

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

EDITAL N.º 05/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO HEMATOLOGISTA.

Leia atentamente as INSTRUÇÕES:

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

BOA PROVA!

POLÍTICAS DE SAÚDE.

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

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

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

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

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

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

Essa intervenção corresponde à:

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

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

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

princípio de:

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

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

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

CLÍNICA MÉDICA - COMUM A TODOS OS CARGOS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.

16. Sobre o Crioprecipitado, de acordo com as normas técnicas vigentes para hemoterapia, identificar a alternativa incorreta.

a) As transfusões de Crioprecipitado não necessitam de provas de compatibilidade, em crianças de até 10, (dez), anos ou 35 kg, serão isogrupo ou ABO compatíveis.

b) Cada unidade de Crioprecipitado apresenta volume de 10 a 40 mL e deve conter, no mínimo, 150 mg de fibrinogênio.

c) O sobrenadante pobre em Crioprecipitado, (plasma isento de Crioprecipitado), deve ser extraído, em circuito fechado, permanecendo um volume de até 40 mL junto ao material insolúvel em frio.

d) O Crioprecipitado deve ser transportado em condições que assegurem sua manutenção no estado congelado, sendo o tempo máximo de transporte de 18 horas.

17. Um homem de 68 anos, com insuficiência cardíaca e doença renal crônica, recebe duas unidades de concentrado de hemácias para correção de anemia sintomática. Cerca de 3 horas após o início da transfusão da segunda unidade, apresenta dispneia progressiva, taquicardia, hipertensão arterial e hipoxemia. Ao exame, há estertores pulmonares bilaterais e turgência jugular. A radiografia de tórax evidencia edema pulmonar bilateral. Não apresenta febre, dor lombar, hemoglobinúria ou hipotensão.

Considerando-se as reações transfusionais agudas, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada.

- a) Reação hemolítica transfusional aguda; interromper imediatamente a transfusão, manter acesso venoso com solução salina e iniciar investigação de incompatibilidade imunológica, mesmo na ausência de sinais clássicos de hemólise.
- b) TRALI; interromper imediatamente a transfusão e instituir suporte ventilatório, sendo indicada diurese agressiva para remoção do excesso de líquido intravascular.
- c) Reação febril não hemolítica; interromper temporariamente a transfusão, administrar antitérmico e reiniciar o hemocomponente após resolução da dispneia e estabilização dos sinais vitais.
- d) TACO; interromper imediatamente a transfusão, manter suporte clínico e instituir medidas para tratamento da sobrecarga volêmica, incluindo diurético quando clinicamente indicado.

18. Um homem de 24 anos, com diagnóstico de hemofilia A grave, apresenta hemartrose espontânea de joelho direito. Não apresenta instabilidade hemodinâmica nem sinais de anemia aguda. Refere tratamento prévio com concentrado de fator VIII, sem registro de inibidor. Os exames laboratoriais mostram tempo de protrombina normal, tempo de tromboplastina parcial ativada prolongado e atividade do fator VIII inferior a 1%.

Considerando-se os princípios da terapêutica das coagulopatias congênitas e os produtos disponíveis para tratamento dos distúrbios da coagulação, assinale a alternativa mais adequada.

- a) O plasma fresco congelado constitui alternativa terapêutica equivalente ao concentrado de fator VIII, desde que administrado em volume suficiente para elevar a atividade do fator VIII à faixa terapêutica.
- b) O crioprecipitado apresenta concentração de fator VIII suficiente para ser considerado a opção preferencial em episódios hemorrágicos de hemofilia A, mesmo quando há disponibilidade de concentrado específico de fator VIII.
- c) Deve-se administrar concentrado de fator VIII, com ajuste da dose de acordo com o nível de fator desejado e a gravidade do episódio hemorrágico, evitando a utilização rotineira de plasma fresco congelado como substituto do concentrado específico.
- d) Na ausência de anemia ou instabilidade hemodinâmica, a transfusão de concentrado de hemácias deve ser evitada, mas a reposição de fator pode ser postergada até a confirmação laboratorial do nível plasmático de fator VII.

19. Paciente de 24 anos apresenta episódios recorrentes de gengivorragia e sangramento prolongado após procedimentos odontológicos. Os exames laboratoriais revelam contagem plaquetária de 248.000/mm³, tempo de protrombina, (TP), de 12,4 segundos e tempo de tromboplastina parcial ativada, (TTPa), de 39 segundos. Na investigação complementar, observa-se redução da atividade do fator de von Willebrand, (FVW), acompanhada de diminuição da atividade do fator VIII. Tendo em vista os mecanismos envolvidos na hemostasia primária e secundária, marque a alternativa correta.

- a) Os multímeros de alto peso molecular do FVW apresentam papel predominante na estabilização do fator VIII na circulação, enquanto sua participação na adesão plaquetária é, relativamente, secundária e pode ser compensada pela presença de níveis adequados de fibrinogênio plasmático.
- b) A interação do FVW com a GPIb ocorre, principalmente, após a ativação plaquetária e contribui para a agregação entre plaquetas, enquanto a GPIIb/IIIa participa, predominantemente, da adesão inicial das plaquetas ao colágeno subendotelial.
- c) A redução da atividade do FVW pode determinar diminuição secundária do fator VIII e prolongamento do TTPa, em razão da menor proteção do fator VIII contra a depuração plasmática. Entretanto, a preservação da quantidade de plaquetas e dos níveis de fibrinogênio mantém, essencialmente, íntegra a adesão plaquetária ao subendotélio.
- d) A interação do FVW com a glicoproteína Ib, (GPIb), plaquetária constitui etapa fundamental da

adesão das plaquetas ao subendotélio exposto, enquanto a interação da glicoproteína IIb/IIIa, (GPIIb/IIIa), com o fibrinogênio promove a formação de pontes entre plaquetas ativadas, contribuindo para a agregação plaquetária.

20. Sobre os concentrados de fator IX utilizados na terapia de reposição em pacientes com hemofilia B, assinale a alternativa correta.

- a) Os concentrados de fator IX apresentam baixo risco de desenvolvimento de inibidores, sendo essa complicação considerada excepcional em pacientes previamente não tratados.
- b) São indicados para o tratamento e a profilaxia de hemorragias em pacientes com hemofilia A e B decorrentes de deficiência congênita do fator IX.
- c) Os concentrados de fator IX podem ser utilizados no tratamento de pacientes adultos e pediátricos com hemofilia B, sendo as recomendações de uso e a experiência clínica equivalentes entre os diferentes produtos disponíveis.
- d) Existe risco potencial de eventos tromboembólicos após a administração de concentrados de fator IX, com risco potencialmente maior associado a preparações de menor grau de pureza.

21. Dois pacientes com deficiência de fator VIII são avaliados para terapia de reposição com concentrado de fator VIII. O primeiro, de 32 anos, apresenta hemorragia intracraniana após traumatismo craniano, caracterizando sangramento com risco à vida. O segundo, de 45 anos, com hemofilia A, será submetido a procedimento cirúrgico de grande porte. Considerando-se os alvos terapêuticos e o esquema de reposição de fator VIII estabelecidos para esses cenários, determine a alternativa correta.

- a) Para o primeiro paciente, deve-se administrar dose de ataque de 25–30 UI/kg, visando atividade de FVIII de 50–60%, seguida de 15 UI/kg a cada 12 horas. Para o segundo, a meta inicial é de 50–60%, com dose pré-operatória de 25 UI/kg.
- b) Para o primeiro paciente, recomenda-se atingir atividade de FVIII de 30–50%, com dose de ataque de 15 UI/kg e manutenção de 10–15 UI/kg a cada 12–24 horas. Para o segundo, a meta pré-operatória deve ser de 50%, com 25 UI/kg antes da cirurgia.
- c) Para o primeiro paciente, a atividade de FVIII deve ser mantida entre **40–50%**, utilizando-se 20–25 UI/kg como dose inicial e repetição a cada 12–24 horas. Para o segundo paciente, recomenda-se atividade inicial de 50–60%, com dose pré-operatória de 25 UI/kg, seguida de 15 UI/kg a cada 12 horas.
- d) Para o primeiro paciente, a meta inicial de FVIII é de 80–100%, com dose de 40–50 UI/kg. Para o segundo, a meta pré-operatória também é de 80–100%, com redução progressiva dos níveis-alvo durante o período pós-operatório.

22. Um homem de 72 anos, com tipagem sanguínea B RhD negativo, doença cardiovascular aterosclerótica, antecedente de trombose venosa profunda e mobilidade bastante reduzida há 10 dias, encontra-se internado. Durante uma transfusão, identificou-se a administração inadvertida de concentrado de hemácias B RhD positivo. O paciente possui cateter venoso central e apresenta hipertrigliceridemia importante, além de aumento documentado da viscosidade sanguínea em relação ao seu valor basal. Não há sangramento ativo ou alterações relevantes nos testes de coagulação.

Ponderando-se sobre os fatores associados ao risco de eventos trombóticos durante o tratamento com imunoglobulinas e a necessidade de Imunoglobulina anti-D após exposição a hemácias RhD positivas, assinale a conduta mais apropriada.

- a) Manter a indicação da imunoglobulina IgG anti-D, associando profilaxia antitrombótica conforme o risco clínico individual; em pacientes com hiperviscosidade documentada, a estratégia preferencial é completar a administração no menor intervalo possível, evitando exposição prolongada à imunoglobulina e utilizando maior taxa de infusão.
- b) Avaliar individualmente o risco trombótico, diante da associação de idade avançada, imobilização,

cateter vascular, antecedente de trombose e condições potencialmente relacionadas à hiperviscosidade, considerar a determinação da viscosidade sanguínea basal. Se a imunoglobulina IgG anti-D for necessária, deve-se utilizar a menor velocidade de infusão clinicamente apropriada e monitorar o paciente quanto a sinais e sintomas de eventos trombóticos.

c) Manter a indicação da imunoglobulina IgG anti-D, realizando hidratação adequada e monitorização clínica durante a infusão; diante da presença de múltiplos fatores de risco, a determinação da viscosidade sanguínea pode ser considerada, mantendo-se, entretanto, a velocidade de administração habitualmente recomendada para o produto.

d) Manter a indicação da imunoglobulina IgG anti-D após avaliação individualizada do risco-benefício, priorizando a administração da menor dose eficaz e adotando medidas para reduzir fatores modificáveis de risco; a presença de hiperviscosidade previamente documentada, entretanto, não constitui razão para modificar a velocidade de infusão quando não há manifestação clínica de trombose.

23. De acordo com as informações de segurança e as recomendações de uso da Imunoglobulina humana anti-D, (D-KamRho®), indique a alternativa incorreta.

a) Após o parto, a Imunoglobulina anti-D deve ser administrada à parturiente, não havendo indicação de sua administração diretamente ao neonato.

b) A administração intramuscular é a via recomendada para a Imunoglobulina anti-D, podendo a via endovenosa ser empregada como alternativa em pacientes edemaciados, desde que não haja manifestação clínica de reação de hipersensibilidade.

c) Após a administração da imunoglobulina anti-D, o paciente deve ser observado por pelo menos 1 hora, em razão da possibilidade de ocorrência de reações sistêmicas, incluindo reações de hipersensibilidade.

d) Na ocorrência de alergia ou de reação anafilática, a administração deve ser imediatamente interrompida, devendo ser instituídas as medidas terapêuticas habitualmente adotadas nos casos de choque.

24. Um paciente de 68 anos, internado por quadro clínico sem sangramento ativo, apresenta anemia com redução significativa da capacidade de transporte de oxigênio. A equipe assistente avalia a indicação de transfusão de concentrado de hemácias. Levando-se em conta as características desse hemocomponente, marque a alternativa certa.

a) O concentrado de hemácias tem como principal finalidade contribuir para a reposição do volume sanguíneo, enquanto o aumento da capacidade de transporte de oxigênio constitui efeito secundário de sua administração após aumento da massa eritrocitária.

b) O concentrado de hemácias é obtido pela centrifugação do sangue total e posterior remoção da camada leucoplaquetária, apresentando volume médio de 300 a 400 mL. Quando armazenado em CPDA-1, sua validade é de 42 dias, enquanto o uso de SAG-manitol reduz sua validade para 35 dias.

c) O concentrado de hemácias apresenta validade de 35 dias quando armazenado em solução aditiva SAG-manitol e de 42 dias quando conservado em CPDA-1, devendo permanecer sob refrigeração entre 2 °C e 6 °C até sua utilização.

d) O concentrado de hemácias é obtido pela centrifugação de uma unidade de sangue total, seguida da remoção do plasma sobrenadante, apresentando volume médio de aproximadamente 220 a 300 mL. Deve ser armazenado entre 2 °C e 6 °C e apresenta hematócrito geralmente entre 50% e 70%.

25. Um recém-nascido prematuro, com 3 meses de idade, permanece internado em unidade neonatal. Encontra-se em uso de CPAP, com pressão média de vias aéreas de 7 cmH₂O, apresentando hematócrito de 34%. Considerando-se os critérios para transfusão de concentrado de hemácias em crianças com até 4 meses de vida, assinale a alternativa que apresente uma indicação compatível com os critérios estabelecidos.

a) Hematócrito de 28%, com taquicardia de 170 batimentos/min durante 24 horas e recebendo aporte

calórico adequado.

- b) Hematócrito de 21%, com sinais clínicos de anemia, sem outras alterações hematológicas relevantes.
- c) Hematócrito de 29%, em uso de CPAP com pressão média de vias aéreas de 5 cmH₂O, sem sinais clínicos de anemia.
- d) Hematócrito de 34%, em uso de CPAP com pressão média de vias aéreas de 7 cmH₂O.

26. Uma criança de 9 anos, com doença pulmonar grave, encontra-se internada em unidade de terapia intensiva e apresenta hemoglobina de 12,6 g/dL. Apesar do tratamento clínico instituído, mantém importante comprometimento respiratório e necessidade de suporte intensivo. Ponderando os critérios para transfusão de concentrado de hemácias em crianças com mais de 4 meses de vida até 18 anos completos, assinale a alternativa que apresente uma situação compatível com indicação transfusional.

- a) Criança com hemoglobina de 8,5 g/dL, estável clinicamente, em acompanhamento ambulatorial por anemia crônica sem manifestações clínicas.
- b) Criança com hemoglobina de 13,5 g/dL e doença pulmonar grave, sem outras condições associadas.
- c) Criança com perda sanguínea intraoperatória correspondente a 10% da volemia total, sem sinais de instabilidade hemodinâmica.
- d) Criança em período pré-operatório de cirurgia de grande porte, com anemia significativa, quando não há disponibilidade de outra terapia corretiva.

27. Um prematuro de 2 meses, com indicação de transfusão de concentrado de hemácias, apresenta anemia com repercussão clínica. Tendo em vista as recomendações para administração de hemácias em crianças com até 4 meses de vida, assinale a alternativa correta.

- a) A transfusão de 5 a 10 mL/kg de concentrado de hemácias costuma elevar a concentração de hemoglobina em aproximadamente 2 a 3 g/dL, com administração em período de 30 a 60 minutos.
- b) A transfusão de 10 a 15 mL/kg de concentrado de hemácias costuma elevar a concentração de hemoglobina em aproximadamente 2 a 3 g/dL, sendo habitualmente administrada em 1 a 2 horas e concluída em até 4 horas.
- c) A transfusão de 15 a 20 mL/kg de concentrado de hemácias costuma elevar a concentração de hemoglobina em aproximadamente 3 a 4 g/dL, com administração habitual em 1 a 2 horas.
- d) A transfusão de 10 a 15 mL/kg de concentrado de hemácias costuma elevar a concentração de hemoglobina em aproximadamente 1 a 2 g/dL, com conclusão da transfusão em até 5 horas.

28. Durante a avaliação de uma solicitação transfusional, o médico responsável considera o tempo de armazenamento dos concentrados de hemácias em razão das características clínicas dos pacientes. Sobre a seleção do concentrado de hemácias conforme o tempo de armazenamento, assinale a alternativa correta.

- a) Para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica, recomenda-se concentrado de hemácias com até 10 dias de coleta, considerando-se a maior susceptibilidade à elevação do potássio durante o armazenamento.
- b) Para pacientes com doença falciforme, talassemia, síndrome mielodisplásica ou anemia aplásica, recomenda-se concentrado de hemácias com até 5 dias de coleta, em razão do risco aumentado de alterações relacionadas ao armazenamento.
- c) Para exsanguineotransfusão, transfusão intrauterina e transfusão maciça em recém-nascidos, recomenda-se concentrado de hemácias colhido há menos de 5 dias e irradiado há menos de 24 horas.
- d) Para pacientes submetidos à oxigenação por membrana extracorpórea ou bypass cardiopulmonar, recomenda-se concentrado de hemácias com até 7 dias de coleta, tendo em vista o maior impacto das alterações metabólicas decorrentes do armazenamento.

29. Um paciente com histórico de reações transfusionais é avaliado pela equipe de hemoterapia quanto à necessidade de utilização de concentrado de hemácias lavado. Considerando-se as características e as indicações desse hemocomponente, assinale a alternativa correta.

- a) O concentrado de hemácias lavado é obtido pela lavagem do hemocomponente celular com solução isotônica estéril, com o objetivo de remover a maior quantidade possível de plasma, apresenta validade de 24 horas após o procedimento.
- b) Após a lavagem, o concentrado de hemácias mantém as condições de armazenamento e o prazo de validade previsto para o hemocomponente antes do procedimento.
- c) Paciente com reação alérgica transfusional leve em episódio isolado apresenta indicação para receber concentrado de hemácias lavado nas transfusões subsequentes.
- d) O concentrado de hemácias lavado é indicado para pacientes com reação febril não hemolítica recorrente, constituindo uma estratégia inicial antes da utilização de pré-medicação e leucodepleção.

30. Um recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal apresenta sangramento ativo associado à coagulação intravascular disseminada, (CIVD), com prolongamento dos tempos de coagulação e redução de múltiplos fatores da coagulação. A equipe assistente avalia a necessidade de terapia de reposição e considera o uso de plasma fresco congelado, (PFC).

Com base nas indicações transfusionais do PFC em neonatos e crianças, assinale a alternativa correta.

- a) Na reversão emergencial da anticoagulação por varfarina, o PFC constitui a estratégia de escolha mesmo quando o complexo protrombínico está disponível, por promover reposição mais abrangente dos fatores vitamina K-dependentes.
- b) O PFC pode ser utilizado como terapia de suporte no tratamento da CIVD quando há sangramento ativo, devido à reposição simultânea de múltiplos fatores da coagulação.
- c) Em neonatos com prolongamento dos testes de coagulação, a indicação de PFC pode ser estabelecida com base nos resultados laboratoriais, mesmo diante da ausência de hemorragia clinicamente significativa ou de procedimento invasivo iminente.
- d) Na presença de deficiência isolada de um fator de coagulação associada a manifestações hemorrágicas, o plasma fresco congelado deve ser preferido à reposição específica, por fornecer, simultaneamente, os demais fatores da coagulação.

RASCUNHO.