocorrendo a mesma, não lhe sendo mais permitido o uso do banheiro e bebedouro.
12. Os **3, (três)**, candidatos que terminarem a prova por último, deverão permanecer na sala, só poderão sair juntos, após o fechamento do envelope, contendo os cartões-respostas dos candidatos presentes e ausentes, assinarem no referido envelope, atestando que este foi devidamente lacrado.

BOA PROVA!

POLÍTICAS DE SAÚDE.

1. Uma mulher de 58 anos, com hipertensão e diabetes, procura uma Unidade Básica de Saúde por perda de peso, tosse persistente e sudorese noturna há 3 semanas. O médico considera tuberculose pulmonar, neoplasia pulmonar e infecção bacteriana como diagnósticos diferenciais. Sobre a atuação do SUS nesse caso, assinale a alternativa correta.

- a) A universalidade determina que pacientes com maior risco epidemiológico tenham prioridade absoluta, independentemente, da gravidade clínica apresentada.
- b) A universalidade restringe o acesso aos serviços especializados aos pacientes, previamente, acompanhados pela Atenção Primária.
- c) A equidade estabelece que todos os pacientes devem receber exatamente os mesmos recursos diagnósticos e terapêuticos, independentemente de suas necessidades.
- d) A integralidade permite articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, considerando-se as necessidades individuais da paciente e os diferentes níveis de atenção.

2. Uma equipe de Saúde da Família identifica aumento de internações por descompensação de insuficiência cardíaca em seu território. Ao analisar os prontuários, percebe baixa adesão ao tratamento, dificuldade de acesso aos medicamentos e ausência de acompanhamento após as altas hospitalares. A equipe decide reorganizar seu processo de trabalho.

Qual conduta melhor caracteriza a lógica da Estratégia Saúde da Família?

- a) Realizar campanhas educativas gerais sobre insuficiência cardíaca, sem necessidade de estratificação de risco, pois ações coletivas devem ser priorizadas pela Estratégia Saúde da Família.
- b) Priorizar consultas individuais para os pacientes com maior número de internações, mantendo o encaminhamento para a atenção especializada como principal estratégia de redução das hospitalizações.
- c) Utilizar dados do território para identificar vulnerabilidades, organizar busca ativa e acompanhamento longitudinal dos pacientes, articulando o cuidado com outros pontos da rede de atenção.
- d) Concentrar as ações nos pacientes já cadastrados pela equipe, pois a adesão territorial limita o atendimento de pessoas pertencentes a outras áreas.

3. Uma mulher de 52 anos, assintomática, apresenta história familiar de câncer colorretal em um irmão diagnosticado aos 48 anos. Após avaliação individualizada de risco, a equipe orienta a realização periódica de colonoscopia, antes da idade habitualmente indicada para a população geral.

Essa intervenção corresponde à:

- a) Prevenção primária, por reduzir a probabilidade de desenvolvimento futuro de câncer colorretal.
- b) Prevenção secundária, por buscar identificar precocemente uma doença em fase inicial, antes do surgimento de manifestações clínicas.
- c) Prevenção quaternária, por evitar complicações relacionadas ao diagnóstico tardio de neoplasias.
- d) Prevenção terciária, por reduzir a mortalidade associada ao câncer colorretal em indivíduos de maior risco.

4. Um município de pequeno porte apresenta dificuldade para ofertar determinados procedimentos ambulatoriais especializados à sua população. Em discussão regional, os gestores definem que parte desses serviços será disponibilizada em um município de referência, mantendo-se a responsabilidade local pelas ações de atenção básica e pelo acompanhamento dos usuários.

Considerando-se a NOAS-SUS 01/02, essa organização está relacionada, principalmente, ao

princípio de:

- a) Municipalização integral da assistência, pela qual cada município deve assegurar diretamente todos os serviços necessários à sua população, independentemente, de sua capacidade instalada.
- b) Regionalização da assistência, com organização de redes hierarquizadas e estabelecimento de referências intermunicipais para garantir acesso aos diferentes níveis de atenção.
- c) Autonomia municipal plena, segundo a qual a definição dos fluxos assistenciais deve ocorrer, exclusivamente, dentro dos limites territoriais de cada município.
- d) Descentralização administrativa, que determina a transferência da totalidade dos serviços especializados para os municípios de maior porte.

5. Em determinado município, a equipe de saúde identifica aumento de casos de diarreia em diferentes bairros. A análise demonstra concentração dos casos em áreas com abastecimento irregular de água. A gestão decide integrar informações epidemiológicas, ações de saneamento, educação em saúde e acompanhamento da ocorrência dos casos. Essa abordagem representa uma característica central do modelo de Vigilância em Saúde por quê?

- a) Concentra a atuação sobre doenças transmissíveis mediante identificação dos casos e adoção de medidas específicas após a confirmação diagnóstica.
- b) Prioriza a assistência individual aos indivíduos sintomáticos, utilizando os atendimentos realizados nos serviços de saúde como principal fonte para organização das ações.
- c) Fundamenta-se na oferta programada de consultas e procedimentos segundo a demanda espontânea identificada nos estabelecimentos assistenciais.
- d) Articula diferentes ações e setores a partir da análise do território e dos determinantes do processo saúde-doença, buscando intervir sobre riscos, danos e condições de vida.

CLÍNICA MÉDICA - COMUM A TODOS OS CARGOS.

6. Um homem de 58 anos, com hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida, é internado por descompensação volêmica. Faz uso de Furosemida, Espironolactona e Carvedilol. Após 4 dias de tratamento, apresenta palpitações e episódio de pré-síncope. Ao exame, está consciente, PA 104/68 mmHg e FC 54 bpm. O ECG demonstra ritmo sinusal, ondas T de baixa amplitude, discreto infradesnívelamento difuso do segmento ST e ondas U proeminentes nas derivações precordiais, com aparente prolongamento do intervalo QT. Exames laboratoriais: $K^+ = 2,3 \text{ mEq/L}$, $Mg^{2+} = 1,4 \text{ mg/dL}$, $Na^+ = 137 \text{ mEq/L}$ e creatinina = $1,4 \text{ mg/dL}$. O paciente não apresenta diarreia ou vômitos. Tendo em vista o conjunto clínico-eletrocardiográfico, qual das alternativas melhor explica o achado do ECG e o risco arritmico desse paciente?

- a) A hipocalemia, potencializada pela hipomagnesemia, promove alterações da repolarização com ondas U proeminentes e pode produzir aparente prolongamento do QT; nesse contexto, há risco aumentado de extrassístoles ventriculares, taquicardia ventricular e torsades de pointes.
- b) O aparente prolongamento do QT, praticamente, exclui distúrbio relacionado ao potássio, devendo-se considerar como hipótese principal síndrome do QT longo congênito, precipitada pelo uso de betabloqueador.
- c) A hipocalemia produz, predominantemente, atraso da condução intraventricular, justificando o infradesnívelamento do ST e o prolongamento verdadeiro do QT, sendo a bradicardia o principal marcador de risco de fibrilação ventricular.
- d) A presença de ondas U proeminentes associada à bradicardia é mais característica de hipercalemia moderada, enquanto o valor reduzido do potássio representa, provavelmente, uma alteração laboratorial sem relação causal com o ECG.

7. Homem, 69 anos, previamente independente, é levado pela esposa por apresentar, há aproximadamente 2 anos, dificuldade progressiva para administrar as próprias finanças, esquecer compromissos e repetir perguntas. Nos últimos 8 meses, passou a apresentar episódios nos quais permanece aparentemente “desligado”, alternando momentos de maior lucidez com períodos de importante desatenção. A esposa relata ainda alucinações visuais bem formadas, nas quais o paciente descreve pessoas e animais dentro de casa, além de sonhos muito vívidos nos quais ele grita e movimentava intensamente os braços e as pernas. Ao exame neurológico, apresenta bradicinesia e rigidez, sem tremor de repouso significativo. Não há história de acidente vascular cerebral prévio, déficits neurológicos focais ou início abrupto dos sintomas. A ressonância magnética evidencia apenas alterações involutivas discretas.

Com base na apresentação clínica, qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Demência frontotemporal, variante comportamental.
- b) Doença de Alzheimer.
- c) Demência vascular.
- d) Demência com corpos de Lewy.

8. Mulher de 74 anos, hipertensa e independente para as atividades diárias, é internada para correção eletiva de fratura de colo de fêmur. Na avaliação pré-operatória, encontra-se afebril, hemodinamicamente estável e sem queixas urinárias. Nega disúria, urgência, polaciúria, dor suprapúbica ou lombar. O exame de urina revela leucocitúria e bacteriúria. A urocultura, coletada, posteriormente, apresenta crescimento de Escherichia coli em concentração significativa. A equipe solicita avaliação para definir a necessidade de antibioticoterapia antes da cirurgia. Sobre esse caso, assinale a conduta mais adequada.

- a) Adiar, obrigatoriamente, a cirurgia até que a urocultura se torne negativa, pois a bacteriúria assintomática aumenta, substancialmente, o risco de infecção da prótese ortopédica.
- b) Não tratar a bacteriúria com antimicrobianos, pois a paciente não apresenta sintomas urinários e será submetida a uma cirurgia ortopédica que não envolve manipulação do trato urinário.
- c) Iniciar antimicrobiano empírico para cistite, pois a leucocitúria na ausência de sintomas urinários é suficiente para estabelecer o diagnóstico de infecção urinária.
- d) Iniciar antimicrobiano direcionado à Escherichia coli, pois a presença de bacteriúria significativa associada à leucocitúria em uma paciente idosa indica infecção urinária e aumenta o risco de complicações pós-operatórias.

9. Homem de 64 anos, com hipertensão arterial e doença renal crônica estágio 3, procura atendimento por dor intensa e edema no joelho direito, iniciados, subitamente, durante a madrugada. Relata que, aproximadamente há 2 anos, apresentou episódio semelhante no primeiro pododáctilo direito, com resolução espontânea após alguns dias. Faz uso de Hidroclorotiazida há 8 anos. Ao exame, apresenta joelho intensamente edemaciado, quente e eritematoso, com importante limitação da mobilidade. Temperatura axilar de 36,8 °C, sem alterações do estado geral. A artrocentese demonstra líquido sinovial inflamatório, com predomínio de neutrófilos. Na microscopia sob luz polarizada, são identificados cristais intracelulares alongados, que apresentam birrefringência negativa. Considerando-se o quadro clínico, os achados da análise do líquido sinovial e as opções terapêuticas disponíveis, assinale a alternativa correta.

- a) O diagnóstico mais provável é artrite séptica; a intensidade do processo inflamatório articular justifica tratamento antimicrobiano empírico e investigação complementar para identificação do agente etiológico.
- b) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de urato monossódico; para o episódio agudo, deve-se escolher tratamento anti-inflamatório levando em consideração a função renal, após o controle da crise avaliar a indicação de terapia para redução sustentada da concentração sérica de ácido úrico.

- c) O diagnóstico mais provável é artrite reumatoide; após o controle da manifestação articular, deve-se iniciar tratamento modificador da doença para prevenir novas manifestações articulares.
- d) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de pirofosfato de cálcio; para o episódio agudo, deve-se instituir tratamento anti-inflamatório e, após a resolução da crise, investigar condições associadas à deposição desses cristais.

10. Homem de 67 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, apresenta insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 28%. Após tratamento da congestão, encontra-se em classe funcional II, sem dispneia em repouso, sem edema e com pressão arterial de 112/70 mmHg. Frequência cardíaca de 68 bpm, em ritmo sinusal. Exames laboratoriais mostram creatinina de 1,4 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada de 48 mL/min/1,73 m² e potássio de 4,6 mEq/L.

Atualmente, utiliza Enalapril e Carvedilol em doses baixas. Não apresenta hipotensão sintomática, hipercalemia ou outras contraindicações relevantes ao tratamento farmacológico. Tendo em conta as terapias capazes de modificar o prognóstico na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, qual é a estratégia mais adequada?

- a) Manter o tratamento atual e acrescentar Digoxina como principal medida para redução da mortalidade, deixando os demais medicamentos para uma etapa posterior, caso persistam sintomas.
- b) Manter o betabloqueador, introduzir um antagonista do receptor mineralocorticoide e um inibidor do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 e, quando possível, substituir o inibidor da enzima conversora da angiotensina por Sacubitril/Valsartana, com monitorização da função renal, pressão arterial e potássio.
- c) Priorizar a elevação do Enalapril até a dose máxima tolerada antes da introdução das demais terapias, pois a otimização de uma classe deve ser concluída antes do início de outra.
- d) Suspender o Carvedilol e manter apenas o Enalapril associado ao diurético de alça, pois a utilização simultânea de múltiplas classes capazes de reduzir a pressão arterial aumenta o risco de descompensação.

11. Um homem de 62 anos, com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, apresenta Taxa de Filtração Glomerular estimada, (TFGe), de 38 mL/min/1,73 m², mantida em duas avaliações realizadas com intervalo de 4 meses. A relação albumina/creatinina urinária é de 180 mg/g, também persistente nesse período. Considerando-se os critérios atuais para classificação da Doença Renal Crônica, (DRC), aponte a alternativa correta.

- a) O paciente apresenta DRC G4 A2, pois uma TFGe inferior a 60 mL/min/1,73 m² caracteriza doença renal crônica avançada.
- b) O paciente apresenta DRC G3a A2, pois valores de TFGe entre 30 e 59 mL/min/1,73 m² são classificados como G3a.
- c) O paciente apresenta DRC G3b A2, caracterizada por redução moderada a importante da TFGe e albuminúria moderadamente aumentada.
- d) O paciente apresenta DRC G2 A2, pois a classificação da DRC é determinada, principalmente, pela presença de albuminúria, independentemente da TFGe.

12. Um homem de 64 anos procura atendimento por cansaço progressivo, língua dolorosa e sensação de formigamento nos pés, com evolução de aproximadamente 7 meses. Refere que passou a apresentar dificuldade para caminhar em ambientes escuros e episódios de desequilíbrio. Nega perda de sangue, etilismo e uso de medicamentos. Ao exame, apresenta palidez cutaneomucosa, glossite e redução da sensibilidade vibratória nos membros inferiores. O hemograma mostra hemoglobina de 8,7 g/dL, hematócrito de 26%, VCM de 116 fL, leucócitos de 3.400/mm³ e plaquetas de 118.000/mm³. No esfregaço periférico, observam-se hemácias aumentadas de tamanho e neutrófilos com cinco ou mais segmentos. A contagem de reticulócitos está reduzida. Bilirrubina indireta e LDH estão elevadas. TSH, creatinina e provas

hepáticas são normais. Diante desse quadro, qual é a melhor abordagem diagnóstica?

- a) Solicitar apenas dosagem de folato, pois alterações hematológicas semelhantes são mais, frequentemente, provocadas pela deficiência dessa vitamina.
- b) Solicitar dosagem de vitamina B12 e folato, considerando, especialmente, a possibilidade de deficiência de vitamina B12 diante da associação entre alterações hematológicas e manifestações neurológicas.
- c) Solicitar ferritina e saturação de transferrina como investigação inicial, pois a deficiência de ferro é a principal causa nutricional de anemia.
- d) Solicitar, imediatamente, mielograma e biópsia de medula óssea, pois a presença simultânea de anemia, leucopenia e plaquetopenia indica doença primária da medula óssea.

13. Puérpera de 24 anos, no terceiro dia após parto vaginal, relata dor intensa nos mamilos durante as mamadas e refere que o recém-nascido permanece longos períodos ao seio, mas parece insatisfeito após algumas mamadas. Durante a observação de uma mamada, o bebê encontra-se voltado para a mãe, porém, mantém o pescoço discretamente rodado. A boca está parcialmente aberta, com pequena porção da aréola visível acima e abaixo dos lábios. O lábio inferior encontra-se evertido, mas o queixo não toca a mama. Durante a sucção, são observados movimentos rápidos e superficiais, com estalos ocasionais. Tendo em vista as recomendações para avaliação da técnica de amamentação, assinale a alternativa correta.

- a) A mamada deve ser interrompida e a pega refeita, buscando posicionar o bebê de frente para a mãe, com cabeça e tronco alinhados, corpo próximo ao materno, boca bem aberta e maior parte da aréola dentro da boca, especialmente sua porção inferior, permitindo que o queixo se aproxime da mama.
- b) A mãe deve oferecer, inicialmente, apenas o mamilo, aguardando que o bebê realize movimentos de sucção para, posteriormente, introduzir a aréola, pois a entrada precoce de grande quantidade de tecido mamário pode dificultar a sucção.
- c) A mãe deve manter a posição atual e realizar ordenha manual da mama antes de cada mamada, pois a dor inicial e a sucção superficial são esperadas durante os primeiros dias após o parto.
- d) A mãe deve comprimir a mama com os dedos formando um formato semelhante a um “C” próximo ao mamilo durante toda a mamada, pois essa manobra facilita a entrada do mamilo e da aréola na boca do bebê.

14. Uma menina de 2 anos e 6 meses é levada ao pronto-socorro por recusa em apoiar o membro inferior esquerdo. A responsável informa que a criança havia caído de um sofá, aproximadamente 24 horas antes e que, desde então, passou a mancar. Ao exame, observa-se equimose discreta em região lateral da coxa e dor à mobilização do membro. A radiografia evidencia fratura diafisária do fêmur esquerdo. Durante a avaliação, a criança permanece retraída e evita contato físico com a responsável. Ao revisar os registros anteriores, o médico identifica três atendimentos nos últimos 10 meses: no primeiro, por traumatismo craniano sem perda de consciência; no segundo, por fratura de rádio; no terceiro, por queimadura superficial no dorso da mão. As circunstâncias descritas pelos acompanhantes foram distintas em cada episódio. Não há história conhecida de doença óssea, alteração do desenvolvimento ou uso prolongado de medicamentos. Após estabilização clínica, a equipe discute a necessidade de investigação complementar e de medidas de proteção. Dentre as alternativas escolha a melhor conduta para o caso.

- a) Realizar exame físico direcionado, exclusivamente, ao membro acometido e documentar as lesões relacionadas ao episódio atual, evitando registrar informações referentes a atendimentos anteriores que não tenham sido, previamente, classificados como casos de violência.
- b) Manter a investigação de causas médicas de fragilidade óssea quando clinicamente indicada, mas, paralelamente, considerar a possibilidade de violência, realizar exame físico completo em busca de outras lesões, registrar objetivamente os achados, relatos obtidos e proceder à notificação compulsória

diante da suspeita, independentemente de confirmação definitiva da autoria ou do mecanismo.

c) Priorizar a investigação de doenças associadas à fragilidade óssea, antes de qualquer comunicação aos órgãos de proteção, uma vez que fraturas na primeira infância apresentam amplo diagnóstico diferencial e a notificação precoce pode resultar em intervenção familiar indevida.

d) Realizar a notificação apenas após confirmação de que a queda relatada não seria, biomecanicamente, suficiente para produzir a fratura, pois a discrepância entre o mecanismo informado e a lesão constitui o principal critério objetivo para caracterização de violência física.

15. Uma mulher de 42 anos apresenta, há aproximadamente 10 meses, episódios recorrentes de prurido, ardor e descamação nas mãos. As manifestações inicialmente eram discretas, mas passaram a ocorrer com maior frequência nos últimos meses. Refere piora durante os dias de trabalho e melhora parcial em períodos prolongados afastada de suas atividades habituais. Ao exame, observam-se áreas eritematosas e descamativas, com fissuras superficiais e algumas pequenas vesículas, predominando nas regiões laterais dos dedos e no dorso das mãos. Não há lesões semelhantes nos pés, couro cabeludo, cotovelos ou joelhos. A paciente relata também episódios ocasionais de eczema nas pálpebras, sem alterações sistêmicas. Usa regularmente sabonete líquido, creme hidratante e luvas durante o trabalho. Já utilizou corticosteroide tópico de média potência em períodos de piora, com melhora transitória e posterior recorrência. Baseado no quadro clínico, qual o melhor diagnóstico dentre as alternativas?

a) Considerar dermatite de contato como hipótese principal e realizar investigação dirigida dos possíveis agentes de exposição com teste de contato, quando houver suspeita de sensibilização relevante.

b) Considerar dermatofitose como hipótese principal e iniciar antifúngico sistêmico, mesmo sem acometimento dos pés ou evidência micológica, devido à recorrência após corticosteroide tópico.

c) Considerar dermatite atópica como hipótese principal e solicitar dosagem sérica de IgE total para confirmar o diagnóstico, antes de modificar o tratamento tópico.

d) Considerar psoríase palmoplantar como hipótese principal e realizar biópsia cutânea, pois a presença de vesículas e fissuras é característica dessa apresentação.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.

16. A patologia mamária masculina compreende predominantemente duas entidades: a ginecomastia e o câncer de mama masculino, sendo o exame físico cuidadoso geralmente suficiente para diferenciá-las. O câncer de mama masculino representa menos de 1% de todos os cânceres de mama, com idade mediana ao diagnóstico de 64 anos. Assinale a alternativa incorreta acerca de câncer de mama masculino.

a) A grande maioria dos tumores é receptor hormonal negativo.

b) Apresenta-se tipicamente como massa subareolar indolor, unilateral, podendo haver alterações no mamilo, (retração, secreção), ou dor.

c) Cerca de metade dos pacientes com câncer de mama já tem linfonodo comprometido ao diagnóstico, refletindo diagnóstico tardio.

d) Mamografia diagnóstica com ou sem ultrassonografia deve ser considerada diante de suspeita de massa mamária.

17. A progressão do epitélio mamário normal para hiperplasia atípica, carcinoma in situ e carcinoma invasivo depende do acúmulo sequencial de eventos genéticos, embora não exista uma ordem obrigatória fixa entre eles. Entre as alterações mais relevantes são as seguintes, exceto:

- a) Inativação de genes supressores tumorais: TP53, BRCA1, BRCA2, PTEN, ATM e Rb .
- b) BRCA1/BRCA2: atuam na via de reparo de quebras de DNA de dupla-fita, sendo ativados a jusante da quinase ATM; sua perda funcional compromete a estabilidade genômica, mecanismo que explica tanto os cânceres hereditários quanto parte dos esporádicos por metilação do promotor de BRCA1.
- c) PTEN: aumenta a expressão de Akt fosforilada e estimula a via m-TOR.
- d) Amplificação/superexpressão de oncogenes: erbB2, erbB, erbB3, c-myc e H-ras.

18. Câncer oculto de mama foi descrito pela primeira vez em 1907 e corresponde a menos de 1% de todos os casos de câncer de mama. Caracterizado pela manifestação de metástase linfonodal axilar (ou menos frequentemente, sistêmica) sem evidência de tumor primário no exame físico e nos exames de imagem da mama, (mamografia e ultrassonografia). Assinale a alternativa incorreta a respeito do câncer oculto de mama.

- a) Os fatores predisponentes são exposição estrogênica prolongada, densidade mamária elevada, histórico familiar e mutações germinativas como BRCA1/2.
- b) Ocorre quase exclusivamente no sexo feminino.
- c) Apresenta um perfil clinicopatológico distinto do câncer de mama não oculto, com maior proporção de tumores receptor de estrogênio positivo, receptor de progesterona positivo e HER2-negativo.
- d) Acomete predominantemente mulheres na menacme, com pico de incidência entre a 5ª e a 6ª décadas de vida.

19. O Câncer de Mama na gestação trata-se de uma condição desafiadora que requer uma abordagem multiprofissional, (mastologia, oncologia clínica, obstetrícia e medicina fetal), com o objetivo de entregar o tratamento oncológico adequado para a mãe, sem comprometer o desenvolvimento fetal. Assinale a alternativa incorreta acerca deste tema.

- a) Contraindicação absoluta de radioterapia em qualquer trimestre da gestação.
- b) São contraindicados em toda a gestação: antraciclina, ciclofosfamida e taxanos.
- c) A quimioterapia deve ser evitada após 35 semanas para permitir a recuperação da medula óssea materna antes do parto.
- d) Contraindicação absoluta da quimioterapia no primeiro trimestre da gestação.

20. Os sarcomas de mama são neoplasias mesenquimais malignas raras que se originam do estroma não epitelial do tecido mamário. Representam menos de 1% de todas as neoplasias malignas da mama e cerca de 5% de todos os sarcomas de tecidos moles em adultos. A respeito do sarcoma de mama, assinale a alternativa incorreta.

- a) Distinguindo-se clinicamente do angiossarcoma primário, que costuma acometer o parênquima mamário superficial em mulheres mais velhas.
- b) Os sarcomas secundários surgem tipicamente com um período de latência médio de 5 a 10 anos após o tratamento radioterápico para carcinoma mamário.
- c) Diferentemente do carcinoma de mama, o estadiamento axilar não é indicado, pois os sarcomas raramente se disseminam para linfonodos regionais.
- d) Os sarcomas primários surgem de novo na parênquima mamária. Os subtipos histológicos mais comuns são angiossarcoma, sarcoma estromal e sarcoma pleomórfico indiferenciado.

21. As doenças infecciosas das mamas, (ou mastites infecciosas), constituem um grupo de condições inflamatórias do parênquima ou do estroma mamário decorrentes da contaminação e proliferação microbiana. Embora apresentem maior prevalência no período reprodutivo — sobretudo associadas à amamentação —, também podem acometer mulheres fora do ciclo gravídico-puerperal e, em menor proporção, indivíduos do sexo masculino. Indique a alternativa incorreta sobre as doenças infecciosas das mamas.

- a) Mastite granulomatosa idiopática é uma doença inflamatória crônica benigna, rara, (prevalência

estimada de 2,4/100.000 mulheres entre 20-40 anos), de etiologia desconhecida, frequentemente associada à gestação recente.

b) Em todos os quadros inflamatórios mamários, o carcinoma inflamatório de mama deve permanecer no diagnóstico diferencial, especialmente se não houver resposta ao tratamento antimicrobiano.

c) O agente etiológico mais comum é o *Staphylococcus aureus* na mastite puerperal.

d) A mastite granulomatosa neutrofílica cística, associada à infecção por *Corynebacterium kroppenstedtii* deve ser tratada empiricamente com amoxicilina-clavulanato.

22. A patologia mamária na infância abrange o conjunto de alterações congênitas, desenvolvimentistas, inflamatórias e tumorais que afetam o tecido mamário desde o nascimento até o início da puberdade. Trata-se de um grupo de condições pouco frequentes, mas que gera significativa ansiedade nos pais e responsáveis, exigindo do pediatra e do mastologista uma abordagem que diferencie alterações fisiológicas de condições patológicas verdadeiras. Assinale a alternativa incorreta sobre patologia mamária na infância e adolescência.

a) O fibroadenoma juvenil é frequentemente gigante, maior que 5 cm, caracterizado por crescimento rápido.

b) Fibroadenoma é a etiologia mais comum de massa mamária na adolescência, tipicamente 2-4 cm, firme, móvel e bem delimitada.

c) Papilomatose juvenil é uma lesão benigna que sinaliza risco potencial de desenvolvimento futuro de câncer de mama.

d) Tumor filoide aparece como massas hipoeecóica bem circunscritas ao ultrassom, já o fibroadenoma juvenil é hipereecóico mal delimitado.

23. O fluxo papilar mamário, (ou descarga papilar), é definido como a saída de secreção líquida através do óstio do mamilo fora do período de lactação ou do puerpério imediato. Representa o terceiro sintoma mamário mais frequente na prática clínica, (atrás apenas da mastalgia e dos nódulos palpáveis), constituindo motivo comum de ansiedade e de consulta médica. Assinale a alternativa correta acerca do fluxo papilar mamário.

a) O fluxo papilar patológico geralmente é espontâneo, unilateral, multidual, persistente e reprodutível ao exame, de coloração clara, esverdeada ou sanguínea.

b) As causas benignas mais comuns de fluxo patológico são papiloma intraductal/papilomatoso e ectasia ductal.

c) O fluxo fisiológico geralmente é bilateral, unidual, não espontâneo, de coloração leitosa, serosa ou amarelada.

d) A citologia do fluxo e a ductografia são rotineiramente recomendadas como métodos diagnósticos isolados.

24. A dor na região das mamas, (denominada mastalgia ou mastodinia), é a queixa mamária mais prevalente na prática médica, afetando até 70% a 80% das mulheres em algum momento da vida reprodutiva. Determine a alternativa correta a respeito da dor na região das mamas.

a) A mastalgia cíclica afeta a minoria das mulheres, tipicamente se apresentando como uma sensação difusa de peso no quadrante superior interno, irradiando em direção à axila durante a fase folicular, é o sintoma mamário mais comum que motiva consulta médica.

b) A mastalgia acíclica é mais frequentemente focal, com um cisto doloroso, ducto ectásico rompido ou área focal de nodularidade identificável ao exame.

c) A Doença de Mondor caracteriza-se por cordão palpável doloroso que evolui com retração/ondulação aparentemente linear, sem associação reconhecida com câncer de mama.

d) A primeira linha de tratamento é o Tamoxifeno 10 mg, diariamente, por 3 a 6 meses, ou Danazol 200 mg, diariamente.

25. O carcinoma inflamatório das mamas é uma forma rara, agressiva e de rápida progressão do câncer de mama, representando cerca de 1% a 5% de todos os diagnósticos da doença. O seu traço marcante é a presença de êmbolos tumorais linfáticos na derme reticular. Esses agregados de células neoplásicas obstruem os capilares linfáticos cutâneos, gerando a resposta clínica que mimetiza um processo infeccioso, (como mastite ou abscesso). Assinale a alternativa correta acerca de Carcinoma inflamatório.

- a) O tratamento padrão é a terapia bimodal : quimioterapia neoadjuvante, seguida de mastectomia radical modificada com esvaziamento axilar níveis I/II.
- b) A reconstrução mamária deve ser tardia, dado o alto risco de recidiva.
- c) A biópsia de linfonodo sentinela é recomendada pela alta taxa de metástase linfonodal.
- d) Todos os casos de carcinoma inflamatório é classificado como estágio II, no mínimo.

26. O monitoramento após tratamento no câncer de mama é uma etapa fundamental da linha de cuidado mastológica. Após a conclusão das etapas curativas, (cirurgia, quimioterapia e radioterapia), o acompanhamento sistemático visa não apenas a detecção precoce de eventuais recidivas, mas também o manejo dos efeitos colaterais tardios e a promoção da reabilitação integral da paciente. Assinale a alternativa correta em relação ao monitoramento após tratamento do câncer de mama.

- a) Em uso de inibidor de aromatase ou com falência ovariana induzida pelo tratamento, é recomendada solicitar ultrassonografia quantitativa de calcâneo basal e periódica.
- b) Cirurgia conservadora: mamografia anual bilateral, com o primeiro exame pós-tratamento obtido 1 ano após a mamografia inicial e pelo menos 3 meses após o término da radioterapia.
- c) Monitoramento de cardiotoxicidade em pacientes que receberam radioterapia à esquerda, antraciclina ou terapia anti-HER2.
- d) Nos casos em que foi feita mastectomia unilateral, fazer mamografia anual de ambas as mamas.

27. As neoplasias benignas da mama compreendem um grupo heterogêneo de lesões proliferativas ou não proliferativas do estroma e do epitélio mamário. A sua investigação diagnóstica segue o princípio do triplice diagnóstico, que são exame clínico, imagem via mamografia/ultrassonografia e, se indicado, biópsia por agulha. Assinale a alternativa correta em relação às neoplasias benignas da mama.

- a) Cicatrizes radiais são achados incidentais em biópsia que podem abrigar atipia e costumam ser excisadas.
- b) Hiperplasia leve e alteração apócrina papilar simples também são proliferativas, sem aumento de risco.
- c) Cistos simples são o tipo mais comum de lesão não proliferativa, presentes em até dois terços das mulheres entre 35-50 anos.
- d) A hiperplasia moderada e a adenose esclerosante são proliferativas com atipia, conferindo risco pequeno a moderado de câncer futuro.

28. A necrose gordurosa da mama é uma condição benigna, não supurativa, resultante de isquemia e necrose do tecido adiposo mamário, que frequentemente mimetiza clínica e radiologicamente o câncer de mama, constituindo um desafio diagnóstico relevante na prática mastológica. Assinale a alternativa incorreta acerca de necrose gordurosa da mama.

- a) Na ultrassonografia, pode ter um espectro amplo, como massa sólida ecogênica, massa cística com nível gordura-líquido, massa anecoica, ou massa sólido-cística complexa com nódulo mural.
- b) É complicação comum no pós-operatório de cirurgia conservadora, podendo mimetizar recidiva local.
- c) Na ressonância magnética, apresenta-se com hiperssinal em T1 e T2, inclusive nas sequências com supressão de gordura. Pode haver realce após gadolínio, podendo mimetizar malignidade tanto pela

morfologia quanto pela cinética de contraste.

d) Pode ser assintomática ou manifestar-se como nódulo palpável firme, por vezes acompanhado de dor, retração cutânea e induração.

29. A biópsia excisional de mama consiste na remoção cirúrgica completa de uma lesão mamária com finalidade diagnóstica e, frequentemente, terapêutica. Com o avanço das biópsias percutâneas por agulha, (Puncão por Agulha Grossa/Core Biopsy e Mamotomia/VAB), as indicações de biópsia excisional direta reduziram-se, consideravelmente, sendo hoje reservadas para situações específicas. As indicações de biópsia excisional são as seguintes, exceto:

- a) Discordância radio-histológica com forte suspeita de malignidade.
- b) Lesão fibroepitelial sem atipia/hipercelularidade sugestiva de tumor filoide.
- c) Lesões de alto risco com potencial de carcinoma adjacente não amostrado.
- d) Limitações técnicas da abordagem percutânea.

30. A história natural do câncer de mama descreve a progressão biológica da doença desde a transformação celular inicial até a doença metastática, passando por estágios de hiperplasia, carcinoma in situ, carcinoma invasivo e disseminação regional/sistêmica, cuja velocidade e padrão variam conforme o subtipo molecular do tumor. Assinale a alternativa incorreta acerca da neoplasia de mama.

- a) Carcinoma ductal in situ é considerado um precursor obrigatório do câncer invasivo.
- b) Carcinoma de mama com grau histológico 3, se associa à duplicação tumoral mais curta.
- c) Tumores de mama com índice de Ki-67 elevado, se associam à duplicação tumoral mais curta.
- d) Tumores de mama triplo-negativos crescem mais rapidamente, seguidos pelos HER2-positivos, enquanto os tumores que expressam o receptor de estrogênio/luminais apresentam crescimento mais lento.

RASCUNHO.