

Domingo de manhã

**GHC – GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO/RS
CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2026**

18 – MEDICINA (ALERGIA E IMUNOLOGIA)

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** QUESTÕES LEGÍVEIS;
- ESTE CADERNO DE QUESTÕES APRESENTA O **NÚMERO E O CARGO** REFERENTES À INSCRIÇÃO REALIZADA;
- OS FISCALIS INFORMARAM CORRETAMENTE O **TEMPO PARA REALIZAÇÃO DE PROVA DE 03 HORAS.**

4. Cada questão oferece **5 alternativas** de respostas, representadas pelas letras **A, B, C, D e E**, sendo apenas 1 (uma) a resposta correta.

5. O CANDIDATO **DEVE ASSINAR** A(S) SUA(S) FOLHA(S) DEFINITIVA(S) DE RESPOSTA(S), **SOB PENA DE ELIMINAÇÃO.**

6. Será respeitado o tempo para realização da prova conforme previsto em edital, incluindo o preenchimento da grade de respostas.

7. **Haverá o toque do 3º sinal sonoro de encerramento das provas**, conforme controle do quadro de sala.

8. Os três últimos candidatos deverão retirar-se da sala de prova ao mesmo tempo, devendo assinar a Ata de Prova.

9. **A RESPONSABILIDADE REFERENTE À INTERPRETAÇÃO DOS CONTEÚDOS DAS QUESTÕES É EXCLUSIVA DO CANDIDATO.**

10. No caderno de questões, você poderá rabiscar, riscar e calcular.

11. Os gabaritos preliminares da prova objetiva serão divulgados na data descrita no Cronograma de Execução desse certame.



POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

QUESTÃO 01 – No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a incorporação de políticas voltadas à equidade tem implicações diretas sobre os processos de gestão, organização do trabalho, planejamento de serviços e condições institucionais que atravessam diferentes áreas profissionais. Nesse contexto, uma diretriz alinhada às iniciativas de promoção da equidade no SUS consiste em:

- A) Estruturar estratégias de equidade centradas em programas específicos, mantendo as demais áreas da gestão e da organização dos serviços regidas por diretrizes gerais de planejamento.
- B) Integrar a perspectiva da equidade aos processos de gestão, planejamento e organização do trabalho em saúde, considerando seus efeitos sobre o acesso, as condições de trabalho e a produção do cuidado.
- C) Desenvolver ações de equidade prioritariamente nos serviços assistenciais, articulando-as de forma complementar às políticas de gestão e planejamento institucional.
- D) Incorporar ações de equidade por meio de iniciativas programáticas vinculadas a áreas técnicas específicas, responsáveis por orientar a implementação dessas estratégias no sistema de saúde.
- E) Promover estratégias de equidade voltadas principalmente à qualificação das práticas profissionais, sem necessariamente alterar os processos institucionais de organização dos serviços.

QUESTÃO 02 – A transformação digital em saúde tem sido apontada como elemento estratégico para a qualificação do cuidado, da gestão e da produção de informações no SUS. Contudo, sua implementação envolve desafios relacionados à governança de dados, à organização dos serviços e à garantia de direitos dos usuários. Considerando o debate contemporâneo sobre transformação digital em saúde no SUS, assinale a alternativa correta.

- A) A digitalização das informações em saúde favorece a integração entre sistemas e serviços, podendo ampliar a capacidade de planejamento e gestão, desde que associada a mecanismos de governança e proteção de dados.
- B) A incorporação de tecnologias digitais nos serviços de saúde tende a ocorrer de forma predominantemente técnica, sendo os aspectos éticos e regulatórios definidos posteriormente aos processos de implementação.
- C) A adoção de soluções digitais no SUS está vinculada principalmente à modernização de sistemas de registro e armazenamento de informações clínicas.
- D) A implementação de soluções digitais no SUS depende prioritariamente da atuação de fornecedores de tecnologia responsáveis pela gestão e segurança das informações em saúde.
- E) O uso de tecnologias digitais em saúde se orienta principalmente pela ampliação da eficiência administrativa, mantendo relativa autonomia em relação às políticas públicas de saúde.

QUESTÃO 03 – A relação entre educação e saúde no SUS tem sido compreendida como dimensão estratégica para a qualificação das práticas profissionais e para o fortalecimento da participação social. Nesse contexto, diferentes abordagens pedagógicas orientam os processos formativos em saúde. Assinale a alternativa que indica uma perspectiva coerente com a articulação entre ensino e práticas de saúde no SUS.

- A) A formação em saúde deve estruturar-se prioritariamente em torno da consolidação de conhecimentos técnico-científicos, cabendo às experiências de participação social um papel complementar no processo formativo.
- B) A qualificação da formação em saúde depende principalmente da ampliação de conteúdos especializados e da consolidação de competências clínicas específicas.
- C) As atividades educativas em saúde devem concentrar-se em espaços formais de ensino, nos quais seja possível garantir maior controle sobre os conteúdos e métodos pedagógicos.
- D) Os processos educativos em saúde podem contribuir para a construção de práticas profissionais mais críticas e comprometidas com o território ao promover o diálogo entre diferentes saberes e experiências sociais.
- E) A organização do ensino em saúde orienta-se prioritariamente pela padronização de conteúdos e metodologias, com o objetivo de garantir uniformidade.

QUESTÃO 04 – A organização da Atenção Especializada no SUS demanda articulação com os demais níveis de atenção e integração com os processos de regulação, gestão do cuidado e organização das redes de atenção à saúde. Nesse contexto, uma diretriz coerente com a organização da atenção especializada no SUS consiste em:

- A) A Atenção Especializada organiza-se prioritariamente em serviços de referência que atuam com relativa autonomia em relação à Atenção Primária, visando maior eficiência na oferta de procedimentos especializados.
- B) A ampliação da oferta de consultas e procedimentos especializados constitui a principal estratégia para qualificar o acesso da população a esse nível de atenção.
- C) A organização da Atenção Especializada orienta-se principalmente pela concentração de tecnologias e profissionais especializados em serviços hospitalares de maior complexidade.
- D) A gestão da Atenção Especializada baseia-se prioritariamente na expansão de serviços especializados, independentemente das dinâmicas regionais de demanda e das estratégias de coordenação do cuidado.
- E) A Atenção Especializada deve integrar-se às redes de atenção à saúde, articulando-se com a Atenção Primária e com mecanismos de regulação que favoreçam a continuidade do cuidado.

QUESTÃO 05 – A ampliação do uso de sistemas de informação e bases de dados no SUS tem aumentado as possibilidades de análise epidemiológica, planejamento e monitoramento das políticas públicas. Nesse contexto, o uso estratégico das informações em saúde deve:

- A) Priorizar a centralização dos bancos de dados em instituições privadas especializadas em tecnologia da informação.
- B) Restringir o acesso às informações em saúde aos profissionais diretamente responsáveis pelo atendimento clínico.
- C) Favorecer a produção e o compartilhamento qualificado de informações entre gestores, serviços e equipes, respeitando os princípios de governança e proteção de dados.
- D) Concentrar a análise das informações em saúde em áreas técnicas específicas, desvinculando-as dos processos de planejamento e gestão.
- E) Utilizar bases de dados apenas para fins administrativos, evitando sua incorporação em processos de avaliação e planejamento das políticas de saúde.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

QUESTÃO 06 – A indução e a refutação têm papel importante no campo da inferência e do raciocínio causal em epidemiologia e saúde pública. Considerado o problema da indução, qual pensador do século XX ficou conhecido por criticar o indutivismo e colocar importância central na Doutrina da Refutação?

- A) Austin Bradford Hill.
- B) David Hume.
- C) Jakob Henle.
- D) Karl Popper.
- E) Thomas Bayes.

QUESTÃO 07 – Em relação a situações de emergência, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Em acidentes por serpentes do gênero Colubrídeos (cobra-cipó, papa-pinto), podem ocorrer reações de hipersensibilidade, hemorragia local ou sistêmica.
- B) Em acidentes com a aranha-marrom, o veneno tem ação proteolítica e hemolítica.
- C) Os acidentes por lepidópteros decorrem do contato com lagartas urticantes conhecidas como taturana, bicho-peludo, entre outros nomes.
- D) Os acidentes por himenópteros podem provocar uma síndrome do envenenamento por ataques múltiplos de abelhas, exigindo rápida hospitalização.
- E) Os acidentes por *Tityus bahiensis* (escorpião-preto) provocam o quadro mais grave pela sua ação proteolítica e hemorrágica, sendo mais frequentes em crianças.

QUESTÃO 08 – As vacinas atenuadas, compostas por vírus vivos, são utilizadas para prevenir as seguintes doenças, EXCETO:

- A) Hepatite A.
- B) Rotavírus.
- C) Rubéola.
- D) Sarampo.
- E) Varicela.

QUESTÃO 09 – Sobre a síndrome metabólica em crianças e adolescentes, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Algumas de suas definições, com variados pontos de corte dos critérios utilizados, podem subestimar sua prevalência.
- B) Crianças e adolescentes com Índice de Massa Corporal normal e aumento da adiposidade abdominal também representam risco para síndrome metabólica.
- C) A doença hepática gordurosa não alcoólica é doença hepática rara em crianças e adolescentes, e costuma ser assintomática na fase de esteatose inicial.
- D) A hiperuricemia é um achado frequente em pacientes com síndrome metabólica. O consumo elevado de frutose está associado ao aumento da produção de ácido úrico.
- E) Há várias definições de síndrome metabólica e a maioria ainda considera a presença de obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia e alteração do metabolismo de carboidratos, embora outros fatores de risco têm sido associados a essa síndrome.

QUESTÃO 10 – Uma mulher de 60 anos, com função renal normal, tem alterações ósseas (osteopenia e osteoporose) e apresenta hipercalcemia acompanhada de concentrações elevadas de paratormônio. Nesse sentido, sobre a hipótese diagnóstica de hiperparatireoidismo primário e suas características, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Sintomas clássicos estão relacionados a lesões em órgãos-alvo diretamente ligados ao metabolismo do cálcio, em especial, os ossos e os rins.
- B) A densitometria óssea pode demonstrar redução da densidade mineral mais importante em ossos corticais, como o fêmur e rádio.
- C) Podem estar presentes sintomas neuromusculares, como fraqueza muscular, fadiga, parestesias e atrofia muscular proximal.
- D) Hipercalcemia e hiperfosfatemia do hiperparatireoidismo primário ocorrem por ação direta do paratormônio no túbulo renal.
- E) A manifestação renal mais comum do hiperparatireoidismo primário é a nefrolitíase.

QUESTÃO 11 – Um paciente de 32 anos queixa-se de dor na fossa cubital, provocada no trajeto do bíceps, exacerbada com a supinação contra resistência, recordando-se de um evento desencadeante após esforço físico. Como manobra semiológica para auxiliar o diagnóstico de tendinopatia do bíceps distal com possível ruptura, o examinador tenta inserir seu dedo indicador sob o tendão, em trajeto da posição lateral para medial, junto ao cotovelo do paciente. Qual é o nome desse teste?

- A) Impacto ou de Neer.
- B) Gancho ou *hook*.
- C) Jobe.
- D) Patte.
- E) Roos.

QUESTÃO 12 – A respeito de doenças do sistema arterial periférico, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O uso diagnóstico do Índice Tornozelo-Braquial (ITB) é indicado para avaliação da presença de claudicação intermitente.
- B) Um ITB de 0,80 é interpretado como doença arterial obstrutiva periférica grave.
- C) O aneurisma da artéria poplítea apresenta risco de trombose, podendo causar isquemia aguda da extremidade e ameaçar a viabilidade do membro.
- D) A doença ou fenômeno de Raynaud primário apresenta três fases: palidez (vasoconstrição), cianose (estase capilar) e hiperemia (vasodilatação compensatória).
- E) A acrocianose pode ser uma das manifestações cutâneas em pacientes com anticorpos antifosfolípidos.

QUESTÃO 13 – Sobre as medidas de impacto, em uma metanálise sobre prevenção de determinada doença, a Redução Absoluta do Risco (RAR), ou seja, a proporção absoluta de eventos que deixam de acontecer nos indivíduos tratados, foi relatada como sendo 4,0/100 pessoas-ano. Nesse caso, o Número Necessário para Tratar (NNT), ou seja, o número de indivíduos a serem tratados por determinado tempo para evitar um evento, é igual a:

- A) 25 pessoas-ano.
- B) 100 pessoas por 2,5 anos.
- C) 2,5 pessoas-ano.
- D) 10 pessoas por 25 anos.
- E) 0,5 pessoas-ano.

QUESTÃO 14 – Considerando os achados em exames pulmonares, assinale a alternativa em que a relação entre o ruído adventício pulmonar ou pleural e sua respectiva causa está INCORRETA.

- A) Crepitantes finos – obstrução parcial da traqueia.
- B) Crepitantes bolhosos – pneumonite.
- C) Roncos – corpo estranho.
- D) Sibilos – asma brônquica.
- E) Sopro tubário – consolidação pulmonar.

QUESTÃO 15 – Sobre a avaliação de pacientes, a anamnese e o exame clínico são componentes iniciais do acolhimento. Nesse sentido, com base nas características ou achados, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A hipofonese da primeira bulha cardíaca (B1) pode ocorrer em pacientes obesos com parede torácica espessa.
- B) A hiperfonese da B1 pode ocorrer em pacientes com estados hiperdinâmicos, como anemia e tireotoxicose.
- C) A segunda bulha cardíaca (B2) coincide com o início da diástole e é formada pela abertura sequencial de dois componentes, o aórtico e o pulmonar.
- D) Desdobramento da B1 pode ser normal, mas pode refletir um achado em pacientes com bloqueio do ramo direito do feixe de Hiss.
- E) Quando ocorre o desdobramento da B1, tem-se o desdobramento do som em componente mitral e tricúspide.

QUESTÃO 16 – Um paciente de 45 anos, sexo masculino, apresenta episódios recorrentes de angioedema isolado (sem urticas) há 8 meses, afetando principalmente face e extremidades, com duração de 48-72 horas por episódio. Não há história de febre, dor articular ou mal-estar associado. O paciente nega uso de inibidores da ECA ou outros medicamentos desencadeantes. Exame laboratorial revela níveis normais de C4, proteína e função do C1-INH, ausência de anticorpos anti-C1-INH e mutações negativas nos genes C1-INH e fator XII. Não há história familiar de angioedema. Os episódios respondem parcialmente a altas doses de anti-histamínicos e a omalizumabe. Qual é o diagnóstico mais provável de acordo com o quadro apresentado?

- A) Angioedema hereditário tipo III (HAE-III).
- B) Angioedema adquirido por deficiência de C1-INH (AAE).
- C) Urticária crônica espontânea (CSU) com angioedema isolado.
- D) Angioedema idiopático não mediado por bradicinina nem histamina.
- E) Vasculite urticariforme com angioedema predominante.

QUESTÃO 17 – Uma paciente de 35 anos apresenta lesões urticariformes recorrentes há 9 meses, com duração superior a 24 horas por episódio, resolvendo com hiperpigmentação residual, associadas a artralguas intermitentes e fadiga. Não há febre ou dor óssea. Exames laboratoriais revelam hipocomplementemia (C4 baixo), níveis reduzidos de C1q e presença de anticorpos anti-C1q. Biópsia de pele demonstra vasculite leucocitoclástica com depósitos de imunoglobulinas e complemento na zona da membrana basal por imunofluorescência direta. De acordo com os critérios diagnósticos propostos para vasculite urticariforme, qual é o achado mais específico que apoia o diagnóstico de síndrome de vasculite urticariforme hipocomplementêmica (HUVS) em detrimento de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)?

- A) Duração das lesões >24h com hiperpigmentação residual.
- B) Presença de artralguas intermitentes.
- C) Hipocomplementemia com C4 baixo.
- D) Depósitos de imunoglobulinas na membrana basal por imunofluorescência.
- E) Presença de anticorpos anti-C1q.

QUESTÃO 18 – No contexto da dermatite atópica, sobre o microbioma cutâneo, assinale a alternativa correta.

- A) Estafilococos coagulase-negativos não patogênicos produzem peptídeos antimicrobianos que inibem o crescimento de *Staphylococcus aureus* patogênico, e essas cepas protetoras estão deficientes na dermatite atópica.
- B) A disbiose cutânea na dermatite atópica é primariamente causada por um aumento excessivo de fungos como *Candida albicans*, levando à inflamação crônica.
- C) O microbioma cutâneo na dermatite atópica promove a produção excessiva de defensinas beta, o que agrava a barreira epitelial danificada.
- D) A aplicação de petrolato na pele afetada pela dermatite atópica reduz a concentração de peptídeos antimicrobianos, exacerbando a suscetibilidade a infecções.
- E) A microbiota cutânea em pacientes com dermatite atópica é caracterizada por uma diversidade aumentada de bactérias Gram-negativas, que modulam favoravelmente a homeostase imune.

QUESTÃO 19 – Paciente com conjuntivite alérgica sazonal refratária não respondeu adequadamente a três semanas de terapia consistente com um anti-histamínico tópico com propriedades estabilizadoras de mastócitos e apresenta sintomas oculares graves persistentes sem evidência de olho seco concomitante ou conjuntivite tóxica. A partir desse quadro, qual é a abordagem terapêutica mais apropriada, considerando os riscos potenciais e a necessidade de supervisão especializada?

- A) Iniciar imediatamente imunoterapia sublingual (SLIT) com extratos alérgênicos, sem necessidade de referência a oftalmologista, pois a imunoterapia modula a resposta imune de forma semipermanente e é superior aos corticosteroides tópicos em casos refratários.
- B) Prescrever um curso curto de corticosteroides tópicos "soft" como loteprednol, com duração máxima de duas semanas, sob supervisão de oftalmologista, e considerar referência simultânea a alergista para identificação de alérgenos e possível imunoterapia alérgênica.
- C) Substituir o anti-histamínico tópico por AINEs tópicos como ceterolaco, uma vez que eles inibem a conversão de ácido araquidônico em prostaglandinas, oferecendo alívio superior em inflamação ocular refratária sem riscos de elevação da pressão intraocular.
- D) Recomendar o uso prolongado de descongestionantes/vasoconstritores tópicos combinados com anti-histamínicos orais não sedativos, como fexofenadina, para controlar a hiperemia e o prurido, evitando corticosteroides devido ao risco de perfuração corneana.
- E) Iniciar ciclosporina tópica *off label* em concentrações variadas, sem supervisão oftalmológica, pois ensaios randomizados demonstram sua superioridade aos corticosteroides em modular a inflamação crônica sem riscos.

QUESTÃO 20 – Em relação aos mecanismos terapêuticos da imunoterapia alérgênica (AIT), assinale a alternativa que apresenta a descrição correta das alterações imunológicas associadas à produção de anticorpos e à indução de células reguladoras em pacientes respondedores, considerando as diferenças entre imunoterapia subcutânea (SCIT) e sublingual (SLIT)?

- A) A AIT promove uma elevação persistente nos níveis de IgE alérgeno-específica, mediada por Bregs secretoras de IL-35, com supressão de Tregs para permitir respostas Th2 exacerbadas, sendo esse efeito mais pronunciado na SLIT devido à captura alérgênica por células dendríticas tolerogênicas na mucosa oral.
- B) O mecanismo principal envolve a *downregulation* de IgG4 e a *upregulation* de IgA polimérica, com Bregs inibindo Tregs via contato celular para evitar tolerância excessiva, e mudanças clínicas evidentes ocorrendo mais precocemente na SLIT devido à menor ativação de mastócitos.
- C) Na SLIT, ao contrário da SCIT, não há indução de Bregs positivas para IgG4, resultando em tolerância menos sustentada, com foco principal na supressão de células linfoides inatas tipo 2 (ILC2) por meio de TGF- β secretado exclusivamente por Tregs.
- D) A AIT resulta em um aumento inicial seguido de diminuição na IgE alérgeno-específica, elevação contínua de IgG4 produzida por Bregs secretoras de IL-10, e geração de Tregs que expressam IL-10, TGF- β , CTLA-4 e PD-1, com respostas IgG4 mais pronunciadas na SCIT em comparação à SLIT.
- E) A AIT suprime todas as células reguladoras, levando a uma atividade aumentada de células T efetoras e redução de eosinófilos teciduais por apoptose direta de mastócitos, com elevação de IgE como marcador de sucesso terapêutico em ambas as vias de administração.

QUESTÃO 21 – Sobre o sistema imune inato, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, a correta descrição do papel da disbiose na patogênese de doenças e uma intervenção terapêutica comprovada para uma condição específica associada.

- A) A disbiose é definida como um aumento na diversidade microbiana associado a doenças como obesidade e diabetes tipo 2, e o transplante de microbiota fecal (FMT) é o tratamento de escolha para restaurar a homeostase em pacientes com asma atópica.
- B) A disbiose refere-se a uma alteração na composição, diversidade ou metabólitos do microbioma que predispõe a doenças como infecção por *Clostridioides difficile*, sendo o FMT um método efetivo de tratamento, embora não sem riscos.
- C) Na disbiose cutânea, há predominância de *Staphylococcus aureus* não patogênico que promove a cicatrização de feridas, e o FMT oral é utilizado para corrigir deficiências em dermatite atópica.
- D) A disbiose intestinal está diretamente ligada ao desenvolvimento de alergia alimentar por meio de aumento em peptídeos antimicrobianos, e a manipulação dietética é superior ao FMT para reverter o quadro em doença de Crohn.
- E) A disbiose é primariamente causada por uso crônico de probióticos, levando à predisposição para vaginose bacteriana crônica, em que o FMT é contraindicado devido ao risco de superinfecção fúngica.

QUESTÃO 22 – No manejo da urticária crônica espontânea durante a gravidez, qual das seguintes abordagens farmacológicas iniciais é mais apropriada, considerando a segurança materna e fetal?

- A) Iniciar omalizumabe como terapia de primeira linha, pois dados humanos preliminares indicam segurança superior aos anti-histamínicos orais.
- B) Recomendar doses elevadas de cetirizina isoladamente, uma vez que é o anti-histamínico preferencial em gestantes devido à sua cinética favorável.
- C) Sugerir loratadina, cetirizina ou fexofenadina em doses padrão ou mais altas, se necessário, como opções iniciais de tratamento.
- D) Prescrever prednisona oral imediatamente para controle de surtos graves, independentemente do trimestre gestacional.
- E) Evitar anti-histamínicos orais e optar por ciclosporina, que modula a resposta imune sem riscos teratogênicos comprovados.

QUESTÃO 23 – Sobre os mecanismos terapêuticos da AIT, assinale a alternativa que apresenta corretamente uma diferença entre a SCIT e a SLIT em termos de mudanças imunológicas e clínicas.

- A) A SLIT induz respostas de IgG4 alérgeno-específicas mais pronunciadas do que a SCIT, embora as mudanças clínicas sejam mais lentas na SLIT.
- B) As mudanças clínicas evidentes ocorrem mais precocemente com a SLIT em comparação à SCIT, devido à captura alérgênica por células dendríticas tolerogênicas na mucosa oral.
- C) A SCIT e a SLIT induzem tolerância imune por meio de mecanismos completamente distintos, com a SLIT dependendo exclusivamente da imunidade das tonsilas.
- D) A SCIT gera respostas de IgG4 alérgeno-específicas mais pronunciadas, e as mudanças clínicas ocorrem mais precocemente com a SCIT em comparação à SLIT.
- E) A SLIT não afeta a atividade de mastócitos e basófilos, ao contrário da SCIT, que suprime essas células de forma significativa.

QUESTÃO 24 – Durante um teste de provocação oral duplo-cego controlado por placebo (DBPCFC) para alergia mediada por IgE a amendoim em um paciente pediátrico de 5 anos, após a administração de uma dose cumulativa de 300 mg de proteína, o paciente desenvolve prurido oral moderado (sem angioedema ou comprometimento respiratório), eritema facial localizado (sem urticária generalizada) e uma queixa isolada de náusea sem vômito. Considerando os critérios de parada sugeridos na atualização de 2024 do “AAAAI-EAACI PRACTALL”, qual é a decisão mais apropriada, integrando considerações de segurança, redução de falsos-positivos e evidências de estudos intervencionais recentes?

- A) Continuar o TPO com a próxima dose, pois os sintomas são todos “verde” ou “laranja” isolados e não atendem ao critério de parada, permitindo avaliação de tolerância cumulativa.
- B) Parar o TPO imediatamente, uma vez que qualquer sintoma orofaríngeo combinado com eritema cutâneo indica reação grave, independentemente da classificação, para evitar escalada para anafilaxia.
- C) Observar por 20-30 minutos sem avançar para a próxima dose, pois há dois sintomas “laranja” (prurido oral e eritema facial) em órgãos distintos (orofaríngeo e pele), mas a náusea é subjetiva e não conta como terceiro sintoma.
- D) Parar o TPO, considerando que os sintomas atendem ao critério de “um vermelho ou dois laranjas de duas categorias de órgãos distintas” (eritema como vermelho na pele e prurido oral como laranja no orofaríngeo), alinhado a evidências de subestimação de limiares em critérios menos objetivos.
- E) Continuar com dose reduzida, já que a náusea gastrointestinal é “verde” e os sintomas cutâneos e orofaríngeos são transitórios, priorizando a confirmação de alergia persistente em contexto de imunoterapia prévia.

QUESTÃO 25 – Criança de 18 meses, com história de síndrome de enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES) clássica ao leite de vaca (sem sIgE detectável), durante um Teste de Provocação Oral (TPO) supervisionado com dose única de 0,15 g de proteína/kg, desenvolve vômito repetitivo 2h após a ingestão, letargia e palidez, sem sintomas cutâneos ou respiratórios IgE-mediados. A contagem de neutrófilos aumenta em 1.400 células/mL acima do basal, sem hipotensão, hipotermia ou diarreia. Considerando a atualização de 2024 do “AAAAI-EAACI PRACTALL”, incluindo as considerações sobre critérios diagnósticos modificados pelo uso de ondansetrona e relatos recentes de recorrências domiciliares pós-desafio bem-sucedido, qual é a interpretação mais apropriada do desafio e a recomendação subsequente, integrando riscos de reações graves e falsos-negativos?

- A) O TPO é considerado negativo, pois não atende ao critério maior com ≥ 2 menores (apenas vômito, letargia e palidez, com aumento de neutrófilos < 1500), recomendando introdução domiciliar gradual sem supervisão adicional, dado o baixo risco de recorrência em FPIES clássica.
- B) O TPO é positivo com base no critério maior e 2 menores (letargia e palidez), apesar do aumento de neutrófilos *borderline*; administrar ondansetrona e metilprednisolona imediatamente e aconselhar evitação estrita, ignorando potenciais recorrências domiciliares pois não há sIgE.
- C) O TPO é positivo, atendendo ao critério maior e ≥ 2 menores (letargia, palidez), com o aumento de neutrófilos suportando mesmo < 1500 devido a possíveis modificações por tratamento; tratar com reidratação e ondansetrona e recomendar evitação com reavaliação em 6–12 meses, alertando para risco de recorrência domiciliar mesmo em TPOs negativos.
- D) O TPO é inconclusivo, pois o uso profilático de ondansetrona pode ter atenuado critérios menores; repetir o TPO com protocolo de dose fracionada (1/3 supervisionada + titulação domiciliar), priorizando acesso intravenoso, devido ao histórico, para minimizar falsos-positivos.
- E) O TPO é negativo, já que hipotensão ou diarreia ausentes invalidam o diagnóstico apesar do vômito; prosseguir com titulação domiciliar a dose plena, monitorando apenas sintomas gastrointestinais, sem necessidade de neutrófilos pós-TPO em protocolos modernos.

QUESTÃO 26 – Lactente de 2 meses com imunodeficiência combinada grave (SCID) confirmada por triagem neonatal e ausência de infecções ativas, mas com história familiar de infecções oportunistas e presença de um irmão pré-escolar frequentando creche. Considerando evidências de melhoria na sobrevivência pós-HCT em pacientes sem complicações infecciosas prévias e o equilíbrio entre riscos nosocomiais e exposição domiciliar, qual é a estratégia inicial de prevenção de infecções mais apropriada enquanto o lactente aguarda transplante de células hematopoéticas (HCT)?

- A) Manter o lactente em isolamento domiciliar estrito, com aconselhamento aos cuidadores sobre higiene e evitação de contatos externos, sem necessidade de hospitalização, pois estudos mostram que o risco nosocomial é superior ao domiciliar em famílias sem crianças pequenas.
- B) Iniciar profilaxia antimicrobiana trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) e imunoglobulina intravenosa (IgIV) em casa, sem isolamento formal, pois a triagem neonatal precoce permite manejo ambulatorial sem impacto na sobrevivência pós-HCT, independentemente de fatores familiares.
- C) Recomendar isolamento domiciliar com uso de máscaras N95 pelos cuidadores e pelo irmão, adiando HCT até resolução de qualquer exposição potencial, pois dados indicam que infecções virais comunitárias são o principal fator de mortalidade pré-HCT em SCID.
- D) Hospitalizar apenas se surgirem sintomas infecciosos, priorizando vigilância ativa em casa com monitoramento semanal de linfócitos, já que evidências recentes mostram equivalência entre isolamento domiciliar e hospitalar em termos de sobrevivência pós-HCT para SCID sem complicações iniciais.
- E) Hospitalizar imediatamente em isolamento, limitando visitas e usando máscaras, luvas e aventais por todos os entrantes, uma vez que a presença de irmão pré-escolar aumenta o risco domiciliar de transmissão viral, alinhado a evidências de melhor prognóstico pós-HCT em pacientes isolados institucionalmente.

QUESTÃO 27 – Uma mulher de 28 anos, grávida de 18 semanas, com urticária crônica espontânea (CSU) grave (UAS7=42), refratária à cetirizina em dose quádrupla (40 mg/dia) por 4 semanas, sem comorbidades ou uso de outros medicamentos, consulta para escalonamento terapêutico. Considerando a diretriz internacional EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI (2021), incluindo os dados de segurança do registro EXPECT e a recomendação de usar o mesmo algoritmo com cautela em gestantes após avaliação risco-benefício, qual é a próxima etapa mais apropriada no manejo, priorizando eficácia, minimização de riscos fetais e evidências de ausência de teratogenicidade?

- A) Iniciar ciclosporina 3 mg/kg/dia, pois possui dados extensos de segurança em gestantes de transplantes e é preferível a biológicos em contextos imunossupressores.
- B) Iniciar omalizumabe 300 mg subcutâneo a cada 4 semanas, após consentimento informado, suportado por dados tranquilizadores de exposições gestacionais sem efeitos adversos em recém-nascidos.
- C) Adicionar montelucaste 10 mg/dia, como adjuvante seguro (categoria B) com efeitos anti-inflamatórios, evitando biológicos devido à falta de estudos randomizados em gravidez.
- D) Prescrever prednisona oral 0,5 mg/kg/dia por 7–10 dias com redução, para controle rápido de sintomas, já que corticosteroides sistêmicos são recomendados em exacerbações graves durante a gestação.
- E) Trocar para loratadina em dose quádrupla, uma vez que a mudança de anti-histamínico de segunda geração pode melhorar a resposta sem necessidade de escalonamento imediato.

QUESTÃO 28 – Um paciente de 42 anos com asma grave de início na idade adulta (aos 35 anos), sem polipose nasal ou alergia perene comprovada, apresenta controle inadequado apesar de glicocorticoide inalatório em alta dose associado a beta-agonista de ação prolongada e antagonista muscarínico de ação prolongada (passo 5 GINA). Os biomarcadores incluem contagem de eosinófilos no sangue periférico (BEC) de 220 células/ μ L, fração de óxido nítrico exalado (FeNO) de 35 ppb e IgE total de 120 UI/mL. Não há histórico de aspergilose broncopulmonar alérgica ou granulomatose eosinofílica com poliangéite. Considerando os critérios para seleção de biológicos em asma grave não dependente de glicocorticoides orais crônicos, integrando fenótipos inflamatórios tipo 2, evidências de eficácia em subpopulações eosinofílicas e preferências por autoadministração, qual é o biológico inicial mais apropriado?

- A) Omalizumabe, pois o IgE total está dentro da faixa-alvo e pode modular respostas alérgicas mesmo sem sensibilização perene comprovada.
- B) Mepolizumabe, dado o BEC moderadamente elevado, com preferência por anti-IL-5 em fenótipos eosinofílicos sem elevação marcada de FeNO.
- C) Dupilumabe, uma vez que o BEC entre 150-300 células/ μ L e FeNO \geq 25 ppb indicam inflamação tipo 2 mista, com evidência superior em redução de exacerbações nesse perfil.
- D) Tezepelumabe, recomendado para fenótipos com BEC e FeNO baixos a moderados, independentemente de vias tipo 2, priorizando pacientes sem eosinofilia proeminente.
- E) Benralizumabe, preferível por sua ação em receptores IL-5 com depleção eosinofílica rápida, especialmente em adultos com BEC acima de 150 células/ μ L e histórico de exacerbações.

QUESTÃO 29 – Um menino de 7 anos de idade com diagnóstico confirmado de alergia persistente a amendoim, manifestada por histórico de anafilaxia após exposições acidentais, é avaliado para Imunoterapia Oral (ITO). Os pais do paciente expressam preocupações e buscam informações detalhadas sobre as indicações, os riscos e a metodologia do tratamento. Com base nas diretrizes e recomendações sobre a ITO (Solé, 2025), assinale a alternativa correta.

- A) A ITO para amendoim tem como principal objetivo a indução de tolerância permanente ao alérgeno, o que permite a suspensão do consumo do alimento após a fase de manutenção, sem risco de perda da proteção.
- B) A presença de asma controlada é considerada uma contraindicação relativa para a ITO, exigindo cautela e monitoramento intensivo, mas não impedindo categoricamente o início do tratamento.
- C) A ITO é recomendada para todos os pacientes com alergia alimentar persistente a amendoim, independentemente do risco de reações graves, devido à sua alta taxa de sucesso na eliminação da alergia.
- D) A terapia adjuvante com omalizumabe (anti-IgE) é contraindicada na ITO, pois pode interferir na avaliação da resposta imunológica e no desenvolvimento da tolerância.
- E) A ITO visa elevar o limiar de reatividade e estabelecer tolerância, sendo indicada para crianças com alergia persistente a amendoim, ovo e leite com risco de reações graves, e deve ser conduzida em ambiente com estrutura para o manejo de emergências alérgicas.

QUESTÃO 30 – Uma mulher de 62 anos com linfoma não Hodgkin em remissão há 6 meses apresenta episódios recorrentes de angioedema assimétrico afetando face, língua e abdome (com dor intensa e diarreia), sem urticária associada ou gatilhos identificáveis como medicamentos (não usa IECA ou AINEs). Os episódios duram 3-4 dias e respondem parcialmente a anti-histamínicos em alta dose, mas requerem hospitalização frequente por risco laríngeo. Laboratorialmente, C1-INH funcional 15% (normal >50%), C4 <2 mg/dL (normal 10-40), C3 normal, C1q <1 mg/dL (normal 12-22), sem mutações em SERPING1. Biópsia de lesão cutânea mostra edema dérmico sem vasculite. Considerando a fisiopatologia de consumo de C1-INH por autoanticorpos ou células linfoproliferativas na AAE tipo 1 associada a malignidade, integrando evidências de resposta variável a terapias de reposição e necessidade de imunossupressão adjuvante para reduzir recorrências, qual é a abordagem terapêutica inicial mais apropriada para profilaxia de longo prazo, priorizando redução de frequência de ataques e monitoramento oncológico?

- A) Prescrever concentrado de C1-INH intravenoso profilático (1.000 UI 2x/semana), associado a rituximabe para depleção de células B produtoras de autoanticorpos, com reavaliação trimestral de C1q e imagem oncológica.
- B) Iniciar icatibanto subcutâneo sob demanda para ataques agudos, sem profilaxia crônica, pois a remissão do linfoma pode resolver espontaneamente a deficiência de C1-INH em até 12 meses.
- C) Optar por androgênios atenuados (danazol 200 mg/dia) como profilaxia, monitorando hepatotoxicidade, dado o perfil de segurança em idosos e a eficácia em aumentar síntese hepática de C1-INH.
- D) Iniciar lanadelumabe subcutâneo (300 mg a cada 2 semanas), aprovado para HAE mas *off-label* para AAE, priorizando inibição de calicreína para bloquear formação de bradicinina, sem necessidade de imunossupressão.
- E) Recomendar ácido tranexâmico (1 g 3x/dia) como antifibrinolítico de primeira linha, com escalonamento para ecallantide se falha, evitando reposição de C1-INH devido ao risco de consumo acelerado em AAE tipo 2.

QUESTÃO 31 – Uma mulher de 45 anos, com histórico remoto (>15 anos) de *rash* cutâneo maculopapular não pruriginoso após uso de amoxicilina para infecção dentária, sem anafilaxia, urticária, angioedema ou sintomas sistêmicos, consulta em atenção primária para avaliação de alergia à penicilina antes de cirurgia eletiva. Ela nega uso recente de antibióticos, tem comorbidades controladas (hipertensão) e exame físico normal. Testes laboratoriais mostram IgE total normal, sem eosinofilia. Considerando o protocolo de teste de provocação oral direto, integrando critérios de baixo risco (reação remota não grave, ausência de fatores de alto risco como Stevens-Johnson ou anafilaxia), evidências de segurança em atenção primária (taxa de reação grave <1% em 90% dos casos) e implicações para remoção da alergia no registro eletrônico de saúde para otimizar antibioticoterapia futura, qual é a abordagem inicial mais apropriada, priorizando minimização de riscos e acesso em populações com limitado encaminhamento a especialistas?

- A) Realizar teste cutâneo com penicilina seguido de TPO com dose graduada em ambiente hospitalar, pois estudos mostram superioridade diagnóstica em relação ao TPO isolado em pacientes com histórico remoto.
- B) Recomendar evitação perpétua de penicilinas e uso de cefalosporinas de terceira geração como alternativa, sem teste, devido ao risco residual de reação cruzada (5-10%) em alergias verdadeiras.
- C) Prescrever epinefrina autoinjetável profilática e realizar TPO domiciliar com amoxicilina 500 mg, com instruções para automonitoramento, para aumentar adesão em áreas rurais.
- D) Encaminhar imediatamente para alergista para teste cutâneo e TPO em série, pois atenção primária não tem evidências suficientes de segurança para TPO isolado em adultos com comorbidades.
- E) Iniciar TPO com dose terapêutica única de amoxicilina 250 mg ambulatorial, com observação de 1 hora pós-TPO e *follow-up* telefônico em 1 semana e 6 meses, removendo a alergia do prontuário se negativo, alinhado ao protocolo para baixo risco.

QUESTÃO 32 – Um homem de 45 anos apresenta anafilaxia grave (hipotensão, urticária generalizada, angioedema orofaríngeo e broncoespasmo) 10 minutos após infusão intravenosa de cefazolina perioperatória para cirurgia ortopédica eletiva. História prévia de *rash* maculopapular não pruriginoso a amoxicilina há 20 anos, sem anafilaxia. Testes laboratoriais durante o episódio mostram triptase sérica elevada (45 ng/mL, normal <11.4), mas IgE específica para penicilina G/V e cefazolina negativa 6 semanas após. Biópsia cutânea revela degranulação de mastócitos sem infiltração eosinofílica. Considerando os mecanismos imunológicos de reações imediatas a betalactâmicos (IgE-dependente vs. não IgE mediada por ativação direta de mastócitos/basófilos) e a necessidade de testes diagnósticos padronizados para evitar diagnóstico errôneo com riscos substanciais (ex.: uso desnecessário de alternativas de amplo espectro), qual é a abordagem diagnóstica mais apropriada para confirmar hipersensibilidade imediata e guiar futura antibioticoterapia, integrando evidências de sensibilidade limitada de testes *in vitro/in vivo* e padrão-ouro para provocação?

- A) Iniciar provocação oral gradativa com amoxicilina em ambiente controlado após testes cutâneos negativos, como padrão-ouro para confirmação, dado que testes *in vitro* têm baixa sensibilidade em reações imediatas e há o risco de diagnóstico errôneo sem provocação.
- B) Realizar teste cutâneo intradérmico com cefazolina diluída, seguido de IgE específica para cefalosporinas; se negativos, considerar reação não imunológica e liberar uso de betalactâmicos sem provocação, pois triptase elevada sugere ativação mastocitária não-IgE.
- C) Dosar anticorpos anti-FcεRI e anti-IgE para diferenciar anafilaxia autoimune; se positivos, evitar todos os betalactâmicos perpetuamente, sem necessidade de provocação devido ao mecanismo não dependente da droga.
- D) Realizar teste de ativação de basófilos (BAT) com cefazolina *in vitro* como teste primário, pois é mais sensível que IgE específica em reações não IgE mediadas, e, se negativo, prosseguir com dessensibilização rápida para cefazolina em futuras cirurgias.
- E) Monitorar triptase seriada pós-evento e repetir IgE específica em 6 meses; se normalizada, atribuir a reação idiossincrática farmacológica não imunológica, liberando cefalosporinas de primeira geração sem testes adicionais.

QUESTÃO 33 – Uma mulher de 38 anos desenvolve DRESS grave (exantema maculopapular generalizado, eosinofilia de 1.800/μL, hepatite com transaminases 4x o limite superior e linfocitose com linfoblastos circulantes) após 3 semanas de tratamento com fenitoína para epilepsia pós-traumática. Após resolução com corticoides e retirada da droga, inicia piperacilina/tazobactama para infecção urinária complicada 4 semanas depois, evoluindo com exantema eritrodérmico, febre e agranulocitose no dia 7 de terapia. Testes *in vitro* (LTT) positivos para fenitoína, piperacilina e tazobactama; testes cutâneos negativos para betalactâmicos relacionados. Análise imunológica revela T-células CD4+ CD25dim PD-1+ CD38+ persistentes na circulação após 6 meses. Considerando o conceito de MDH como síndrome de hiperresponsividade T-cell persistente mediada por p-i, distinguindo de reações *flare-up* ou reatividade cruzada, e evidências de dupla sensibilização em combinações fixas (30–40% em LTT), qual é o mecanismo imunológico primário que explica a dupla reação à piperacilina/tazobactama no contexto de MDH sequencial, integrando ausência de deficiência regulatória T (Treg normal) e risco de evoluções graves como SJS/TEN em DHR subsequentes?

- A) Reatividade cruzada hapteno-dependente entre fenitoína e betalactâmicos, com expansão policlonal células T CD8+ citotóxica, levando à agranulocitose por apoptose neutrofílica; recomendar evitação de todos os antiepilépticos aromáticos sem testes adicionais.
- B) Ativação massiva de células T inicial por p-i HLA à fenitoína, resultando em hiperresponsividade persistente (PD-1+/CD38+) que baixa limiar para p-i TCR à piperacilina e tazobactama, sem reatividade cruzada; monitorar linfoblastos circulantes para prever reações futuras.
- C) Deficiência funcional Treg (CD4+ CD25bright FoxP3+) induzida por reativação viral (HHV-6) em DRESS, facilitando sensibilização hapteno-IgE à tazobactama; priorizar imunossupressores como metotrexato para prevenção de MDH distante.
- D) Farmacologia não imunológica por inibição COX em combinação, mimetizando intolerância AINE com mastocitose; usar BAT para confirmar ativação basófila não IgE e liberar betalactâmicos após resolução.
- E) Reação autoimune por mimetismo molecular entre epilépticos e betalactâmicos, com autoanticorpos anti-HLA; realizar HLA tipagem (B*15:02) para prever SJS/TEN e optar por dessensibilização rápida à piperacilina em cirurgias futuras.

QUESTÃO 34 – Uma mulher de 42 anos desenvolve exantema maculopapular generalizado, febre e eosinofilia periférica (1.200 células/ μ L) após 2 semanas de tratamento com carbamazepina para neuralgia trigeminal. Biópsia cutânea revela infiltração linfocítica perivascular com poucos eosinófilos, sem necrose epidérmica. Testes laboratoriais mostram IgE total normal, mas LTT positivo para carbamazepina. HLA tipagem revela B*15:02 positivo. Considerando os mecanismos de DHRs T-cell mediados descritos em Pallardy *et al.* (2024), incluindo associações HLA restritas e o modelo p-i, qual é o mecanismo mais provável para essa reação, integrando evidências de predição genômica em populações asiáticas e baixa sensibilidade de testes *in vitro* como BAT para reações não IgE?

- A) Haptenização covalente da carbamazepina com proteínas endógenas, formando neoantígenos apresentados por HLA-A31:01, levando a expansão CD4+ Th2 com eosinofilia; recomendar *screening* HLA-A31:01 em todos os pacientes antes de iniciar.
- B) Ativação basófila não-IgE via MRGPRX2, mimetizando anafilaxia pseudoalérgica, com BAT como teste diagnóstico preferencial; evitar todos os anti-epiléticos aromáticos sem testes adicionais.
- C) Formação de imunocomplexos IgG-carbamazepina, depositados em vasos cutâneos, causando vasculite com eosinofilia; usar ELISA para IgG específica como confirmação, e optar por dessensitização em reexposição.
- D) Interação farmacológica direta (p-i) da carbamazepina com TCR/HLA B15:02, ativando T-células CD8+ citotóxicas sem processamento do hapteno, com risco elevado em asiáticos; priorizar *screening* HLA B15:02 pré-tratamento para prevenção.
- E) Reativação viral (HHV-6) induzindo deficiência Treg transitória, facilitando autoimunidade contra queratinócitos; monitorar FoxP3+ em biópsia para prever progressão a DRESS, evitando provocação oral.

QUESTÃO 35 – De acordo com a revisão sobre alergias cutâneas, assinale a alternativa que apresenta a correta descrição do papel das células T auxiliares (Th) na imunopatogênese da Dermatite Atópica (DA), considerando a heterogeneidade da doença e a polarização Th2 como característica principal em fases agudas.

- A) A polarização Th1 é predominante em todas as fases da DA, promovendo inflamação crônica via IFN- γ , sem envolvimento significativo de IL-4 ou IL-13.
- B) As células Th17 dominam a resposta imune na DA, liberando IL-17 para recrutar neutrófilos, independentemente de mutações em filagrina ou sensibilização alérgica.
- C) A polarização Th22 é exclusiva da DA asiática, com IL-22 induzindo hiperplasia epidérmica, mas sem relação com a barreira cutânea ou comorbidades atópicas.
- D) A polarização Th2 é central na DA, com IL-4, IL-13 e IL-31 contribuindo para prurido e disfunção de barreira, enquanto Th17 e Th22 são mais relevantes em fases crônicas.
- E) As células Th9 são o principal driver na DA, produzindo IL-9 para eosinofilia, mas sem impacto na sensibilização alérgica ou na marcha atópica.

QUESTÃO 36 – De acordo com as diretrizes EAACI sobre anafilaxia, assinale a alternativa que apresenta a correta recomendação para o manejo inicial de uma reação anafilática em um paciente adulto com hipotensão e urticária generalizada após picada de inseto, considerando a priorização de intervenções para estabilização hemodinâmica e prevenção de progressão.

- A) Iniciar adrenalina intramuscular imediatamente na dose de 0,3-0,5 mg, com repetição a cada 5-15 minutos se necessário, e posicionar o paciente em decúbito dorsal com elevação das pernas para suporte hemodinâmico.
- B) Administrar anti-histamínicos H1 intravenosos como primeira linha, seguidos de corticosteroides para prevenção de recidiva tardia, sem necessidade de adrenalina se a hipotensão for leve.
- C) Priorizar antagonistas H2 como cimetidina para controle de sintomas gastrointestinais, reservando adrenalina apenas para casos com envolvimento respiratório grave.
- D) Recomendar observação por 4-6 horas sem medicação inicial, pois a maioria das reações a picadas de inseto se resolve espontaneamente sem intervenção farmacológica.
- E) Usar beta-agonistas inalados como albuterol para alívio imediato da dispnéia, adiando adrenalina até confirmação de choque anafilático por triptase elevada.

QUESTÃO 37 – Sobre a farmacoterapia da rinite alérgica (Ellis, 2026), assinale a alternativa que indica a correta recomendação para o uso inicial de corticosteroides intranasais em pacientes com rinite alérgica sazonal moderada a grave, considerando sua eficácia superior em relação a outros agentes isolados e o perfil de segurança.

- A) São contraindicados como monoterapia inicial, devendo ser sempre associados a anti-histamínicos orais para evitar efeitos sistêmicos como supressão adrenal.
- B) São o tratamento de primeira linha, com eficácia superior aos anti-histamínicos intranasais ou orais isolados para congestão nasal, enquanto os anti-histamínicos são preferidos para prurido ocular.
- C) Devem ser reservados para casos refratários, pois anti-histamínicos de segunda geração como loratadina são equivalentes em eficácia e têm menor risco de epistaxe.
- D) São indicados apenas para rinite perene, enquanto para sazonal, os antagonistas de leucotrienos como montelucaste são preferidos devido à ação anti-inflamatória seletiva.
- E) Os corticosteroides intranasais requerem monitoramento rotineiro de densidade óssea, pois a absorção sistêmica é significativa em doses padrão, superando os benefícios em congestão nasal.

QUESTÃO 38 – De acordo com o algoritmo de manejo de hipersensibilidade a meios de contraste radiológico (RCM) atualizado em 2024, assinale a alternativa que indica a correta recomendação para pacientes com reação de hipersensibilidade imediata (IHR) moderada prévia, como urticária generalizada sem choque, que necessitam de reexposição urgente a RCM, considerando a eficácia superior da mudança para RCM com cadeia lateral diferente (DSC) em relação à premedicação e o valor preditivo negativo (NPV) dos testes cutâneos?

- A) Priorizar premedicação com H1 + 2xCS isolada, sem mudança para DSC, pois meta-análises mostram redução robusta de reações (RR 0.38), e realizar BAT para confirmação pós-exame.
- B) Administrar RCM culpado com redução de dose (1,5 mL/kg) e velocidade (2,5 mL/s), adicionando premedicação H1, ignorando testes cutâneos, pois NPV é baixo em IHR moderada (<70%).
- C) Optar por RCM com DSC (ex.: sem carbamoil), idealmente com teste cutâneo negativo, e aplicar premedicação H1 para reações leves, dado que DSC tem RR <0.1 vs. premedicação (RR 0.62).
- D) Realizar DPT com RCM culpado em dose máxima sob monitoramento, sem premedicação, pois NPV alto em IHR (>90%) permite reexposição segura sem DSC.
- E) Evitar RCM e usar gadolínio como alternativa, adicionando antagonistas H2 para sintomas gastrointestinais, pois a reatividade cruzada entre RCM é >50% independentemente da cadeia lateral.

QUESTÃO 39 – Assinale a alternativa correta sobre o manejo inicial de uma exposição dérmica a cromo hexavalente em um trabalhador de galvanoplastia que desenvolve dermatite alérgica de contato, considerando a sensibilização imunológica e o risco de ulcerações crônicas.

- A) Irrigar imediatamente com água por 15 minutos, seguido de aplicação de creme corticosteroide tópico, sem necessidade de remoção da exposição se usar luvas protetoras.
- B) Administrar anti-histamínicos orais como primeira linha para controle do prurido, sem descontaminação específica, já que o cromo é um irritante não alérgico.
- C) Aplicar gel de gluconato de cálcio topicamente, similar ao manejo de ácido fluorídrico, para neutralizar o cromo e prevenir necrose tecidual.
- D) Realizar descontaminação dérmica com água e sabão e remover o paciente da exposição, pois o cromo causa sensibilização alérgica que pode persistir mesmo com baixa exposição.
- E) Monitorar por 24 horas sem intervenção, pois dermatite por cromo se resolve espontaneamente sem sequelas imunológicas.

QUESTÃO 40 – Uma mulher de 32 anos apresenta *rash* urticariforme recorrente há 6 meses associado à febre intermitente (38-39 °C), artralgias migratórias, fadiga crônica e elevação persistente de PCR (45 mg/L, normal <5) e SAA (120 mg/L, normal <10), sem resposta a anti-histamínicos em dose quádrupla ou corticoides orais baixos. Biópsia cutânea revela infiltração neutrofílica perivascular sem vasculite, e testes genéticos mostram mutação heterozigota em NLRP3. História familiar negativa para urticária, mas mãe com surdez neurosensorial progressiva. Considerando as diretrizes para diferenciar doenças autoinflamatórias mimetizando urticária, integrando ausência de resposta a tratamentos convencionais, duração prolongada de lesões (>24h), sintomas sistêmicos e risco de amiloidose AA a longo prazo (até 25% em síndrome de Muckle Wells), qual é, respectivamente, o diagnóstico mais provável e a abordagem terapêutica inicial apropriada, priorizando inibição de IL-1 para controle rápido e prevenção de complicações?

- A) Urticária espontânea crônica (CSU) com componente autoinflamatório – iniciar omalizumabe 300 mg subcutâneo mensal, com monitoramento de SAA para avaliar resposta, sem necessidade de testes genéticos adicionais, pois NLRP3 é polimorfismo comum.
- B) Hiper-IgD periódica (HIDS) – dosar mevalonato urinário e iniciar etanercepte 50 mg subcutâneo semanal, evitando anti-IL-1 devido ao risco de infecções oportunistas em mutações NLRP3.
- C) Síndrome de Schnitzler (SchS) – confirmar por gamopatia monoclonal IgM e iniciar canacinumabe 150 mg subcutâneo a cada 8 semanas, priorizando biópsia óssea para excluir linfoma associado.
- D) Síndrome periódica associada à criopirina (CAPS) subtipo MWS – tratar com anakinra 100 mg subcutâneo diário, com reavaliação audiométrica e renal para amiloidose, e aconselhamento genético familiar.
- E) Urticária vasculite normocomplementêmica – tratar com dapsona 100 mg/dia para supressão neutrofílica, com *screening* para FMF via MEFV se febre persistir, sem necessidade de inibidores de IL-1.