



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

**MÉDICO HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
(HEMOTERAPIA)**

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que **contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES	
Língua Portuguesa	de 01 a 10
SUS	de 11 a 20
Específico do cargo / Especialidade médica com área de atuação	de 21 a 45
Área específica a que concorre	de 46 a 60

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no **CARTÃO-RESPOSTA**, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

“Infelicidade é uma questão de prefixo”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no **CARTÃO-RESPOSTA**.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
 - (A) inelutável
 - (B) incoercível
 - (C) insofismável
 - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
 - (A) absorver
 - (B) restringir
 - (C) demarcar
 - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
 - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
 - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
 - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
 - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
 - (A) rigor e flexibilidade
 - (B) frugalidade e obstinação
 - (C) comedimento e sobriedade
 - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
 - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
 - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
 - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
 - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. "Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente." (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. "Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante." (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. "A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais." (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) "Achei que estava bem na foto." (1º parágrafo)
- (B) "O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção..." (3º parágrafo)
- (C) "...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante." (2º parágrafo)
- (D) "... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos." (5º parágrafo)
10. "A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu..." (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7 %
- (B) 12 %
- (C) 15 %
- (D) 22 %
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- (A) operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
 - (B) faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
 - (C) consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
 - (D) subsidia os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- (A) os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - (B) as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - (C) os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
 - (D) as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- (A) suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
 - (B) segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
 - (C) impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
 - (D) efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- (A) a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
 - (B) a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
 - (C) o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
 - (D) o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- (A) a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
 - (B) as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
 - (C) o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
 - (D) o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- (A) ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
 - (B) realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
 - (C) encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
 - (D) contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe
- HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA**
21. A irradiação gama é recomendada para os componentes sanguíneos celulares utilizados durante o transplante de células-tronco hematopoiéticas. A dose recomendada de radiação sobre o plano médio do cilindro é de:
- (A) 1.000 cGy
 - (B) 1.500 cGy
 - (C) 2.000 cGy
 - (D) 2.500 cGy

22. A púrpura pós-transfusional ocorre predominantemente em mulheres imunizadas em gestações prévias. Em quase todos os casos, os anticorpos específicos para as plaquetas responsáveis pela doença são direcionados contra antígenos localizados no complexo:
- GPIa / IIa
 - GPIIb / IIIa
 - GPIb / IX
 - GPIV / IX
23. Na DHFRN, a exsanguineotransusão está indicada, para bebês nascidos a termo, quando a bilirrubina direta exceder:
- 4 mg/dl
 - 5 mg/dl
 - 6 mg/dl
 - 7 mg/dl
24. Cada unidade de plaquetas preparadas por aférese deve conter, pelo menos:
- 2×10^{10} plaquetas
 - 3×10^{10} plaquetas
 - 2×10^{11} plaquetas
 - 3×10^{11} plaquetas
25. A infecção pelo *Treponema pallidum* pode ser transmitida, principalmente, por transfusão de:
- hemácias
 - plaquetas
 - crioprecipitado
 - plasma fresco congelado
26. Quando descongelado, o plasma fresco congelado deve ser transfundido no prazo máximo de:
- 4 horas
 - 8 horas
 - 12 horas
 - 24 horas
27. Existe associação entre fenótipos de grupos sanguíneos e susceptibilidade a determinadas doenças. O fenótipo Le (a- b-) está associado a:
- síndrome Sjögren
 - infecção do trato urinário
 - doença de von Willebrand
 - carcinoma de glândulas salivares
28. Cada unidade de crioprecipitado preparado de sangue total deve conter, aproximadamente:
- 80 unidades de fator anti-hemofílico e 120mg de fibrinogênio
 - 80 unidades de fator anti-hemofílico e 150mg de fibrinogênio
 - 100 unidades de fator anti-hemofílico e 150mg de fibrinogênio
 - 100 unidades de fator anti-hemofílico e 120 unidades de fibrinogênio
29. Paciente feminina, 50 anos de idade, nulípara, sem história transfusional, apresenta, após o início da transfusão de concentrado de hemácias, hipotensão grave, cianose, calafrios e febre. Os sintomas melhoram após a descontinuação da transfusão e administração de hidrocortisona.
- A reação adversa à transfusão, nesse caso, teve como causa a:
- deficiência de IgA
 - incompatibilidade ABO
 - contaminação bacteriana
 - reação a citocinas presentes na bolsa
30. A presença de anticorpos anti-A1 no soro de indivíduos dos grupos A2 ou A2B pode ser causa de discrepância entre as provas direta e inversa. Nesse caso, os indivíduos do grupo A2 são classificados na prova inversa como:
- A
 - B
 - O
 - AB
31. O grupo D do feto pode ser determinado no pré-natal pela reação em cadeia da polimerase (PCR), amplificando a região do DNA fetal que codifica o RHD. O método preferido, de menor risco para o feto e com menor risco de hemorragia transplacentária, é o que utiliza:
- fibroblastos amnióticos, a partir do segundo semestre
 - material do *villus* coriônico, no final do primeiro trimestre
 - fluido amniótico obtido no final do primeiro ou do segundo trimestre
 - DNA fetal presente no plasma materno no início do segundo semestre
32. A cola de fibrina tem sido utilizada como terapia adjuvante ao fator VIII em pacientes hemofílicos. Os constituintes da cola de fibrina responsáveis pelos efeitos hemostáticos são as seguintes proteínas da coagulação:
- fibrina, trombina e fator XII
 - fibrina, fator XIII e fator VIII
 - fibrinogênio, fibrina e fator VII
 - fibrinogênio, trombina e fator XIII
33. A deficiência de folato pode ser um risco adquirido para trombose venosa. Nessa deficiência, o mecanismo responsável pelo estado de hipercoagulabilidade é o aumento sérico de:
- timidalato
 - metionina
 - protrombina
 - homocisteína
34. Paciente feminina, 20 anos de idade, apresenta história de menorragia, epistaxe, sangramento gengival e episódios repetidos de hemartrose. Exame físico indica artropatia grave em joelhos. O estudo da coagulação revela PTTa normal e TAP prolongado. Os dados clínicos e os resultados dos testes de coagulação sugerem o diagnóstico de:
- hemofilia C
 - hemofilia B Leyden
 - deficiência do fator VII
 - anticorpos adquiridos contra o fator IX
35. A deficiência do fator XIII leva à formação de coágulos sanguíneos instáveis e susceptíveis à degradação pela plasmina. Como resultado dessas alterações, os indivíduos acometidos têm tendência a sangramentos. Uma ocorrência mais frequente nessa deficiência, quando comparada com outras coagulopatias hereditárias, é:
- hematúria
 - hemoptise
 - hemorragia cerebral
 - hematoma muscular
36. A gravidez é um estado trombofílico temporário. O risco trombótico que ocorre durante a gravidez está relacionado a:
- diminuição do fator VIII e aumento do fibrinogênio
 - aumento dos níveis sanguíneos de PAI-1 e PAI-2
 - elevação da proteína S e resistência adquirida da proteína C
 - aumento da fibrinólise e, conseqüentemente, elevação do pdf

37. Paciente feminina, 30 anos de idade, com história de abortos de repetição e trombose venosa profunda, é encaminhada a um serviço de hematologia para esclarecimento diagnóstico. O teste de coagulação mais específico para o diagnóstico do caso descrito é o:
- (A) tempo de kaolin
(B) anti- β 2GPI IgG e IgM
(C) tempo veneno da víbora Russel diluído
(D) teste de inibição da tromboplastina tecidual (TTIT)
38. Os pacientes portadores de HPN (hemoglobinúria paroxística noturna) que serão submetidos a tratamento com eculizumab devem ser vacinados contra:
- (A) hepatite B
(B) pneumococos
(C) meningococos
(D) *Haemophylus*
39. Na anemia de doença crônica, a anemia tem como causa os efeitos inibitórios das citocinas inflamatórias. A interleucina-6 (IL-6) tem papel central porque age estimulando a produção de hepcidina pelos hepatócitos. A ação da hepcidina consiste em:
- (A) bloquear a liberação de ferro dos macrófagos
(B) acumular ferro nas mitocôndrias dos eritroblastos
(C) aumentar a absorção de ferro pelo trato gastrointestinal
(D) elevar a sensibilidade dos eritroblastos à eritropoietina
40. Em adultos, a necessidade mínima diária de ácido fólico é de, aproximadamente:
- (A) 5 mcg
(B) 25 mcg
(C) 50 mcg
(D) 250 mcg
41. O prognóstico da anemia aplástica é definido de acordo com achados do hemograma à época do diagnóstico. A anemia aplástica classificada como muito grave mostra concentração de reticulócitos menor do que:
- (A) $20 \times 10^9/l$
(B) $30 \times 10^9/l$
(C) $40 \times 10^9/l$
(D) $50 \times 10^9/l$
42. A deficiência de ferro e de folato é a principal causa de anemia observada em pacientes com deficiência de:
- (A) zinco
(B) cobre
(C) tiamina
(D) ácido ascórbico
43. Pacientes com deficiência muito grave de ferro podem apresentar:
- (A) linfocitose
(B) leucocitose
(C) trombocitopenia
(D) asplenia funcional
44. Piroplasmose é um subtipo de anemia hereditária associada com:
- (A) eliptocitose
(B) esferocitose
(C) acantocitose
(D) estomatocitose

45. Existem evidências de que pacientes com algumas formas de talassemia apresentam estado potencial de hipercoagulabilidade, podendo desenvolver doença arterial pulmonar progressiva. Essa intercorrência associa-se, particularmente, àqueles pacientes:
- (A) esplenectomizados e com sobrecarga de ferro
(B) esplenectomizados e com alta contagem de plaquetas
(C) com síndrome do anticorpo antifosfolípideo e com sobrecarga de ferro
(D) com síndrome do anticorpo antifosfolípideo com alta contagem de plaquetas

HEMOTERAPIA

46. As discrepâncias ABO ocorrem quando se dão reações inesperadas nas tipagens direta e inversa. Na realização de testes laboratoriais pré-operatórios de uma paciente multipara, de 35 anos de idade, foram observados os seguintes resultados na tipagem sanguínea:

Tipagem direta		Tipagem reversa			Autocontrole
Anti-A	Anti-B	Células A1	Células B	Células O	
4+	4+	2+	2+	2+	2+

A causa provável para a discrepância observada é:

- (A) autoanticorpo frio
(B) agamaglobulinemia
(C) hipogamaglobulinemia
(D) subgrupo A, provável A2 com anti-A1
47. As lecitinas são extratos de sementes que aglutinam as células humanas com algum grau de especificidade. A lecitina usada em banco de sangue que tem especificidade para a definição do subgrupo A1 é a:
- (A) alfafucosil
(B) *Ulex europaeus*
(C) *Dolichos biflorus*
(D) *Bandeiraea simplicifolia*
48. Autocontrole é um teste pré-transfusional obrigatório, de acordo com a Portaria nº 1.376/93, MS. Quando positivo, esse teste pode indicar:
- (A) O_h Bombay
(B) A_x com anti-A1
(C) A_1 com anti-H potente
(D) disproteinemias (*rouleaux*)
49. É importante a interpretação correta da intensidade das reações de aglutinação pelo método em tubo. No grau de reação denominado w, observa-se a presença de:
- (A) aglutinados grandes e fundo limpo, transparente
(B) vários aglutinados pequenos e sobrenadante muito avermelhado
(C) mistura de aglutinados maiores e menores e sobrenadante róseo
(D) aglutinados pequenos, do mesmo tamanho e sobrenadante avermelhado
50. Em caso de TAD positivo, se o anticorpo for da classe IgG, deve-se removê-lo da membrana por técnicas de eluição. Os métodos para eluição de anticorpos utilizam:
- (A) solventes orgânicos, como éter ou clorofórmio
(B) soluções que alteram o pH, como glicina alcalina
(C) solventes químicos inorgânicos, como cloreto de potássio
(D) procedimentos que estabilizam a membrana das hemácias, como o congelamento

51. A sensibilidade do teste de antiglobulina indireto pode ser melhorada por procedimentos que modificam a fixação dos anticorpos durante a incubação. A técnica enzimática aumenta a reatividade de anticorpos dirigidos contra antígenos dos seguintes sistemas:
- (A) Rh, Kidd, Lewis e P
(B) MNS, Xg, Lewis e P
(C) Rh, Kidd, MNS e Xg
(D) Duffy (Fy^a e Fy^b), MNS, P e Kidd
52. Os indivíduos com síndrome do Rh_{null} apresentam anemia hemolítica compensada leve, reticulocitose e estomatocitose. As hemácias desses pacientes têm níveis elevados de:
- (A) glicoforina B
(B) hemoglobina A2
(C) hemoglobina fetal
(D) adenosina deaminase
53. Em africanos, a mutação pontual na região promotora GATA-1 (-33T>C) do gene Duffy leva à produção do fenótipo:
- (A) Fy (a- b-)
(B) Fy (a- b+)
(C) Fy (a+ b+)
(D) Fy (a+ b-)
54. Para evitar a produção de anti-RhD, em gestantes RhD negativas não aloimunizadas, recomenda-se a aplicação de 300 microgramas de imunoglobulina Rh na:
- (A) 28ª semana
(B) 26ª semana
(C) 24ª semana
(D) 30ª semana
55. A expressão de ICAM-4 é elevada nas hemácias falciformes. A interação entre as células endoteliais vasculares e ICAM-4 pode estar associada com as oclusões microvasculares durante as crises de dor da anemia falciforme. A expressão de ICAM-4 está associada ao seguinte sistema de grupo sanguíneo:
- (A) KEL
(B) LW
(C) SC
(D) XG
56. Na anemia hemolítica imune, no tipo dependente de drogas, a hemólise pode ser intravascular. O TAD é positivo devido, principalmente, à presença de:
- (A) IgM
(B) C3d
(C) IgG
(D) IgG e IgM
57. As pessoas que não possuem antígenos A, B e H apresentam anticorpos anti -A, -B e -H no plasma e são denominados como fenótipo Bombay.
- Indivíduos que são Bombay Le(a- b-) apresentam:
- (A) leucopenia e infecções bacterianas
(B) linfopenia e síndrome de imunodeficiência
(C) leucocitose e infecções recorrentes graves
(D) neutrofilia e resistência às infecções por bactérias gram-negativo
58. A imunização com vacinas de vírus vivos atenuados, como rubéola e varicela-zóster, resulta em um adiamento temporário da doação de sangue de:
- (A) 10 semanas
(B) 8 semanas
(C) 6 semanas
(D) 4 semanas
59. A *American Society for Apheresis* (ASFA) desenvolveu diretrizes para aférese terapêutica e planejou uma série de categorias de acordo com a efetividade provável da aférese no tratamento. De acordo com a categoria I, são indicações para a aférese terapêutica:
- (A) hipercolesterolemia familiar e anemia aplástica
(B) síndrome de Guillain-Barré e crioglobulinemia
(C) púrpura trombocitopênica trombótica e púrpura pós-transfusional
(D) polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica (CIDP) e aloimunização por eritrócitos na gravidez
60. A lesão pulmonar aguda relacionada com transfusão (TRALI) consiste em uma reação transfusional aguda que se apresenta com angústia respiratória e hipoxemia. A TRALI é hoje considerada como a principal causa de fatalidade relacionada à transfusão.
- Para os casos suspeitos de TRALI, deve-se investigar, no doador:
- (A) níveis plasmáticos das citocinas TNF, IL-1, IL-6 e IL-8
(B) anticorpos anti-HLA classes I e II e antigranulócitos
(C) tipagem HLA classes I e II e granulócitos
(D) componente do complemento C5a