

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ÁREA DE ATUAÇÃO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



### TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões.**



### NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



### INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

**Boa prova!**



## Hematologia e Hemoterapia

1

Um lactente de 9 meses é encaminhado a um serviço de hematologia pediátrica para avaliação do resultado do teste do pezinho, feito uma semana após o nascimento.

Na carta de encaminhamento, relata-se que os testes foram todos normais, porém havia uma alteração no exame para a detecção de variantes da hemoglobina. O hematologista solicita um exame de cromatografia líquida de alta performance (HPLC) para avaliação da hemoglobina do lactente.

Os resultados foram os seguintes:

- Hemoglobina A1: 68%;
- Hemoglobina A2: 2,5%;
- Hemoglobina F: 1,5%;
- Hemoglobina S: 28%.

Esses resultados indicam que o paciente é portador de

- (A) doença falciforme.
- (B) traço falcêmico.
- (C) s-talassemia.
- (D) hemoglobina Punjab.
- (E) hemoglobinopatia S-C.

2

A causa de morte mais comum durante a terapia de indução da leucemia linfoblástica aguda (LLA) é

- (A) sangramento.
- (B) recidiva rápida da doença.
- (C) comprometimento cerebral pela leucemia.
- (D) infecção.
- (E) doença veno-oclusiva do fígado.

3

Um paciente de 15 anos de idade é internado no serviço de hematologia para investigação de pancitopenia.

Seu hemograma mostra:

- hemoglobina: 9 g/dL;
- leucócitos totais: 1.700/ $\mu$ L;
- neutrófilos: 1000/ $\mu$ L;
- linfócitos: 700/ $\mu$ L;
- monócitos: 100/ $\mu$ L;
- plaquetas: 15.000/ $\mu$ L.

A biópsia de medula óssea mostra celularidade inferior a 30%. Esses dados levaram o serviço a concluir pelo diagnóstico de anemia aplástica.

O tratamento inicial desse paciente deve ser feito com

- (A) eltrombopag.
- (B) ciclosporina e globulina antimitótica.
- (C) transplante de medula óssea.
- (D) corticosteroides.
- (E) imunoglobulina polisspecífica.

4

A portaria nº 5/2017, do Ministério da Saúde, estabelece o regulamento técnico para os serviços de hemoterapia brasileiros.

De acordo com essa portaria, assinale a opção que apresenta corretamente o critério para inaptidão de doadores e o respectivo período de duração dessa inaptidão.

- (A) homem que fez sexo com outro homem - 6 meses a contar da última relação sexual.
- (B) uso de cigarro de maconha – 1 mês.
- (C) uso de cocaína nasal – 12 meses.
- (D) relação sexual em troca de dinheiro – inaptidão permanente (definitiva).
- (E) tatuagem – 48 horas.

5

Um paciente de 3 anos de idade, diagnosticado como hemofílico A grave desde os 4 meses de vida, vinha recebendo tratamento profilático com fator VIII recombinante (25 mg/kg de peso, duas vezes por semana) desde que completou 6 meses de vida.

Nos últimos 30 dias, os pais começaram a notar o aparecimento de manchas roxas no corpo e de edema recorrente e doloroso dos joelhos. Foi realizada uma pesquisa de inibidor, que foi positiva (10 Unidades Bethesda).

De acordo com as diretrizes brasileiras, a conduta recomendada para esse paciente é

- (A) emicizumabe.
- (B) profilaxia com fator VII recombinante e ativado.
- (C) profilaxia com complexo protrombínico parcialmente ativado.
- (D) profilaxia com fator VIII plasmático.
- (E) imunotolerância com fator VIII recombinante.

6

Uma criança de 2 anos de idade, do sexo feminino, portadora de doença falciforme (SS), dá entrada na emergência do hospital com quadro de anemia aguda, hipovolemia e instabilidade hemodinâmica.

O exame físico mostra esplenomegalia importante e dolorosa, além de intensa palidez cutaneomucosa. A dosagem de hemoglobina é de 3 g/dL. O diagnóstico é de sequestro esplênico.

A conduta imediata para o tratamento dessa paciente é

- (A) transfusão emergencial de concentrados de hemácias.
- (B) hidroxureia, 250 mg por via oral.
- (C) exsanguineotransfusão automatizada.
- (D) hidratação vigorosa.
- (E) analgesia potente e antibiótico de amplo espectro.

7

Um recém-nascido desenvolve, no seu terceiro dia de vida, um quadro de trombose de veia profunda, lesões purpúricas em vários locais da pele e plaquetopenia (20.000/ $\mu$ L).

A suspeita diagnóstica foi de púrpura fulminans; foi solicitada dosagem de proteínas da anticoagulação, cujos resultados foram:

- dosagem de antitrombina: 98%;
- dosagem de Proteína C: 1%;
- dosagem de Proteína S: 95%.

Com esse quadro e esses resultados, a conduta a ser tomada é

- (A) transfusão de crioprecipitado.
- (B) transfusão de concentrado de plaquetas.
- (C) ácido epsilon-aminocaproico;
- (D) imunoglobulina intravenosa.
- (E) transfusão de plasma fresco congelado.

**8**

Dentre as alternativas abaixo, assinale aquela que lista indicações formais para o uso de imungobulina poliespecífica intravenosa.

- (A) Doença de Kawasaki, deficiência imunológica congênita, púrpura trombocitopênica imunológica (PTI).
- (B) Púrpura trombocitopênica imunológica (PTI), púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) e AIDS.
- (C) Aids, sepse e púrpura trombocitopênica imunológica (PTI).
- (D) Síndrome de Guillain-Barré, doença de Kawasaki e esclerose múltipla.
- (E) Deficiência imunológica congênita, transplante de medula óssea e sepse.

**9**

Uma criança de 10 anos de idade, do grupo O positivo, vai ser submetida a um transplante de fígado emergencial, e a equipe médica solicitou a reserva de 4 bolsas de concentrado de hemácias, 1 dose de concentrado de plaquetas e 3 bolsas de plasma fresco congelado.

O serviço de hemoterapia informou que não dispõe de todos os hemocomponentes solicitados do mesmo grupo sanguíneo do paciente.

São alternativas aceitáveis e sem risco de incompatibilidade com o paciente:

- (A) concentrado de hemácias AB, concentrado de plaquetas O, plasma O.
- (B) concentrado de hemácias O, concentrado de plaquetas A, plasma B.
- (C) concentrado de hemácias A, concentrado de plaquetas A, plasma O.
- (D) concentrado de hemácias B com baixo título de anti-A, concentrado de plaquetas B, plasma AB.
- (E) concentrado de hemácias A com baixo título de anti-B, concentrado de plaquetas O, plasma A.

**10**

Uma criança de 7 anos de idade, sexo feminino, portadora de leucemia, é hospitalizada para tratamento de consolidação da doença, que incluiu metotrexato, 6-mercaptopurina, vincristina, L-asparaginase e prednisona. A paciente piorou da anemia e surgiu macrocitose, com baixos níveis séricos de folato.

Para evitar esse tipo de complicação, a recomendação é

- (A) ferro parenteral.
- (B) vitamina B12 intramuscular.
- (C) resgate com ácido folínico por via intravenosa.
- (D) transfusão de hemácias se a hemoglobina cair abaixo de 10 g/dL.
- (E) reposição de ácido fólico por via oral.

**11**

Um menino de 6 anos apresenta febre, palidez e petéquias. O hemograma mostra leucocitose com 65.000 leucócitos/ $\mu$ L, com 80% de blastos, anemia e plaquetopenia. A biópsia de medula óssea e a imunofenotipagem confirmam o diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (LLA). O paciente não apresenta síndrome de Down, nem tem outras alterações relevantes no seu exame físico.

O tratamento desse quadro clínico deve ser feito com

- (A) Início imediato de quimioterapia com protocolo de indução (vincristina, corticosteroide, L-asparaginase, antracíclico), após estabilização clínica e punção lombar para profilaxia do SNC.
- (B) Tratamento com hidroxiureia como monoterapia até a redução da leucocitose, seguido de alta ambulatorial.
- (C) Indicação de transplante alogênico de medula óssea de início, independentemente da resposta inicial à quimioterapia.
- (D) Uso de imatinibe como primeira linha, já que a maioria das LLAs infantis apresenta mutação BCR-ABL.
- (E) Apenas suporte transfusional e antibióticos, uma vez que muitos casos de LLA podem entrar em remissão espontânea.

**12**

Um recém-nascido prematuro (peso: 900 gramas) veio transferido da maternidade onde nasceu para uma UTI neonatal. Apresenta anemia importante, necessitando de transfusão de concentrado de hemácias urgente. A amostra do sangue de cordão umbilical não está disponível, e a equipe de saúde está com dificuldades para punccionar a veia visando à coleta da amostra de sangue para os exames pré-transfusionais.

Como a transfusão não pode tardar, a conduta adequada para agilizar o processo é

- (A) transfundir hemácias O Rh positivo sem realizar as provas de compatibilidade.
- (B) realizar as provas de compatibilidade pré-transfusionais com o sangue da mãe.
- (C) transfundir hemácias do grupo O e realizar a prova de compatibilidade à beira do leito, obtendo uma gota de sangue do pé da paciente para descartar a incompatibilidade ABO.
- (D) telefonar para a maternidade onde ocorreu o parto, para saber o grupo ABO e Rh encontrado no sangue do cordão umbilical da criança, e transfundir hemácias isogrupo.
- (E) insistir na punção venosa até que se consiga colher um volume mínimo de sangue que permita a determinação do grupo sanguíneo e da pesquisa de anticorpos irregulares da criança.

**13**

Uma adolescente de 16 anos de idade, com anemia microcítica crônica atribuída à falta de ferro, foi encaminhada para avaliação de hematologista, que suspeitou de microesferocitose hereditária.

A confirmação diagnóstica e o tratamento definitivo dessa condição são feitos, respectivamente, com

- (A) mielograma – esplenectomia.
- (B) esfregaço do sangue periférico – reposição de ferro oral.
- (C) curva de fragilidade osmótica – hidroxiureia.
- (D) curva de fragilidade osmótica – esplenectomia.
- (E) citometria de fluxo – corticosteroide.

14

Um paciente de 18 anos de idade, portador de talassemia beta major, apresentou, ao final de uma transfusão de concentrado de hemácias, reação alérgica moderada caracterizada por tosse, broncoespasmo e prurido, apesar de ter sido pré-medicado com anti-histamínico oral.

Na transfusão anterior, feita 3 semanas antes, também havia apresentado reação alérgica leve, com *rash* cutâneo e prurido.

Na transfusão subsequente será necessário

- (A) pré-medicar o paciente com anti-histamínico parenteral.
- (B) transfundir hemácias irradiadas.
- (C) transfundir hemácias fenotipadas.
- (D) transfundir hemácias lavadas.
- (E) observar continuamente a transfusão e medicar o paciente com adrenalina caso surja qualquer sintoma de alergia.

15

O tratamento das hemorragias em pacientes com hemofilia B grave deve ser feito com

- (A) reposição de concentrado de fator IX.
- (B) emicizumabe.
- (C) concentrado de fator VII recombinante e ativado.
- (D) reposição de complexo protrombínico.
- (E) concentrado de complexo protrombínico parcialmente ativado (Feiba).

16

Um paciente de 14 anos de idade, portador da doença de von Willebrand do tipo 3, apresenta epistaxes frequentes e volumosas.

O tratamento de primeira linha dessas hemorragias consiste em

- (A) concentrado de fator VIII rico em multímeros de von Willebrand.
- (B) concentrado de fator de von Willebrand puro.
- (C) DDAVP.
- (D) ácido tranexâmico.
- (E) tratamento local da epistaxe com cauterização.

17

Um paciente de 58 anos de idade é trazida pela mãe para consulta com hematologista que lhe foi indicada após o resultado de um hemograma. O hemograma mostrou anemia microcítica e hipocrômica (VCM: 75 fL, CHCM: 26, dosagem de hemoglobina: 9,5 g/dL). A contagem relativa de reticulócito era de 0,8%.

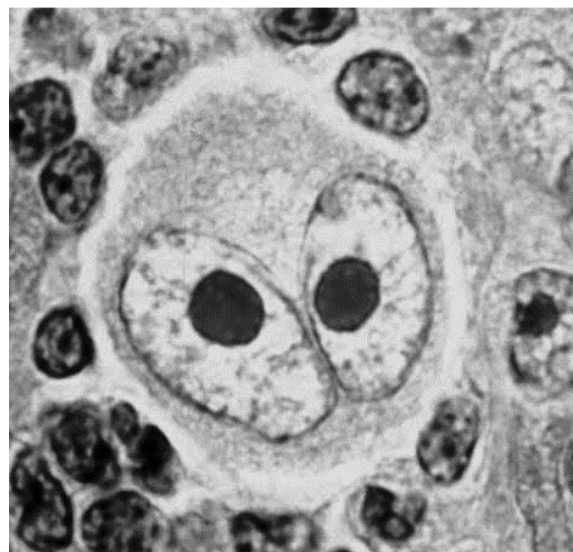
O exame de urina era normal e a criança não tinha história de diarreia. Sua alimentação era saudável e ela apresentava peso normal. Recentemente, havia feito três exames parasitológicos de fezes, todos negativos para a presença de helmintos e protozoários. A dosagem de ferro era de 35 µg/dL e a de ferritina, de 10 ng/mL.

O exame a ser solicitado para tentar identificar a etiologia dessa anemia ferropriva é

- (A) o mielograma.
- (B) a saturação da transferrina.
- (C) o teste de Coombs direto.
- (D) a coprocultura.
- (E) a pesquisa de sangue oculto nas fezes.

18

Uma paciente de 21 anos de idade desenvolve adenomegalias cervicais bilaterais, com gânglios indolores e de consistência elástica. Além disso, ela vem apresentando febrícula diária, prurido e sudorese. Foi feita biópsia de um gânglio, cujo aspecto histopatológico está mostrado a seguir.



O diagnóstico dessa criança é

- (A) tuberculose ganglionar.
- (B) doença de Hodgkin.
- (C) toxoplasmose.
- (D) linfoma de células T.
- (E) mononucleose infecciosa.

19

Na anemia hemolítica autoimune a quente (IgG + C3D), o tratamento de primeira linha é

- (A) pulsoterapia.
- (B) plasmaférese.
- (C) eculizumabe.
- (D) ciclofosfamida.
- (E) rituximabe.

20

Um paciente de 24 anos de idade, portador de doença falciforme com alta necessidade transfusional, apresenta dois anticorpos antieritrocitários (anti-Fy<sup>a</sup> e anti-S). Logo após a transfusão, seu hematócrito, que era de 17%, passou para 22%. A dosagem de hemoglobina S era de 80% antes da transfusão e passou a ser de 63% pós-transfusão. Cinco dias depois, o paciente apresentou sinais de acentuação da hemólise, com queda do hematócrito para 20% e aumento da hemoglobina S para 73%, sem sinais de infecção e sem crise alérgica.

O diagnóstico mais provável para este caso é:

- (A) Síndrome de hiper-hemólise.
- (B) Infecção oculta.
- (C) anemia hemolítica auto-imune.
- (D) Ineficácia transfusional pela presença de anticorpos anti-HLA.
- (E) Reação hemolítica diferida.

21

Um recém-nascido apresenta petéquias e equimoses, observadas poucas horas após o parto. Seu hemograma não mostra anemia nem alteração nos leucócitos, mas a contagem de plaquetas é de  $9.000/\mu\text{L}$ , e há suspeita de hematoma intracraniano.

O coagulograma é normal. A mãe relata que, na gravidez anterior (a gestação atual era a sua segunda), o recém-nascido não apresentou problema semelhante ao nascer, mas ela tinha lembrança de que a contagem de plaquetas do bebê era de  $50.000/\mu\text{L}$ .

Todos os hemogramas maternos feitos no pré-natal, e logo após o parto, mostraram uma contagem de plaquetas normal. O diagnóstico presuntivo dessa criança foi de trombocitopenia neonatal aloimune.

Nesse caso, o tratamento recomendado é a

- (A) transfusão de plaquetas HLA-compatíveis.
- (B) pulsoterapia com metilprednisolona.
- (C) exsanguineotransfusão.
- (D) transfusão de concentrado de plaquetas de sangue total (plaquetas randômicas).
- (E) transfusão de plaquetas maternas desplasmatizadas e imunoglobulina poliespecífica,  $1\text{g}/\text{kg}/\text{dia}$ .

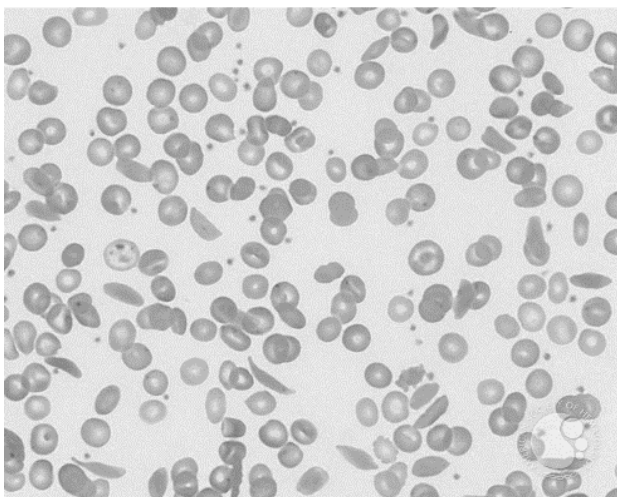
22

Uma criança de 1 ano de idade, moradora da zona rural de um pequeno município distante da capital, e que não era acompanhada por pediatra, é trazida para uma emergência com febre, dor torácica intensa, icterícia e palidez.

Seus exames de laboratório mostravam:

- hemoglobina:  $7,5\text{ g/dL}$ .
- leucócitos:  $12.500/\mu\text{L}$ , com neutrofilia e desvio à esquerda.
- plaquetas:  $250.000/\mu\text{L}$ .
- contagem de reticulócitos: 6%.
- LDH:  $700\text{ UI}/\mu\text{L}$ .
- bilirrubinas totais:  $4,5\text{ mg/dL}$ .
- bilirrubina indireta:  $4\text{ mg/dL}$ .

Foi feito um esfregaço do sangue periférico, cujo resultado pode-se ver a seguir.



O diagnóstico de base mais provável para esse caso é

- (A) doença falciforme.
- (B) pneumonia que evoluiu para sepse.
- (C) talassemia beta.
- (D) leucemia linfoblástica aguda (LLA).
- (E) deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase com anemia induzida pelo uso de aspirina.

23

Uma criança de 5 anos de idade, do sexo feminino, é trazida para a emergência com quadro de infecção respiratória, caracterizada por febre, tosse e mal-estar geral, além de dispneia aos médios esforços.

A tomografia computadorizada de tórax mostrou infiltrados pulmonares bilaterais, reticulares. Foi solicitado o teste da crioaglutinina, que foi positivo. O hemograma da internação mostrou anemia intensa (hemoglobina de  $6\text{ g/dL}$ , com macrocitose) e a paciente começou a ser tratada com tetraciclina. Para a investigação da anemia, o exame que precisa ser feito imediatamente é o(a)

- (A) teste de falcização das hemácias.
- (B) teste da antiglobulina direta (TAD).
- (C) dosagem de IgG, IgA e IgM.
- (D) PCR para *Mycoplasma*.
- (E) mielograma.

24

Um recém-nascido prematuro, pesando  $1\text{ kg}$ , está internado em uma UTI neonatal e necessita de transfusão de hemácias para corrigir anemia acentuada (dosagem de hemoglobina de  $9\text{ g/dL}$ ). Essa será a segunda transfusão que esse bebê receberá, sendo que ele não apresentou nenhuma reação adversa à primeira transfusão.

Considerando as especificidades do paciente, essas hemácias precisam obrigatoriamente ser

- (A) lavadas e irradiadas.
- (B) fenotipadas para antígenos Rh e Kell.
- (C) irradiadas e desleucocitadas.
- (D) inativadas para patógenos.
- (E) negativas para anti-CMV (anti-citomegalovírus).

25

Dentre as alternativas abaixo, assinale aquela em que estão listadas complicações das plasmaféreses terapêuticas realizadas em máquinas de ciclo descontínuo:

- (A) dormência peri-oral e sobrecarga volêmica.
- (B) hipocalcemia e instabilidade hemodinâmica.
- (C) tetania e hipertensão arterial.
- (D) dormência e hiperviscosidade.
- (E) arritmia cardíaca e hemólise.

**26**

Uma adolescente de 17 anos de idade, portadora de doença falciforme (SS), é trazida por sua mãe para uma unidade de emergência de um hospital universitário com crise vaso-oclusiva e dor intensa na região lombar.

A mãe e a paciente dizem que a dor só passa com morfina injetável, e instam o pediatra de plantão a aplicar essa medicação imediatamente. O médico recusa e diz que a criança pode estar dependente de morfina, e que ele é quem vai decidir a medicação a ser adotada.

Em relação a esse diálogo, é correto afirmar que

- (A) a posição da paciente e a da sua mãe devem ser acatadas, pois elas têm a vivência sobre a doença e sabem o que faz efeito.
- (B) ambos os lados têm razão, mas, como não há consenso, o chefe do plantão deve ser chamado para decidir o que fazer.
- (C) o médico está correto e sua posição é a que deve prevalecer a priori, pois ele é o especialista no tratamento daquela doença.
- (D) a fala do médico foi inadequada, por partir de uma posição de força e não de diálogo.
- (E) considerando que se trata de uma situação de emergência, o médico deve escolher o que vai fazer, e não precisa dar ciência ao paciente e/ou à sua mãe.

**27**

Um paciente de 12 anos é internado no início da noite para iniciar o tratamento de leucemia promielocítica aguda recém-diagnosticada.

Na avaliação pós-internação, o plantonista constata que o paciente apresenta sangramento nos locais de punção, hematomas no braço e sangramento gengival espontâneo. Seu hemograma da internação mostra uma hemoglobina de 8 g/dL, leucometria total de 21.000/ $\mu$ L e plaquetas de 40.000/ $\mu$ L.

A hipótese que explica esse sangramento é

- (A) fibrinólise associada a leucemia promielocítica aguda.
- (B) plaquetopenia.
- (C) coagulopatia dilucional.
- (D) trombopatia.
- (E) anticorpo anti-fator VII da coagulação.

**28**

Uma criança de 7 anos de idade é encaminhada para consulta com hematopediatra devido ao aparecimento freqüente de equimoses nos membros inferiores. A avaliação da coagulação solicitada pelo médico mostra que se trata de um caso de doença de Von Willebrand do tipo 1.

Uma vez confirmado esse diagnóstico, o passo seguinte no seguimento da criança consiste em

- (A) instituir profilaxia com fator de Von Willebrand recombinante.
- (B) prescrever ácido tranexâmico, 1 comprimido 2 vezes ao dia;
- (C) realizar teste terapêutico com DDAVP.
- (D) dosar múltímeros de Von Willebrand.
- (E) orientar a família para que o paciente não pratique esporte.

**29**

Um paciente de 12 anos de idade, portador da síndrome de Rendu-Osler-Weber (teleangiectasia hereditária hemorrágica) apresenta epistaxe de vulto, que já durava 12 horas, e é levado pela família ao hospital, durante a noite. Lá, o médico plantonista constata que o paciente está hipovolêmico, com instabilidade hemodinâmica, e prescreve transfusão emergencial de 3 bolsas de concentrados de hemácias. Ele pede ao serviço de hemoterapia que a primeira bolsa seja enviada antes mesmo da realização de prova cruzada, e informa que a criança tem uma carteirinha em que está registrado que o seu grupo sanguíneo é A+. O serviço envia então uma bolsa A+, enquanto realiza as provas de compatibilidade pré-transfusionais.

A respeito da conduta do serviço de hemoterapia, nesse caso, é correto afirmar que

- (A) foi incorreta, porque não se pode liberar sangue antes de concluídas as provas de compatibilidade pré-transfusionais.
- (B) foi correta, pois o prognóstico vital do paciente estava em jogo, se a transfusão não começasse imediatamente.
- (C) foi correta, já que o médico-plantonista do hospital assumiu a responsabilidade pela liberação do sangue.
- (D) foi incorreta, pois era preciso esperar pelo menos o resultado do grupo sanguíneo.
- (E) foi incorreta, porque o sangue a ser liberado, nesta situação, teria que ser do grupo O.

**30**

Em relação à síndrome hemolítica-urêmica clássica, é correto afirmar que

- (A) é mediada por alterações no sistema do complemento.
- (B) deve-se controlar a insuficiência renal aguda com hidratação e diuréticos.
- (C) é tratada com eculizumabe.
- (D) é causada por infecção por *Escherichia coli* produtora da toxina Shiga.
- (E) observam-se hemácias fragmentadas (esquizócitos) e trombocitopenia nas formas atípicas da doença.

**31**

Homem de 24 anos de idade procura a emergência com quadro de febre, fadiga e sangramento gengival. Apresenta palidez cutâneo-mucosa, petéquias e adenomegalias cervicais bilaterais. Seu hemograma mostra uma dosagem de hemoglobina de 6,8 g/dL, 52.000 leucócitos/ $\mu$ L (70% blastos), com 48.000 células mononucleares/ $\mu$ L, e plaquetas de 22.000/ $\mu$ L.

Diante desse quadro, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) leucemia linfoblástica aguda (LLA).
- (B) leucemia mieloide crônica (LMC).
- (C) anemia aplástica grave.
- (D) doença de Hodgkin.
- (E) síndrome mielodisplásica.

**32**

Uma gestante O Negativo, 15 anos de idade, dá à luz uma criança que nasce com sinais de sofrimento fetal. O grupo sanguíneo da criança é A Negativo, e ela apresenta anemia intensa e hiperbilirrubinemia indireta de 18 mg/dL (no sangue do cordão umbilical). O teste de Coombs indireto da criança, feito também no sangue do cordão umbilical, foi levemente positivo (+/4+). A pesquisa de anticorpos irregulares na mãe foi negativa. Decidiu-se pela realização de uma exsanguineotransfusão.

O sangue a ser utilizado deve ser sangue total

- (A) O negativo.
- (B) reconstituído com concentrado de hemácias A negativo e plasma fresco congelado O.
- (C) O negativo e com PCR para parvovírus B19 negativo.
- (D) reconstituído com concentrado de hemácias O negativo e plasma fresco congelado AB.
- (E) A negativo.

**33**

Uma mulher de 32 anos, com queixas de mialgia, epistaxe, petéquias e equimoses, procura um hematologista, que solicita um hemograma e um coagulograma. Os resultados desses exames mostram: hemoglobina 8,4 g/dL; leucócitos 9.500/ $\mu$ L, com 25% de blastos; contagem de plaquetas de 28.000/ $\mu$ L; TP de 19 segundos (controle 13s), com RNI de 2; PTTa de 44 s (controle 32); fibrinogênio 90 mg/dL; PDF elevados. O esfregaço do sangue periférico mostra bastonetes de Auer.

Diante desse quadro, a conduta inicial recomendada é

- (A) aguardar cariótipo antes de iniciar qualquer tratamento.
- (B) executar heparinização plena.
- (C) iniciar ácido transretinoico (ATRA) e transfundir plasma fresco congelado e crioprecipitado imediatamente.
- (D) aplicar pulsoterapia com metilprednisolona.
- (E) executar transfusão imediata de concentrado de plaquetas HLA-compatíveis.

**34**

Um indivíduo do sexo masculino, 47 anos de idade, procura atendimento médico com queixas de astenia, dispneia aos grandes esforços e saciedade pós-prandial precoce, surgidas 3 meses antes e que vêm piorando desde então.

Ao exame físico, volumosa esplenomegalia, palidez (+/4+). O hemograma mostra uma dosagem de hemoglobina de 11,5g/dL; a leucometria global era de 120.000/ $\mu$ L, com desvio escalonado (presença de mielócitos e metamielócitos e de basofilia) e a contagem de plaquetas, de 520.000/ $\mu$ L.

O exame a ser solicitado para confirmar o diagnóstico e a terapêutica a ser proposta são, respectivamente,

- (A) pesquisa de mutação JAK2 V617F e hidroxiureia.
- (B) mutação FLT3-ITD e ruxolitinibe.
- (C) pesquisa de BCR-ABL e inibidor de tirosina-quinase.
- (D) pesquisa de mutação no gene CALR e anagrelida.
- (E) cariótipo t(9;22) e transplante de medula óssea.

**35**

Um paciente de 3 anos de idade, portador de hemofilia A grave, em uso regular de profilaxia com concentrado de fator VIII recombinante desde os 6 meses de idade, na dose 35 UI/kg de peso, 3 vezes por semana. Subitamente, começa a apresentar hemartrose recorrente de joelho.

Na cidade onde mora não há laboratório de hemostasia de referência, mas o laboratório geral realiza um coagulograma, que revela um T.P. normal e um PTTa muito alargado. O laboratório faz também um teste da mistura, que não resultou em nenhuma melhora no alargamento do PTTa.

A melhor explicação para essa situação clínica é

- (A) refratariedade ao fator VIII recombinante.
- (B) dose insuficiente da profilaxia com fator VIII recombinante.
- (C) hemofilia associada à deficiência de fator VII.
- (D) inibidor anti-fator VIII.
- (E) erro no diagnóstico de base: trata-se de um caso de Doença de von Willebrand.

**36**

Uma paciente de 68 anos de idade procura o hematologista e relata que seus últimos hemogramas mostravam sempre aumento do número de linfócitos, sem nenhuma outra anormalidade. Além disso, diz ser assintomática até duas semanas antes, e levar vida ativa. Duas semanas antes da consulta, passou a apresentar dispneia ao subir escadas ou ao andar num passo mais acelerado.

Ao exame físico, palidez (+/4+), leve icterícia (+/4+), LDH elevada, teste de Coombs direto positivo. O hemograma feito após a consulta mostrou uma hemoglobina era de 9g/dL, com VCM de 95fL. Havia reticulocitose relativa (8%).

Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável é

- (A) linfoma de células B com hemólise por microangiopatia.
- (B) anemia megaloblástica.
- (C) leucemia linfoblástica aguda (LLA) de evolução lenta.
- (D) hemoglobinúria paroxística noturna (HPN).
- (E) leucemia linfocítica crônica (LLC) complicada por anemia hemolítica autoimune.

**37**

Homem, 71 anos, queixas de astenia, dispneia aos grandes esforços e infecções de repetição, há cerca de 6 meses. Hemograma: anemia macrocítica (hemoglobina: 8g/dL), neutropenia e plaquetopenia discretas. O mielograma mostrou displasia multilinear, blastos 6%.

O diagnóstico provável é

- (A) anemia aplástica grave.
- (B) síndrome mielodisplásica.
- (C) anemia megaloblástica.
- (D) leucemia mieloide aguda.
- (E) anemia da inflamação crônica.

**38**

Paciente de 17 anos de idade, sexo feminino, portador de doença falciforme com alta necessidade transfusional, apresenta agravamento da anemia após receber duas bolsas de concentrados de hemácias.

Seu hematócrito pré-transfusão era de 5,5 g/dL e, no dia seguinte à transfusão, passou a ser de 3 g/dL. O paciente já apresentava, há alguns anos, 3 alo-anticorpos (anti-Jk<sup>a</sup>, anti-D, anti-e), mas as hemácias transfundidas eram desprovidas desses antígenos. O teste de Coombs pós-transfusional foi negativo.

A conduta imediata para esse paciente é

- (A) transfusão de mais 3 bolsas de concentrados de hemácias com fenotipagem estendida.
- (B) rituximabe + corticoide + imunglobulina.
- (C) eritracitáfereze automatizada para manter a hemoglobina S abaixo de 30%.
- (D) eritracitáfereze manual automatizada para manter a hemoglobina S abaixo de 30%.
- (E) hidroxiureia injetável.

**39**

Após um transplante de medula óssea alogênico, os pacientes devem receber transfusão de concentrados de hemácias e de concentrados de plaquetas submetidos à irradiação gama, para prevenção da Doença do Enxerto Contra Hospedeiro (DECH) Transfusional.

O mecanismo pelo qual a irradiação gama previne a DECH é

- (A) o bloqueio da proliferação dos linfócitos D contidos no hemocomponente.
- (B) a supressão de clones de linfócitos autorreativos.
- (C) a destruição dos linfócitos T e B contidos no hemocomponente.
- (D) a supressão da apresentação dos antígenos HLA aos linfócitos T contidos no hemocomponente.
- (E) a parada na produção dos peptídeos apresentados pelos antígenos HLA.

**40**

Uma mulher de 59 anos apresenta queixas de prurido após o banho, cefaleia e rubor facial. Seu hematócrito era de 56%, a dosagem de hemoglobina era de 18,2 g/dL, a contagem de leucócitos, de 13.000/ $\mu$ L, plaquetas de 620.000/ $\mu$ L. A dosagem sérica de eritropoietina estava baixa e havia presença da mutação JAK2 V617F.

A conduta inicial para essa paciente deve ser, segundo o protocolo estabelecido para o SUS,

- (A) ruxolitinibe.
- (B) interferon peguilhado.
- (C) fósforo radioativo.
- (D) transplante de medula óssea alogênico.
- (E) flebotomias + aspirina.

**41**

Um homem de 48 anos é encaminhado para investigação de tromboflebite recorrente, que se iniciou 9 meses antes. No hemograma, sua contagem de plaquetas era de 1.050.000/ $\mu$ L. A pesquisa de JAK2 foi positiva.

Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- (A) leucemia mieloide crônica.
- (B) síndrome antifosfolípideo.
- (C) trombocitemia essencial.
- (D) deficiência homozigótica grave de proteína C.
- (E) hemoglobinúria paroxística noturna.

**42**

Um doador de sangue apresenta os seguintes resultados na sua triagem sorológica e molecular para infecções transmissíveis pelo sangue (IST): Anti-HIV: Neg; Anti-HTLV: Neg; Anti-HCV: Neg; Anti-HBc: +; HBsAg: Neg; Sífilis: Neg; Doença de Chagas: Neg NAT p/HCV, HBV, HIV e malária: Neg.

Esses resultados indicam que

- (A) o sangue doado por ser utilizado, desde que o anti-HBs seja positivo (> 10 UI).
- (B) o sangue doado deve ser descartado e nenhuma outra ação reativa ao doador é necessária.
- (C) o doador é portador de hepatite B oculta.
- (D) o doador possui uma carga viral baixa para o HBV.
- (E) o sangue doado deve ser descartado, e o doador, convocado para receber orientações.

**43**

Uma mulher de 66 anos de idade com queixa de astenia, perda ponderal de 7 kg em 4 meses e plenitude pós-prandial é examinada pelo seu clínico, que constata volumosa esplenomegalia (baço palpável 10 cm abaixo da reborda costal esquerda). O hemograma trazido por ela mostrava anemia, leucocitose leve, dacriócitos no esfregaço do sangue periférico.

O clínico a encaminhou para o hematologista, que colheu material para biópsia de medula óssea. A análise histopatológica da medula óssea revelou uma fibrose medular de grau 3. A pesquisa de JAK2 foi positiva.

O tratamento imediato para essa doença, segundo o protocolo adotado pelo SUS após relatório de avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia (Conitec), é

- (A) ecilizumabe.
- (B) ruxolitinibe.
- (C) lenalidomida.
- (D) transplante de medula óssea autólogo.
- (E) transfusão de concentrados de hemácias, apenas.

**44**

Um paciente de 60 anos de idade vai ao ortopedista com queixas de dor lombar intensa. O ortopedista solicita um R-X de coluna, que mostra lesões líticas em vértebras lombares.

Com esse resultado, o paciente é encaminhado ao hematologista, que efetua uma avaliação laboratorial mais extensa, com os seguintes resultados:

- CKD-EPI: 35 mL/min /1,73 m<sup>2</sup>;
- Cálcio sérico: 12,1 mg/dL;
- Hb: 9,2 g/dL;
- Leucócitos e plaquetas normais.

Eletroforese de proteínas: pico monoclonal de gamaglobulina. Dosagem de Imunoglobulinas: IgG: 2.500 mg/dL; IgA e IgM normais. Aspirado de medula óssea: intenso infiltrado plasmocitário.

Segundo o Protocolo Clínico Diagnóstico e Terapêutico do Ministério da Saúde, antes da realização do transplante de medula óssea autólogo, o tratamento desse paciente deve ser feito com

- (A) daratumumabe.
- (B) inibidor de proteasoma e corticoide.
- (C) ciclofosfamida.
- (D) terapia quádrupla.
- (E) bortezomibe + lenalidomida + dexametasona.

**45**

Uma mulher, 28 anos de idade, pesando 50 quilos, apresenta petéquias e equimoses, de aparecimento súbito, iniciadas há 3 dias. Sua contagem de plaquetas era de 9.000/ $\mu$ L, e o restante do hemograma era normal. Exame físico normal, a não ser pela presença de petéquias e equimoses em membros e abdome.

A conduta terapêutica a ser iniciada para essa paciente é

- (A) expectante.
- (B) transfusão de concentrados de plaquetas.
- (C) prednisolona, 0,4 mg/kg por quilo de peso.
- (D) imunoglobulina poliespecífica intravenosa.
- (E) eltrombopag.

**46**

Um homem de 36 anos dá entrada na emergência de um hospital com confusão mental e desorientação, febre, insuficiência renal leve, contagem de plaquetas de 10.000/ $\mu$ L, Hemoglobina de 8,2 g/dL. O esfregaço do sangue periférico mostra presença de esquizócitos. Há hiperbilirrubinemia indireta e a LDH é de 1.000. A dosagem de ADAMTS-13 mostrou níveis muito baixos.

O tratamento desse quadro deve ser

- (A) feito com plasmaférese imediata, usando plasma como líquido de reposição.
- (B) aguardar o resultado da dosagem de ADAMTS13 para definir o tratamento.
- (C) feito com eculizumabe.
- (D) feito com rituximabe.
- (E) feito com transfusão de plasma isento de crioprecipitado, na dose de 35 mL/kg de peso.

**47**

A principal indicação para a transfusão de crioprecipitado é

- (A) reposição de fator de von Willebrand.
- (B) reposição de fibronectina.
- (C) reposição de fator XIII.
- (D) reposição de fibrinogênio na hipobrinogenemia adquirida.
- (E) tratamento da sepse com coagulação intravascular disseminada.

**48**

Um paciente submetido à cirurgia cardíaca para troca de válvula vem usando regularmente warfarina, há cerca de 1 ano, sem intercorrências. Ele então, subitamente, começa a apresentar volumosa hematêmese. Foi internado em caráter de urgência, com hemorragia de monta e instabilidade hemodinâmica. Recebe transfusão de concentrado de hemácias e o cardiologista pede um parecer ao hematologista acerca de como corrigir o mais rapidamente possível a discrasia sanguínea (RNI: 7).

A conduta recomendada é

- (A) transfundir plasma fresco congelado, 15 mL/kg de peso.
- (B) complexo protrombínico com 4 fatores.
- (C) concentrado de fator VII.
- (D) transfusão de sangue total fresco.
- (E) antibrinolíticos.

**49**

Uma mulher de 34 anos é encaminhada para hematologista por ter apresentado três perdas gestacionais, todas no 1º trimestre da gravidez. Tem também antecedentes de trombose venosa profunda. Seu PTTa é prolongado e não é corrigido com plasma de pessoas normais.

O manejo de longo prazo dessa paciente deve ser feito com

- (A) anticoagulação com warfarina, fora da gestação.
- (B) aspirina, apenas.
- (C) nenhuma anticoagulação enquanto estiver assintomática.
- (D) heparina de baixo peso fora da gestação.
- (E) anticoagulante direto, apenas durante a gestação.

**50**

Paciente de 15 anos de idade, portadora de talassemia beta major, em esquema de hipertransfusão desde a infância, utilizando sempre hemácias fenotipadas e desleucocitadas.

Para avaliação e controle da sobrecarga de ferro tecidual, o método de eleição é a realização anual de

- (A) fibroelastograma do fígado.
- (B) dosagem de Ferro sérico e saturação de transferrina.
- (C) ressonância magnética T2\* de fígado e coração.
- (D) dosagem de hepcidina.
- (E) pesquisa de mutação nos genes HFE.

**51**

Uma paciente de 22 anos de idade faz um hemograma na Clínica da Família. O resultado mostra: Hemoglobina: 11,7 g/dL; VCM: 70 fL; RDW: normal. Leucócitos e plaquetas normais.

O médico da Clínica da Família solicita novos exames e o hemograma mostra resultado praticamente idêntico. Os demais exames revelam ferro e ferritina normais.

O diagnóstico mais provável é

- (A) anemia ferropriva.
- (B) anemia de doença crônica.
- (C) anemia sideroblástica.
- (D) traço talassêmico.
- (E) microesferocitose hereditária.

**52**

Um paciente de 34 anos de idade, internado para o tratamento de indução de leucemia mieloide aguda, entra na fase de aplasia pós-quimioterapia; sua contagem de plaquetas é de 20.000/ $\mu$ L e o paciente apresenta epistaxe de pequeno vulto, controlada com medidas locais (tamponamento).

Considerando a situação do paciente, assinale a afirmativa correta em relação à transfusão de concentrados de plaquetas de sangue total para esse paciente.

- (A) Estaria indicada apenas se a contagem estivesse abaixo de 5.000/ $\mu$ L.
- (B) Não tem indicação, porque a hemorragia é de grau I, segundo a classificação da O.M.S. e a contagem está acima de 10.000/ $\mu$ L.
- (C) Está indicada pela associação de contagem de 20.000/ $\mu$ L e epistaxe.
- (D) Está indicada porque a contagem de plaquetas é de 20.000/ $\mu$ L e a tendência da epistaxe é piorar muito.
- (E) A indicação é de plaquetas obtidas por aférese e não de sangue total.

**53**

Uma mulher de 62 anos de idade procura o neurologista, queixando-se de parestesia e marcha instável.

Apresenta anemia (hemoglobina: 7,5 g/dL), com VCM de 102 fL e hipersegmentação de neutrófilos. A dosagem de ácido metilmalônico está elevada.

Assinale a opção que indica o diagnóstico que se impõe e o respectivo tratamento.

- (A) Deficiência de folato; reposição de ácido fólico por via IV.
- (B) Anemia hemolítica autoimune; metilprednisolona em dose imunossupressora.
- (C) Deficiência de B12; reposição de cianocobalamina por via IM.
- (D) Deficiência de folato; reposição de ácido fólico por via oral.
- (E) Deficiência de B12; reposição de hidroxocobalamina por via oral.

**54**

Um paciente de 65 anos é encaminhado para hematologista devido a queixa de acrocianose desencadeada por baixas temperaturas externas, palidez progressiva, dispneia aos médios esforços, taquicardia. Apresenta hemoglobina de 6g/dL, 12% de reticulócitos, séries leucocitária e plaquetária normais. O teste de Coombs direto é positivo, do tipo misto (IgM + C3d+).

A conduta terapêutica indicada para esse tipo de anemia é

- (A) evitar exposição ao frio e utilizar rituximabe.
- (B) executar esplenectomia.
- (C) identificar e tratar a doença de base.
- (D) usar corticoides sob a forma de pulsoterapia.
- (E) usar caplacizumabe.

**55**

Um paciente portador de doença falciforme (SS) é transferido de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para um hospital de referência, devido à crise álgica e suspeita de síndrome torácica aguda.

No hospital, decide-se pela exsanguineotransfusão parcial automatizada; nas provas de compatibilidade pré-transfusionais, verifica-se que o paciente é B+, fenótipo RH e Kell é R<sub>0</sub>/R<sub>0</sub> e Kell negativo. A pesquisa de anticorpos irregulares é positiva, e o anticorpo identificado é o anti-e (anti-Rh5). O teste de Coombs direto é positivo.

A explicação provável para esse achado é

- (A) autoanticorpo.
- (B) alelo do gene RHCE codifica a síntese de variante do antígeno Rh5.
- (C) mutação no sítio de ligação GATA-1 do gene que codifica a síntese do antígeno Duffy.
- (D) anticorpo frio sem significado clínico.
- (E) presença de hemácias provenientes de transfusão anterior no sangue do paciente.

**56**

Relacione as causas de trombofilia listadas a seguir com suas respectivas características:

1. Deficiência congênita de antitrombina
  2. Síndrome antifosfolípideo
  3. Fator V de Leiden
  4. Deficiência de proteína C
- ( ) Púrpura fulminante em recém-nascido.
  - ( ) Trombose venosa profunda de repetição, sobretudo em membros inferiores.
  - ( ) Trombose venosa profunda em adultos jovens e em sítios incomuns.
  - ( ) forte associação com perdas gestacionais e trombozes arteriais e venosas.

A relação correta, na ordem dada, é

- (A) 4 – 2 – 3 – 1.
- (B) 2 – 1 – 4 – 3.
- (C) 3 – 1 – 4 – 2.
- (D) 3 – 1 – 2 – 4.
- (E) 4 – 3 – 1 – 2.

57

Mulher de 72 anos é hospitalizada com queixas de cefaleia, visão turva, zumbidos, sangramento gengival, e história de fenômeno de Raynaud. Hemograma normal. VHS: 2 mm na 1ª hora. LDH e ácido úricos moderadamente elevados. Dosagem de Imunoglobulinas: IgG: 1.100 mg/dL; IgA: 300 mg/dL; IgM: 4.500 mg/dL. Fundoscopia ocular mostra veias em rosário.

Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável é

- (A) crioglobulinemia essencial mista.
- (B) mieloma múltiplo.
- (C) macroglobulinemia de Waldenstrom com hiperviscosidade.
- (D) trombocitemia.
- (E) leucostase.

58

Um homem de 35 anos de idade é encaminhado para investigação com hematologista por apresentar anemia intensa e urina escura matinal. Dois meses antes havia sido internado devido à trombose hepática. O hematologista solicitou pesquisa de CD55/CD59 por citometria de fluxo, que mostrou ausência desses dois marcadores. Com esses dados, o hematologista estabeleceu o diagnóstico de Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN).

O tratamento dessa condição deve ser feito com

- (A) eculizumabe.
- (B) caplacizumabe.
- (C) infliximabe.
- (D) rituximabe.
- (E) transfusão de concentrado de hemácias, apenas.

59

Um homem de 74 anos, 3º dia pós-infarto agudo do miocárdio de parede inferior, apresenta anemia (hemoglobina 6,5 g/dL). O médico da UTI prescreve duas bolsas de concentrados de hemácias. Ao final da transfusão da primeira bolsa, o paciente apresenta hipertensão arterial, dispneia, taquicardia, turgência jugular. Foi solicitado um raio-X de tórax, dosagem de NT-Pro-BNP e gasometria. Ao R-x, havia infiltrado alveolar difuso com **cardiomegalia** e sinais de congestão pulmonar. A gasometria mostrava apenas leve hipóxia, e a dosagem de NT-Pro-BNP era duas vezes mais alta que aquela feita no dia anterior (que estava normal).

A melhor explicação para esse quadro clínico é

- (A) TRALI.
- (B) sobrecarga volêmica pós-transfusão (TACO).
- (C) embolia pulmonar pelo aumento da viscosidade sanguínea.
- (D) hemólise intravascular com lesão renal aguda.
- (E) descompensação cardíaca por doença isquêmica, sem relação com a transfusão.

60

Um paciente de 42 anos está internado para tratamento de indução de leucemia mieloide aguda e apresenta neutropenia febril pós-quimioterapia (38,10C), com contagem de 250 neutrófilos/ $\mu$ L.

Nesse caso, a estratégia terapêutica deve incluir

- (A) transfusão de concentrados de granulócitos.
- (B) apenas antibióticos de amplo espectro.
- (C) aciclovir + anfotericina + antibióticos de amplo espectro para bactérias Gram + e Gram negativas + G-CSF.
- (D) antibióticos de amplo espectro que cubram gram-negativos, incluindo pseudomonas, e gram-positivos relevantes.
- (E) colher hemocultura e aguardar a primeira sinalização de crescimento bacteriano emitido pela estufa automatizada antes de decidir o esquema antibiótico.

61

Avalie as afirmativas a seguir, a respeito da mobilização de células-tronco CD34+ para sua coleta por aférese visando à realização de um transplante de medula óssea autólogo:

- I. O esquema padrão sempre inclui o G-CSF.
- II. O plerixafor deve ser usado nos casos em que houver falha de mobilização com G-CSF isolado ou G-CSF + quimioterapia.
- III. Quando há indicação para o uso do plerixafor, este deve sempre ser feito isoladamente.

Está correto o que se afirma em

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

62

Entre as complicações crônicas que acometem os pacientes com doença falciforme na idade adulta, são frequentes e com alta morbimortalidade as seguintes:

- (A) insuficiência renal crônica e hipertensão pulmonar.
- (B) colelitíase e Alzheimer.
- (C) necrose asséptica de cabeça de fêmur e anemia hemolítica.
- (D) insuficiência cardíaca e diabetes melito tipo 2.
- (E) fibrose pulmonar e cirrose hepática

63

Gestante de 28 anos, gesta II/I, no 2º trimestre da gravidez, comparece ao pré-natal relatando fadiga, palidez cutâneo-mucosa e dispneia aos esforços moderados. Refere dieta pobre em verduras, legumes e carnes. Ao exame físico, apresenta palidez (++)/4+, taquicardia leve, sem icterícia.

Exames laboratoriais: Hemoglobina: 8,6 g/dL; VCM: 70 fL; RDW: aumentado; leucócitos e plaquetas: normais; ferritina sérica: 9 ng/mL; Ferritina: 10  $\mu$ g/dL; Ácido fólico e vitamina B12 sérica: normais.

Com base no quadro clínico e laboratorial descrito, o tratamento recomendado para a anemia dessa gestante é

- (A) ácido fólico 5 mg/dia por toda a gestação.
- (B) vitamina B12 intramuscular, 5.000 UI semanalmente.
- (C) transfusão imediata de concentrado de hemácias.
- (D) vitamina B12 sublingual, 1.000 UI por dia.
- (E) sulfato ferroso via oral, 120–200 mg de ferro elementar por dia.

64

Paciente do sexo feminino. 25 anos, apresenta trombose venosa de causa indefinida. A investigação laboratorial revela mutação homozigótica do fator V Leiden.

A conduta para a prevenção de novas trombozes é

- (A) anticoagulação por tempo indefinido.
- (B) ácido acetilsalicílico.
- (C) observação.
- (D) anticoagulação por 3 a 6 meses.
- (E) filtro de veia cava inferior.

65

Uma paciente de 7 anos de idade, portadora de beta-talassemia (talassemia *major*) está em regime de hipertransusão, com transfusões regulares, a cada 3 a 4 semanas. Após 2 anos de tratamento, sua ferritina sérica é de 2.200 µg/dL.

Esse quadro é indicativo de que a paciente necessita ser tratada com

- (A) deferoxamina subcutânea em bomba de infusão.
- (B) deferasirox.
- (C) deferiprona.
- (D) deferasirox + deferoxamina.
- (E) a suspensão do esquema de hipertransusão por pelo menos 6 meses.

66

Uma paciente de 43 anos de idade faz um hemograma de rotina, como parte do exame periódico de saúde. O médico do trabalho a convocou para uma consulta, por causa de alteração no hemograma. A série vermelha era normal; a contagem de plaquetas era de 400.000/µL e a série branca mostrava: leucometria global: 55.000/µL; linfócitos: 1.400/µL; monócitos: 600/µL; granulócitos: 53.000 /µL. mielócitos: 3% metamielócitos: 5%; prómielócitos: 18%; bastões: 8%; neutrófilos: 54%; basófilos: 10%. Na consulta, a paciente informou não ter nenhum sintoma.

O(s) exame(s) que sela(m) o diagnóstico é(ão)

- (A) cariótipo e mielograma.
- (B) imunofenotipagem.
- (C) BCR-ABL.
- (D) FISH.
- (E) imunofenotipagem e mielograma.

67

Durante a noite, uma Agência Transfusional de um pequeno hospital recebe, para efetuar uma reserva cirúrgica, uma amostra de um paciente que iria se submeter a uma gastrectomia no dia seguinte, pela manhã. O paciente era A+, e a Pesquisa de Anticorpos Irregulares foi positiva com uma das três hemácias do painel de triagem.

O procedimento que a agência deve realizar para concretizar a reserva, considerando que o médico-assistente informou que seria muito importante que a cirurgia acontecesse na data e hora marcada, é

- (A) repetir a P.A.I. usando um painel de triagem de outro fabricante.
- (B) realizar avaliação *in vitro* para determinar o significado clínico do(s) anticorpo(s) encontrado(s).
- (C) fazer teste de Coombs direto e prova de autocontrole.
- (D) fazer prova cruzada com as bolsas "A" e "O" disponíveis na agência.
- (E) fenotipar as hemácias do paciente, identificar o anticorpo e solicitar ao hemocentro sangue desprovido dos antígenos contra os quais o paciente possuía anticorpo(s).

68

Uma tipagem ABO, feita pela metodologia do gel-teste, mostrou os seguintes resultados:

## TIPAGEM DIRETA

Anti-A	Anti-B
++	-

## TIPAGEM REVERSA

Hemácias A1	Hemácias B
±	++++

Com base nesse resultado, o grupo ABO do paciente é

- (A) A<sub>2</sub>.
- (B) A com anticorpo frio.
- (C) Cis-AB.
- (D) A<sub>3</sub>.
- (E) A<sub>el</sub>.

69

Um paciente de 62 anos, com linfoma de Burkitt, com volumosa massa tumoral na cabeça e no pescoço, esplenomegalia e adenomegalias generalizadas, inicia a quimioterapia, e apresenta, no dia seguinte, náuseas, vômitos, letargia, câimbras e tetania.

Além das medidas de suporte geral como hidratação venosa vigorosa, é imperiosa a utilização de

- (A) alopurinol.
- (B) rasburicase.
- (C) ácido zolendrônico.
- (D) espirolactona .
- (E) mesna.

70

Uma paciente de 58 anos de idade chega à emergência de um hospital com enterorragia volumosa e hipovolemia. São solicitadas duas bolsas de concentrados de hemácias, e o médico solicitante informa que precisa iniciar a transfusão em no máximo uma hora. A tipagem inicial da paciente mostra que ela é O negativo, mas é necessário ainda excluir D fraco ou D parcial para confirmar a tipagem Rh.

Nesse contexto, assinale a afirmativa correta a respeito da conduta recomendada.

- (A) É mandatório excluir D fraco e D parcial antes de transfundir o paciente.
- (B) Deve-se cruzar bolsas O Rh negativo, sem esperar a exclusão do D fraco.
- (C) É preciso fenotipar a paciente e selecionar bolsas com fenótipo Rh e Kell compatíveis.
- (D) Deve-se transfundir bolsas antes da conclusão da prova cruzada, face à urgência do caso.
- (E) É preciso excluir pelo menos D fraco, antes de selecionar as bolsas a serem transfundidas.

**71**

Durante uma doação de sangue total, um jovem doador, de 20 anos, apresenta súbita palidez, sudorese fria, náusea, tontura, bradicardia e perda transitória da consciência, recuperando-se rapidamente quando colocado em posição de Trendelenburg.

O diagnóstico dessa intercorrência é

- (A) hipoglicemia.
- (B) hipovolemia pela perda do volume doado.
- (C) reação vasovagal.
- (D) alcalose respiratória.
- (E) crise de ansiedade.

**72**

Uma mulher de 38 anos, submetida um ano antes a uma cirurgia bariátrica - Bypass gástrico em Y de Roux - apresenta anemia (hemoglobina: 8,4 g/dL) crônica, microcítica e hipocrômica. Sua ferritina é de 8 mcg/dL, a vitamina B12 é de 500 pg/mL e o folato, de 8 ng/mL. Vem usando sulfato ferroso há mais de 6 meses, 1 comprimido 2 vezes por dia, em jejum, sem intolerância, vitamina B12, 5.000 UI intramuscular 1 vez por mês e ácido fólico, 2 mg/dia. Não houve nenhuma melhora da anemia e houve piora da microcitose.

A respeito desse caso, é correto afirmar que

- (A) a reposição de vitamina B12 não está sendo eficaz.
- (B) é recomendável aumentar a dose de ferro para 3 comprimidos diários, sempre em jejum.
- (C) o ácido fólico deve ser substituído por ácido folínico.
- (D) a via intramuscular é preferível para a reposição de ferro, neste caso.
- (E) a reposição intravenosa de ferro, por um período longo, se impõe.

**73**

Uma adolescente de 15 anos de idade, abre um quadro súbito de astenia, petéquias e epistaxes e palidez.

O hemograma mostra hemoglobina de 7 g/dL, leucócitos de 900/uL, e 8.000 plaquetas/uL. A biópsia de medula óssea evidencia uma medula extremamente hipocelular.

O tratamento de primeira linha para essa adolescente é

- (A) ciclosporina.
- (B) globulina anti-timócito (de coelho).
- (C) globulina anti-timócito (de cavalo).
- (D) eritropoietina + G-CSF.
- (E) transplante alogênico HLA-idêntico, se houver doador compatível.

**74**

Uma mulher de 25 anos de idade relata epistaxes esporádicas, desde a infância e menorragia. História familiar para diátese hemorrágica positiva.

O coagulograma mostra apenas leve alargamento de PTTa, que se apresenta no limite máximo da normalidade. As dosagens de fator de von Willebrand-antígeno e do cofator de Ristocetina estão baixas. A curva de agregação plaquetária revela ausência de agregação com ristocetina.

O tratamento para os episódios de sangramentos leves a moderados dessa paciente é

- (A) ácido tranexâmico.
- (B) desmopressina (DDAVP).
- (C) transfusão de plaquetas.
- (D) concentrado de fator VIII recombinante.
- (E) crioprecipitado.

**75**

Paciente de 45 anos, portador de leucemia linfoblástica aguda, para a qual há indicação de transplante de medula óssea. O paciente, porém, não tem irmãos e não foi encontrado nenhum doador compatível no REDOME. O médico decidiu usar o filho do paciente como doador.

Esse tipo de transplante de medula óssea é denominado

- (A) alogênico aparentado.
- (B) transplante cruzado.
- (C) singênico.
- (D) transplante haploidêntico.
- (E) transplante intrafamiliar.

**76**

Um homem de 26 anos aparece com linfadenopatia cervical e relata febre vespertina, sudorese noturna, prurido e perda de peso, desde há 45 dias. Foi feita uma biópsia de gânglio, que identificou células de Reed-Sternberg CD30+. O estadiamento era IV-B.

A primeira linha de tratamento é

- (A) imunoterapia com rituximabe.
- (B) radioterapia exclusiva.
- (C) quimioterapia, com esquema ABVD.
- (D) transplante de medula óssea autólogo.
- (E) corticoide isolado.

**77**

Uma paciente de 65 anos internada em UTI por sepse urinária recebe transfusão de um *pool* de 5 bolsas de concentrados de plaquetas. Ao final de transfusão, surge febre de 39 °C, calafrios intensos, e a paciente evolui rapidamente para hipotensão e choque.

Estamos diante de reação transfusional do tipo

- (A) sepse bacteriana causada pela transfusão.
- (B) incompatibilidade ABO.
- (C) reação hemolítica intravascular diferida.
- (D) choque anafilático.
- (E) reação febril não-hemolítica.

**78**

O tratamento das hemorragias em pacientes portadores de hemofilia B que apresentam inibidores deve ser feito com

- (A) emicizumabe.
- (B) concentrado de fator VII recombinante e ativado.
- (C) complexo protrombínico parcialmente ativado.
- (D) complexo protrombínico.
- (E) concentrado de fator IX recombinante.

**79**

Relacione as doenças mieloproliferativas a seguir listadas com seu respectivo tratamento:

1. Trombocitemia essencial
2. Leucemia mieloide crônica
3. Policitemia vera
4. Mielofibrose primária

- ( ) Ruxolitinibe  
( ) Anagrelide  
( ) Imatinibe  
( ) Hidroxiureia

A relação correta, na ordem dada, é

- (A) 4 – 1 – 2 – 3.  
(B) 2 – 1 – 4 – 3.  
(C) 3 – 1 – 4 – 2.  
(D) 3 – 1 – 2 – 4.  
(E) 4 – 3 – 1 – 2.

**80**

Em relação às indicações para a transfusão de plasma fresco congelado, assinale a afirmativa correta.

- (A) Está contraindicada na cirrose hepática não complicada.  
(B) Pode ser utilizada para a reposição de fator XIII, quando há deficiência congênita desse fator.  
(C) Tem indicação precoce na ressuscitação hemoterápica do trauma.  
(D) Plasma doado por mulheres multíparas só pode ser transfundido em outras mulheres multíparas.  
(E) O plasma A universal está indicado nas PTT.

Realização

