

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

ESPECIALIDADE: Hematologia e Hemoterapia (R3) - Transplante de Medula Óssea

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área privativa na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.17 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Fortaleza, 07 de novembro de 2021.

Inscrição

Sala

- 01.** Nas anemias megaloblástica é correto afirmar:
- A) Pode ocorrer em pacientes com HIV.
 - B) Na maioria das vezes, tratamos apenas a deficiência de vitamina B12.
 - C) Na deficiência de vitamina B12, o quadro neurológico é Parkinson-like.
 - D) A dosagem sérica normal de vitamina B12 e Ácido Fólico afastam completamente esse diagnóstico.
- 02.** Nas anemias da doença inflamatória temos:
- A) A melhor terapêutica é com Luspatercept.
 - B) Ferritina elevada e níveis baixos de zinco.
 - C) É frequente a diminuição da eritropoetina.
 - D) Ferritina e IST (Índice de saturação da transferrina) elevados.
- 03.** Nos pacientes com Mieloma múltiplo é correto afirmar:
- A) A terapêutica com CAR-T cell já demonstrou que veio para substituir o TCTH nesses casos.
 - B) Os pacientes que recaem com mais de 24 meses após TCTH, devem realizar novo autotransplante o quanto antes.
 - C) Como temos atualmente grande arsenal terapêutico, o TCTH não é mais tratamento de escolha em pacientes elegíveis.
 - D) A nossa legislação não determina limite de faixa etária para o Transplante de células tronco-hematopoéticas (TCTH).
- 04.** Podemos afirmar que no Mieloma temos remissão completa estrita quando:
- A) Imunofixação é positiva.
 - B) O Free Light é normal.
 - C) Menos de 10% de plasmócitos na medula óssea.
 - D) Eletroforese tem redução de mais de 90% da paraproteína.
- 05.** Com relação ao Linfoma de Zona do Manto, podemos afirmar:
- A) É mais frequente em crianças.
 - B) A esplenectomia está contraindicada.
 - C) Pode ter vários padrões de infiltração da medula óssea, inclusive sinusoidal.
 - D) O paciente deve ser encaminhado para transplante autólogo em primeira remissão.
- 06.** Paciente portador de linfoma de Hodgkin (LH), não responsivo ao esquema de quimioterapia com ABVD, não tem como opção terapêutica:
- A) Nivolumabe.
 - B) Brentuximabe.
 - C) Terapia com células Natural Killer (NK).
 - D) Resgate com protocolo de segunda linha, tais como ICE (Ifosfamida, Cisplstina e Etoposide) ou DHAP (Ara C, Cisplstina e Dexametasona).
- 07.** Considerando o paciente da questão 06 e observando-se que o LH não entrou em remissão após ICE, qual conduta você tomaria?
- A) Transplante autólogo.
 - B) Transplante haploidêntico.
 - C) Resgate com Brentuximabe.
 - D) Resgate com Lenalidomida.
- 08.** Caso haja recaída após transplante autólogo em paciente com LH. Qual a melhor conduta?
- A) Uso de Nivolumab.
 - B) Uso de Blinatumumab.
 - C) Um segundo Transplante autólogo.
 - D) Transplante alogênico não aparentado com compatibilidade 9x10.

09. Nos pacientes com gamopatia monoclonal a esclarecer, qual a melhor conduta?
- A) Cintilografia óssea.
 - B) Densitometria óssea e Mielograma.
 - C) Tomografia computadorizada de alta precisão.
 - D) Ressonância nuclear magnética de corpo inteiro, mielograma e imunofenotipagem.
10. Na Policitemia Vera, é correto afirmar:
- A) A mutação de JAK 2 é rara.
 - B) Podemos ter mutação do BCR-ABL.
 - C) Pode ser necessário o uso de Ruxolitinibe.
 - D) Não costuma necessitar de tratamento.
11. Na Mielofibrose, além da mutação da JAK 2, quais outras mutações podemos detectar?
- A) FLT3.
 - B) IDH2.
 - C) ABL-JAK 2.
 - D) Calreticulina.
12. Paciente com Trombocitemia Essencial que apresenta dispneia aos mínimos esforços, hipoxemia, sudorese fria qual a principal hipótese?
- A) Tromboembolismo pulmonar.
 - B) Eritromelalgia.
 - C) Vasculite.
 - D) Fasceite.
13. Na Leucemia mieloide crônica, podemos afirmar:
- A) Anemia severa é frequente.
 - B) A citoredução com hidroxureia pode ser necessária.
 - C) As crises blásticas são na sua maioria de linhagem mista.
 - D) A terapia alvo com ibrutinibe pode levar a um excelente controle da doença.
14. Nas síndromes mielodisplásicas (SMD) com níveis de hemoglobina menor que 10g/dl, devemos:
- A) Fazer quelante de ferro venoso.
 - B) Dosar vitamina E e repor se estiver baixa.
 - C) Realizar transfusão de concentrados de hemácias lavadas.
 - D) Dosar eritropoetina sérica e se menor que 500UI, fazer reposição.
15. Paciente com SMD IPSS-R de baixo risco, dependente de transfusão de concentrado de hemácias, a melhor conduta deve ser:
- A) Uso de Lenalidomida.
 - B) Encaminhar para TMO, pois este é o momento ideal.
 - C) Se níveis de eritropoetina foram menor que 500MUI, tentar usa-lá e, se após três meses não tiver resposta, encaminhar para o TMO.
 - D) Azacitidina até perder resposta, quando então deverá ir para o transplante de medula óssea (TMO).
16. As mutações frequentes nas Leucemias Mieloide Agudas são:
- A) BRAL.
 - B) NPM1.
 - C) JAK 2.
 - D) BCR-ABL.
17. Quando temos falhas de mobilização no TMO, por qual conduta não devemos optar?
- A) Utilização de plerixafor.
 - B) Coleta direta da medula óssea.
 - C) Caso haja falha ao Plerixafor, pode ser discutido TMO Alogênico.
 - D) Realizar uma quimomobilização, caso tenha sido feito uso apenas de G-CSF.

18. Após o tratamento de um paciente com Leucemia Linfóide Aguda, qual o principal parâmetro para definir elegibilidade para o TMO?
- A) Doença residual mínima.
 - B) Percentual de células B e T.
 - C) Contagem de linfócitos T regulatórios.
 - D) Percentual de blastos no sangue periférico.
19. Paciente com LMA FLT3-TKD positivo, qual a melhor conduta?
- A) Dasatinibe.
 - B) Ruxolitinibe.
 - C) Acalabrutinibe.
 - D) Midostaurin, mesmo que não exista consenso.
20. Qual a chance de encontramos doador totalmente compatível na família? Qual o percentual?
- A) 25%
 - B) 45%
 - C) 50%, pois podemos fazer TMO haploidêntico
 - D) 80%