



Universidade Federal
de Campina Grande

Hospital Universitário

Rua Carlos Chagas, s/n - São José - CEP: 58107 670 - Telefone 0 XX (83) 2101-5500 Campina Grande - PB



Comissão de Processos
Vestibulares



09/02/2014

Médico Hematologista Clínico



Universidade Federal
de Campina Grande

Hospital Universitário

Rua Carlos Chagas, s/n - São José - CEP: 58107-670 - Telefone 0 XX (83) 2101-5500 Campina Grande - PB



PROCESSO SELETIVO - HUAC

09 de fevereiro de 2014

Nível Superior

Médico Hematologista Clínico

GABARITO DO CANDIDATO

| | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| 1. | 11. | 21. | 31. |
| 2. | 12. | 22. | 32. |
| 3. | 13. | 23. | 33. |
| 4. | 14. | 24. | 34. |
| 5. | 15. | 25. | 35. |
| 6. | 16. | 26. | 36. |
| 7. | 17. | 27. | 37. |
| 8. | 18. | 28. | 38. |
| 9. | 19. | 29. | 39. |
| 10. | 20. | 30. | 40. |

Médico Hematologista Clínico

01 Considerando a classificação das Leucemias Mielóides Agudas pelo grupo Franco- Americano-Britânico, assinale a opção correta:

- a) LMA M0 – Leucemia Aguda Monocítica (componente monocítico > 20% e < 80% em medula óssea e > 5000 monócitos em sangue periférico).
- b) LMA M1 – Leucemia Aguda Megacarioblástica (pelo menos 20% de blastos-megacarioblásticos).
- c) LMA M4 – Leucemia Aguda Mielomonocítica (blastos agranulares e granulares > 90% das células não eritróides).
- d) LMA M6 – Eritroleucemia (componente eritroblástico > 50% na medula óssea).
- e) LMA M2 – Leucemia Mielóide Aguda sem maturação (blastos grandes, agranulares, sem diferenciação).

02 Nos últimos anos, observa-se um acúmulo de conhecimentos sobre a fisiopatologia das Leucemias Mielóides Agudas em adultos, mostrando ser uma doença extremamente heterogênea. A descrição de anormalidades citogenéticas, além de possibilitar a adoção de critérios objetivos ao diagnóstico, é utilizada também como classificação prognóstica. São alterações citogenéticas apenas *favoráveis*, segundo grupos de estudos (CALGB, SWOG/ECOG e MRC) :

- a) cariótipo complexo, -del(5q).
- b) cariótipo normal, -5del(5q).
- c) t(15;17), t(8;21).
- d) cariótipo normal, -7del(7q).
- e) inv(16), t(9;22).

03 As manifestações clínicas das leucemias decorrem da proliferação excessiva das células imaturas (blastos), substituindo, de forma rápida e progressiva, as células hematopoiéticas normais, ocasionando sintomas e sinais relacionados à insuficiência medular e, posteriormente, infiltrando diferentes tecidos ou órgãos. Abaixo, assinale qual o subtipo, pela classificação Franco-Americana-Britânica, de maior prevalência clínica de tumor extramedular, ao diagnóstico:

- a) Leucemia Mielóide Aguda M7.
- b) Leucemia Mielóide Aguda M0.
- c) Leucemia Mielóide Aguda M3.
- d) Leucemia Mielóide Aguda M2.
- e) Leucemia Mielóide Aguda M5.

04 Paciente masculino, 60 anos, com diagnóstico recente de Síndrome Mielodisplásica (Citopenia Refratária com Displasia Multilinhagem – OMS/2008) e cariótipo com alterações complexas. De acordo com a *International Prognostic Scoring System* (IPSS), esse paciente:

- a) Classifica-se como grupo de risco intermediário-I e sugere indicação de tratamento quimioterápico intensivo.
- b) Classifica-se como grupo de risco baixo, não se indicando tratamento específico.
- c) Classifica-se como grupo de risco intermediário-I e sugere indicação de tratamento apenas de suporte (transfusões, profilaxia antimicrobiana, fatores estimulantes).
- d) Classifica-se como grupo de risco intermediário-II e sugere indicação de tratamento quimioterápico intensivo.
- e) Classifica-se como alto risco e sugere tratamento quimioterápico intensivo.

05 A Síndrome Mielodisplásica com del(5q-), pela classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS 2001, rev. 2008), é assim definida separadamente, por:

- a) Associar-se a mau prognóstico, com IPSS de alto risco de transformação para Leucemia Aguda.
- b) Apresentar anemia refratária, irresponsiva a fatores estimulantes (eritropoetina).
- c) Constituir um grupo de bom prognóstico e características bem definidas, como número de plaquetas elevado ou normal.
- d) Revelar alta prevalência em pacientes portadores de falência medular.
- e) Estar presente em mais de 80% dos pacientes portadores de Síndrome Mielodisplásica Primária.

06 As Leucemias Linfóides Agudas podem ser divididas em subgrupos com base na identificação de componentes celulares especificamente expressos por linfócitos B ou T normais. Abaixo, assinale qual a assertiva que mostra o perfil imunofenotípico da Leucemia Linfóide Aguda B comum:

- a) CD3_{cit+}, CD7+, CD2+, CD5+/-, CD4/CD8+/-, CD1a+/-
- b) CD19+, CD22+, CD79a_{cit+}, CD10-, HLA-DR+, TdT+
- c) CD3_{cit+}, CD7+, CD2-, CD5-
- d) CD19+, CD22+, CD79a_{cit+}, CD10+
- e) CD19+, CD22+, CD79a_{cit+}, Ig_s+

07) Anormalidades cromossômicas ou alterações citogenéticas são as variáveis de maior impacto no resultado do tratamento do paciente com Leucemia Linfóide Aguda (LLA). A presença de t(9;22)[BCR/ABL] em um paciente adulto com LLA B, confere:

- a) Prognóstico favorável, considerando paciente <60 anos e com contagem de leucócitos $\geq 30000/\text{mm}^3$.
- b) Prognóstico favorável, considerando paciente <60 anos, expressando fenótipo MDR1.
- c) Prognóstico desfavorável, independente da idade, com taxa de sobrevida livre da doença de 20%, em cinco anos.
- d) Prognóstico desfavorável, independente da idade, com taxa de sobrevida livre da doença de 55%, em cinco anos.
- e) Prognóstico favorável, considerando pacientes > 60 anos e com tempo de obtenção de remissão completa maior que 3 a 4 semanas após o início da quimioterapia de indução.

08) Das assertivas abaixo, a única, classicamente, não associada com quadro clínico observado em pacientes portadores de Policitemia Vera é:

- a) Vertigem.
- b) Zumbidos.
- c) Cefaléia.
- d) Distúrbios visuais.
- e) Úlceras maleolares.

09) No tratamento da Policitemia Vera, assinale apenas a única opção INCORRETA:

- a) Independente da classificação de risco, em todos os pacientes está indicado sangria terapêutica, objetivando manter hematócrito menor que 45% para homens e menor que 42% para mulheres
- b) Nos pacientes de alto risco, além de sangria terapêutica, está indicado associação de droga mielossupressora
- c) A presença concomitante de plaquetose acima de $1.500.000/\text{mm}^3$ indica a utilização de aspirina em baixas doses, como profilaxia de eventos trombóticos
- d) Em pacientes grávidas e naqueles intolerantes à hidroxiuréia, está indicado alfa-interferon como opção de tratamento mielossupressor
- e) Os pacientes que apresentam fatores de risco cardiovascular associados devem receber tratamento com hidroxiuréia

10) Hipercalemia, insuficiência renal, anemia e lesões ósseas são manifestações típicas no paciente portador de Mieloma Múltiplo (MM). Utilizam-se estes achados clínicos para distinguir entre a forma sintomática da doença e seus estados precursores (Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado e Mieloma Múltiplo Assintomático). Sobre tratamento, podemos afirmar:

- a) Nos pacientes portadores de MM assintomático, deve ser indicado tratamento apenas quando surgirem manifestações clínicas (sinais/sintomas).
- b) O uso de bifosfonados deve ser indicado nos pacientes com MM assintomático, por alterarem o tempo de progressão, com melhora da sobrevida global.
- c) A todos os pacientes portadores de MM sintomático recém diagnosticados deve-se indicar terapia de indução + transplante alogênico de células tronco hematopoéticas.
- d) A associação do inibidor de proteassoma (bortezomib) aos novos protocolos de tratamento para pacientes não elegíveis à transplante de medula óssea não alterou o tempo de progressão da doença, tampouco a resposta parcial ou completa.
- e) A talidomida é eficaz como monoterapia em tratamento de indução nos pacientes elegíveis para transplante de medula óssea.

11) A Leucemia Linfóide Crônica, por definição, é uma doença proliferativa clonal que em mais de 90% dos casos apresenta linfócitos com imunofenótipo B maduros presentes no sangue periférico, medula óssea, baço e linfonodos. Segundo *The International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL)*, o diagnóstico é estabelecido quando o paciente:

- a) Apresenta linfocitose persistente por, pelo menos, 3 meses, quantificando $\geq 10 \times 10^9/\text{L}$ no sangue periférico, com fenótipo CD19, CD5 e CD23 ; $\geq 30\%$ de linfócitos ao mielograma, independente da presença ou não de linfonodomegalia, hepato e/ou esplenomegalia, anemia e/ou plaquetopenia.
- b) Apresenta linfocitose persistente por, pelo menos, 6 meses, quantificando $\geq 5 \times 10^9/\text{L}$ no sangue periférico, com fenótipo CD20, CD5 e CD23 ; $\geq 30\%$ de linfócitos ao mielograma, independente da presença ou não de linfonodomegalia, hepato e/ou esplenomegalia, com anemia e/ou plaquetopenia.
- c) Apresenta linfocitose persistente por, pelo menos, 6 meses, quantificando $\geq 10 \times 10^9/\text{L}$ no sangue periférico, com fenótipo CD19, CD5 e CD23 ; $\geq 30\%$ de linfócitos ao mielograma, independente da presença ou não de linfonodomegalia, hepato e/ou esplenomegalia, anemia e/ou plaquetopenia.
- d) Apresenta linfocitose persistente por, pelo menos, 3 meses, quantificando $\geq 5 \times 10^9/\text{L}$ no sangue periférico, com fenótipo CD19, CD5 e CD23 ; $\geq 30\%$ de linfócitos ao mielograma, independente da presença ou não de linfonodomegalia, hepato e/ou esplenomegalia, anemia e/ou plaquetopenia.
- e) Apresenta linfocitose persistente por, pelo menos, 3 meses, quantificando $\geq 5 \times 10^9/\text{L}$ no sangue periférico, com fenótipo CD19, CD5 e CD23 ; $\geq 30\%$ de linfócitos ao mielograma, com linfonodomegalia, hepato e/ou esplenomegalia, anemia e/ou plaquetopenia.

12] Pelos sistemas de estadiamento de *Binet* e *Rai* um paciente portador de Leucemia Linfóide Crônica com linfonodomegalias axilares bilaterais, plaquetopenia $\leq 100000/\text{mm}^3$ e hemoglobina $\leq 10\text{g/dl}$, é :

- Estadio A de Binet e Estadio IV de Rai, com indicação de tratamento quimioterápico.
- Estadio A de Binet e Estadio II de Rai, com indicação de tratamento quimioterápico.
- Estadio C de Binet e Estadio IV de Rai, com indicação de tratamento quimioterápico.
- Estadio C de Binet e Estadio III de Rai, sem indicação de tratamento quimioterápico.
- Estadio C de Binet e Estadio 0 de Rai, sem indicação de tratamento quimioterápico.

13] Abaixo, assinale a única assertiva que consta apenas fatores prognósticos desfavoráveis associados à sobrevida e resposta ao tratamento de um paciente portador de Leucemia Linfóide Crônica, ao diagnóstico:

- Expressão fenotípica de CD38 , IgV_H mutado , cariótipo com del(17p).
- Expressão fenotípica de ZAP-70 , IgV_H não mutado , cariótipo com del(13q).
- Expressão fenotípica de ZAP-70 , IgV_H mutado , cariótipo com del(13q).
- Expressão fenotípica de CD38 , IgV_H mutado , cariótipo com del(13p).
- Expressão fenotípica de CD38 , IgV_H não mutado , cariótipo com del(17p).

14] A Leucemia Mielóide Crônica foi a primeira neoplasia relacionada, consistentemente, com uma anomalia genética adquirida - o cromossomo *Philadelphia* (Ph). Abaixo, assinale a única assertiva INCORRETA:

- O evento genético responsável pelo surgimento do cromossomo *Philadelphia* consiste numa translocação recíproca entre os cromossomos 9 e 22 t(9;22)(q34;q1.1), nas células tronco hematopoiéticas.
- A translocação cromossômica produz um gene quimérico formado pela fusão de dois genes: o gene BCR, localizado no cromossomo 22, com o gene ABL, localizado no cromossomo 9.
- A detecção citogenética desta translocação identifica a Leucemia Mielóide Crônica típica.
- A pesquisa do cromossomo Ph é feita pela análise do cariótipo, preferencialmente em amostra de medula óssea, usualmente através de coloração por banda G ou pesquisa do rearranjo BCR-ABL por *FISH* ou técnica de PCR.
- O cromossomo *Philadelphia* está presente em 100% dos pacientes portadores de Leucemia Mielóide Crônica.

15] O estudo IRIS revelou a superioridade do mesilato de imatinibe em relação ao interferon como terapia de primeira linha em paciente com diagnóstico novo de Leucemia Mielóide Crônica (LMC) em fase crônica no que se refere à resposta hematológica, resposta citogenética e tolerância ao tratamento. Sobre os inibidores de tirosino-quinase, podemos afirmar:

- Em paciente com LMC fase crônica, a dose recomendada de imatinibe seria de 600 mg/dia.
- Por ser de metabolismo renal, não há ajustes na administração do mesilato de imatinibe em pacientes portadores de disfunção hepática.
- O nilotinibe é um inibidor de tirosino-quinase de segunda geração, 30 a 50 vezes mais potente que o imatinibe. Indicado para pacientes com intolerância ou refratariedade ao imatinibe. Como efeito colateral, associa-se, alguns casos, com a ocorrência de derrame pleural.
- O dasatinibe é um inibidor de tirosino-quinase de segunda geração, indicado para pacientes com intolerância ou refratariedade ao imatinibe. O medicamento é efetivo contra todas as mutações resistentes ao imatinibe. Associa-se, alguns casos, à ocorrência de pancreatite aguda com o seu uso.
- A presença da mutação t315I no domínio quinase BCR-ABL confere resistência ao imatinibe, dasatinibe e nilotinibe.

16] De acordo com o *LeukemiaNet*, uma definição de resposta ótima em um paciente em tratamento para Leucemia Mielóide Crônica, com inibidor de tirosino quinase (imatinib), seria:

- Aos 3 meses – remissão hematológica completa + presença de cromossomo *Philadelphia* $\leq 65\%$.
- Aos 6 meses – remissão hematológica completa + presença de cromossomo *Philadelphia* entre 35% e 65%.
- Aos 12 meses – remissão hematológica completa + presença de cromossomo *Philadelphia* entre 1% e 35%.
- Aos 6 meses – remissão hematológica completa + presença de cromossomo *Philadelphia* entre 1% e 35%.
- Aos 3 meses – remissão hematológica completa + presença de cromossomo *Philadelphia* $> 95\%$.

17] Os estudos associados às neoplasias mieloproliferativas resultou, em 2005, na descrição de uma mutação pontual do *exon 14* do gene *Janus Kinase 2* (JAK-2). Sobre a mutação JAK-2, podemos afirmar:

- É encontrada em todos os casos de Mielofibrose Primária, Trombocitemia Essencial e Policitemia Vera.
- A técnica por cariótipo convencional utilizada para identificação da mutação JAK-2 é realizada apenas em material de medula óssea.
- Além da mutação JAK-2 V617F no *exon 14*, mais recentemente também foram descritas mutações no *exon 12*.
- A mutação V617F consiste na substituição de uma fenilalanina por uma valina na posição 617.
- É encontrada apenas em pacientes portadores de Mielofibrose Primária.

18) Dentre as neoplasias mieloproliferativas cromossomo *Philadelphia* negativas, a Mielofibrose Primária tem o pior prognóstico. Sobre a Mielofibrose Primária, assinale a única opção INCORRETA:

- a) A morbidade e mortalidade da doença decorrem de insuficiência cardíaca, hipertensão portal, infecções, sangramentos, eventos trombóticos ou transformação para Leucemia Aguda.
- b) A fibrose intramedular e a desorganização das fibras reticulínicas são analisadas pelo método de *Gomori*.
- c) O principal local de hematopoiese extramedular dos pacientes com Mielofibrose Primária é o fígado, seguido do baço e isso ocorre em decorrência da metaplasia mielóide.
- d) A análise do sangue periférico do paciente portador de Mielofibrose Primária varia conforme a fase clínica da doença, porém caracteriza-se por leucoeritroblastose, presença de dacríócitos e trombocitose.
- e) Ambos os sexos são comumente afetados pela doença.

19) O diagnóstico de Trombocitemia Essencial é estabelecido, segundo a Organização Mundial da Saúde, após exclusão de causas reacionais ou outras neoplasias mieloproliferativas. Para confirmação, todos os critérios abaixo precisam estar presentes, EXCETO:

- a) Documentação clínica de algum episódio de trombose ou hemorragia.
- b) Plaquetose mantida ($> 450000/\mu\text{l}$).
- c) Biópsia de medula óssea mostrando proliferação megacariocítica, com megacariócitos grandes e maduros e ausência de hiperproliferação ou desvio à esquerda na série granulocítica ou eritrocítica.
- d) Ausência de critérios para Policitemia Vera, Mielofibrose Primária, Leucemia Mielóide Crônica, Síndrome Mielodisplásica ou outra neoplasia mielóide.
- e) Demonstração da mutação JAK-2 V617F ou outro marcador clonal ou, na ausência de marcador clonal, nenhuma evidência de trombocitose reacional.

20) Por definição, entende-se neutropenia febril grave :

- a) Febre + valor absoluto de neutrófilo de $1200/\text{mm}^3$
- b) Febre + valor absoluto de neutrófilo de $450/\text{mm}^3$
- c) Febre + valor absoluto de neutrófilo de $550/\text{mm}^3$
- d) Febre + valor absoluto de neutrófilo de $90/\text{mm}^3$
- e) Febre + valor absoluto de neutrófilo de $1650/\text{mm}^3$

21) Oitenta e cinco por cento dos pacientes portadores de Leucemia Aguda desenvolvem algum tipo de infecção ao longo do tratamento quimioterápico. Até meados da década de 80, as infecções eram causadas predominantemente por bactérias gram-negativas, quando observou-se uma mudança epidemiológica pela maior incidência de infecções por bactérias gram-positivas. Abaixo, assinale a assertiva em que todas as afirmações justificam a modificação deste padrão :

- a) Avanços nos métodos diagnósticos de identificação direta por meios de culturas, uso de antineoplásico mais agressivo associado com mucosite oral grave, uso profilático de fluorquinolonas.
- b) Uso de antineoplásico mais agressivo associado com mucosite oral grave, utilização mais frequente de catéteres intravenosos, uso profilático de fluorquinolonas.
- c) Mudança no perfil epidemiológico dos centros de tratamento, utilização mais frequente de catéteres intravenosos, avanços nos métodos diagnósticos de identificação direta por meios de culturas.
- d) O uso profilático de fluorquinolonas, mudança no perfil epidemiológico dos centros de tratamento, utilização mais frequente de catéteres intravenosos.
- e) Utilização mais frequente de catéteres intravenosos, uso profilático de fluorquinolonas, avanços nos métodos diagnósticos de identificação direta por meios de culturas.

22) Sobre o quadro clínico, ao diagnóstico, de paciente acometido de Doença de Hodgkin, todas estão corretas, EXCETO:

- a) A apresentação mais comum é o aparecimento de uma tumoração cervical indolor, causada pelo aumento de um gânglio ou de um grupo de gânglios linfáticos.
- b) A febre é muita característica da doença, inicialmente baixa, vespertina, podendo progredir para uma febre alta e debilitante.
- c) O envolvimento mediastinal ocorre em dois terços dos casos, traduzido por tosse seca e dispnéia que pioram com a posição supina.
- d) Aproximadamente um terço dos pacientes apresentam sintomas sistêmicos por ocasião do diagnóstico: emagrecimento, sudorese noturna e febre.
- e) Envolvimento hepático, traduzido por hepatomegalia dolorosa está presente em 70% dos casos.

23] A Doença de Hodgkin é muito sensível a diversas drogas citostáticas e a radiação ionizante. Atualmente, com intenção curativa, o regime terapêutico mais utilizado com drogas quimioterápicas inclui:

- a) Doxorubicina, bleomicina, procarbazona, prednisona.
- b) Mecloretamina, ciclofosfamida, dacarbazina, vimblastina.
- c) Doxorubicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina.
- d) Mecloretamina, vincristina, procarbazona, prednisona.
- e) Doxorubicina, ciclofosfamida, procarbazona, bleomicina.

24] A classificação mais atualizada das neoplasias linfóides é a proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS-2008). Classicamente, são considerados como doença de evolução indolente e agressiva, respectivamente:

- a) Linfoma/Leucemia de célula T do adulto e Linfoma não Hodgkin Difuso de Grandes Células B.
- b) Linfoma não Hodgkin Folicular e Linfoma de Célula B da Zona Marginal, extranodal, tipo MALT.
- c) Linfoma Não Hodgkin Anaplásico e Linfoma *Burkitt*.
- d) Linfoma Linfoplasmocitário e Linfoma não Hodgkin Folicular.
- e) Linfoma de células B da Zona Marginal e Linfoma de células T Angioimunoblástico.

25] Considerando neutropenia febril, muitos sistemas de estratificação de risco foram desenvolvidos nos últimos anos com o objetivo principal de separar pacientes de alto risco dos pacientes de baixo risco. Atualmente, o escore de risco mais utilizado foi criado pela Associação Multinacional de Apoio aos Cuidados do Câncer (MAASC). Assinale a assertiva que não corresponde a critério utilizado pela MAASC:

- a) Intensidade dos sintomas.
- b) Ausência de hipotensão.
- c) Ausência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
- d) Ausência de desidratação.
- e) Sexo masculino.

26] Das Leucemias Mielóides Agudas abaixo relacionadas, apenas uma revela melhor prognóstico, com sobrevida livre de doença em cinco anos de 70 a 80%.

- a) Leucemia Mielóide Aguda M6.
- b) Leucemia Mielóide Aguda secundária a síndrome mielodisplásica.
- c) Leucemia Mielóide Aguda com t(15;17).
- d) Leucemia Megacariocítica Aguda.
- e) Leucemia Mielóide Aguda com mínima diferenciação.

27] São fatores de risco individuais para eventos trombóticos em pacientes portadores de Mieloma Múltiplo, em tratamento com talidomida, EXCETO:

- a) Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m²).
- b) Tromboembolismo venoso prévio.
- c) Doença cardíaca.
- d) Imobilização.
- e) Hemorragia digestiva prévia.

28] Aproximadamente 80% dos pacientes portadores de Mieloma Múltiplo sintomático apresentam lesões líticas à radiografia do esqueleto. Indica-se o uso de bifosfonatos como forma de equilibrar a reabsorção óssea, evitando as possíveis complicações da doença. Sobre os bifosfonatos, no tratamento do Mieloma Múltiplo, podemos afirmar:

- a) Pamidronato, clodronato e ácido zoledrônico são de uso endovenoso e têm doses corrigidas por disfunção hepática.
- b) Em pacientes com doença renal associada, os bifosfonatos mostram-se seguros, sem necessidade de ajustes pelo *clearance* de creatinina calculado.
- c) No controle da hipercalemia, a indicação de pamidronato mostra-se superior ao ácido zoledrônico, sendo mais rápido e duradouro o seu efeito.
- d) Há relatos na literatura de associação entre uso de bifosfonatos e osteonecrose avascular da mandíbula, indicando necessidade de avaliação odontológica e boa higiene bucal.
- e) Estudos mostram que não há benefício em sobrevida e qualidade de vida dos pacientes em uso de bifosfonatos.

29) Considerando o tratamento da Leucemia Mielóide Aguda t(15;17), indique apenas a assertiva INCORRETA:

- a) A associação do ácido all-trans-retinóico com antracíclicos está indicada na indução
- b) A estratégia de terapia de consolidação varia conforme a classificação do grupo de recaída
- c) A síndrome do ácido retinóico caracteriza-se por desconforto respiratório, infiltrados pulmonares, derrame pericárdico ou pleural, hipoxemia, hipotensão, edema periférico ou ganho ponderal
- d) A síndrome de *Sweet* é uma reação hiperinflamatória com infiltração da pele e órgãos internos por neutrófilos. Surgem , geralmente , após 7 a 34 dias do início do tratamento com o ácido all-trans-retinóico indicando suspensão definitiva da droga
- e) Aos pacientes com contra-indicação ao uso de antracíclicos, deve-se optar pela associação de trióxido de arsênio com ácido all-trans-retinóico

30) Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são apenas critérios menores para o diagnóstico de Policitemia Vera:

- a) Medula óssea hipercelular para a idade, com hiperplasia das linhagens eritróide, megacariocítica e mielóide, com evidente diferenciação das três séries + hemoglobina > 18,5g/dl para homens e > 16,5g/dl para mulheres, ou outra evidência de aumento de massa eritrocitária + demonstração de formação de colônia eritróide endógena *in vitro*
- b) Medula óssea hipercelular para a idade, com hiperplasia das linhagens eritróide, megacariocítica e mielóide, com evidente diferenciação das três séries + presença da mutação JAK-2 V617F ou outra mutação com função similar + demonstração de formação de colônia eritróide endógena *in vitro*
- c) Medula óssea hipercelular para a idade, com hiperplasia das linhagens eritróide, megacariocítica e mielóide, com evidente diferenciação das três séries + níveis séricos de eritropoetina diminuídos + demonstração de formação de colônia eritróide endógena *in vitro*
- d) Medula óssea hipercelular para a idade, com hiperplasia das linhagens eritróide, megacariocítica e mielóide, com evidente diferenciação das três séries + níveis séricos de eritropoetina diminuídos + hemoglobina > 18,5g/dl para homens e > 16,5g/dl para mulheres, ou outra evidência de aumento de massa eritrocitária
- e) Presença da mutação JAK-2 V617F ou outra mutação com função similar + níveis séricos de eritropoetina diminuídos + demonstração de formação de colônia eritróide endógena *in vitro*

31 Considerando o conteúdo da Constituição Federal e da lei 8.080 referente à participação da iniciativa privada no SUS, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
- b) É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
- c) É livre a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País.
- d) Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.
- e) Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS.

32 De acordo com o Art. 200 da Constituição Federal, compete ao Sistema Único de Saúde, EXCETO:

- a) Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos.
- b) Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.
- c) Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
- d) Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico.
- e) Executar a política do meio ambiente, nela compreendido o manejo dos resíduos sólidos.

33 O Art. 6.º da Lei 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, define as ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância em saúde do trabalhador como atribuição do SUS. Relacione o conceito com a respectiva vigilância.

- () Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo e da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.
- () Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
- () Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A- Vigilância Sanitária.

B- Vigilância em Saúde do Trabalhador.

C- Vigilância Epidemiológica.

Assinale a resposta correta:

- a) B, C, D
- b) B, D, C
- c) A, B, C
- d) A, C, B
- e) C, B, A

34 Sobre os princípios do SUS é correto afirmar:

- a) A universalidade diz respeito à capacidade do sistema resolver a totalidade dos problemas de saúde dos usuários.
- b) A equidade representa a igualdade da assistência à saúde, sem discriminação ou privilégios de qualquer espécie.
- c) A regionalização refere-se à descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.
- d) A integralidade é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- e) O controle social diz respeito à divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

35 O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde- COAP objetiva a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários, através de acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde. Assinale a alternativa que representa o instrumento legal do SUS que instituiu o COAP:

- a) Decreto 7.508, de 28 de Junho de 2001.
- b) Norma Operacional Básica do SUS/93.
- c) Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990.
- d) Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006- Pacto pela Saúde.
- e) Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.

36 Considerando a Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação popular no SUS, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.
- b) O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, exceto nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão prerrogativa do chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
- c) O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
- d) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
- e) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

37 O Pacto pela vida, instituído pelo Pacto pela Saúde apresentado na Portaria Nº 399 de 22 de Fevereiro de 2006, representa o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Qual das alternativas abaixo não estava incluída no grupo de prioridades do Pacto em 2006?

- a) Saúde de Idoso.
- b) Saúde Mental.
- c) Promoção da Saúde.
- d) Fortalecimento da atenção básica.
- e) Controle do Câncer de colo de útero e mama.

38 Com relação às Normas Operacionais Básicas -NOB/91, NOB/93 e NOB/96 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS/2001 é correto afirmar:

- a) A NOB /93 propõe a transformação do modelo de atenção à saúde que deve ser centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – a família.
- b) A NOB/91 instituiu novas formas de relação dos municípios com as esferas nacional e estadual estabelecendo três modalidades de gestão: Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena.
- c) A NOAS/2001 teve como objetivo estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.
- d) A NOAS/2001 instituiu uma nova lógica de financiamento para a atenção básica contribuindo para a expansão da Estratégia Saúde da Família no Brasil.
- e) O Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos são instrumentos propostos na NOB/96.

39 As Comissões Intergestores são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. A Comissão Intergestores Tripartite – CIT é composta por:

- a) Representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e do Ministério da Saúde.
- b) Secretários Estaduais e Ministro da saúde.
- c) Representantes dos Conselhos Municipais de Saúde - CMS, das Secretarias Municipais- SMS e da Secretaria Estadual de Saúde - SES.
- d) Representantes do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde- COSEMS e da Secretaria Estadual de Saúde.
- e) Representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, do Conselho Municipal de Saúde –CMS e do Ministério da Saúde.

40 O Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, apresenta uma série de instrumentos para o reordenamento do Sistema único de Saúde. De acordo com as suas proposições assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde.
- b) São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial, os serviços especiais de acesso aberto e os Hospitais de Universitários.
- c) O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no risco cronológico.
- d) O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.
- e) A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

RASCUNHO

RASCUNHO