

Nome: _____

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A. (GHC) – HOSPITAL
FEDERAL DE BONSUCESSO – RJ – Concurso Público – 002/2026****038 – MÉDICO (HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA) – PROVA 01****PROVA ESCRITA OBJETIVA
CADERNO DE QUESTÕES**

ATENÇÃO: Transcreva no espaço do seu CARTÃO-RESPOSTA, com sua caligrafia usual, a frase abaixo.

Sempre parece impossível até que seja feito.

Leia atentamente as instruções abaixo e aguarde a autorização para abertura deste caderno de questões.

1. **Confira o CADERNO DE QUESTÕES nos primeiros 30 minutos de prova.** Caso haja algum erro de impressão, ausência de questão, dentre outros, a prova poderá ser substituída nesse intervalo de tempo.
2. Confira o CARTÃO-RESPOSTA e assinie seu nome no espaço próprio, utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta. A ausência de assinatura incide na desclassificação do candidato.
3. Não dobre, não amasse, nem manche o CARTÃO-RESPOSTA. Ele NÃO poderá ser substituído.
4. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 5 opções identificadas com as letras A, B, C, D, E. Assinale apenas uma opção em cada questão, caso contrário, ela será nula.
5. O tempo disponível para esta prova é de **3h**.
6. Reserve os 30 minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão considerados na avaliação.
7. Os candidatos, após entrarem na sala da prova, somente poderão retirar-se após decorridas duas horas do tempo de duração previsto.
8. Quando terminar a prova, entregue-a ao fiscal SEM FALTAR NENHUMA PÁGINA OU PARTE DELA, juntamente com o CARTÃO-RESPOSTA. Em seguida, assinie a LISTA DE PRESENÇA. Caso o CADERNO DE QUESTÕES E/OU o CARTÃO-RESPOSTA estejam rasgados ou incompletos, o candidato será eliminado.
9. O candidato também será excluído do certame caso:
 - a) Utilize, durante a realização da prova, máquinas e/ou relógios de calcular, bem como rádios, gravadores, fones de ouvido, telefones celulares ou fonte de consulta de qualquer espécie.
 - b) Ausente-se da sala de prova levando consigo o CADERNO DE QUESTÕES, antes do tempo estabelecido, e/ou CARTÃO-RESPOSTA.
 - c) Deixe de assinalar corretamente o campo no CARTÃO-RESPOSTA.



CONCURSO PÚBLICO



GABARITO

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

**038 – MÉDICO (HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA) –
PROVA 01****CONHECIMENTOS GERAIS****Questão 01**

As Normas de Habilitação para a Atenção Especializada no Processo Transexualizador, previstas na Portaria de Consolidação n.º 2/2017, estabelecem critérios para serviços de saúde que desejam ofertar esse cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando essas disposições, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A habilitação é restrita a hospitais universitários federais, não podendo ser concedida a serviços estaduais ou municipais.
- b) Os serviços habilitados devem garantir equipe multiprofissional composta, no mínimo, por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, assegurando acompanhamento integral.
- c) A portaria prevê que o processo transexualizador pode ser iniciado apenas após os 25 anos de idade, em consonância com normas internacionais de saúde.
- d) A habilitação dispensa comprovação de capacidade e regulamentação em órgãos competentes, bastando a manifestação de interesse do gestor estadual ou municipal para regulamentação nessas instâncias.
- e) O processo transexualizador é regulamentado apenas para procedimentos cirúrgicos e acompanhamento psicológico.

Questão 02

O Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde. Tais ações e serviços envolvem diretamente a proteção da vida, da dignidade humana e do bem-estar coletivo. Além disso, o exercício da prática assistencial está inserido em um contexto de interesse público e de responsabilidade ética e legal, contribuindo diretamente para a efetivação da cidadania. Com base no Artigo 197, é CORRETO afirmar que:

- a) As ações voltadas à promoção da saúde deixam de ser enquadradas como atividades típicas de prestação de serviços públicos, passando a ser compreendidas, em caráter complementar, como

iniciativas de natureza privada, desvinculadas da obrigação estatal de execução direta.

- b) Tais ações e serviços, mesmo quando prestados por instituições particulares, são passíveis de regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público, que detém a competência constitucional para assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança.
- c) Como as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, a consequência jurídica é a vedação de qualquer uso de recursos orçamentários estatais para o pagamento de serviços prestados por instituições privadas de saúde, reforçando a prioridade do investimento no sistema público.
- d) A crescente demanda por cuidados de saúde e sua relevância socioeconômica conferem caráter de relevância pública às ações executadas por pessoas físicas ou jurídicas privadas, dispensando regulamentação e controle estatal por se tratarem de atividades menos complexas e desvinculadas de grandes redes hospitalares.
- e) Segundo o Art. 197, a competência do Poder Público limita-se à prestação direta das ações de saúde, não lhe cabendo regulamentar, fiscalizar ou controlar aquelas executadas por particulares, já que estas se enquadram como atividades de livre iniciativa.

Questão 03

O Art. 6º da Lei n.º 8.080/1990, inclui ações e serviços voltados à saúde do trabalhador nas atribuições do SUS. Com base nesse dispositivo e em seus incisos, assinale a alternativa que apresenta apenas ações que integram as atribuições do SUS no campo de saúde do trabalhador, conforme a Lei Orgânica da Saúde.

- a) Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou de doença ocupacional; participação na avaliação e controle de riscos no processo de trabalho e revisão periódica da listagem de doenças relacionadas ao trabalho.
- b) Fiscalização de benefícios previdenciários; definição da jornada máxima de trabalho saudável; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde e concessão de aposentadoria especial ao trabalhador exposto a agentes nocivos.

- c) Realização de perícias trabalhistas judiciais; garantir a interdição de máquinas, setores ou ambientes de trabalho diante de risco iminente à vida ou à saúde, quando solicitado pelo sindicato dos trabalhadores e gestão e fiscalização de programas de seguro de vida.
- d) Avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; captação de recursos para ações de saúde por meio dos Conselhos Profissionais e regulamentação da contribuição sindical para planos coletivos de saúde.
- e) Organização de conselhos de fiscalização do exercício da profissão; criação de normas de registro em conselhos de classe; definição de piso salarial das categorias da saúde e participação na fiscalização dos serviços de saúde do trabalhador nas empresas públicas e privadas.

Questão 04

Conforme o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece que as ações e serviços do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema organizado segundo diretrizes específicas, é CORRETO afirmar que:

- a) O SUS é centralizado pela União, que detém direção única em todo o território nacional, capitaneada pelo Poder Executivo, mas fiscalizada pelo Legislativo, que representa a participação popular.
- b) O atendimento integral deve priorizar serviços hospitalares, distribuídos em rede colaborativa e racionalizada, em detrimento das atividades preventivas, com base nos agravos com maior incidência nacional.
- c) A participação da comunidade é garantida pelo serviço de Ouvidoria e pela possibilidade de a liderança estadual opcionalmente aceitar as solicitações e julgar quais as melhores ações adotadas no território.
- d) O SUS é organizado em rede regionalizada e hierarquizada, com descentralização e direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, priorizando atividades preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais, e participação da comunidade.
- e) O SUS é estruturado pela União de acordo com critérios clínicos e epidemiológicos, baseado em hierarquia centralizada que determina a composição da rede regional, que dá suporte às unidades do município.

Questão 05

A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), instituída em 2003, buscou transformar práticas de atenção e gestão no SUS, valorizando o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e gestores. A Lei 15.126, sancionada em 28 de abril de 2025, trouxe uma mudança importante a respeito dessa política pública tão relevante. Considerando esses elementos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A Lei n.º 15.126/2025 consolidou a atenção humanizada como princípio legal do SUS, reforçando que o cuidado deve integrar dimensões técnicas e subjetivas, sem restringir-se a protocolos clínicos, e garantindo que a humanização seja obrigatória em todas as esferas de gestão e atenção.
- b) A HumanizaSUS, após a Lei n.º 15.126/2025, passou a ser considerada política estadual sem força normativa vinculante, cabendo a cada ente federativo adotar práticas humanizadas, garantindo que o acolhimento e a clínica ampliada sejam obrigatórios em todos os hospitais gerais dos municípios.
- c) A atualização normativa de 2025 revogou a Política Nacional de Humanização, substituindo-a por um novo programa de gestão hospitalar voltado para a eficiência administrativa, o acolhimento por classificação de risco, a participação dos usuários na cogestão de unidades.
- d) A Lei n.º 15.126/2025 incluiu a atenção humanizada como princípio constitucional do SUS, alterando diretamente o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, de modo que a humanização passou a ser diretriz constitucional, reforçando o compromisso do Estado brasileiro com a humanização das unidades de saúde.
- e) A Política Nacional de Humanização, após a Lei n.º 15.126/2025, foi ampliada como programa ministerial transversal, para ser aplicada em todas as unidades hospitalares de grande porte, e em unidades da atenção básica ou especializada em municípios estratégicos, expandindo os serviços de acolhimento.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**Questão 06**

Homem de 62 anos, com artrite reumatoide em atividade, refere fadiga progressiva. Hemograma: Hb 9,2 g/dL, VCM 72 fL, RDW elevado, reticulócitos

baixos. Ferro sérico 22 µg/dL, saturação de transferrina 7%, ferritina 8 ng/mL (repetida), PCR 38 mg/L. Receptor solúvel de transferrina elevado. Sem sangramento evidente ao exame físico. Com base no caso, a interpretação e a conduta inicial são, CORRETA e respectivamente:

- a) Considerar anemia de doença crônica e iniciar eritropoetina, mantendo avaliação de ferro e investigação etiológica para etapa posterior.
- b) Considerar deficiência absoluta de ferro coexistindo com inflamação e iniciar reposição de ferro, investigando fonte de perda crônica.
- c) Considerar talassemia menor e priorizar eletroforese de hemoglobinas, com conduta expectante após confirmação.
- d) Considerar anemia sideroblástica e solicitar mielograma, avaliando necessidade de piridoxina após confirmação morfológica.
- e) Considerar hemólise autoimune e iniciar corticoterapia, solicitando testes imunohematológicos como critério para ajuste.

Questão 07

Mulher de 34 anos, vegana estrita, apresenta parestesias em mãos e instabilidade ao caminhar. Hemograma: Hb 7,8 g/dL, VCM 114 fL, leucócitos 2.900/mm³, plaquetas 118.000/mm³. Esfregaço: macrócitos e neutrófilos hipersegmentados. LDH elevada e bilirrubina indireta discretamente aumentada. Nesse caso, a conduta diagnóstica e terapêutica inicial CORRETA deve ser:

- a) Solicitar ferro sérico e iniciar ferro oral, monitorando reticulócitos em 7 dias para avaliar resposta.
- b) Solicitar teste de Coombs direto e iniciar prednisona, considerando hemólise autoimune como hipótese principal.
- c) Solicitar mielograma e iniciar hidroxiureia, considerando neoplasia mieloproliferativa como hipótese mais provável.
- d) Dosar vitamina B12 e iniciar reposição parenteral, com investigação da causa e monitorização neurológica.
- e) Iniciar ácido fólico isolado e repetir hemograma em 2 semanas, avaliando resposta hematológica como critério principal.

Questão 08

Homem de 48 anos, icterícia e fadiga há 10 dias, com dispneia aos esforços. Hb 6,9 g/dL, reticulócitos

aumentados, LDH elevada, haptoglobina baixa. Esfregaço com esferócitos. Teste de antiglobulina direto positivo para IgG. Está hemodinamicamente estável, porém sintomático ao esforço. A conduta inicial CORRETA, conforme o caso, deve ser:

- a) Indicar esplenectomia como primeira abordagem terapêutica, com transfusão após procedimento se persistir anemia.
- b) Realizar plasmaférese como intervenção inicial, visando remover anticorpos circulantes e controlar hemólise rapidamente.
- c) Iniciar corticoterapia sistêmica e suporte, com transfusão de hemácias selecionadas pela hemoterapia (melhor compatibilidade possível/menor incompatibilidade) se houver repercussão clínica.
- d) Iniciar anticoagulação plena e investigar microangiopatia trombótica, mantendo transfusão como medida secundária.
- e) Iniciar imunoglobulina endovenosa como terapia principal e reavaliar necessidade de outras intervenções em 72 horas.

Questão 09

Mulher de 27 anos, assintomática, encontrada com Hb 11,2 g/dL em exame ocupacional. Hemograma: VCM 66 fL, HCM baixa, contagem de hemácias 6,1 milhões/mm³, RDW pouco alterado. Ferritina 62 ng/mL. Esfregaço com células-alvo. De acordo com o enunciado, assinale o exame CORRETO para confirmar a hipótese provável:

- a) Dosagem seriada de ferritina e início de ferro oral, avaliando reticulócitos como marcador de resposta.
- b) Teste de antiglobulina direto e pesquisa de hemoglobinúria, com investigação de hemólise imune associada.
- c) Mielograma com pesquisa de sideroblastos em anel e avaliação citogenética, visando confirmar anemia sideroblástica.
- d) Provas de coagulação e dosagem de fibrinogênio, buscando coagulopatia associada à anemia microcítica.
- e) Eletroforese de hemoglobinas com quantificação de HbA2 e HbF, avaliando padrão compatível com talassemia.

Questão 10

Homem de 26 anos, HbSS, internado por crise dolorosa, evolui em 24 horas com febre, dor torácica

e dispneia. Saturação 86% apesar de oxigênio por máscara reservatório, FR 34 irpm. Gasometria: PaO₂ 58 mmHg. Radiografia com infiltrado bilateral novo. Hb atual 8,6 g/dL (baseline 9,0). Diante do exposto, assinale a estratégia transfusional CORRETA:

- a) Realizar transfusão simples visando Hb em torno de 10 g/dL, mantendo suporte ventilatório e antibiótico conforme avaliação clínica.
- b) Realizar transfusão de troca (manual ou por eritrocitaférese) associada a suporte respiratório e antibiótico, visando reduzir rapidamente HbS.
- c) Manter analgesia e hidratação, adiando transfusão até queda adicional de hemoglobina em hemograma seriado.
- d) Administrar concentrado de plaquetas e antifibrinolítico, priorizando prevenção de microtrombose pulmonar associada.
- e) Realizar flebotomia terapêutica com reposição volêmica, visando reduzir viscosidade e melhorar oxigenação.

Questão 11

Mulher de 33 anos chega com equimoses, gengivorragia e astenia. Hemograma: Hb 8,4 g/dL, leucócitos 18.000/mm³, plaquetas 28.000/mm³. Coagulação: TP prolongado, fibrinogênio 90 mg/dL, dímero-D elevado. Esfregaço com promielócitos anômalos e bastonetes de Auer. Suspeita-se leucemia promielocítica aguda. A medida que deve ser instituída de forma imediata, antes mesmo da confirmação por FISH/PCR, é:

- a) Iniciar citarabina em dose plena e aguardar confirmação molecular para adicionar terapia diferenciadora.
- b) Administrar heparina em infusão contínua e manter plaquetas acima de 20.000/mm³ como alvo principal.
- c) Iniciar hidroxureia para controle leucocitário e postergar terapias específicas até resultado de FISH.
- d) Iniciar ácido all-trans retinoico (ATRA) e corrigir coagulopatia com suporte transfusional conforme necessidade clínica e exames.
- e) Iniciar rituximabe e imunoglobulina endovenosa, tratando como citopenia imunomediada até confirmação diagnóstica.

Questão 12

Homem de 57 anos, com leucemia mieloide aguda recém-diagnosticada, apresenta dispneia, cefaleia e

turvação visual. Leucócitos 210.000/mm³, Hb 7,6 g/dL, plaquetas 42.000/mm³. Saturação 90% em ar ambiente, sem sinais de infecção evidente. O serviço dispõe de leucaférese de forma imediata. Dessa forma, a intervenção inicial CORRETA para reduzir risco de complicações relacionadas à leucostase é:

- a) Transfundir concentrado de hemácias para elevar Hb e reduzir hipóxia, mantendo redução leucocitária para momento posterior.
- b) Iniciar eritropoetina e hidratação, priorizando correção gradual da anemia e reavaliação dos sintomas em 48 horas.
- c) Iniciar citorredução e suporte e solicitar leucaférese urgente, além de medidas de prevenção de lise tumoral, conforme gravidade clínica.
- d) Administrar anticoagulação plena e antiagregante, priorizando prevenção de trombose microvascular, apesar de plaquetopenia.
- e) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e aguardar resposta clínica, mantendo suporte ventilatório conforme necessidade.

Questão 13

Paciente de 41 anos com leucemia mieloide crônica em fase crônica iniciou inibidor de tirosina-quinase e apresenta boa resposta hematológica após 3 meses. Para avaliar resposta molecular e guiar decisões terapêuticas no seguimento, o método CORRETO deve ser:

- a) VHS e proteína C reativa seriadas, correlacionando redução de inflamação com controle da doença.
- b) Citometria de fluxo em sangue periférico trimestral, quantificando células CD34+ como marcador de resposta.
- c) Eletroforese de proteínas séricas, monitorando pico monoclonal como substituto de carga tumoral.
- d) FISH seriado em todas as avaliações trimestrais como método preferencial para monitorização longitudinal.
- e) PCR em tempo real (qPCR) para BCR::ABL1 em escala padronizada, com periodicidade conforme fase e resposta.

Questão 14

Homem de 70 anos, linfocitose persistente (linfócitos 18.000/mm³) e linfonodos cervicais pequenos, indolores. Citometria de fluxo em sangue periférico:

população B clonal com CD19+, CD20 fraco, CD5+, CD23+, cadeia leve restrita. Em relação ao caso, o diagnóstico CORRETAMENTE compatível é:

- a) Leucemia de células pilosas, pela expressão de CD5 e padrão de linfocitose crônica.
- b) Leucemia linfocítica crônica/linfoma linfocítico pequeno, pelo fenótipo B CD5+ CD23+ típico.
- c) Linfoma do manto, pela coexpressão de CD23 e baixa intensidade de CD20, padrão considerado clássico.
- d) Linfoma folicular, pela expressão de CD5 e apresentação com linfocitose importante em sangue periférico.
- e) Linfoma de zona marginal, pela presença de CD23 e CD20 fraco, associada a adenomegalias periféricas.

Questão 15

Mulher de 29 anos, febre intermitente e sudorese noturna, com linfonodo cervical de 2,5 cm há 6 semanas. Tomografia mostra adenomegalias mediastinais. Nesse contexto, a estratégia diagnóstica CORRETA para estabelecer diagnóstico e permitir classificação adequada é:

- a) Punção aspirativa por agulha fina do linfonodo, com laudo citológico como base para iniciar quimioterapia.
- b) Dosar VHS seriada e iniciar corticoterapia, usando resposta clínica como critério para diagnóstico presuntivo.
- c) Realizar biópsia de medula óssea como primeiro procedimento, visando confirmar infiltração e reduzir necessidade de biópsia nodal.
- d) Realizar biópsia excisional de linfonodo para avaliação histopatológica e imunofenotípica completa.
- e) Solicitar PET-CT e iniciar tratamento guiado por captação, sem necessidade de amostra tecidual.

Questão 16

Homem de 63 anos com linfoma difuso de grandes células B volumoso, LDH muito elevada e creatinina limítrofe. Antes de iniciar quimioterapia: ácido úrico 9,8 mg/dL, fósforo 5,6 mg/dL, potássio 5,3 mEq/L. Sobre o caso, assinale a estratégia CORRETA para reduzir risco de síndrome de lise tumoral e complicações:

- a) Restrição hídrica e diurético de alça, priorizando controle de edema para evitar sobrecarga volêmica.
- b) Alcalinização urinária de rotina com bicarbonato e suplementação de cálcio para prevenir hipocalcemia.

- c) Antibiótico profilático e adiamento da quimioterapia até normalização completa de eletrólitos e função renal.
- d) Corticoterapia isolada por 7 dias, aguardando redução tumoral antes de medidas metabólicas específicas.
- e) Hidratação, monitorização laboratorial frequente e terapia hipouricemiante conforme risco (alopurinol ou rasburicase).

Questão 17

Homem de 68 anos com dor lombar, perda ponderal e creatinina 2,1 mg/dL. Cálcio 11,4 mg/dL. Hemograma com anemia normocítica. Eletroforese de proteínas séricas sem pico monoclonal evidente. Urina com proteinúria e teste para cadeias leves positivo. O exame que complementa CORRETAMENTE a investigação para confirmar gamopatia monoclonal por cadeias leves é:

- a) VHS e PCR seriadas como principal critério diagnóstico, correlacionando inflamação com atividade de doença.
- b) Dosagem de ferritina e saturação de transferrina, visando explicar anemia e alteração renal por carência de ferro.
- c) Imunofixação sérica e urinária associada à dosagem de cadeias leves livres séricas.
- d) Provas de coagulação completas, buscando coagulopatia de consumo como explicação para disfunção renal e hipercalcemia.
- e) Citometria de fluxo em sangue periférico, substituindo avaliação de medula por quantificação de plasmócitos circulantes.

Questão 18

Homem de 61 anos, prurido após banho quente e cefaleia. Hb 19,1 g/dL, Ht 57%, leucócitos 13.200/mm³, plaquetas 520.000/mm³. Eritropoetina baixa. Mutações JAK2 detectada. Sem trombose prévia. Acerca do caso, a conduta inicial CORRETA para reduzir risco trombótico deve ser:

- a) Iniciar ferro oral para reduzir necessidade de flebotomias e melhorar viscosidade por correção de microcitose.
- b) Realizar flebotomias para alvo de hematócrito e introduzir antiagregação, com estratificação para citoredução conforme risco.
- c) Iniciar anticoagulação plena por tempo indefinido e manter hematócrito sem alvo, guiando-se por sintomas.

- d) Iniciar corticoterapia para controle de prurido e acompanhar hematócrito, introduzindo flebotomia apenas após trombose.
- e) Iniciar transfusões seriadas de hemácias para suprimir eritropoiese e reduzir sintomas.

Questão 19

Mulher de 74 anos com cefaleia e eritromelalgia. Plaquetas $980.000/\text{mm}^3$ em repetição, Hb normal, leucócitos discretamente elevados. Mutação JAK2 positiva. Sem sangramento ativo. Em rela o ao caso, a abordagem terapêutica CORRETA para reduzir risco de complica es trombóticas  :

- a) Indicar observa o e repetir hemograma em 6 meses, guiando-se por sintomas e contagem plaquetária.
- b) Transfundir plaquetas profilaticamente para reduzir disfun o plaquetária associada a contagens elevadas.
- c) Iniciar anticoagula o plena indefinida e evitar antiagrega o, priorizando preven o de trombose venosa.
- d) Iniciar antiagrega o e considerar citoredu o (ex.: hidroxiureia) pela idade e perfil de risco trombótico.
- e) Iniciar ferro parenteral e flebotomias seriadas para reduzir viscosidade e controlar sintomas.

Questão 20

Homem de 66 anos com perda ponderal, sudorese noturna e esplenomegalia dolorosa. Hemograma: anemia, leucocitose discreta e dacri citos/leucoeritroblastose no esfregaço. Biópsia de medula mostra fibrose. A conduta terapêutica CORRETA para controle de sintomas constitucionais e redu o de esplenomegalia em paciente sem indica o imediata de transplante  :

- a) Reposi o de ferro e transfusões seriadas como estratégia central, visando corrigir anemia e reduzir esplenomegalia.
- b) Prednisona em dose imunossupressora e IVIG, tratando como citopenia imune com repercussão sist mica.
- c) Antibiot ico de amplo espectro e fator estimulador de col nias, visando reversão rápida de síndrome consumptiva.
- d) Flebotomias seriadas e antiagrega o, mantendo hem crito baixo para reduzir congestão espl nica.
- e) Inibidor de JAK como terapia direcionada para sintomas e esplenomegalia, com monitoriza o hematológica.

Questão 21

Mulher de 22 anos com equimoses e infec es de repeti o. Hemograma: Hb 7,9 g/dL, neutrófilos

$600/\text{mm}^3$, plaquetas $18.000/\text{mm}^3$. Reticulócitos baixos. Medula óssea com hipocelularidade acentuada, sem displasia significativa; citometria revela pequeno clone de PNH. Conforme o enunciado, a conduta CORRETA acerca do manejo inicial, considerando ausência de doador aparentado compatível imediato, deve ser:

- a) Iniciar quimioterapia mieloablativa e resgatar com autólogo, visando repovoamento medular rápido.
- b) Iniciar ferro endovenoso e eritropoetina, mantendo transfusões até recupera o espontânea do tecido hematopoético.
- c) Iniciar imunossupressão com globulina antitim cito e ciclosporina, com suporte transfusional e preven o de infec es.
- d) Iniciar anticoagula o plena pelo risco trombótico do clone PNH, priorizando preven o de trombose.
- e) Iniciar rituximabe e IVIG, tratando como pancitopenia imunomediada até nova avalia o de medula.

Questão 22

Mulher de 36 anos chega com confusão mental, petéquias e icterícia discreta. Hb 8,1 g/dL, plaquetas $18.000/\text{mm}^3$, creatinina 1,6 mg/dL, LDH elevada. Esfregaço com esquizócitos. Coagula o sem prolongamento importante de TP/aPTT. De acordo com o caso, a conduta imediata CORRETA diante de alta suspeita de PTT adquirida  :

- a) Transfundir plaquetas e iniciar heparina, prevenindo trombose microvascular enquanto aguarda ADAMTS13.
- b) Iniciar apenas corticoide em alta dose e aguardar ADAMTS13 para decidir plasmaférese.
- c) Iniciar concentrado de fibrin g nio e vitamina K, tratando como coagulopatia de consumo.
- d) Iniciar plasmaférese terapêutica e corticoterapia, com considera o de terapia anti-vWF/anti-ADAMTS13 conforme disponibilidade.
- e) Iniciar transfusão de hemácias e investigar sangramento oculto, considerando anemia ferropriva como causa principal.

Questão 23

Homem de 59 anos com sepse abdominal evolui com sangramento em sítios de pun o e hemorragia digestiva. Plaquetas $42.000/\text{mm}^3$, TP prolongado, fibrin g nio 85 mg/dL, dímero-D elevado. Está em reposi o vol mica e antibiot ico. A estratégia hemostática CORRETA, além do controle da causa,  :

- a) Administrar heparina em dose terapêutica e manter plaquetas em alvo baixo, priorizando preven o de trombose.

- b) Tratar a causa e repor componentes guiado por sangramento e exames, incluindo plaquetas, plasma fresco e crioprecipitado para fibrinogênio reduzido.
- c) Indicar plasmaférese terapêutica imediata, visando retirar mediadores inflamatórios e corrigir coagulopatia.
- d) Administrar vitamina K isolada e aguardar correção do TP, usando resposta como indicador de reversão da CIVD.
- e) Transfundir plaquetas para normalizar contagem de rotina, independentemente do sangramento e do fibrinogênio.

Questão 24

Homem de 28 anos com hemofilia A grave, histórico de inibidor de alto título, chega com hemartrose volumosa e dor importante após trauma. aPTT prolongado. De acordo com o caso, a estratégia hemostática CORRETA para controle do sangramento agudo é:

- a) Administrar fator VIII em altas doses como medida principal, repetindo até normalização do aPTT.
- b) Administrar plasma fresco congelado em volume terapêutico, buscando reposição de fatores e controle da hemorragia.
- c) Administrar vitamina K endovenosa e manter observação, aguardando correção espontânea da coagulação.
- d) Administrar crioprecipitado em dose plena, visando elevar fator VIII e reduzir sangramento articular.
- e) Administrar agente bypassing (ex.: rFVIIa ou aPCC), com avaliação clínica de resposta e vigilância para eventos trombóticos.

Questão 25

Mulher de 19 anos com epistaxes recorrentes e menorragia. História familiar positiva. Plaquetas normais. aPTT discretamente prolongado. Testes sugerem redução de atividade do vWF compatível com tipo 1. Precisa de extração dentária eletiva. Com base no caso, assinale a medida CORRETA para reduzir risco de sangramento perioperatório:

- a) Administrar vitamina K e repetir coagulograma no dia do procedimento, guiando conduta pelo TP e fibrinogênio.
- b) Transfundir concentrado de plaquetas antes do procedimento, visando elevar hemostasia primária.
- c) Administrar desmopressina conforme resposta prévia ou teste, associando antifibrinolítico quando apropriado ao sítio.
- d) Iniciar heparina profilática e suspender 12 horas antes do procedimento, reduzindo consumo de fatores por microtrombose.

- e) Realizar plasmaférese terapêutica e infundir plasma, visando elevar níveis de vWF e fator VIII.

Questão 26

Homem de 35 anos apresenta petéquias difusas e sangramento gengival. Hemograma: plaquetas $8.000/\text{mm}^3$, Hb e leucócitos normais, esfregaço sem esquizócitos. Sem uso de heparina. Dessa forma, a abordagem inicial CORRETA para elevar rapidamente plaquetas e reduzir risco hemorrágico, deve ser:

- a) Prescrever antiagregante e observar resposta clínica, repetindo hemograma em 7 dias.
- b) Transfundir plaquetas como medida principal e adiar imunossupressão até excluir causas secundárias.
- c) Iniciar anticoagulação profilática e solicitar investigação ampliada de trombofilias antes de intervenção.
- d) Iniciar corticosteroide e considerar imunoglobulina endovenosa conforme gravidade do sangramento e necessidade de resposta rápida.
- e) Iniciar plasmaférese terapêutica e reposição de plasma, buscando remoção de autoanticorpos.

Questão 27

Homem de 67 anos em pós-operatório de artroplastia, em uso de heparina profilática há 7 dias, apresenta queda de plaquetas de 220.000 para $92.000/\text{mm}^3$ e dor em panturrilha, com US sugestivo de trombose venosa. Escore 4Ts indica probabilidade intermediária/alta. Nesse contexto, a conduta imediata CORRETA deve ser:

- a) Manter heparina e solicitar repetição de hemograma, pois plaquetas permanecem acima de $50.000/\text{mm}^3$.
- b) Suspender heparina e iniciar anticoagulante não-heparínico em intensidade terapêutica, com investigação laboratorial para HIT.
- c) Transfundir plaquetas e manter heparina até resultado do teste imunológico, visando estabilizar contagem.
- d) Iniciar varfarina isoladamente e suspender heparina, visando anticoagulação oral precoce.
- e) Administrar vitamina K e plasma, corrigindo coagulograma antes de decidir mudança de anticoagulante.

Questão 28

Mulher de 76 anos em uso de varfarina por fibrilação atrial chega com rebaixamento do nível de consciência e TC compatível com hemorragia intracraniana, com necessidade de reversão imediata para manejo neurocirúrgico. INR 4,2. Sobre o tema, assinale a estratégia CORRETA para reversão rápida e sustentada:

- a) Administrar plasma fresco congelado e reavaliar INR após correção volêmica, mantendo vitamina K para etapa posterior.
- b) Administrar apenas vitamina K por via oral e observar queda do INR, com controle seriado a cada 6 horas.
- c) Administrar heparina de baixo peso molecular após suspensão da varfarina, evitando progressão do hematoma.
- d) Administrar crioprecipitado e concentrado de plaquetas, visando correção hemostática sem reposição de fatores vitamina K-dependentes.
- e) Administrar complexo protrombínico de 4 fatores associado à vitamina K endovenosa, com monitorização clínica e do INR.

Questão 29

Homem de 58 anos com doença renal crônica em hemodiálise precisa de cateter venoso central. Plaquetas $210.000/\text{mm}^3$, TP e aPTT sem alterações relevantes, porém apresenta sangramento persistente em punções recentes. Diante do exposto, a medida CORRETA para reduzir sangramento por disfunção plaquetária urêmica antes do procedimento deve ser:

- a) Administrar vitamina K e repetir coagulograma, usando normalização do TP como critério de segurança.
- b) Transfundir concentrado de plaquetas e manter contagem elevada antes da punção.
- c) Administrar desmopressina e otimizar abordagem dialítica, com planejamento do procedimento após melhora hemostática.
- d) Iniciar heparina profilática e suspender imediatamente antes do procedimento, reduzindo risco trombótico do cateter.
- e) Administrar crioprecipitado para elevar fibrinogênio, independentemente de níveis basais.

Questão 30

Homem de 64 anos, internado para tratamento de pneumonia, evolui com Hb $6,8 \text{ g/dL}$ em hemograma de controle. Está hemodinamicamente estável, sem dor torácica, sem sangramento ativo e saturando bem em ar ambiente. A conduta transfusional CORRETA, conforme o caso, é:

- a) Transfundir 2 unidades de concentrado de hemácias e repetir hemograma no dia seguinte como rotina.
- b) Evitar transfusão e iniciar eritropoetina, aguardando elevação de Hb em 48 horas como objetivo terapêutico principal.

- c) Solicitar eletroforese de hemoglobinas e postergar decisão, pois a morfologia define indicação transfusional.
- d) Considerar transfusão de hemácias, preferindo 1 unidade e reavaliação clínica/laboratorial após a infusão.
- e) Prescrever ferro parenteral de rotina e manter alvo de Hb acima de 12 g/dL durante internação por infecção.

Questão 31

Mulher de 44 anos em quimioterapia para leucemia aguda está afebril, sem sangramento, com plaquetas $9.000/\text{mm}^3$. Não há procedimento invasivo programado. A conduta CORRETA para reduzir risco de sangramento espontâneo, nesse caso, é:

- a) Administrar plasma fresco e vitamina K, visando otimizar fatores de coagulação em trombocitopenia grave.
- b) Transfundir plaquetas profilaticamente em dose padrão, com reavaliação clínica e laboratorial.
- c) Administrar concentrado de hemácias para elevar hematócrito, reduzindo sangramento por melhora de hemostasia primária.
- d) Administrar desmopressina e repetir contagem plaquetária, usando resposta como critério para transfusão.
- e) Manter observação e iniciar antifibrinolítico de rotina, evitando transfusão para reduzir aloimunização.

Questão 32

Homem de 34 anos, politraumatizado, chega com hipotensão, taquicardia e sangramento ativo. Recebeu 2 unidades de hemácias na primeira hora e segue instável, com sinais de coagulopatia. A equipe decide ativar protocolo de transfusão maciça. Acerca do caso, a estratégia CORRETA para reduzir coagulopatia e melhorar hemostasia é:

- a) Priorizar hemácias isoladamente até estabilizar pressão arterial, adicionando plasma e plaquetas após controle hemodinâmico.
- b) Administrar crioprecipitado como componente principal, evitando plasma para reduzir sobrecarga volêmica.
- c) Administrar vitamina K e aguardar correção do TP como critério para reposição de outros componentes.
- d) Transfundir plaquetas apenas quando contagem ficar muito baixa, seguindo limiar de profilaxia de aplasia.
- e) Implementar reposição balanceada de hemácias, plasma e plaquetas conforme protocolo, com monitorização de cálcio e fibrinogênio.

Questão 33

Durante transfusão de concentrado de hemácias, paciente de 50 anos desenvolve febre, calafrios, dor lombar e hipotensão, com urina escurecida. Suspeita-se reação hemolítica aguda. Conforme o enunciado, assinale CORRETAMENTE a sequência de condutas imediatas:

- a) Reduzir velocidade de infusão e administrar antitérmico, mantendo transfusão para completar a unidade.
- b) Administrar diurético e iniciar nova unidade de hemácias compatíveis, visando compensar hemólise e manter Hb alvo.
- c) Interromper transfusão, manter acesso com soro, comunicar hemoterapia e coletar amostras para investigação, com suporte hemodinâmico.
- d) Administrar anti-histamínico e corticoide, interpretando como reação alérgica e mantendo transfusão após melhora.
- e) Administrar plaquetas e crioprecipitado como medida inicial, antes de qualquer investigação, para corrigir coagulopatia.

Questão 34

Idosa de 82 anos, com insuficiência cardíaca prévia, recebe 2 unidades de concentrado de hemácias. Duas horas após, desenvolve dispneia, crepitações, hipertensão e ingurgitamento jugular. RX mostra congestão pulmonar. BNP elevado. Nesse caso, o diagnóstico e conduta são, CORRETA e respectivamente:

- a) TRALI; administrar diurético e reiniciar transfusão após melhora clínica.
- b) TRALI; administrar antibiótico e corticoide, tratando como pneumonia associada à transfusão.
- c) Reação alérgica grave; administrar adrenalina e manter ventilação invasiva como medida central.
- d) TACO; suspender transfusão, instituir suporte ventilatório conforme necessidade e diurético, com avaliação hemodinâmica.
- e) Reação febril não hemolítica; administrar antitérmico e manter transfusão para completar a unidade.

Questão 35

Paciente de 45 anos, durante transfusão de concentrado de hemácias, apresenta febre de 38,5 °C e calafrios. Mantém pressão arterial estável, sem dor lombar, sem dispneia e sem urina escurecida. A conduta inicial CORRETA, segundo o caso, deve ser:

- a) Manter transfusão e administrar antibiótico empírico, interpretando febre como bacteremia do hemocomponente.
- b) Interromper a transfusão, manter acesso venoso com soro, avaliar sinais de gravidade e checar identificação; notificar hemoterapia para orientar investigação e decisão sobre continuidade.
- c) Descartar a bolsa sem avaliação e iniciar imediatamente nova unidade, evitando atraso na correção da anemia.
- d) Administrar adrenalina intramuscular e iniciar ventilação, tratando como anafilaxia por plasma residual.
- e) Iniciar diurético e oxigênio, interpretando febre como manifestação inicial de sobrecarga transfusional.

Questão 36

Serviço de hemoterapia revisa estratégias para reduzir risco residual de transmissão de infecções por transfusão, especialmente durante janela imunológica. Nesse contexto, a medida que tem maior impacto quando integrada à triagem e aos testes sorológicos é:

- a) Aumentar o volume de coleta por doação, reduzindo número de doadores necessários por paciente.
- b) Priorizar crioprecipitado em vez de plasma, reduzindo volume transfundido por paciente como estratégia central.
- c) Substituir testes sorológicos por hemograma e PCR inflamatória, utilizando biomarcadores inespecíficos.
- d) Realizar apenas entrevista clínica ampliada e excluir doadores com história remota de febre, sem ampliar testagem.
- e) Adotar testes de amplificação de ácidos nucleicos (NAT) associados à triagem clínica e sorologia, reduzindo janela diagnóstica.

Questão 37

Candidato à doação de sangue, 28 anos, assintomático, refere febre e exantema há 10 dias, com recuperação completa há 2 dias, após viagem recente. O serviço busca reduzir risco de transmissão de infecções em período de incubação. Com base no caso, assinale a conduta CORRETA:

- a) Liberar a doação se hemograma estiver normal e sinais vitais estiverem adequados no momento da coleta.
- b) Liberar a doação se o doador assinar termo, pois a decisão deve ser compartilhada.
- c) Adiar a doação conforme critérios de triagem clínica para condição infecciosa recente, registrando e orientando retorno no período recomendado.

- d) Realizar coleta e congelar plasma por quarentena, liberando hemácias e plaquetas imediatamente.
- e) Realizar testes rápidos no local e liberar doação se todos forem negativos.

Questão 38

Em uma agência transfusional, uma unidade de concentrado de hemácias ficou fora da cadeia de frio durante transporte interno e retornou ao estoque sem registro. A equipe discute conduta para manter rastreabilidade e segurança do componente. A medida CORRETA, nesse caso, é:

- a) Recolocar a unidade no estoque e registrar apenas após uso, pois rastreabilidade é necessária apenas no momento da transfusão.
- b) Liberar a unidade se o aspecto visual estiver preservado, priorizando evitar desperdício.
- c) Aquecer rapidamente e transfundir imediatamente, reduzindo risco por permanência fora da geladeira.
- d) Bloquear/descartar conforme procedimento do serviço e normativa, registrando ocorrência e garantindo rastreabilidade do componente.
- e) Reprocessar com nova rotulagem e nova data de validade, mantendo disponível após inspeção visual.

Questão 39

Homem de 30 anos com HbSS apresenta déficit neurológico focal súbito há 2 horas. TC inicial sem sangramento. Hb 9,4 g/dL. Suspeita-se AVC isquêmico relacionado à doença falciforme. Diante do exposto, a abordagem transfusional é CORRETA para reduzir rapidamente HbS e limitar progressão do evento é:

- a) Transfusão simples visando Hb 13 g/dL, sem meta para fração de HbS.
- b) Eritrocitaférese (transfusão de troca) com meta de reduzir HbS, mantendo Hb em faixa segura para evitar hiperviscosidade.
- c) Flebotomia terapêutica e hidratação vigorosa, visando reduzir viscosidade e melhorar fluxo cerebral.
- d) Transfusão de plaquetas e plasma, visando corrigir hemostasia e reduzir risco de trombose arterial.
- e) Ferro endovenoso e eritropoetina, estimulando eritropoiese para substituir hemácias falcizadas gradualmente.

Questão 40

Homem de 45 anos, lúcido e orientado, com hemorragia digestiva controlada endoscopicamente, mantém Hb 6,9 g/dL e sintomas leves aos esforços. Ele recusa transfusão de hemácias por convicção religiosa e solicita alternativas. A equipe está preocupada com

risco e conflito assistencial. A conduta CORRETA do ponto de vista ético e clínico é:

- a) Solicitar autorização judicial como regra, pois risco potencial justifica impor transfusão.
- b) Realizar transfusão sem consentimento e registrar posteriormente, priorizando benefício clínico.
- c) Esclarecer riscos e alternativas, avaliar capacidade decisória, respeitar recusa informada, documentar e discutir plano com equipe multiprofissional.
- d) Transferir o caso sem avaliação, pois recusa de transfusão inviabiliza assistência.
- e) Condicionar tratamento clínico à assinatura de termo de isenção, limitando condutas para reduzir responsabilidade.