

Concurso Público



Médico

Área Hematologia

LEIA COM ATENÇÃO

2011

- 01** Só abra este caderno após ler todas as instruções e quando for autorizado pelos fiscais da sala.
- 02** Preencha os dados pessoais.
- 03** Autorizado o início da prova, verifique se este caderno contém 50 (cinquenta) questões. Se não estiver completo, exija outro do fiscal da sala.
- 04** Todas as questões desta prova são de múltipla escolha, apresentando como resposta uma alternativa correta.
- 05** Ao receber a folha de respostas, confira o nome da prova, seu nome e número de inscrição. Qualquer irregularidade observada, comunique imediatamente ao fiscal.
- 06** Assinale a resposta de cada questão no corpo da prova e só depois transfira os resultados para a folha de respostas.
- 07** Para marcar a folha de respostas, utilize apenas caneta esferográfica preta e faça as marcas de acordo com o modelo (■).

A marcação da folha de resposta é definitiva, não admitindo rasuras.

- 08** Só marque uma resposta para cada questão.
- 09** Não risque, não amasse, não dobre e não suje a folha de respostas, pois isso poderá prejudicá-lo.
- 10** Se a Comissão verificar que a resposta de uma questão é dúbia ou inexistente, a questão será posteriormente anulada e os pontos a ela correspondentes, distribuídos entre as demais.
- 11** Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem prestar esclarecimentos sobre os conteúdos das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir.
- 12** Não será permitido o uso de telefones celulares, bips, pagers, palm tops ou aparelhos semelhantes de comunicação e agendas eletrônicas, pelos candidatos, durante a realização das provas

Duração desta prova: 3 horas

Nome _____

Identidade _____

Órgão Exp.: _____

Assinatura _____

COMISSÃO DE PROCESSOS
SELETIVOS E TREINAMENTOS
Fone: (81) 3412-0800
Fax: (81) 3412-0808



TEXTO 1

O erro médico versus o erro não médico

O médico com certeza não comete mais erros do que outros profissionais de nível superior em saúde ou até fora do âmbito da saúde, como em Direito, Arquitetura, Administração etc. Com certeza, bem menos. A diferença principal está na quase proibição formal do erro face à natureza própria do trabalho médico e seu objetivo de restaurar ou aprimorar a condição humana.

Embora para o médico a medicina seja um compromisso de meios, para o paciente e a sociedade ela é vista como uma cruel expectativa de resultados. O doente vai ao médico em busca de resultados e, quase sempre, imediatos. Mostra-se ansioso, com sua vida em jogo, e não transige na busca de resultados substantivos e positivos. Isso torna quase proibitivo o erro médico.

Vale lembrar que o resultado adverso, em medicina, pode ser sinônimo de morte, diferente do resultado adverso do conserto de um aparelho eletrodoméstico ou de um depósito bancário malfeito. Ao contrário dos erros cometidos pelo médico, outros serviços malfeitos representam perdas financeiras ou materiais, mas nunca dores imediatas, perda de órgãos ou funções ou de entes queridos.

A contrariedade decorrente do erro médico é quase sempre imediata, elide com a vontade do paciente, bate de frente com sua esperança e significa uma dolorosa reversão de expectativas. O médico lida com a matéria animada, discursiva e dotada de excepcional inteligência. Porém, o conhecimento sobre a complexa estrutura humana é limitado e parcial. Enquanto isto, o técnico em eletrônica lida com aparelhos criados pela própria inteligência humana, e ainda dispõe de um arsenal de peças de reposição. Por isso, a rigor, não deveria cometer erros, ou deveria errar menos do que o médico.

Nós, médicos, não criamos o homem, não temos seu esquema eletrônico ou sua carta de navegação; nem a chave-mestra dos seus segredos. E nem podemos deixar transparecer nossa limitação científica, exibir os limites da nossa competência, que estão muito aquém da expectativa mágica do doente, sob pena de furar os balões encantados da esperança. Por outro lado, devemos menos ainda fomentar ilusões a respeito dos nossos poderes efetivos. Não desmentir a ingênua expectativa do doente nem agravá-la.

A nós resta o esforço de acertar por humildade e insistência na consecução dos meios e errar apenas por exclusão, por amor ou obstinação no empenho de obter bons resultados. *Enão* pedir perdão, mas aprender com o erro e usá-lo na próxima vitória. A rigor, o perdão do erro médico não se acha na competência dos Conselhos, mas começa na própria intenção do acerto, e termina na mesa de necropsia ou na revisão do óbito. A condenação dos Conselhos não invalida ou desfaz o erro médico; é apenas uma forma singular de pedir desculpas à sociedade e exigir do médico o *mea culpa*.

GOMES, Júlio César Meirelles.

Excerto adaptado do texto "Erro médico: reflexões". Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/459/342. Acesso em 28/04/2011.

01. Assinale a alternativa que corresponde à síntese da principal ideia do Texto 1.

- A) "O perdão do erro médico não se acha na competência dos Conselhos, mas começa na própria intenção do acerto, e termina na mesa de necropsia ou na revisão do óbito."
- B) "Para o médico a medicina é um compromisso de meios, mas para o paciente e a sociedade ela é vista como uma cruel expectativa de resultados."
- C) "O médico com certeza não comete mais erros do que outros profissionais de nível superior em saúde ou até fora do âmbito da saúde, como em Direito, Arquitetura, Administração etc."
- D) "Nós, médicos, não criamos o homem, não temos seu esquema eletrônico ou sua carta de navegação; nem a chave-mestra dos seus segredos."
- E) "O resultado adverso, em medicina, pode ser sinônimo de morte, diferente do resultado adverso do conserto de um aparelho eletrodoméstico ou de um depósito bancário malfeito."

02. O Texto 1 é construído com base no cotejo entre o "erro médico" e o "erro não médico". Tendo em mente esse cotejo, assinale a alternativa que está em desacordo com as ideias do texto.

- A) O erro médico é quase totalmente proibido pela sociedade porque, diferente das outras profissões, a do médico objetiva restaurar ou aprimorar a condição humana.
- B) O erro médico deve ser perdoado pelos Conselhos, pois é sempre consequência do esforço pelo acerto e da obstinação no empenho de obter bons resultados.
- C) Dada a expectativa dos pacientes, que procuram o médico na busca de resultados substantivos e positivos, e veem sua vida em jogo, o erro médico é quase proibitivo.
- D) Diferente do erro médico, o erro não médico representa perdas financeiras ou materiais, mas nunca dores imediatas, perda de órgãos ou funções ou de entes queridos.
- E) A rigor, o erro não médico deveria inexistir ou existir com menos frequência, já que os outros profissionais trabalham com aparelhos criados pela própria inteligência humana.

03. "Embora para o médico a medicina seja um compromisso de meios, para o paciente e a sociedade ela é vista como uma cruel expectativa de resultados." Nesse trecho, evidencia-se uma relação semântica de:

- A) comparação.
- B) finalidade.
- C) causalidade.
- D) condicionalidade.
- E) concessão.

04. “E nem podemos deixar transparecer nossa limitação científica, exibir os limites da nossa competência, que estão muito aquém da expectativa mágica do doente, sob pena de furar os balões encantados da esperança.” Assinale a alternativa que corresponde ao sentido do segmento destacado.

- A) com o risco de destruir a esperança do paciente.
- B) pois com isso a cura perderia o encantamento.
- C) sob acusação de esconder do paciente a verdade.
- D) a fim de renovar a esperança de cura.
- E) que resultaria em pior prognóstico da doença.

05. “Enquanto isto, o técnico em eletrônica lida com aparelhos criados pela própria inteligência humana, e ainda dispõe de um arsenal de peças de reposição. Por isso, a rigor, não deveria cometer erros, ou deveria errar menos do que o médico.” Com o termo destacado, o autor pretendeu expressar, nesse trecho:

- A) probabilidade.
- B) possibilidade.
- C) convicção.
- D) obrigatoriedade.
- E) permissão.

06. No que se refere às regras da regência verbal, analise as proposições abaixo.

- 1) O médico sobre cujo erro se falou não compareceu à reunião.
- 2) Não foi fácil demitir a enfermeira com a qual fora casado durante dez anos.
- 3) Finalmente, ele encerrou a pesquisa à qual se dedicou toda a vida.
- 4) O livro, de cujo título não consigo me lembrar, trata de erros médicos.

Estão corretas:

- A) 1, 2 e 3, apenas.
- B) 1, 2 e 4, apenas.
- C) 1, 3 e 4, apenas.
- D) 2, 3 e 4, apenas.
- E) 1, 2, 3 e 4.

07. Analise as proposições a seguir, no que se refere às regras da concordância (verbal e nominal).

- 1) Toda a sociedade sabe que, naquele caso em especial, foi cometido diversos erros.
- 2) Certamente havia menos erros no passado, porque existiam menos profissionais da medicina.
- 3) A culpa pelas graves acusações publicadas nos jornais são de toda a equipe médica.
- 4) Sem dúvida, sobra vagas para médicos, mas nem todos aceitam trabalhar nas condições atuais.

Está(ão) de acordo com as normas gramaticais vigentes:

- A) 1, 2, 3 e 4.
- B) 2, apenas.
- C) 1 e 4, apenas.
- D) 2 e 3, apenas.
- E) 1 e 3, apenas.

08. Assinale a única alternativa em que a forma verbal destacada está incorretamente conjugada.

- A) Recomenda-se que pacientes muito ansiosos se entretam com atividades esportivas.
- B) O erro médico deve ser avaliado por tribunal à parte, se isso convier à sociedade.
- C) Se os pacientes não viessessem ao médico com tanta ansiedade, certamente o tratamento seria facilitado.
- D) Evite julgar seu médico, se acontecer de você vir algum erro cometido por ele.
- E) Se os médicos propuserem novos nomes para a Comissão de Ética, certamente esses nomes serão considerados.

TEXTO 2

NOVA PEDRA

Muito mais perigosa

A droga entrou primeiro no Brasil no Acre e no Amazonas, através das fronteiras com a Bolívia e a Colômbia

Ao contrário do crack, que possui bicarbonato de sódio e amoníaco em sua composição química, o oxi é constituído por querosene e cal, além de restos do refino da cocaína

O efeito da droga dura cerca de 15 minutos, os quais são seguidos pela necessidade de novas pedras do entorpecente

Mais prejudicial do que o crack, ataca, principalmente, o



sistema respiratório, o fígado e os rins

De acordo com a concentração de seus compostos, a pedra de oxi pode apresentar coloração mais escura do que a pedra de crack, que é branca

(Imagem disponível em <http://www.jaguaribe-ce.com>. Acesso em 05/06/2011.)

09. A análise das informações presentes no Texto 2 nos leva a concluir que ele tem, principalmente, uma função:

- A) publicitária.
- B) lúdica.
- C) informativa.
- D) instrucional.
- E) doutrinária.

10. A partir das ideias presentes no título, e ao longo de todo o Texto 2, fica evidente que ele se constrói, privilegiadamente:

- A) pelo emprego de farta adjetivação, que tem a função de caracterizar uma droga pouco conhecida.
- B) pela exploração de trechos narrativos, que funcionam para chamar a atenção do leitor.
- C) por trechos de efeito moralizante, nos quais são evocados valores caros à nossa sociedade.
- D) por meio de comparações entre uma nova droga e outra mais conhecida pela sociedade.
- E) por trechos injuntivos, por meio dos quais se estabelece um diálogo entre autor e leitor.

Conhecimentos Específicos

11. Sobre a aplasia medular, assinale a alternativa incorreta.

- A) O transplante de medula óssea (TMO) é o tratamento de escolha para Anemia Aplástica Grave e muito Grave.
- B) Na Aplasia Medular, a celularidade na medula óssea encontra-se abaixo de 25 ou 50%, com menos de 30% de células hematopoéticas.
- C) Na aplasia medular, fatores de crescimento são usados no tratamento conservador, por permitir a reprodução da *Stem cell* e a imunomodulação.
- D) Na anemia aplástica, ocorre elevação do número de linfócitos T CD8 ativados, que agem na *Stem cell* acelerando a apoptose e a liberação das citocinas.
- E) Na Hepatite viral, a Aplasia Medular ocorre 1 a 2 meses após o episódio agudo da infecção e, nesta condição, utiliza-se o imunossupressor.

12. Um paciente portador de Hemofilia B com inibidor de 8UB/ml apresenta sangramento oral moderado. Neste caso, está indicado:

- A) usar plasma fresco congelado + antifibrino-lítico.
- B) elevar a 200% o CFIX + antifibrinolítico.
- C) usar CFVII ativado e/ou complexo protrombínico ativado.
- D) usar DDAVP + antifibrinolítico.
- E) usar CFVII ativado.

13. Com relação à Púrpura de Bernard-Soulier, assinale a alternativa correta.

- A) É causada por alteração do GPIb.
- B) Apresenta defeito na degranulação das plaquetas.
- C) Agregação com ristocetina é normal.
- D) As manifestações hemorrágicas são observadas nos membros inferiores e nas nádegas.
- E) Agregação com ADP é deficiente.

14. Sobre a ocorrência de trombofilia, analise as proposições abaixo.

- 1) A ocorrência de trombose de localização mesentérica, de veia porta ou esplênica e de seio sagital também faz considerar o diagnóstico de Trombofilia.
- 2) Óbito fetal antes da décima semana de gestação está relacionado, na maioria dos casos, à Trombofilia.
- 3) Trombose venosa na neoplasia se dá pela ativação da coagulação ao longo do tratamento quimioterápico, e não por expressão de substâncias procoagulantes e/ou citocinas.
- 4) Doenças inflamatórias intestinais estão associadas à ocorrência de trombose relacionada à cirurgia.
- 5) Síndrome nefrótica é causa de trombose venosa pela perda da antitrombina III e redução da proteína S livre.

Estão corretas, apenas:

- A) 2, 4 e 5.
- B) 1, 2 e 3.
- C) 1, 2, 3 e 4.
- D) 3 e 5.
- E) 1, 4 e 5.

15. Sobre a Doença de von Willebrand (DvW), analise as proposições abaixo.

- 1) O TS (tempo de sangria) e o TTPa (tempo de tromboplastina parcial ativado) podem estar normais, devido à flutuação na atividade do FwW (fator de von Willebrand) e do fator VIII nas formas brandas da DvW.
- 2) O tipo 3 na DvW é autossômico recessivo.
- 3) Nos pacientes com DvW que permanecem sangrando mesmo após terem recebido doses adequadas de concentrado de FVIII/FwW, é indicado o uso de DDAVP e estrógeno.
- 4) O tratamento com DDAVP (análogo sintético da vasopressina) nos tipos 2b e 3 da DvW é mais indicado.
- 5) No tipo 2b, os multímeros de alto peso molecular estão presentes.

Estão corretas, apenas:

- A) 3 e 4.
- B) 3, 4 e 5.
- C) 1 e 2.
- D) 1 e 5.
- E) 2 e 4.

16. Em relação à Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT), é incorreto afirmar que:

- A) os trombos são ricos em plaquetas e FwW.
- B) na Síndrome Hemolítico Urêmica, também ocorre anemia hemolítica e plaquetopenia, porém a oclusão vascular ocorre predominantemente nos rins.
- C) o fibrinogênio é reduzido.
- D) teste de Coombs direto é negativo.
- E) a deficiência da atividade da metaloprotease é reconhecida, tanto na PTT congênita como na adquirida.

17. Sobre o mecanismo de ação da warfarina, é correto afirmar que:

- A) inibe o ciclo da vitamina K, bloqueando assim a modificação pós-tradução, que leva à formação de gamacarboxiglutamato em vários fatores da coagulação.
- B) inibe a síntese dos fatores da coagulação, por inibição direta da tradução.
- C) bloqueia a agregação plaquetária dependente de vitamina K.
- D) é capaz de inibir as atividades enzimáticas proteolíticas de vários fatores da coagulação, por ser um análogo estrutural da vitamina K.
- E) tem ação sobre a proteína C/ proteína S, que degrada os fatores V e VIII e, assim, inibe a coagulação.

18. Sobre anticoagulação, é correto afirmar que:

- A) na gestação devem ser usados cumarínicos, e não heparina.
- B) trombocitopenia induzida pela heparina ocorre também com a de baixo peso molecular, sendo mediada por anticorpos.
- C) administração crônica de heparina pode levar à osteoporose.
- D) anticoagulante lúpico positivo sem trombose indica o uso crônico da anticoagulação.
- E) metronidazol e a sulfametoxazol-trimetoprim não interferem na atuação dos cumarínicos.

19. Na avaliação de uma menina com três anos de idade, a contagem de plaquetas = $60.000/\text{mm}^3$, sem sangramento ativo. A conduta terapêutica mais adequada é:

- A) observação.
- B) prednisona.
- C) esplenectomia.
- D) rituximabe.
- E) imunoglobulina venosa.

20. Paciente de 50 anos em uso de warfarina necessita de cirurgia de emergência. Para neutralização dos cumarínicos está indicado administrar:

- A) heparina.
- B) plasma fresco congelado.
- C) protamina.
- D) vitamina K.
- E) transfusão de concentrado de hemácias.

21. A causa mais comum de insuficiência renal associada ao Mieloma Múltiplo é:

- A) infiltração por células neoplásicas.
- B) idiopática.
- C) amiloidose.
- D) hipercalcemia.
- E) hiperuricemia.

22. Para um paciente cujo hemograma apresente macrocitose e hipersegmentação de neutrófilos, qual das condições abaixo não deve ser considerada?

- A) Doença de Crohn.
- B) Cirurgia bariátrica prévia.
- C) Intoxicação por chumbo.
- D) Uso de bloqueador de bomba de próton.
- E) Síndrome de Zollinger-Ellison.

23. Em relação à Talassemia, é correto afirmar que:

- A) anemia de Cooley e Beta-talassemia têm uma evolução clínica oligossintomática até a adolescência, quando o crescimento pode levar a uma maior necessidade de transfusões de hemácias.
- B) na Talassemia Major ocorre síntese anômala das cadeias Beta da hemoglobina.
- C) a presença de traço alfa-talassêmico pode ser grave, mas habitualmente responde a pequenas doses de ferro e elevadas de folatos.
- D) o teste do pezinho pode revelar a presença da hemoglobina de Bart's ao nascimento, sendo diagnóstico do traço beta-talassêmico.
- E) a deleção de apenas um gene para a cadeia alfa é denominado de traço silencioso com HbA2 e HbF normais no adulto; no período neonatal, o genótipo é caracterizado por aumento leve de 1 a 2% da hemoglobina de Bart's.

24. Em relação às anemias, é correto afirmar que:

- A) a presença de esplenomegalia afasta o diagnóstico de anemia ferropriva.
- B) a anemia no alcoólatra ocorre por aumento da perda de vitamina B12.
- C) as dietas ricas em fibras propiciam maior absorção intestinal de ferro.
- D) na anemia ferropriva ocorre aumento da capacidade de ligação do ferro.
- E) na gravidez, a necessidade de ferro é maior no primeiro trimestre.

25. São causas de anemia macrocítica não megaloblástica, EXCETO:

- A) insuficiência renal crônica.
- B) hipotireoidismo.
- C) hepatopatia crônica.
- D) mielodisplasia.
- E) doença pulmonar crônica com hipóxia.

26. Menino pardo, com um ano de idade, há uma semana apresenta febre, coriza, tosse, dispneia, palidez e edema nas mãos. Ao exame: estado geral regular, descorado 2+/4+, febril, subictérico, frequência cardíaca 120bpm, frequência respiratória 50ipm, ronos esparsos, hepatoesplenomegalia, edema, rubor e dor nas mãos. O provável diagnóstico é:

- A) artrite séptica.
- B) esferocitose.
- C) doença falciforme.
- D) osteomielite.
- E) doença de Still.

27. Anemia hemolítica e teste de Coombs positivo é encontrado no(a):

- A) lúpus sistêmico.
- B) púrpura trombocitopênica trombótica.
- C) dermatomiosite.
- D) sífilis congênita.
- E) poliarterite nodosa.

28. Sobre anemias hemolíticas, analise as seguintes proposições.

- 1) Na doença falciforme, a primeira manifestação pode ocorrer no período neonatal, sendo causa de icterícia prolongada.
- 2) A principal causa de morte em criança com anemia falciforme é infecção.
- 3) Esferocitose hereditária cursa com autoesplenectomia.
- 4) Na doença falciforme, colelitíase tem baixa incidência.
- 5) Nas hemólises intravasculares, observa-se grande elevação do DHL.
- 6) Na hemoglobinopatia C, é frequente o achado do teste de falcização positivo.

Estão corretas, apenas:

- A) 2, 5 e 6.
- B) 3, 5 e 6.
- C) 1, 2 e 4.
- D) 2 e 4.
- E) 1 e 5.

29. Na avaliação de anemia crônica, a existência de macrocitose afasta a seguinte etiologia:

- A) esferocitose hereditária.
- B) aplasia medular.
- C) hepatopatia.
- D) deficiência de folato.
- E) hipotireoidismo.

30. Em relação ao Mieloma Múltiplo, é correto afirmar que:

- A) acima de 90% das Imunoglobulinas encontradas são do tipo IgG.
- B) o pico monoclonal das Imunoglobulinas está estreitamente relacionado com o número de lesões líticas.
- C) em cortes histológicos obtidos pela biópsia de medula óssea em pacientes com Mieloma Múltiplo, a realização de reações de imunohistoquímica define a clonalidade (expressão de uma única cadeia leve Kappa ou Lambda pelos plasmócitos).
- D) a hiperviscosidade é decorrente da alta concentração da Proteína M e de anormalidades renais decorrentes da infiltração dos rins pelo Mieloma.
- E) o critério mínimo para o diagnóstico do Mieloma Múltiplo é baseado na presença de plasmócitos na medula óssea acima de 10%, e a presença de trissomias tem sido associada a prognóstico desfavorável.

31. Paciente grávida tem o Grupo sanguíneo Rh negativo e D fraco negativo. O pai da criança apresenta Rh (D) positivo. Durante o pré-natal será realizado o Coombs indireto, para pesquisa de anticorpos irregulares e sua titulação. Neste caso, é correto afirmar que:

- A) no caso de a triagem de anticorpos irregulares ser positiva, deve-se proceder à identificação do anticorpo e notificação do obstetra, se tratar-se de uma IgM, que muito provavelmente ocasionará a Doença Hemolítica Perinatal.
- B) o título de anticorpo materno não está correlacionado com a severidade da doença fetal na primeira gravidez sensibilizada.
- C) em uma gravidez com primeira sensibilização, um título inferior a 1:8 pode ser controlado expectativamente, sem testes invasivos.
- D) ainda em relação a uma primeira sensibilização, um título superior a 1:8 é considerado crítico e com indicação para transfusão intraútero.
- E) o título de anticorpo materno é um método pouco confiável quando comparado com a história obstétrica anterior da mãe, e o exame ultrassonográfico, incluindo o Doppler da circulação umbilical, na avaliação do risco para o feto.

32. São grupos de antígenos sanguíneos mais frequentemente implicados em casos de Doença Hemolítica Perinatal grave:

- A) Sistema Lewis e antígeno p.
- B) Antígenos Ss e Duffy.
- C) Antígenos MN e Kidd.
- D) Antígenos D e Kell.
- E) Sistema ABO e antígeno U.

33. Com relação ao uso da tomografia por emissão de pósitron (PET) nos linfomas, é correto afirmar que:

- A) a cintilografia com Gálio 67 é muito utilizada no estadiamento dos linfomas e apresenta maior sensibilidade que o PET com FDG-18F na detecção dos sítios de acometimentos linfonodais e extralinfonodais.
- B) a maioria dos linfomas apresenta alta avidéz pelo FDG-18F, porém os linfomas indolentes apresentam maior grau de captação que os agressivos.
- C) PET na avaliação de resposta ao tratamento dos linfomas apresenta elevada sensibilidade e especificidade na doença residual após o término da quimioterapia e é capaz de diferenciar tumor viável de necrose ou massas residuais, após o tratamento.
- D) quanto ao estadiamento inicial, o uso do PET é o procedimento padrão para avaliação da medula óssea, nos casos de infiltração disseminada.
- E) lesões benignas, como processos infecciosos e inflamatórios induzidos pelo próprio tratamento, são causa de exames falso positivos; por isso recomenda-se a realização do PET só após seis meses do término da Radioterapia.

34. Pacientes imunodeprimidos apresentam alto risco para desenvolvimento de doenças linfoproliferativas, e estas doenças geralmente diferem em achados histopatológicos, envolvimento extranodal e agressividade do curso clínico, com relação à população em geral. São linfomas considerados mais frequentemente associados ao HIV:

- A) Linfoma Linfoblástico B e Linfoma intestinal de células T.
- B) Linfoma do Manto e Linfoma Anaplásico de Células T ALK positivo.
- C) Linfoma de Hodgkin e Linfoma de Grandes Células primário do Sistema Nervoso Central.
- D) Linfoma de Células T do Adulto, tipo agudo e Linfoma da Zona Marginal tipo MALT.
- E) Linfoma de Burkitt e Linfoma Difuso de Grandes Células.

35. A respeito da Leucemia Mieloide Crônica (LMC) e outras doenças mieloproliferativas crônicas, analise as seguintes proposições.

- 1) De acordo com a última revisão da OMS, publicada em 2008, a nomenclatura das entidades mieloproliferativas crônicas foi mudada para 'neoplasias mieloproliferativas'.
- 2) Essas doenças são classificadas, de acordo com a última revisão da OMS, em: LMC BCR-ABL1 positivo, Leucemia Neutrófilica Crônica, Policitemia Vera, Mielofibrose primária, Trombocitemia Essencial, Leucemia Eosinofílica Crônica, Mastocitose e Neoplasia Mieloproliferativa não classificada.
- 3) Mutações somáticas adquiridas da JAK2, no cromossomo 9p24, têm mostrado papel importante na patogênese de diversos casos de doenças mieloproliferativas BCR-ABL1 negativas, sendo a mutação JAK2V617F encontrada em cerca de 95% dos pacientes com Trombocitemia Essencial e em cerca de metade com Mielofibrose primária e Policitemia Vera.
- 4) A Mielofibrose primária tem a mutação JAK2V617F detectada em cerca de 50% dos casos. Os pacientes que não apresentam a mutação têm leucometria e neutrofilia elevadas, menor necessidade transfusional, porém doença clinicamente mais agressiva e pior sobrevida.

Está(ão) correta(s), apenas:

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

36. Com relação às síndromes mielodisplásicas (SMD), é incorreto afirmar que:

- A) a maioria dos casos de SMD em adultos é primária, com anomalias genéticas em 40 a 60% dos pacientes; uma minoria é secundária a agentes tóxicos (como quimioterapia e radiações ionizantes). Estas são mais agressivas e frequentemente relacionadas a anomalias citogenéticas complexas.
- B) são cariótipos desfavoráveis os complexos, com mais de três anomalias e alterações do cromossomo 7.

C) Na tentativa de estabelecer o risco de transformação na leucemia aguda, o Sistema Internacional de Escore Prognóstico (IPSS) foi criado, cuja variável mais importante é a dependência transfusional, que se associa a prognóstico desfavorável.

D) A metilação aberrante da citosina pela DNA metiltransferase pode silenciar componentes importantes do crescimento e diferenciação das células anormais. A azacitidina e a decitabina são agentes metilantes que promovem diferenciação mielóide, e são eficazes no tratamento das mielodisplasias.

E) A Síndrome do 5q- caracteriza-se pela deleção do braço longo do cromossomo 5 e bom prognóstico, e a lenalidomida é o agente mais indicado para o seu tratamento.

37. A Tricoleucemia ou Leucemia de Células Cabeludas é uma neoplasia linfóide B caracterizada pela presença de células patológicas típicas, citopenia e esplenomegalia, sendo a cladribina considerada por muitos a droga de escolha para o seu tratamento. O tratamento com cladribina está indicado em presença de:

- A) complicações autoimunes, tais como a vasculite sistêmica.
- B) queda do número de neutrófilos, com complicações infecciosas recorrentes e anemia sintomática.
- C) leucocitose com esplenomegalia.
- D) linfadenomegalias e mielofibrose.
- E) astenia e fadiga.

38. Quanto à monitorização ótima da resposta ao tratamento na Leucemia Mieloide Crônica, é correto afirmar que:

- A) a Resposta Molecular Maior (RMM) equivale à redução de um log. do número de células leucêmicas em comparação a logaritmo decimal abaixo da resposta citogenética completa (RCC), ou seja, uma redução para algo abaixo de 10 células.
- B) o tempo ideal para a obtenção de RMM é aos 36 meses.
- C) o objetivo do tratamento a longo prazo deve ser a RMC (Resposta Molecular Completa) e, quando alcançada, deve ser interrompido o tratamento com inibidores da transcriptase reversa.
- D) de acordo com as recomendações Europeias (Leukemia Net), uma resposta ótima aos 3 meses será uma Resposta Citogenética Completa.
- E) para um paciente que tenha atingido um nível de BCR/ABL menor que 1% em 12 meses de tratamento com imatinibe, mas que alguns meses depois apresenta nível maior que 1%, caracteriza-se falha terapêutica, segundo critérios da European Leukemia Net, e a primeira conduta será indicar outro inibidor de tirosina quinase como segunda linha.

39. Assinale a alternativa que representa critério de definição de atividade da doença, de acordo com o IWLLC (Workshop Internacional de Leucemia Linfóide Crônica).

- A) Presença da mutação IgVH, ZAP-70 e CD38.
- B) Linfonodomegalias assintomáticas.
- C) Padrão de biópsia óssea evidenciando infiltração difusa de linfócitos.
- D) Anemia Hemolítica ou trombocitopenia autoimunes, que é pobremente responsiva aos corticoides e a tratamentos convencionais.
- E) Hipogamaglobulinemia.

40. No tocante à classificação atual da OMS para o grupo das Leucemias Mieloides Agudas (LMA), analise as proposições abaixo.

- 1) LMA com t(8;21)(q22;q22) compreende 5 a 12% dos casos. O produto da translocação é o gene de fusão AML1/ETO. Essa leucemia está associada à resposta favorável ao tratamento quimioterápico, particularmente quando se utilizam altas doses de citarabina.
- 2) LMA com t(15;17)(q22;q11 – 12) e variantes ou PML/RARA, ou Leucemia Promielocítica Aguda (LPA), representa 5 a 8% das LMAs e está associada à Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD). A administração do ácido transretinoico (ATRA) leva à diferenciação da célula leucêmica, sendo as LPAs com t(11;17) resistentes ao ATRA.
- 3) LMA com inv.(16)(p13;q22) ou t(16;16)(p13;q22), CBFalfa/MYH11 representa 10 a 12% das LMAs e caracteriza-se por infiltração de eosinófilos anormais na medula óssea. Tem prognóstico muito ruim e baixas taxas de remissão completa.

Está(ão) correta(s):

- A) 2, apenas.
- B) 2 e 3, apenas.
- C) 1 e 3, apenas.
- D) 1, 2 e 3.
- E) 1 e 2, apenas.

41. São marcadores imunofenotípicos que definem a Leucemia Linfóide Crônica B clássica:

- A) CD5, CD19, CD20 e CD23.
- B) CD20, CD79a, CD25 e ciclina D1.
- C) CD2, CD3, CD5 e CD7.
- D) CD20, CD79a, CD10 e bcl6.
- E) CD3, CD4, CD7, CD8 e CD26.

O caso clínico abaixo se refere às questões 42 a 45.

Mulher de 70 anos chega ao ambulatório apresentando queixas de fadiga e astenia há 6 meses. Realizou hemograma que evidenciou anemia, com leucócitos e plaquetas normais. Mielograma diagnosticou Síndrome Mielodisplásica (SMD), com aspirado contendo 3% de blastos. Citogenética encontrou um cariótipo normal 46XX. Dosagem de eritropoietina sérica de 680mU/ml. Evoluiu com dependência transfusional para controlar a sua anemia, necessitando de 2 unidades de concentrado de hemácias (CH) a cada 4 semanas. Até o momento, ela já realizou 18 unidades de CH.

42. Qual o Prognostic International Scoring System (IPSS) dessa paciente?

- A) Baixo Risco.
- B) Risco Intermediário – 1.
- C) Risco Intermediário – 2.
- D) Alto Risco.
- E) O IPSS não se aplica à paciente descrita.

43. Qual das variáveis a seguir é a mais útil na avaliação de probabilidade de resposta a agentes estimuladores da eritropoiese, nessa paciente com dependência transfusional e SMD de baixo risco?

- A) Percentual de blastos na medula óssea.
- B) Presença ou ausência de sideroblastos em anel.
- C) Níveis séricos de eritropoietina.
- D) Cariótipo.
- E) Número de citopenias no sangue periférico.

44. O nível de eritropoietina da paciente foi de 680mU/ml e ela não fez uso de agentes estimuladores da eritropoiese. Continuou a receber hemotransfusões, 2 unidades CH a cada 4 semanas. Ao final de 4 meses sua ferritina aumentou para 2500mg/ml. Quando a terapia com quelação de ferro deve ser considerada?

- A) Nunca, pois os riscos superam os benefícios.
- B) Para qualquer paciente com SMD e nível de ferritina maior que 1000mg/ml.
- C) Se o paciente tiver um nível de ferritina persistentemente elevado, uma expectativa de vida de mais de 3 anos e tiver recebido ou tenha a previsão de receber mais de 20 hemotransfusões.
- D) Após cada transfusão, para evitar sobrecarga de ferro e complicações associadas.
- E) Quando a sobrecarga de ferro levar à toxicidade e a lesões de órgãos alvos.

45. Qual das seguintes terapias é a mais indicada para a paciente descrita, de acordo com *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN)?

- A) Terapia de suporte.
- B) Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas.
- C) Quimioterapia citotóxica de alta intensidade.
- D) Agentes hipometilantes.
- E) Terapia imunossupressora.

O caso clínico abaixo se refere às questões 46 e 47.

Homem, de 68 anos de idade, notou surgimento de adenomegalias há 6 meses. Tem antecedentes de Hipertensão, usa diurético tiazídico e não tem cardiopatia. Chegou ao serviço com bom estado geral, não apresentava sudorese, febre ou perda de peso. Realizou tomografias, que evidenciaram linfonodomegalias cervicais, axilares, ilíacas, inguinais bilaterais, de até 5x5cm, além de volumoso conglomerado de linfonodos de cerca de 10cm, retroperitoneal, comprimindo ureter, com dilatação do sistema pielocalicial à direita. Biópsia de linfonodo diagnosticou linfoma folicular grau 2; imuno-histoquímica mostrou positividade dos centrócitos e centroblastos para CD20, BCL2, CD10 e BCL6. Medula óssea com infiltração moderada de 20 a 30% de linfócitos. Hemograma e função renal normais, DHL 450UI/l e β_2 microglobulina 3,2mg/l.

46. Para o caso descrito está indicado:
- A) apenas observação.
 - B) rituximabe + quimioterapia.
 - C) rituximabe agente único (4 infusões).
 - D) clorambucil monoterapia.
 - E) quimioterapia em altas doses e transplante autólogo de célula tronco.

47. Após o paciente completar o tratamento indicado, alcançou resposta parcial. Baseado no estudo PRIMA, a manutenção é adequada para esse paciente?
- A) Sim; rituximabe 375mg/m² a cada 3 meses.
 - B) Sim; rituximabe 375mg/m² a cada 2 meses.
 - C) Não; tratamento de manutenção é inadequado.
 - D) Não; deverá submeter-se a novo protocolo de quimioterapia.
 - E) Sim; radioimunoterapia.

O caso clínico abaixo se refere às questões 48 e 49.

Homem, com 58 anos de idade, engenheiro, evolui com episódios rápidos de tonturas e perda da consciência nos últimos 15 dias. Há 3 meses realizou exames cardiológicos de rotina, que foram normais. Ao exame encontrava-se clinicamente bem, sem déficit motor e seus testes laboratoriais foram normais, com exceção da contagem de plaquetas, que foi de 680.000/mm³.

48. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são critérios para estabelecer o diagnóstico do paciente, EXCETO:
- A) contagem de plaquetas maior que 450x10⁹/L, persistente.
 - B) presença da mutação JAK2V617F.
 - C) aumento do número, tamanho e aglomerados de megacariócitos maduros na medula óssea.
 - D) aumento das proteínas de fase aguda; IL-6, PCR e fibrinogênio.
 - E) ausência de critérios diagnósticos para Policitemia Vera, Mielofibrose e Leucemia Mieloide Crônica.
49. Para esse paciente, é correto afirmar que a estratificação de risco para fenômenos tromboembólicos é de:
- A) alto risco e com indicação de iniciar tratamento com hidroxiureia ou anagrelida e aspirina.
 - B) risco intermediário e com indicação de iniciar aspirina.
 - C) baixo risco e conduta expectante.
 - D) baixo risco, com indicação de iniciar hidroxiureia ou anagrelida e aspirina.
 - E) risco intermediário, com indicação de iniciar interferon alfa.

50. Uma mulher de 66 anos de idade, com história de fadiga e palidez há 2 semanas, tem um hemograma com pancitopenia, sem blastos circulantes. Mielograma realizado demonstra infiltrado com 84% de blastos, imunofenotipagem compatível com LLA (leucemia linfóide aguda) e biologia molecular BCR/ABL positivo. São características da LLA Ph (Filadélfia) positiva:
- A) taxas de remissão das LLAs Ph positivas semelhantes às das LLAs Ph negativas; por isso o transplante de célula tronco não deve ser considerado para essa patologia durante a primeira remissão.
 - B) ser uma translocação mais comum na LLA da infância, atingindo cerca de 30% dos casos nesse grupo etário.
 - C) a translocação Ph positiva conferir um prognóstico melhor nas LLAs, tanto para crianças como para adultos, com maiores taxas de sobrevida livre de doença.
 - D) os pacientes frequentemente terem alta contagem de leucócitos e blastos, maior incidência de organomegalias, em relação à LLA Ph negativa.
 - E) o inibidor de tirosina quinase, imatinibe, ter sido incorporado ao esquema quimioterápico clássico, tanto concomitantemente como sequencialmente, melhorando a taxa de sucesso em primeira remissão, eliminando a necessidade de transplante alogênico.