Grupo Hospitalar Conceição

Domingo de manhã

CONCURSOS PÚBLICOS Nº 01 E 02/2025

MÉDICO (ALERGIA E IMUNOLOGIA)
66 – HOSPITAL FEDERAL BONSUCESSO (RJ)

Instruções

Leia atentamente e cumpra rigorosamente as instruções que seguem, pois elas são parte integrante das provas e das normas que regem esse certame.

1. Atente-se aos avisos contidos no quadro da sala e aguarde o 2º sinal sonoro para **abrir** este caderno de questões e **iniciar** a prova.
2. Seus pertences deverão estar armazenados dentro do saco plástico fornecido pelo fiscal, permanecendo em sua posse somente caneta esferográfica de ponta grossa, de material transparente, com tinta preferencialmente preta, lanche e água, se houver. A utilização de qualquer material não permitido em edital é expressamente proibida, acarretando a sua imediata exclusão do certame.
3. Após o 2º sinal, certifique-se de que este caderno de questões:
   - contém 40 (quarenta) questões;
   - **refere-se ao número e ao cargo para o qual realizou a inscrição.**
4. Cada questão oferece 5 (cinco) alternativas de respostas, representadas pelas letras A, B, C, D e E, sendo apenas 1 (uma) a resposta correta.
5. Será respeitado o tempo para realização da prova conforme previsto em edital, incluindo o preenchimento da grade de respostas.
6. Os três últimos candidatos deverão retirar-se da sala de prova ao mesmo tempo, devendo assinar a Ata de Prova.
7. A responsabilidade referente à interpretação dos conteúdos das questões é exclusiva do candidato.
8. No caderno de questões, você poderá rabiscar, riscar e calcular.
9. Os gabaritos preliminares da prova objetiva serão divulgados na data descrita no Cronograma de Execução desse certame.

BONSUCESSO CONCEIÇÃO

Controle de QUALIDADE Fundatec
Eco Friendly
A Fundatec utiliza papel com certificação florestal e tinta biodegradável.
Concursos Fundatec ISO 9001

RASCUNHO
Utilize esse espaço para anotar suas respostas

*A anotação neste rascunho NÃO substitui o preenchimento da grade de respostas.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

51	52	53	54	55	56	57	58	59	60

61	62	63	64	65	66	67	68	69	70

71	72	73	74	75	76	77	78	79	80

81	82	83	84	85	86	87	88	89	90

91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

QUESTÃO 01 – Considerando as previsões da Constituição Federal de 1988 em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), assinale a alternativa correta.

A) O subsistema da saúde está inserido no sistema social do seguro, em conjunto com os subsistemas da previdência social e assistência social.
B) Compete ao SUS participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
C) A participação na produção de medicamentos, equipamentos e imunobiológicos é de competência do SUS, com exceção da produção dos hemoderivados.
D) A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde é de competência do Ministério da Educação, com apoio do Ministério da Saúde.
E) É de competência das Universidades todo desenvolvimento científico e tecnológico da área da saúde, não havendo necessidade de incremento pelo SUS.

QUESTÃO 02 – Considerando as previsões em relação ao SUS com base na Lei nº 8.080/1990, assinale a alternativa correta.

A) Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
B) A Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito privativamente público.
C) Os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização da Agência Nacional de Saúde (ANS).
D) O SUS poderá, em livre iniciativa e a qualquer momento, recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, em detrimento da própria oferta de serviços, formalizadas mediante termo de compromisso entre as instituições.
E) Na prestação de serviços de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, com exceção dos serviços prestados pela iniciativa privada, que possuem seu próprio regramento.

QUESTÃO 03 – Mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), gerência de porta aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que exemplificam dispositivos de qual diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH)?

A) Clínica ampliada.
B) Acolhimento.
C) Cogestão.
D) Valorização do trabalho e do trabalhador.
E) Defesa dos direitos do usuário.

QUESTÃO 04 – Não basta garantir o direito ao acompanhante, é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los, assim como não é possível assegurar e promover a inclusão da pessoa com deficiência sem a configuração de espaços e de práticas de modo universalizante. Sobre o tema, assinale a alternativa INCORRETA.

A) A sensibilidade às necessidades é o primeiro passo para favorecer a inclusão dos diferentes sujeitos.
B) Um objeto acessível é aquele que pode ser alcançado para uso. Uma vez alcançado, supõe-se que seu uso, seguro e autônomo, não seja mais uma questão de acessibilidade, e sim de usabilidade.
C) A confortabilidade não se limita à supressão dos fatores indesejáveis e de inacessibilidade, mas envolve algo a mais, um conjunto de valores onde trabalhadores e usuários identifiquem seu mundo e suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde.
D) Utilizar o conceito arquitetônico de Desenho Compartimental ao projetar os espaços da saúde, favorece a integração e potencializa o espaço para o uso democrático dos diferentes usuários.
E) A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários, acompanhantes e trabalhadores de cada serviço, possibilita a criação de espaços saudáveis e acolhedores e melhora o processo de trabalho e a produção de saúde.

QUESTÃO 05 – A qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. É imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, com o SUS e com o modelo assistencial definido nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Esse comprometimento se dá por meio de diversas ações, como as seguintes, EXCETO:

A) Formulação de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País.
B) Incentivo à formação dos trabalhadores do SUS, em todos os níveis, em especial nas áreas prioritárias para o funcionamento do Sistema, incluindo gestores, por meio das escolas de governo vinculadas às Secretarias Municipais e de Estado de Saúde, escolas técnicas federais e universidades da localidade ou de sua região.
C) Implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS.
D) Abertura de campos de estágio para a formação dos trabalhadores do SUS, tendo o trabalho como referência e eixo central do processo ensino-aprendizagem, vinculados aos princípios e aos objetivos do SUS.
E) Incentivo aos programas de residência médica e em área profissional, adequados às necessidades da instituição de ensino e/ou estabelecimento de saúde proponente e deliberadas pelos respectivos Conselhos de Classe.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

QUESTÃO 06 – A respeito da prevenção de doenças através de imunizações, assinale a alternativa INCORRETA.

A) Imunização é o processo de indução de imunidade por meio da administração de antígenos (por exemplo, as vacinas) ou anticorpos.
B) Vacina inativada é aquela composta por bactérias ou vírus mortos que, após replicação em meios de cultura, são inativados por procedimentos químicos ou físicos.
C) Vacina combinada é uma vacina na qual o polissacarídeo é conjugado a uma proteína carreadora, com capacidade de estimular a reposta imune timo-dependente.
D) A vacina BCG é uma vacina atenuada composta por bactérias vivas, especialmente o bacilo de Calmette-Guérin que protege contra as formas graves de tuberculose, como a miliar e a meningite tuberculosa.
E) A vacina oral contra poliomielite é atenuada, composta por vírus vivos, e a vacina injetável contra poliomielite é inativada, composta por vírus mortos.

QUESTÃO 07 – Sobre os acidentes com escorpiões, que podem levar a pessoa acidentada a um quadro clínico emergencial, assinale a alternativa INCORRETA.

A) Os escorpiões são de grande importância na saúde pública, especialmente em decorrência de fatores associados à urbanização desordenada, com acúmulo de resíduos, lixo, proliferação de pragas urbanas, e ao transporte de cargas.
B) A cauda dos escorpiões é formada por dois segmentos e no fim dela situa-se o ferrão, também conhecido como telso. São crescentes no Brasil os acidentes com escorpiões do gênero *Tityus (T. serrulatus* – escorpião preto).
C) Grupos vulneráveis são representados por sujeitos trabalhadores na construção civil, ou em madeireiras, distribuidoras de hortifrutigranjeiros, e crianças e pessoas que permanecem em casa ou em quintais por maiores períodos.
D) Os escorpiões podem sobreviver vários meses sem alimento e sem água.
E) O soro antiescorpiônico intravenoso é indicado para quadro grave com manifestação sistêmica intensa, como inúmeros episódios de vômitos, priapismo, convulsões, insuficiência cardíaca e agitação alternada com sonolência.

QUESTÃO 08 – A respeito de Epidemiologia em Saúde e/ou de indicadores de saúde que podem ser utilizados na avalição de serviços de saúde ou da situação de saúde na população, assinale a alternativa INCORRETA.

A) A avaliação dos serviços de saúde é usualmente baseada na coleta de dados sobre estrutura, processo e resultado, conforme o modelo criado por Donabedian, na década de 1960.
B) Entre os indicadores utilizados na análise de impacto organizacional dos serviços de saúde, citam-se como exemplos: recursos financeiros, custos e despesas; e estoque (material de consumo, medicamentos, vacinas e equipamentos médicos).
C) Cita-se como exemplo de indicadores hospitalares de processo: índice de intervalo de substituição representado pela porcentagem de desocupação multiplicada pela média de permanência em dias, divididas pela porcentagem de ocupação.
D) Citam-se como exemplo de indicadores utilizados na avaliação de resultados: morbidade ambulatorial com distribuição dos atendimentos ambulatoriais por causa, idade, sexo, custos; vigilância à saúde/vigilância epidemiológica e sanitária: incidência e prevalência de doenças de notificação compulsória.
E) A Organização Mundial da Saúde estabelece alguns indicadores que permitem conhecer aspectos da situação de saúde da população e das práticas em saúde, entre eles: indicadores sociais e econômicos; indicadores da cobertura da Atenção Primária.

QUESTÃO 09 – As imunodeficiências primárias constituem um grupo de doenças heterogêneas que afetam primariamente a função do sistema imunológico. Mais recentemente, esse grupo de doenças tem sido denominado como Erros Inatos da Imunidade (EII). A principal manifestação dos EII são:

A) Alergias.
B) Linfomas.
C) Leucemias.
D) Infecções.
E) Anemias.

QUESTÃO 10 – A respeito dos distúrbios do sódio, assinale a alternativa correta.

A) A principal consequência da hipernatremia aguda por infusão de solução salina é o edema de membros inferiores.
B) O tratamento da hiponatremia deve considerar a hipocalemia, pois a reposição de potássio desloca o sódio do compartimento extracelular para o intracelular.
C) O principal local acometido pela desmielinização osmótica é o cerebelo.
D) O sódio sérico, em caso de hiponatremia aguda, deve ser rapidamente elevado, mais do que 5 mEq/L/h, totalizando ao menos 20 mEq em 24h.
E) Em casos crônicos, a hiponatremia leve está associada a distúrbios cognitivos, distúrbios de marcha, risco de queda e fraturas.

QUESTÃO 11 – Assinale a alternativa que apresenta um princípio fundamental corretamente descrito de acordo com o Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 2.217/2018.

A) O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.
B) É direito do médico requerer desagravo ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.
C) É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.
D) É vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.
E) O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

QUESTÃO 12 – A respeito do exame de urina de rotina, analise os resultados da análise física ou macroscópica da urina e suas possíveis alterações de cor, conforme a presença e a concentração de pigmentos, agentes químicos, produtos do metabolismo ou distúrbios endógenos, e assinale a alternativa que indica correspondência INCORRETA entre a cor apresentada e o respectivo fator.

A) Cinza – furazolidona.
B) Laranja – fenazopiridinas.
C) Incolor – diabetes insípido.
D) Azul – ácido homogentísico.
E) Preta – melanina.

QUESTÃO 13 – A respeito da Ética Médica e da Bioética, assinale a alternativa INCORRETA.

A) O Código de Ética Médica, no capítulo destinado ao Ensino e Pesquisa Médica, estabelece que é vedado ao médico deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.
B) No campo da Bioética, o consentimento informado é uma condição indispensável da relação médico-paciente e da pesquisa com seres humanos e se trata de uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação, sabendo da natureza deste, das suas consequências e dos seus riscos.
C) No campo da Bioética, o consentimento informado obtido de forma correta legitima e fundamenta o ato médico ou de pesquisa como justo e eticamente correto.
D) No campo da Bioética, o respeito decorrente da dignidade e a autonomia são propriedades que caracterizam o consentimento informado.
E) No campo da Bioética, é evidente que o médico e os demais profissionais da saúde devem exercer o princípio da benevolência de modo absoluto, pois isso não aniquila a manifestação da vontade, dos desejos e dos sentimentos do paciente.

QUESTÃO 14 – A respeito de epidemiologia em saúde e da abordagem de exames diagnósticos, assinale a alternativa INCORRETA.

A) Na prática diagnóstica, podem ser utilizadas quatro estratégias, segundo Sackett *et al.* (1991): o reconhecimento padrão, a técnica da arborização ou do fluxograma, a técnica da exaustão e a técnica hipotético-dedutiva.
B) As técnicas de raciocínio clínico, segundo Kassirer (1989), incluem o raciocínio probabilístico ou bayesiano, o raciocínio causal e o raciocínio determinístico ou categórico.
C) O nomograma proposto por Fagan fornece diretamente, a partir da probabilidade pré-teste (incidência) da doença na população estudada, a probabilidade pós-teste, de acordo com as razões de verossimilhança.
D) Entre outras ferramentas, a epidemiologia clínica utiliza para o processo diagnóstico a sensibilidade, a especificidade, a curva ROC (*Receiver-operating Characteristic*), os valores preditivos de um teste, a prevalência e as razões de probabilidades.
E) A curva ROC compara sensibilidade e especificidade, além da taxa de falsos-positivos e de verdadeiros-positivos em múltiplos pontos de corte, e os testes de bom poder discriminatório se concentram no campo superior esquerdo dessa curva.

QUESTÃO 15 – Assinale a alternativa que apresenta INCORRETAMENTE a associação do achado clínico com sua respectiva doença.

A) Edema pré-tibial com cacifo macio – mixedema.
B) Hirsutismo – hipertireoidismo.
C) Língua fissurada – acromegalia.
D) Sinal de Schamroth – Doença de Crohn.
E) Asteríxis – encefalopatia urêmica.

QUESTÃO 16 – Um paciente de 35 anos apresenta Rinite Alérgica Sazonal (RAS) moderada a grave, com sintomas predominantes de congestão nasal, espirros frequentes, prurido ocular e lacrimejamento, que impactam significativamente sua qualidade de vida. Ele relata que o uso de anti-histamínicos orais (OAH) tem proporcionado alívio limitado dos sintomas nasais e oculares. O médico alergologista busca a abordagem terapêutica mais eficaz, baseada nas evidências mais recentes para otimizar o tratamento do paciente. Considerando as evidências atuais apresentadas em revisões sistemáticas e meta-análises sobre o tratamento da rinite alérgica sazonal, qual das seguintes alternativas melhor reflete a superioridade terapêutica para esse paciente?

A) Anti-histamínicos orais são a primeira linha de tratamento e demonstram superioridade consistente em relação aos corticosteroides intranasais para o controle dos sintomas nasais e oculares em pacientes com RAS moderada a grave.
B) Os antagonistas de receptores de leucotrienos orais são tão eficazes quanto os corticosteroides intranasais na melhora dos sintomas nasais, com um perfil de segurança geralmente mais favorável e menos eventos adversos locais.
C) Embora haja evidências limitadas para Rinite Alérgica Perene (RAP), os resultados de superioridade dos tratamentos intranasais para RAS não podem ser extrapolados para a RAP devido a diferenças fisiopatológicas fundamentais.
D) A segurança dos tratamentos intranasais é significativamente inferior à dos tratamentos orais, com uma incidência notavelmente maior de eventos adversos graves e retiradas do tratamento devido a efeitos colaterais.
E) Tratamentos intranasais, incluindo corticosteroides intranasais e anti-histamínicos intranasais, são superiores aos tratamentos orais (anti-histamínicos orais ou antagonistas de receptores de leucotrienos) na melhora dos sintomas nasais, oculares e da qualidade de vida em rinite alérgica sazonal.

QUESTÃO 17 – Paciente, sexo masculino, 28 anos, agricultor, residente em uma área rural do interior de Santa Catarina, comparece ao consultório em novembro. Relata um quadro de rinoconjuntivite caracterizado por espirros frequentes em salva, coriza aquosa abundante, prurido nasal e ocular intenso, além de congestão nasal. Os sintomas iniciaram-se no final de setembro e têm piorado progressivamente, sendo significativamente mais intensos durante o trabalho no campo e em atividades ao ar livre. Refere melhora parcial com o uso esporádico de anti-histamínicos não sedantes. Não apresenta febre, tosse produtiva ou dor de garganta. Considerando o histórico clínico, a época do ano e a ocupação do paciente, qual é a abordagem mais adequada para o diagnóstico etiológico da rinite alérgica neste caso?

A) Realizar testes cutâneos de leitura imediata (*prick test*) com uma bateria que contemple os aeroalérgenos regionais, com ênfase em pólens de gramíneas, dada a sazonalidade dos sintomas e a ocupação do paciente, visando confirmar a sensibilização IgE mediada e planejar o manejo a longo prazo.
B) Iniciar corticoterapia oral em dose decrescente e recomendar lavagem nasal diária, pois o quadro agudo sugere inflamação intensa que necessita de controle rápido antes da investigação diagnóstica.
C) Solicitar dosagem de IgE sérica específica para painel de fungos e ácaros, pois esses alérgenos são os mais prevalentes em qualquer estação no Sul do Brasil e a IgE sérica é o exame mais fidedigno.
D) Realizar rinomanometria e videonasofibroscopia para avaliar o grau de obstrução e a presença de alterações estruturais, sendo esses exames prioritários antes de qualquer tratamento alérgico.
E) Aconselhar o paciente a mudar de atividade profissional para reduzir a exposição ambiental e prescrever apenas anti-histamínicos de segunda geração para controle sintomático.

QUESTÃO 18 – Paciente do sexo feminino, 48 anos, com diagnóstico de asma brônquica há 15 anos. Apresenta sintomas diários de dispneia, tosse e sibilância, com despertares noturnos duas a três vezes por semana, apesar do uso regular de alta dose de Corticoide Inalatório (CI) e beta-2 agonista de longa ação (LABA). Relata ter procurado o pronto-socorro três vezes no último ano devido a exacerbações graves da asma, necessitando de corticoide sistêmico oral e uma internação. Seus exames laboratoriais recentes mostram eosinofilia sérica persistente (contagem absoluta de eosinófilos >500 células/μL) e IgE total elevada. Não é tabagista e sua função pulmonar (VPP1) está em 65% do predito. Considerando o quadro clínico e os achados laboratoriais, qual é a conduta mais apropriada a ser implementada após a otimização da terapia inalatória e avaliação da adesão e técnica inalatória?

A) Aumentar a dose do corticoide inalatório para a dose máxima tolerada e adicionar um antileucotrieno oral, mantendo a paciente em observação por mais 6 meses para reavaliação.
B) Iniciar tratamento com corticoide sistêmico oral em baixas doses de forma contínua para controle dos sintomas, devido à gravidade da doença e ao perfil inflamatório.
C) Encaminhar a paciente para investigação de apneia obstrutiva do sono e doença do refluxo gastroesofágico, pois essas comorbidades são as principais causas de asma grave refratária.
D) Iniciar a investigação para asma grave refratária e considerar o uso de terapia biológica direcionada, como um anticorpo anti-IL-5 ou anti-IL-5R, dada a evidência de inflamação eosinofílica e o controle inadequado com a terapia máxima convencional.
E) Realizar broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia para descartar outras causas de sibilância e eosinofilia pulmonar, como bronquiolite obliterante ou pneumonia eosinofílica.

QUESTÃO 19 – Uma paciente de 45 anos, artista plástica, procura o dermatologista com uma história de 8 meses de dermatite eczematosa crônica, pruriginosa, com exacerbações e remissões parciais, predominantemente nas mãos, dorso e região cubital dos antebraços. Refere que o quadro iniciou após a aquisição de novos materiais de trabalho (tintas acrílicas, vernizes e solventes específicos). Já utilizou diversos corticosteroides tópicos de alta potência, anti-histamínicos orais e hidratantes, sem melhora sustentada ou com recidivas rápidas ao suspender o tratamento. Ao exame físico, observa-se eritema, pápulas, vesículas e liquenificação nas áreas afetadas, com distribuição que sugere contato com substâncias manuseadas. Não há histórico pessoal ou familiar de atopia. Diante desse quadro clínico e histórico ocupacional, qual é a conduta mais apropriada para estabelecer o diagnóstico etiológico e planejar o tratamento definitivo?

A) Iniciar prednisona oral em dose imunossupressora por 30 dias e encaminhar para biópsia cutânea das lesões ativas para confirmação histopatológica de dermatite eczematosa e exclusão de outras dermatoses inflamatórias.
B) Realizar dosagem sérica de IgE total e específico para aeroalérgenos e alimentos, considerando a possibilidade de dermatite atópica com apresentação atípica de início tardio.
C) Suspender todos os tratamentos tópicos e orais ativos (exceto hidratação) por um período de 1 a 2 semanas e, em seguida, realizar testes de contato (*patch tests*) com uma bateria padrão e, se disponível e eticamente seguro, com amostras dos materiais de trabalho da paciente.
D) Prescrever um inibidor de calcineurina tópico (como, por exemplo, tacrolimus 0,1%) em regime de uso contínuo e fototerapia com UVB de banda estreita (UVBnb), associados à pesquisa de fungos nas lesões para afastar *tinea manuum*, considerando o aspecto crônico e refratário.
E) Orientar a paciente a manter a hidratação intensiva da pele e prescrever um corticosteroide tópico de potência muito alta em regime de pulsoterapia noturna para controle das crises, sem necessidade de investigação adicional, por se tratar de uma dermatite de contato irritativa crônica, comum em artistas plásticas.

QUESTÃO 20 – Uma paciente de 35 anos comparece ao consultório com queixa de lesões urticariformes e angioedema diários há 7 meses. As lesões são intensamente pruriginosas, migratórias, e resolvem-se em menos de 24 horas sem deixar máculas residuais. A paciente nega exposição a alérgenos conhecidos ou outros gatilhos específicos, embora refira que o estresse e o calor podem agravar os sintomas. Já fez uso regular de anti-histamínicos H1 de segunda geração (loratadina e fexofenadina) na dose padrão (1 comprimido ao dia) sem melhora significativa dos sintomas, que impactam sua qualidade de vida e sono. Ao exame físico, apresenta algumas pápulas eritematosas, edematosas, e um leve angioedema labial em resolução. Exames laboratoriais iniciais (hemograma completo, VHS, PCR, função renal e hepática) estão dentro da normalidade. Considerando o diagnóstico de Urticária Crônica Espontânea (UCE) refratária à dose padrão de anti-histamínicos H1, qual seria a conduta mais apropriada para o manejo desta paciente?

A) Solicitar biópsia de pele das lesões mais recentes para descartar urticária vasculite e, se negativa, iniciar terapia com corticosteroide oral em doses elevadas (como, por exemplo, prednisona 0,5 mg/kg/dia) por um mês para controle imediato.
B) Aumentar a dose do anti-histamínico H1 não sedante para até quatro vezes a dose padrão diária, mantendo por 2 a 4 semanas. Se persistir a refratariedade, considerar a introdução de omalizumabe.
C) Realizar testes cutâneos de leitura imediata (*prick test*) para alérgenos inalantes e alimentares comuns, e dosar IgE total e triptase sérica, para identificar possíveis gatilhos alérgicos e confirmar a ativação mastocitária.
D) Iniciar ciclosporina oral em baixa dose como terapia imunossupressora, devido à gravidade e cronicidade do quadro, monitorando a pressão arterial e a função renal quinzenalmente.
E) Recomendar à paciente seguir uma dieta de exclusão de pseudoalérgenos (corantes, conservantes, salicilatos) por pelo menos 4 semanas e prescrever um anti-histamínico H2 (como, por exemplo, ranitidina) associado ao H1.

QUESTÃO 21 – Um paciente do sexo masculino, 32 anos, é admitido no pronto-socorro com um inchaço facial progressivo, envolvendo lábios e pálpebras, de início há aproximadamente 3 horas. Ele descreve o inchaço como tenso, não pruriginoso e sem eritema ou urticária associados. Relata que esse é o quarto episódio nos últimos 8 meses; os episódios anteriores afetaram sua mão esquerda, um tornozelo e causaram dores abdominais intensas, com náuseas e vômitos, que foram previamente diagnosticadas como "gastrite aguda". Menciona que sua mãe e um tio materno também apresentam histórico de "inchaços inexplicáveis" e "cólicas abdominais recorrentes". O paciente nega uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e qualquer exposição a alérgenos conhecidos. No momento, não apresenta sinais de dificuldade respiratória. Diante desse quadro clínico e histórico, qual é a conduta mais apropriada para o diagnóstico e o manejo agudo da condição?

A) Administrar imediatamente epinefrina intramuscular, corticosteroides (como, por exemplo, metilprednisolona IV) e anti-histamínicos (como, por exemplo, difenidramina IV), e solicitar dosagem de IgE total e triptase sérica para descartar anafilaxia.
B) Realizar uma bateria de testes cutâneos de leitura imediata (*prick test*) para alérgenos inalantes e alimentares comuns, e prescrever um anti-histamínico H1 de segunda geração e corticosteroide oral por uma semana.
C) Recomendar avaliação psiquiátrica para investigar transtorno de somatização, devido à natureza inespecífica dos sintomas e à ausência de causas alérgicas evidentes, enquanto se monitora o inchaço.
D) Solicitar dosagem dos níveis séricos de C4, C1-inibidor (C1-INH) quantitativo e C1-INH funcional. Para o manejo agudo, administrar concentrado de C1-INH (derivado de plasma ou recombinante) ou icatibanto.
E) Iniciar profilaxia a longo prazo com ácido tranexâmico ou danazol oral, e realizar tomografia computadorizada de abdome para investigar a causa da dor abdominal, já que o inchaço não é a principal queixa.

QUESTÃO 22 – Uma paciente de 42 anos procura atendimento médico referindo histórico de infecções recorrentes desde o final de sua adolescência, com piora significativa nos últimos 5 anos. Relata episódios anuais de pneumonia (duas vezes exigindo internação), bronquites de repetição e sinusites crônicas que necessitam de múltiplos ciclos de antibióticos. Além disso, nos últimos 12 meses, desenvolveu diarreia crônica associada à perda de 8 kg, e um episódio de anemia hemolítica autoimune diagnosticada e tratada com corticosteroides há 6 meses. Sua irmã mais nova também apresenta histórico de infecções respiratórias recorrentes. Ao exame físico, apresenta esplenomegalia levemente palpável e linfonodomegalia cervical discreta.

A investigação laboratorial inicial revelou os seguintes resultados:

- IgG sérico: 350 mg/dL (valor de referência: 700-1600 mg/dL).
- IgA sérico: <7 mg/dL (valor de referência: 70-400 mg/dL).
- IgM sérico: 45 mg/dL (valor de referência: 40-230 mg/dL).
- Hemograma: hemoglobina 10,5 g/dL, leucócitos e plaquetas normais.
- Subpopulações de linfócitos: linfócitos T CD3+, CD4+ e CD8+ em contagens normais; linfócitos B CD19+ em contagens normais, porém com redução acentuada de linfócitos B de memória (CD19+CD27+).
- Exclusão de causas secundárias: sorologias para HIV negativas; eletroforese de proteínas séricas sem gamopatia monoclonal.

Com base nesse quadro clínico-laboratorial, quais são as próximas etapas diagnósticas e terapêuticas mais apropriadas para a paciente?

A) Iniciar tratamento com antibióticos de amplo espectro em caráter profilático contínuo e investigar a presença de bronquiectasias por meio de tomografia de tórax de alta resolução, considerando principalmente as infecções pulmonares.
B) Realizar biópsia de medula óssea para investigar causas de linfoproliferação e citopenia, além de iniciar ciclos de imunossupressores para a anemia hemolítica autoimune, priorizando o tratamento das complicações autoimunes.
C) Avaliar a resposta sorológica a vacinas de antígenos proteicos (como, por exemplo, tétano, difteria) e polissacarídeos (como, por exemplo, pneumococo 23-valente); uma vez confirmada a falha na produção de anticorpos específicos, iniciar terapia de reposição de imunoglobulina (IVIg ou SCIg).
D) Investigar causas genéticas de deficiências enzimáticas metabólicas raras que possam mimetizar imunodeficiências e instituir suporte nutricional intensivo para diarreia e perda de peso.
E) Prescrever corticosteroides orais em dose imunossupressora para controle das manifestações autoimunes e, caso não haja melhora, considerar a realização de transplante de medula óssea alogênico devido à gravidade do quadro.

QUESTÃO 23 – Um paciente de 28 anos, com histórico de asma brônquica controlada (uso de salbutamol SOS), é trazido ao pronto-socorro por sua família com início súbito, há 20 minutos, de prurido generalizado, urticária difusa, sensação de "bolo na garganta", dispneia, sibilos audíveis e tontura. Refere ter ingerido um sanduíche caseiro há cerca de 30 minutos, do qual não soube precisar todos os ingredientes, e que após os primeiros sintomas, tomou um comprimido de anti-histamínico H1 que tinha em casa, sem melhora. Ao exame físico, apresenta-se consciente, porém pálido, com dispneia intensa, FR 28 irpm, SpO_2 88% em ar ambiente, FC 120 bpm, PA 90/50 mmHg. Ausculta pulmonar com sibilos difusos. Diante da suspeita de anafilaxia grave, qual é a conduta imediata e prioritária a ser instituída nesse momento?

A) Administrar 0,3 mL de epinefrina 1:1000 por via intramuscular na face lateral da coxa, iniciar oxigenoterapia, elevar as pernas do paciente e preparar para repetir a dose de epinefrina a cada 5-15 minutos se não houver melhora, associando salina 0,9% IV rápida e corticosteroides/ anti-histamínicos IV.
B) Iniciar oxigenoterapia de alto fluxo e nebulização com salbutamol para controle dos sibilos e da dispneia, enquanto se aguarda o resultado da dosagem de triptase sérica para confirmar a ativação mastocitária.
C) Administrar 500 mg de hidrocortisona IV e 25 mg de difenidramina IV para estabilização da reação alérgica, e monitorar a pressão arterial para considerar infusão de vasopressores em caso de hipotensão persistente.
D) Realizar intubação orotraqueal de emergência devido à SpO_2 baixa e dispneia grave, garantindo a permeabilidade das vias aéreas antes de qualquer outra intervenção medicamentosa.
E) Investigar outras causas de síncope e dispneia agudas, como embolia pulmonar ou infarto agudo do miocárdio, solicitando ECG e angiotomografia de tórax enquanto se monitora o paciente em sala de emergência.

QUESTÃO 24 – Uma paciente de 28 anos, previamente hígida, procura atendimento médico com histórico de infecções respiratórias recorrentes (principalmente sinusites e bronquites) e diarreia crônica intermitente, desde o final da adolescência. Ela relata que já foi tratada com múltiplos ciclos de antibióticos para essas condições. Recentemente, foi diagnosticada com doença celíaca, confirmada por biópsia intestinal compatível com enteropatia e a presença de anticorpos anti-transglutaminase tecidual (anti-tTG) da classe IgG positivos, uma vez que a pesquisa de anti-tTG IgA e anti-endomísio IgA foi negativa. A paciente nega histórico de infecções oportunistas graves, hospitalizações frequentes por pneumonia, ou doenças autoimunes sistêmicas além da doença celíaca. A investigação laboratorial inicial revelou os seguintes resultados:

- IgA sérico: <7 mg/dL (valor de referência: 70-400 mg/dL).
- IgG sérico: 950 mg/dL (valor de referência: 700-1600 mg/dL).
- IgM sérico: 110 mg/dL (valor de referência: 40-230 mg/dL).
- Subpopulações de linfócitos: linfócitos T e B em contagens normais.
- Sorologia para HIV: negativa.

Com base nesse quadro clínico-laboratorial, qual é a conduta mais apropriada para o manejo a longo prazo dessa paciente?

A) Iniciar terapia de reposição de imunoglobulina (IVIg ou SCIg) para prevenir as infecções recorrentes e monitorar de perto um possível desenvolvimento de outras doenças autoimunes.
B) Recomendar que a paciente evite contato com alérgenos inalantes e alimentares e iniciar corticosteroides inalatórios e anti-histamínicos de forma contínua, pois a deficiência de IgA predispõe a doenças alérgicas severas.
C) Prescrever antibióticos profiláticos contínuos para as infecções respiratórias, devido ao risco aumentado de bronquiectasias, e considerar imunossupressores para a doença celíaca, visto que a deficiência de IgA pode impactar a resposta à dieta.
D) Realizar testes de resposta vacinal a antígenos proteicos e polissacarídeos e, se houver falha na produção de anticorpos, considerar o diagnóstico de Imunodeficiência Comum Variável (ICV) e encaminhar para avaliação de transplante de medula óssea.
E) Gerenciar as infecções pontualmente com antibioticoterapia direcionada, manter a dieta rigorosa sem glúten para a doença celíaca, e orientar a paciente sobre a importância de notificar sua condição de deficiência de IgA antes de receber transfusões sanguíneas ou hemoderivados.

QUESTÃO 25 – Uma paciente de 50 anos apresenta histórico de lesões cutâneas avermelhadas-amarronzadas, maculopapulares e intensamente pruriginosas, presentes desde a infância e que ocasionalmente formam bolhas. Ao esfregar essas lesões, observa-se o desenvolvimento de inchaço urticariforme transitório e eritema (sinal de Darier). Nos últimos 12 meses, ela experimentou três episódios de *flushing* generalizado, palpitações e pré-síncope, um dos quais exigiu internação hospitalar devido à hipotensão grave refratária a anti-histamínicos. A paciente também relata dor abdominal crônica intermitente, diarreia e dor óssea difusa. Uma dosagem do nível sérico de triptase basal, coletada fora de um episódio agudo, foi de 45 ng/mL (valor de referência <11.4 ng/mL). Considerando a apresentação clínica e os achados laboratoriais, qual é a conduta mais apropriada como próximo passo na investigação diagnóstica e no plano de manejo inicial?

A) Administrar diariamente corticosteroides orais em altas doses (como, por exemplo, prednisona 40 mg/dia) por 3 meses para controlar a ativação mastocitária e reavaliar os sintomas, pois essa apresentação é provavelmente uma mastocitose cutânea grave.
B) Prescrever um regime abrangente de anti-histamínicos H1 e H2, antagonistas de receptor de leucotrienos e cromoglicato dissódico, e encaminhar para avaliação psiquiátrica devido aos sintomas sistêmicos vagos e potenciais ataques de ansiedade.
C) Realizar uma biópsia de medula óssea com imuno-histoquímica para CD117 (KIT) e triptase, pesquisar a mutação KIT D816V e educar a paciente sobre gatilhos comuns de ativação mastocitária e a importância de portar e saber usar um autoinjetor de epinefrina para futuros episódios graves.
D) Iniciar quimioterapia sistêmica com imatinibe mesilato, devido ao alto nível sérico de triptase e sintomas graves recorrentes, pois isso indica mastocitose sistêmica agressiva, requerendo terapia citoredutora imediata.
E) Conduzir uma história alimentar detalhada e um painel extenso de testes de IgE específicos (RAST/ImmunoCAP) para alérgenos alimentares e ambientais, seguido por um teste de provocação oral com alimentos, já que os episódios graves sugerem alergia alimentar mediada por IgE.

QUESTÃO 26 – Um paciente de 48 anos, engenheiro agrônomo, com histórico de rinite alérgica sazonal controlada, procurou o pronto-socorro há 3 semanas após ser picado por uma vespa (identificada pelo paciente) enquanto trabalhava em campo. Cerca de 5 minutos após a picada, ele desenvolveu prurido palmoplantar, urticária generalizada, sensação de "aperto na garganta", dispneia com sibilos e tontura. Foi prontamente atendido, recebeu epinefrina intramuscular, anti-histamínicos e corticosteroides, com melhora progressiva. Essa foi a primeira reação sistêmica à picada de inseto que ele experimentou, embora lembre-se de ter tido "inchaços grandes" no local de picadas anteriores de abelhas ou vespas, que duravam dias. Considerando o risco de futuras reações e a ocupação do paciente, qual é a conduta mais apropriada para a prevenção e manejo a longo prazo?

A) Prescrever um autoinjetor de epinefrina e orientar o paciente a utilizá-lo em caso de nova picada com qualquer sinal sistêmico. Não são necessários testes diagnósticos adicionais, pois a reação sistêmica já ocorreu e a identificação do inseto é suficiente para o manejo.
B) Iniciar imediatamente um curso de dessensibilização oral com veneno de vespa, monitorando o paciente de perto para reações adversas, e orientar o uso de anti-histamínicos profiláticos antes de trabalhar em campo.
C) Realizar testes cutâneos (*prick test* e intradérmico) e/ou dosagem de IgE específica (sIgE) para veneno de vespa e abelha. Se os testes forem positivos, discutir com o paciente a indicação de Imunoterapia com Veneno (ITV) e a importância de portar o autoinjetor de epinefrina.
D) Recomendar que o paciente evite áreas com insetos e utilize roupas de proteção ao trabalhar, além de prescrever um tratamento profilático com corticosteroides orais em baixa dose por 3 meses para reduzir a sensibilidade.
E) Encaminhar o paciente para avaliação psicológica para manejo da ansiedade e medo de novas picadas, pois a reação pode ter sido exacerbada por um componente psicogênico, e não é comum que a primeira reação sistêmica seja tão grave.

QUESTÃO 27 – Qual das seguintes alternativas descreve corretamente uma característica distintiva ou implicação do conceito p-i em contraste com a hipótese do hapteno?

A) O conceito p-i é primariamente invocado para explicar reações de hipersensibilidade tardias (não imediatas) que obrigatoriamente dependem do processamento antigênico por células apresentadoras de antígeno.
B) O conceito p-i postula que a droga interage diretamente e de forma reversível com receptores imunológicos (como moléculas de HLA ou receptores de células T), sem a necessidade de ligação covalente ou ativação metabólica prévia.
C) Reações mediadas pelo conceito p-i são caracterizadas pela formação de complexos imunes circulantes, resultando em vasculite ou doença do soro.
D) A principal implicação do conceito p-i é a impossibilidade de desenvolver testes diagnósticos *in vitro* confiáveis, devido à natureza transitória da interação droga-receptor.
E) O conceito p-i aplica-se exclusivamente a drogas de alto peso molecular, como proteínas recombinantes ou anticorpos monoclonais, que não podem atuar como haptenos.

QUESTÃO 28 – Um Teste de Provocação com Droga (TPD) é considerado o padrão-ouro para a identificação de uma Reação de Hipersensibilidade à Droga (RHD). Qual das seguintes alternativas representa a interpretação mais precisa de um resultado de TPD negativo?

A) O paciente está definitivamente livre de qualquer hipersensibilidade à droga testada, garantindo uso seguro em qualquer dose futura.
B) O resultado negativo significa que não houve uma RHD no momento do teste e para as doses administradas.
C) Um TPD negativo indica que a reação inicial suspeita era de natureza não alérgica, descartando um mecanismo imunológico.
D) A ausência de reação no TPD sugere que o paciente pode ter desenvolvido tolerância natural à droga ao longo do tempo.
E) O TPD negativo é inconclusivo, e o paciente deve ser submetido a testes cutâneos adicionais para confirmação.

QUESTÃO 29 – Um paciente adulto procura atendimento médico com queixas de obstrução nasal crônica, rinorreia aquosa e espirros frequentes há mais de 6 meses. Nega prurido ocular ou nasal intensos. Realizou testes cutâneos de leitura imediata (*prick test*) para aeroalérgenos comuns, que apresentaram resultados negativos. A dosagem sérica de IgE específica para os principais alérgenos também foi negativa. A citologia nasal, entretanto, revelou a presença abundante de eosinófilos. O paciente não faz uso crônico de descongestionantes nasais ou outras medicações que sabidamente causem rinite. Considerando a situação clínica apresentada, o fenótipo de rinite mais provável para esse paciente é de rinite

A) alérgica persistente.
B) eosinofílica não alérgica.
C) alérgica local.
D) medicamentosa.
E) idiopática.

QUESTÃO 30 – Homem de 72 anos, aposentado, com histórico de hipertensão arterial sistêmica (em uso de losartana 50 mg/dia), doença arterial coronarianaestável (AAS 100 mg/dia, rosuvastatina 20 mg/dia) e hiperplasia prostática benigna (em uso de tansulosina 0,4 mg/dia), comparece ao consultório com queixas de congestão nasal crônica, rinorreia hialina intermitente e gotejamento pós-nasal há aproximadamente 7 anos. Refere que os sintomas são perenes, sem piora sazonal definida, e nega prurido nasal ou ocular, assim como espirros em salvas. Tentou tratamento prévio com anti-histamínicos orais de segunda geração, sem melhora perceptível, e corticosteroides nasais tópicos, com melhora apenas parcial da congestão, mas com desenvolvimento de epistaxe e ressecamento significativo. Ao exame rinoscópico anterior, observam-se mucosas nasais atróficas, sem pólipos, com discreta rinorreia hialina. Qual das seguintes abordagens é a mais indicada para o manejo desse paciente?

A) Realizar teste cutâneo de leitura imediata para aeroalérgenos e, se positivo, iniciar imunoterapia alérgeno-específica, considerando a cronicidade dos sintomas.
B) Prescrever um anti-histamínico oral de primeira geração (como, por exemplo, dexclorfeniramina) para alívio sintomático rápido da rinorreia e congestão.
C) Indicar cirurgia funcional endoscópica dos seios paranasais (FESS) para melhora da drenagem e ventilação, dado o caráter crônico e refratário dos sintomas.
D) Iniciar lavagem nasal com solução salina isotônica de alto volume e considerar o uso de brometo de ipatrópio tópico ou azelastina nasal para congestão, enquanto se discute com o cardiologista a possibilidade de ajuste da tansulosina, se clinicamente viável.
E) Realizar biópsia da mucosa nasal para descartar causas neoplásicas e vasculites, dado o início insidioso e a refratariedade aos tratamentos.

QUESTÃO 31 – Homem de 36 anos apresenta Dermatite Atópica (DA) moderada a grave, caracterizada por um escore SCORAD de 45, prurido intenso e persistente que interfere no sono, e lesões eczematosas disseminadas. Apesar do uso otimizado de corticosteroides tópicos de alta potência e emolientes, o controle da doença não foi alcançado. O paciente não possui histórico de infecções graves recentes ou outras comorbidades que contraindiquem terapias sistêmicas. Considerando as recomendações das diretrizes de tratamento da DA, qual das seguintes opções terapêuticas sistêmicas é a mais fortemente recomendada como primeira linha para esse cenário?

A) Iniciar tratamento com um inibidor de Janus quinase (iJAK) oral, como o upadacitinibe, devido à sua alta eficácia e à conveniência da administração oral.
B) Prescrever ciclosporina oral, por ser um imunossupressor tradicional com experiência de uso consolidada em dermatite atópica grave e perfil de segurança conhecido.
C) Iniciar tratamento com dupilumabe, um anticorpo monoclonal, devido à forte recomendação e alta certeza de evidência para DA moderada a grave refratária a tratamentos tópicos.
D) Optar por fototerapia UVB de banda estreita, por ser uma modalidade terapêutica que evita a exposição a medicamentos sistêmicos e seus potenciais efeitos adversos.
E) Administrar um curso curto de corticosteroide sistêmico oral para controle rápido da exacerbação, seguido de manutenção com metotrexato para controle a longo prazo.

QUESTÃO 32 – Homem de 58 anos procura atendimento médico devido a episódios recorrentes de inchaço (angioedema) que afetam principalmente lábios, pálpebras e abdômen, sem coceira ou urticária associada. O início dos sintomas ocorreu há cerca de 3 anos, e o paciente nega histórico familiar de quadros semelhantes. Os exames laboratoriais iniciais revelam níveis baixos de C4 e atividade funcional reduzida do inibidor de C1 esterase (C1-INH). Considerando a suspeita diagnóstica de angioedema, qual dos achados laboratoriais abaixo seria o mais indicativo de angioedema adquirido em detrimento do angioedema hereditário?

A) Níveis antigênicos de C1-INH significativamente elevados.
B) Presença de níveis de C3 persistentemente baixos.
C) Níveis de C1q sérico consistentemente baixos.
D) C1-INH funcional normal, mas antigênico baixo.
E) Início dos sintomas na infância ou adolescência.

QUESTÃO 33 – Um paciente de 60 anos apresenta episódios recorrentes de inchaço na face e boca, que iniciaram há 2 anos. Os episódios são não pruriginosos, não associados à urticária e não respondem a doses altas de anti-histamínicos ou corticosteroides. Ele nega qualquer histórico familiar de episódios semelhantes. Exames laboratoriais iniciais mostram níveis de C4 diminuídos e atividade funcional do inibidor de C1 (C1-INH) reduzida. Diante desse quadro clínico, qual é o próximo passo diagnóstico mais apropriado para confirmar a suspeita e investigar possíveis condições subjacentes?

A) Medida dos níveis plasmáticos de histamina para descartar angioedema histaminérgico.
B) Realização de testes genéticos para mutações no gene SERPING1.
C) Biópsia de pele da área afetada para avaliar degranulação de mastócitos.
D) Interrupção imediata de quaisquer medicamentos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA).
E) Avaliação dos níveis de C1q e investigação para distúrbios linfoproliferativos subjacentes.

QUESTÃO 34 – Um paciente de 40 anos apresenta asma alérgica persistente de gravidade moderada, cujo fator etiológico primário é a sensibilização a ácaros da poeira doméstica. Apesar do tratamento otimizado com corticosteroides inalados, sua asma permanece parcialmente controlada, com a ocorrência de exacerbações ocasionais e necessidade de medicação de resgate. Ele não possui outras comorbidades graves e não está em uso de betabloqueadores. Considerando as diretrizes para a imunoterapia com alérgenos em asma, qual é a recomendação mais apropriada para esse paciente?

A) A imunoterapia subcutânea com alérgenos de ácaros é a opção preferencial, pois demonstra os efeitos mais robustos na redução de exacerbações e melhora do controle da asma em adultos.
B) A imunoterapia sublingual com alérgenos de ácaros é recomendada como tratamento adicional para adultos com asma parcialmente controlada, visando à diminuição de sintomas e necessidade de medicação.
C) A imunoterapia com alérgenos está contraindicada em pacientes com asma parcialmente controlada devido ao risco aumentado de reações adversas sistêmicas.
D) A imunoterapia sublingual com alérgenos de ácaros é recomendada como tratamento adicional à terapia regular para asma alérgica controlada ou parcialmente controlada, visando à diminuição de exacerbações e melhora do controle da asma.
E) Uma duração de tratamento de 5 anos ou mais é estritamente necessária para que a imunoterapia com alérgenos de ácaros garanta um benefício clínico sustentado na asma.

QUESTÃO 35 – Uma paciente de 48 anos, em tratamento oncológico com um novo anticorpo monoclonal, desenvolveu anafilaxia de início rápido durante a primeira infusão. Após o manejo da crise e estabilização clínica, a equipe decide pela investigação da hipersensibilidade e, caso indicado, pela Dessensibilização Rápida (DR) para permitir a continuidade do tratamento vital. Dados iniciais apontam para uma reação tipo I, IgE-mediada. Considerando os avanços e as nuances da dessensibilização a fármacos biológicos conforme a literatura especializada, qual das alternativas a seguir é a mais precisa e completa a respeito do procedimento e de seus aspectos diagnósticos ou de manutenção?

A) A DR é um procedimento seguro para reações tipo I a biológicos, mas a tolerância induzida é transitória e exige readministração diária do medicamento para ser mantida, não sendo aplicável em casos de anafilaxia prévia.
B) Biomarcadores como a triptase sérica são úteis para identificar e classificar reações de hipersensibilidade tipo I, mas não possuem valor preditivo para o sucesso da dessensibilização nem podem ser usados para monitorar a tolerância induzida.
C) A taxa de reações de hipersensibilidade a biológicos é menor quando comparada a outras drogas, e o uso de omalizumabe como pré-medicação é universalmente eficaz para todas as reações IgE-mediadas, garantindo um protocolo de dessensibilização sem intercorrências.
D) A DR é um procedimento padronizado eficaz na superação da maioria das reações de hipersensibilidade a biológicos, e a tolerância induzida depende da exposição contínua ao fármaco.
E) Excipientes como o polissorbato são frequentemente responsáveis por reações de hipersensibilidade a biológicos, mas testes cutâneos para esses excipientes são controversos e não têm utilidade clínica na avaliação pré-dessensibilização para anticorpos monoclonais.

QUESTÃO 36 – Um paciente necessita de um medicamento biológico essencial para seu tratamento, mas apresentou uma reação de hipersensibilidade prévia a essa medicação. A equipe médica considera a realização de uma DR para possibilitar a continuidade da terapia. Com base nas informações sobre DR a medicamentos biológicos, qual das seguintes alternativas é a mais correta sobre o procedimento?

A) Seu principal objetivo é induzir uma cura permanente da alergia, eliminando a necessidade de precauções futuras.
B) A tolerância induzida por esse procedimento é duradoura, não exigindo a exposição contínua ao medicamento para ser mantida.
C) É um procedimento padronizado que permite a administração segura de um medicamento, mesmo após uma reação de hipersensibilidade, visando à continuidade da terapia.
D) É uma técnica aplicável exclusivamente a reações leves a medicamentos, sendo contraindicada em casos de anafilaxia ou reações graves.
E) Baseia-se primariamente na administração de doses fixas de anti-histamínicos antes de cada dose do medicamento.

QUESTÃO 37 – Um paciente idoso, frequentador de um ambulatório de geriatria, tem apresentado quadros infecciosos de repetição e uma resposta subótima a imunizações recentes. Diante dessa observação clínica comum no envelhecimento, o médico responsável considera o conceito de imunossenescência. Qual das seguintes alternativas descreve corretamente a imunossenescência e suas consequências principais no contexto da saúde do idoso?

A) A imunossenescência é o processo de aprimoramento da memória imunológica, que confere maior resistência a novas infecções e melhora a resposta vacinal em indivíduos idosos.
B) Caracteriza-se por uma exacerbação da resposta inflamatória aguda, resultando em maior capacidade de eliminação de patógenos e diminuição do risco de doenças crônicas no envelhecimento.
C) É um fenômeno raro e reversível por meio de intervenções dietéticas simples, que leva apenas a alterações mínimas na produção de citocinas, sem impacto clínico relevante.
D) Trata-se de uma condição em que o sistema imunológico passa a produzir exclusivamente células de defesa inatas, perdendo completamente sua capacidade adaptativa e tornando-se incapaz de gerar qualquer tipo de memória imunológica.
E) Consiste no declínio progressivo e multifatorial da função do sistema imunológico relacionado à idade, o que aumenta a suscetibilidade a infecções, exacerba doenças autoimunes e compromete a eficácia das vacinas.

QUESTÃO 38 – Um técnico de montagem de 38 anos, empregado em uma fábrica de componentes eletrônicos de alta precisão, desenvolve um eczema persistente e recalcitrante nas mãos. Suas atividades rotineiras incluem a montagem manual de circuitos, o uso de luvas de proteção para manuseio de peças delicadas e a aplicação de compostos adesivos especializados para garantir uniões duráveis e de alta resistência entre os materiais. Ele também está exposto a fluidos de limpeza para as ferramentas e componentes. Considerando o perfil de alérgenos ocupacionais comuns no setor de produção e manufatura de precisão e a descrição do ambiente de trabalho do paciente, qual alérgeno é mais especificamente implicado na dermatite de contato alérgica em trabalhadores com essas características de exposição?

A) *Thiuram mix*.
B) Resina epóxi.
C) Formaldeído.
D) Cobalto.
E) Metilcloroisotiazolinona/Metilisotiazolinona (MCI/MI).

QUESTÃO 39 – Qual é a estratégia considerada de primeira escolha para a prevenção de reações repetidas em pacientes com histórico de hipersensibilidade a meios de contraste radiológico?

A) A administração de pré-medicação com duas doses de corticosteroides e anti-histamínicos antes da reexposição.
B) A redução da voltagem do tomógrafo, da dose e da velocidade de injeção do contraste durante o procedimento.
C) A realização de testes de provocação com drogas com um contraste com teste cutâneo negativo.
D) Evitar completamente qualquer aplicação futura de contrastes radiológicos, independentemente da gravidade da reação anterior.
E) A mudança para um meio de contraste radiológico com uma estrutura de cadeia lateral diferente, idealmente com teste cutâneo negativo.

QUESTÃO 40 – Um engenheiro de produção de 45 anos, atuando há 15 anos em uma fábrica de peças metálicas, desenvolve dermatite eczematosa crônica nas mãos e nos antebraços. Sua função envolve a supervisão e, ocasionalmente, a manipulação direta de máquinas de corte e usinagem, que empregam constantemente fluidos metalúrgicos (óleos de corte e refrigeração). Ao investigar a etiologia da dermatite de contato alérgica ocupacional nesse contexto e considerando os alérgenos comumente associados a trabalhadores da produção, qual das seguintes substâncias é um alérgeno frequentemente implicado nas dermatites entre maquinistas e trabalhadores expostos a fluidos metalúrgicos?

A) Formaldeído.
B) Glutaraldeído.
C) P-fenilenodiamina (PPD).
D) Dicromato de potássio.
E) *Priming*.