

CONCURSO PÚBLICO Nº 065/2026
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

PROVA ESCRITA OBJETIVA E DISSERTATIVA

MÉDICO – PERFIL MÉDICO IMUNOLOGISTA

ABRA APENAS QUANDO AUTORIZADO.

PARA PREENCHER OS CARTÕES-RESPOSTA USE CANETA ESFEROGRÁFICA DE COR PRETA.

Leia com atenção as seguintes instruções:

1. Este caderno de questões contém **40 questões** de múltipla escolha, constituídas de 5 alternativas de resposta, das quais somente uma deve ser assinalada no cartão-resposta, e **3 questões dissertativas**, com seus respectivos espaços para rascunhos. Este caderno é composto por: 10 questões de Conhecimentos Gerais, 30 questões de Conhecimentos Específicos e 3 questões dissertativas.
Quando autorizado, folheie o caderno de questões e, caso haja algum problema, informe ao fiscal de sala.
2. Confira as informações nos cartões-resposta, especialmente os seus dados pessoais e o cargo público/perfil para qual está concorrendo. Os cartões-resposta devem ser assinados e não devem ser dobrados, amassados ou rasurados.
3. Durante a prova, não é permitido o uso de dispositivos eletrônicos de qualquer tipo, nem de celulares e materiais de consulta.
4. Ao transferir as respostas para o cartão-resposta da prova objetiva, marque com caneta de tinta de cor preta a letra correspondente à alternativa escolhida. A troca do cartão não será permitida em caso de marcação incorreta.
5. Ao transferir as respostas para os cartões-resposta da prova dissertativa, escreva de forma legível, utilize caneta de cor preta assim como atenha-se ao espaço correspondente a cada questão. Não serão fornecidos cartões adicionais para complementação das respostas às questões.
6. A saída definitiva da sala de prova só será permitida após decorridas **2 horas** do início da prova (conforme o horário registrado na sala) e após a entrega obrigatória ao fiscal de sala:
 - dos seus cartões-resposta personalizados;
 - do seu caderno de questões, completo.
7. Encerrada sua prova, o candidato deverá devolver seu caderno de questões completo ao fiscal de sala de provas e deverá deixá-la levando consigo somente o material fornecido pela FUNCAMP para conferência da prova escrita objetiva realizada (rascunho de gabarito da prova objetiva) e seus pertences pessoais. O rascunho elaborado pelo candidato para as questões dissertativas não poderá ser levado.
8. Os três últimos candidatos da sala de provas devem nela permanecer até que o último deles entregue sua prova, assinando o termo respectivo e saindo juntos da sala.
9. As informações/instruções dadas no dia da prova complementam o edital.
10. Um exemplar do caderno de questões da prova escrita objetiva estará disponível no site FUNCAMP (www.concursosfuncamp.com.br) e na Área do Candidato, o link “Anexos”, a partir das 16 horas do primeiro dia útil após a realização da prova.

**DURAÇÃO TOTAL DA PROVA, INCLUINDO
TRANSCRIÇÃO DAS INDICAÇÕES DE
GABARITO PARA OS CARTÕES-RESPOSTA:
QUATRO HORAS**

Escreva seu nome completo de forma legível.

NOME: _____

ESPAÇO PARA RASCUNHO

CONHECIMENTOS GERAIS

QUESTÃO 1

Com base na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), assinale a alternativa que apresenta corretamente princípios do SUS.

- A) Capacidade de resolução dos serviços exclusivamente no nível primário de assistência e integração em nível político das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.
- B) Universalidade, direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde e igualdade da assistência à saúde, com privilégios aos profissionais de saúde que trabalham em cada unidade.
- C) Proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes e regionalização e desierarquização da rede de serviços de saúde.
- D) Centralização político-administrativa com direção única e preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- E) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário e direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

QUESTÃO 2

De acordo com a Constituição de 1988 (Art. 196-200), é correto afirmar:

- A) As ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único, organizado de acordo com três diretrizes: descentralização; equidade e participação da comunidade.
- B) As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde apenas mediante contrato de direito público.
- C) É possível a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, desde que aprovada pelo gestor local do sistema único de saúde.
- D) Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
- E) Cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle, diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

QUESTÃO 3

De acordo com a Lei nº 8.142, pode-se afirmar a respeito da conferência de saúde:

- A) Deve se reunir anualmente.
- B) Tem caráter permanente e deliberativo.
- C) Normalmente é convocada pelo Poder Executivo.
- D) Atua no controle da execução da política de saúde.
- E) Suas decisões deverão ser homologadas pelo ministério da saúde.

QUESTÃO 4

Analise os seguintes princípios.

- I. Equidade e participação social;
- II. Autonomia e empoderamento;
- III. Intersetorialidade e sustentabilidade;
- IV. Intersetorialidade e integridade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde adota como princípios:

- A) I e III, apenas.
- B) II e IV, apenas.
- C) I, III e IV, apenas.
- D) II e III, apenas.
- E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 5

Em relação à Política Nacional de Vigilância em Saúde e seus conceitos, relacione a COLUNA II com a COLUNA I, associando o atributo à situação que ele melhor representa.

COLUNA I

- 1. Vigilância em saúde
- 2. Vigilância epidemiológica
- 3. Vigilância sanitária

COLUNA II

- () Processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.
- () Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.
- () Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.

Assinale a sequência correta.

- A) 1 2 3
- B) 3 2 1
- C) 2 3 1
- D) 1 3 2
- E) 2 1 3

QUESTÃO 6

Antônia, 58 anos de idade, trabalha como faxineira de uma empresa de carros. É obesa, tabagista desde os 15 anos de idade (20 anos-maço), nega doenças prévias. Compareceu na unidade de saúde queixando-se de dores no punho esquerdo, que irradia para o antebraço. O punho apresenta-se edemaciado, dolorido e com teste de Phalen positivo, indicando síndrome do túnel do carpo. O médico da família inicia o tratamento com corticoide oral, analgésico, orienta o uso de gelo local e a encaminha para a fisioterapia da unidade de saúde. Além disso, realiza rastreio de câncer de pulmão, orienta e convida para o grupo de cessação do tabagismo da unidade e aborda a importância do controle do peso.

Nesse caso, qual princípio ou diretriz do SUS definido pela Política Nacional de Atenção Básica foi seguido?

- A) Universalidade.
- B) Equidade.
- C) Integralidade.
- D) Coordenação de cuidados.
- E) Cuidados centrados na pessoa.

QUESTÃO 7

A respeito da comunicação prevista na Política Nacional de Vigilância em Saúde, é uma característica do alerta de risco sanitário:

- A) Consistir em um processo interativo de troca de informação e opiniões entre indivíduos, grupos e instituições.
- B) Relacionar-se a acontecimentos ou situações que ameacem a saúde humana ou a segurança dos indivíduos ou das comunidades.
- C) Ser oportuno e transparente na veiculação de informação veiculada no decurso do processo de comunicação do risco em saúde, no que se refere à natureza, magnitude, significância e medidas de controle do risco.
- D) Objetivar a mudança imediata de comportamentos individuais ou a implementação de medidas de caráter coletivo.
- E) Utilizar o boletim epidemiológico como veículo de comunicação primordial.

QUESTÃO 8

Após o forte terremoto que atingiu a Venezuela, uma família, após perder tudo, decide vir para Brasil e morar temporariamente com alguns parentes que aqui já estavam. Ao chegar, a mãe procura a unidade básica de saúde para acompanhamento dos filhos e recebe atendimento médico e vacinação. Nesse caso, qual princípio do SUS foi seguido?

- A) Cuidados centrados na pessoa.
- B) Equidade.
- C) Integralidade.
- D) Universalidade.
- E) Coordenação de cuidados.

QUESTÃO 9

Analise os seguintes princípios.

- I. Início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida.
- II. Respeito à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.
- III. Valorização da vida e consideração da morte como um processo natural.
- IV. Promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto.

A Política Nacional de Cuidados Paliativos adota como princípios:

- A) I e III, apenas.
- B) II e IV, apenas.
- C) I, III e IV, apenas.
- D) II e III, apenas.
- E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 10

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Programa Melhor em Casa (PMcC), analise as situações a seguir:

- 1. Sra. Joana, 88 anos de idade, restrita ao leito por quadro avançado de Alzheimer, com necessidade de nutrição parenteral
- 2. Sr. Antônio, 76 anos de idade, com insuficiência renal crônica e necessidade de diálise peritoneal domiciliar.
- 3. Ana Clara, recém-nascida prematura que teve alta hospitalar com necessidade de ganho ponderal

Esses pacientes têm indicação das modalidades de AD, respectivamente,

- A) AD 1, AD 2 e AD 3.
- B) AD 2, AD 1 e AD 2.
- C) AD 2, AD 3 e AD 1.
- D) AD 3, AD 3 e AD 2.
- E) AD 2, AD 3 e AD 2.

MÉDICO IMUNOLOGISTA

QUESTÃO 11

Mulher de 19 anos de idade apresenta sinusites e pneumonias bacterianas recorrentes desde a infância, além de artralgias, rash fotossensível e FAN positivo. Dosagem de imunoglobulinas e resposta vacinal são preservadas. A avaliação do complemento mostra CH50 indetectável, AH50 normal, C3 e C4 dentro da normalidade.

Qual defeito é mais compatível com esse padrão?

- A) Deficiência de properdina, com comprometimento da via alternativa.
- B) Deficiência terminal de C5-C9, com predisposição exclusiva a *Neisseria*.
- C) Deficiência de componente inicial da via clássica, especialmente C2.
- D) Deficiência de C1-inibidor, compatível com angioedema hereditário.
- E) Deficiência de DAF/CD55, compatível com hemoglobinúria paroxística noturna.

QUESTÃO 12

Menino de 7 anos de idade apresenta pneumonias recorrentes, diarreia crônica por *Cryptosporidium* e episódio prévio de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*. Exames mostram IgG, IgA e IgE muito reduzidas, IgM elevada, linfócitos B em número normal e linfócitos T quantitativamente preservados.

Qual mecanismo imunológico explica melhor o quadro?

- A) Defeito de CD40L em linfócitos T, prejudicando troca de classe e cooperação T-B.
- B) Defeito de BTK, impedindo maturação de linfócitos B.
- C) Defeito de FOXP3, causando desregulação imune ligada ao X.
- D) Deficiência de C1-inibidor, causando ativação de bradicinina.
- E) Defeito isolado de NADPH oxidase em neutrófilos.

QUESTÃO 13

Homem de 24 anos de idade apresenta pneumonias recorrentes, sinusite crônica, linfonodomegalia persistente, esplenomegalia, citopenia autoimune e enteropatia crônica. Exames mostram IgG e IgA reduzidas, resposta vacinal ruim e linfócitos B presentes. História familiar revela consanguinidade.

Qual interpretação é mais adequada?

- A) Deficiência seletiva de IgA sem necessidade de investigação adicional.
- B) Fenótipo CVID/CVID-like com imunodesregulação, devendo-se considerar investigação de defeito monogênico.
- C) Alergia alimentar múltipla como explicação única para enteropatia e infecções.
- D) Asma grave com infecções secundárias ao corticoide inalatório.
- E) Deficiência isolada de complemento terminal.

QUESTÃO 14

Recém-nascido assintomático apresenta teste de triagem neonatal com TREC indetectável. A imunofenotipagem mostra CD3 muito reduzido, ausência de linfócitos T naíve e linfócitos B e NK presentes. A família pergunta se pode seguir calendário vacinal habitual, incluindo BCG e rotavírus.

Qual conduta é mais adequada?

- A) Liberar todas as vacinas, pois o lactente ainda está assintomático.
- B) Repetir TREC apenas aos 6 meses, mantendo BCG e rotavírus.
- C) Tratar como suspeita de SCID: suspender vacinas vivas, proteger contra infecções e usar hemoderivados irradiados e CMV-negativos quando necessários.
- D) Indicar apenas antibiótico profilático, mantendo leite materno e vacinas vivas.
- E) Solicitar IgE total para decidir se há contraindicação vacinal.

QUESTÃO 15

Adolescente de 17 anos de idade, sexo feminino, apresenta abscesso hepático por *Staphylococcus aureus*, linfadenite por *Serratia* e pneumonia fúngica por *Aspergillus*. O teste de dihidrorodamina (DHR) mostra duas populações de neutrófilos: uma com burst oxidativo normal e outra sem burst oxidativo.

Qual é a interpretação mais provável?

- A) Deficiência completa de mieloperoxidase, achado geralmente benigno.
- B) Portadora sintomática de doença granulomatosa crônica ligada ao X, por lyonização desfavorável.
- C) Deficiência terminal de complemento.
- D) Síndrome de hiper-IgE autossômica dominante.
- E) Deficiência seletiva de IgA.

QUESTÃO 16

Homem de 53 anos de idade com timoma apresenta pneumonias bacterianas recorrentes, candidíase oral persistente e diarreia por *Giardia*. Exames mostram hipogamaglobulinemia, linfócitos B ausentes ou muito reduzidos e linfopenia CD4.

Qual diagnóstico é mais provável?

- A) Deficiência seletiva de IgA.
- B) Síndrome de Good associada a timoma.
- C) Doença granulomatosa crônica.
- D) Angioedema hereditário.
- E) Deficiência terminal de complemento.

QUESTÃO 17

Homem de 38 anos de idade apresenta sinusites bacterianas recorrentes e três pneumonias nos últimos 4 anos. IgG, IgA, IgM e subclasses de IgG são normais. Foi avaliada resposta sorológica após vacina pneumocócica conjugada 20-valente (PCV20).

Na dosagem pós-vacinal, apresentou IgG sorotipo-específica $\geq 0,35$ $\mu\text{g/mL}$ para 55% dos sorotipos avaliados.

Qual interpretação é mais adequada?

- A) O paciente não respondeu à PCV20, pois seria necessário atingir $\geq 0,35$ $\mu\text{g/mL}$ em 100% dos sorotipos.
- B) O paciente respondeu à PCV20 pelo critério de imunogenicidade para vacina conjugada, pois atingiu $\geq 0,35$ $\mu\text{g/mL}$ em mais de 50% dos sorotipos avaliados.
- C) A resposta à PCV20 deve ser considerada ausente, pois qualquer valor abaixo de 1,3 $\mu\text{g/mL}$ é inadequado para vacina conjugada.
- D) A resposta normal à PCV20 exclui qualquer imunodeficiência humoral, independentemente da história clínica.
- E) A PCV20 só pode ser interpretada se houver elevação de quatro vezes em todos os sorotipos testados.

QUESTÃO 18

Mulher, 46 anos de idade, com urticária crônica espontânea há 18 meses, UAS7 = 34, UCT = 5, angioedema recorrente e dermatografismo sintomático. Usou anti-H1 de segunda geração em dose quadruplicada por 4 semanas, com resposta mínima. Exames: IgE total 8 UI/mL, eosinófilos 30/ μL , basófilos 0/ μL , PCR 18 mg/L, FAN 1:320, IgG anti-TPO positivo em alto título. Não há lesões purpúricas, dor residual ou duração individual das lesões maior que 24 horas.

Qual interpretação fenotípica é mais adequada?

- A) UCE tipo I autoalérgica, com alta probabilidade de resposta rápida ao omalizumabe em dose padrão.
- B) UCE induzida isolada, pois o dermatografismo exclui UCE autoimune.
- C) UCE tipo IIb provável, associada a doença grave e resposta lenta/incompleta ao anti-H1 e ao omalizumabe.
- D) Vasculite urticariforme hipocomplementêmica, pois FAN positivo e PCR elevada são diagnósticos.
- E) Mastocitose sistêmica indolente, pois IgE baixa e urticária grave são suficientes para suspeita principal.

QUESTÃO 19

Mulher de 39 anos de idade apresenta urticais diárias há 10 semanas, lesões evanescentes, pruriginosas, com duração individual menor que 24 horas, sem febre, sem dor residual, sem púrpura, sem perda ponderal e sem sinais sistêmicos. Nega angioedema. Não há suspeita clínica de alergia alimentar, urticária crônica induzível específica ou doença sistêmica.

Qual conjunto de exames é mais apropriado como investigação inicial racional da urticária crônica espontânea?

- A) Prick test amplo para alimentos, IgE específica para múltiplos alimentos, painel de inalantes, triptase, complemento, FAN, anti-DNA e biópsia de pele.
- B) Hemograma com diferencial, PCR e/ou VHS, IgE total e IgG anti-TPO; exames adicionais devem ser guiados pela história clínica e pelo exame físico.
- C) Nenhum exame deve ser solicitado em hipótese alguma, pois a UCE é sempre diagnóstico exclusivamente clínico.
- D) Dosagem de IgE total, IgG total, IgA, IgM, subclasses de IgG, CD19, CD4, CD8 e resposta vacinal pneumocócica em todos os pacientes.
- E) Biópsia de pele obrigatória em todos os pacientes para excluir vasculite urticariforme, independentemente da duração da lesão.

QUESTÃO 20

Mulher de 46 anos é encaminhada por “urticária crônica espontânea refratária”. Refere placas urticariformes recorrentes há 4 meses, sem desencadeante evidente. Utilizou anti-H1 de segunda geração em dose quadruplicada por 6 semanas, com resposta parcial. Ao revisar a história, relata que algumas lesões permanecem no mesmo local por mais de 24 horas antes de desaparecer.

Considerando o consenso internacional de urticária, a melhor próxima conduta é:

- A) Iniciar omalizumabe imediatamente, sem reavaliar o diagnóstico, considerando que 4 meses de evolução já são suficientes para caracterizar urticária crônica refratária.
- B) Associar um segundo anti-H1 sedativo à dose já otimizada, buscando potencializar o controle antes de qualquer nova investigação.
- C) Reavaliar o diagnóstico antes de escalar o tratamento, considerando vasculite urticariforme no diferencial diante da duração fixa das lesões, e indicar biópsia de pele lesional para confirmação.
- D) Solicitar dosagem de C1-inibidor funcional, valorizando a refratariedade ao anti-H1 como sugestiva de angioedema hereditário, mesmo na presença de urticais típicas.
- E) Classificar como urticária colinérgica, pois lesões desencadeadas por calor ou exercício justificariam a refratariedade ao anti-H1 padrão.

QUESTÃO 21

Homem de 54 anos de idade apresenta edema de língua e lábios há 3 horas. Nega urticas, prurido ou broncoespasmo. Está hemodinamicamente estável, sem estridor, mas com sensação de aumento progressivo da língua. Usa enalapril há 8 anos. Relata episódio semelhante há 1 ano, também sem urticária. No pronto atendimento, recebeu anti-H1 e corticoide, sem melhora após 90 minutos. Não há história familiar.

Qual conduta é mais adequada?

- A) Alta após anti-H1, pois ausência de urticária indica baixo risco.
- B) Manter enalapril, pois o evento ocorreu após muitos anos de uso.
- C) Priorizar via aérea, suspender definitivamente o IECA e tratar como angioedema bradicinínico provável; considerar terapias específicas para bradicinina quando disponíveis e indicadas, sem atrasar manejo de via aérea.
- D) Aplicar adrenalina IM obrigatoriamente como única terapia, sem monitorização de via aérea.
- E) Solicitar C4 antes de qualquer conduta, pois o resultado define a urgência.

QUESTÃO 22

Adolescente de 15 anos de idade inicia, durante infusão intravenosa de ceftriaxona, quadro de prurido difuso, urticária, tosse, rouquidão, náuseas, tontura e sensação de desmaio. Ao exame, apresenta palidez, sibilância difusa, saturação de oxigênio de 92% em ar ambiente, frequência cardíaca de 132 bpm e pressão arterial sistólica abaixo do esperado para a idade. A equipe suspeita de anafilaxia.

Qual conduta inicial é mais adequada?

- A) Interromper a infusão, posicionar o paciente em decúbito dorsal com membros inferiores elevados se tolerado e sem piorar sintomas respiratórios, administrar adrenalina intramuscular imediatamente na face anterolateral da coxa e associar oxigênio, monitorização, acesso venoso e expansão volêmica conforme necessidade.
- B) Interromper a infusão, colocar o paciente em decúbito dorsal com membros inferiores elevados se tolerado, ofertar oxigênio, monitorizar, obter acesso venoso e iniciar expansão volêmica, administrando adrenalina intramuscular se não houver resposta clínica inicial.
- C) Interromper a infusão, administrar anti-H1 intravenoso e corticoide sistêmico, ofertar oxigênio e observar resposta, pois a presença de urticária sugere reação histaminérgica com boa resposta a medicações antialérgicas.
- D) Interromper a infusão, colocar o paciente em posição de Trendelenburg obrigatória, administrar adrenalina subcutânea e reservar a via intramuscular para casos com parada cardiorrespiratória.
- E) Manter a infusão suspensa, realizar salbutamol inalatório em doses repetidas e administrar adrenalina apenas se persistirem sibilância ou dessaturação após broncodilatador.

QUESTÃO 23

Quatro pacientes são avaliados por suspeita de doença mastocitária.

Paciente 1: adulto com anafilaxia a himenóptero, triptase basal 32 ng/mL, KIT D816V positivo e medula óssea com agregados densos de mastócitos atípicos CD25/CD30.

Paciente 2: mulher com episódios recorrentes de flushing, dor abdominal, diarreia, taquicardia e hipotensão; triptase basal 6 ng/mL e durante crise 13 ng/mL; KIT negativo, sem agregados mastocitários, com resposta a anti-H1/anti-H2/antileucotrieno.

Paciente 3: homem com triptase basal persistentemente entre 13-16 ng/mL, hipermobilidade, dispepsia, familiares com triptase elevada, KIT negativo e aumento de cópias TPSAB1.

Paciente 4: adolescente com urticária, broncoespasmo e vômitos apenas após camarão, IgE específica positiva para camarão, triptase basal normal e elevação transitória de triptase no evento.

Qual associação diagnóstica está correta?

- A) Paciente 1: MCAS idiopática; Paciente 2: alfa-triptasemia hereditária; Paciente 3: mastocitose sistêmica; Paciente 4: urticária crônica espontânea.
- B) Paciente 1: mastocitose sistêmica; Paciente 2: síndrome de ativação mastocitária idiopática; Paciente 3: alfa-triptasemia hereditária; Paciente 4: ativação mastocitária secundária a alergia IgE-mediada.
- C) Paciente 1: anafilaxia idiopática sem necessidade de investigação clonal; Paciente 2: mastocitose sistêmica confirmada; Paciente 3: alergia alimentar; Paciente 4: deficiência de complemento.
- D) Todos têm mastocitose sistêmica, pois qualquer triptase elevada é diagnóstica.
- E) Nenhum tem ativação mastocitária, pois urticária e flushing são inespecíficos.

QUESTÃO 24

Mulher de 37 anos de idade com diagnóstico confirmado de asma é encaminhada para avaliação de biológico por sintomas diários e exacerbações apesar de prescrição de corticoide inalatório em alta dose associado a formoterol. Eosinófilos 620/ μ L, FeNO 48 ppb, IgE elevada e sensibilização a ácaros. Na consulta, demonstra técnica inalatória inadequada, esquece frequentemente o controlador, mantém exposição domiciliar a mofo, rinossinusite crônica não controlada e refluxo sintomático.

Qual é a melhor conduta neste momento?

- A) Iniciar anti-IL-5 imediatamente, pois eosinofilia isolada define asma grave refratária.
- B) Iniciar anti-IgE imediatamente, pois sensibilização a ácaros define indicação absoluta.
- C) Iniciar anti-TSLP imediatamente, independentemente de adesão e comorbidades.
- D) Trocar todos os inaladores por broncodilatador isolado.
- E) Antes de definir asma grave refratária e escolher biológico, corrigir técnica inalatória, adesão, exposições e comorbidades, reavaliando controle após otimização.

QUESTÃO 25

Homem de 28 anos de idade apresenta rinite persistente há 4 meses, com obstrução nasal diária, prejuízo do sono, espirros e prurido. Piora com poeira. Ao exame, mucosa nasal pálida e edemaciada, sem secreção purulenta, febre ou dor facial. Anti-H1 oral de resgate melhora espirros e prurido, mas não controla obstrução.

Qual é a melhor opção farmacológica inicial?

- A) Anti-H1 oral diário como monoterapia, pois é superior para obstrução nasal.
- B) Corticoide intranasal diário, com orientação de técnica de aplicação e reavaliação.
- C) Corticoide sistêmico prolongado como primeira linha.
- D) Montelukaste como monoterapia superior ao corticoide intranasal.
- E) Descongestionante tópico nasal contínuo por meses.

QUESTÃO 26

Três adultos com dermatite atópica grave permanecem sintomáticos após otimização de tratamento tópico. Paciente 1: mulher de 31 anos, doença crônica grave, asma T2 e esofagite eosinofílica, deseja estratégia de longo prazo com menor necessidade de monitorização laboratorial e sem necessidade de resposta ultra-rápida.

Paciente 2: homem de 24 anos de idade, prurido NRS 10, insônia intensa, necessidade de resposta rápida, sem fatores de risco trombótico/cardiovascular e exames basais adequados.

Paciente 3: homem de 39 anos de idade com exacerbação grave, necessita controle rápido como ponte enquanto aguarda acesso a terapia-alvo, pressão arterial e função renal normais, com possibilidade de monitorização próxima.

Qual associação terapêutica é mais adequada?

- A) Paciente 1: ciclosporina crônica; Paciente 2: dupilumabe obrigatório; Paciente 3: anti-H1 sedativo isolado.
- B) Paciente 1: JAKi como única opção; Paciente 2: ciclosporina obrigatória; Paciente 3: evitar qualquer sistêmico.
- C) Paciente 1: anti-IL-4/IL-13; Paciente 2: inibidor de JAK; Paciente 3: ciclosporina como ponte/resgate de curto prazo.
- D) Todos devem receber corticoide sistêmico crônico.
- E) Fototerapia é obrigatória e substitui todos os sistêmicos em qualquer perfil.

QUESTÃO 27

Adolescente atópico com rinite alérgica apresenta prurido ocular recorrente. Nas últimas semanas evoluiu com fotofobia, sensação de corpo estranho, lacrimejamento intenso, secreção mucosa, hiperemia importante e redução da acuidade visual.

Qual conduta é mais adequada?

- A) Tratar como conjuntivite alérgica leve e liberar apenas anti-H1 oral, sem avaliação ocular.
- B) Suspeitar de ceratoconjuntivite alérgica grave e encaminhar para avaliação oftalmológica.
- C) Prescrever corticoide ocular por tempo indeterminado sem oftalmologia.
- D) Diagnosticar rinite isolada, pois sintomas oculares não têm gravidade.
- E) Indicar antibiótico tópico crônico como primeira linha.

QUESTÃO 28

Homem de 28 anos de idade apresenta disfagia intermitente para sólidos há 3 anos, pirose ocasional e um episódio de impactação alimentar resolvido espontaneamente. Endoscopia mostra sulcos longitudinais, exsudatos esbranquiçados e anéis discretos, sem estenose crítica. Biópsias proximal e distal mostram 42 eosinófilos por campo de grande aumento. Causas secundárias foram afastadas.

O paciente pergunta se o correto é iniciar IBP ou corticoide tópico deglutido. Qual resposta é mais adequada?

- A) Deve obrigatoriamente iniciar IBP por 8 semanas porque resposta ao IBP ainda é necessária para confirmar ou excluir EoE.
- B) Corticoide tópico deglutido é obrigatório como primeira opção em todos os adultos, pois IBP trata apenas DRGE.
- C) Tanto IBP em dose alta quanto corticoide tópico deglutido são opções iniciais aceitáveis; a escolha depende de fenótipo clínico-endoscópico, sintomas de refluxo, gravidade, preferência, disponibilidade, segurança e necessidade de reavaliação clínica, endoscópica e histológica.
- D) Pirose ocasional define DRGE; a eosinofilia deve ser ignorada.
- E) Dilatação isolada deve ser primeira conduta, pois há anéis discretos.

QUESTÃO 29

Homem de 52 anos de idade, com rinossinusite crônica com pólipos nasais há mais de 1 ano, apresenta obstrução nasal intensa, anosmia, asma associada e exacerbações recorrentes. Já usou corticoide intranasal e lavagens salinas de forma irregular, além de cursos repetidos de corticoide sistêmico.

Qual abordagem é mais adequada?

- A) Suspender corticoide intranasal, pois não tem papel em pólipos nasais.
- B) Usar antibiótico crônico para todos os casos, independentemente de infecção.
- C) Indicar descongestionante tópico contínuo como tratamento de manutenção.
- D) Tratar apenas a asma, pois pólipos não interferem na via aérea inferior.
- E) Otimizar tratamento tópico com corticoide intranasal e irrigação salina; em doença grave não controlada apesar de tratamento adequado, considerar cirurgia e/ou biológicos conforme critérios.

QUESTÃO 30

Mulher de 36 anos de idade apresenta dor abdominal, diarreia, perda ponderal, eosinofilia periférica e biópsias gástricas/duodenais com infiltrado eosinofílico aumentado. Não há diagnóstico prévio de doença alérgica alimentar comprovada.

Antes de classificar como doença gastrointestinal eosinofílica primária não esofágica, qual etapa é essencial?

- A) Iniciar dieta de exclusão ampla sem investigação adicional.
- B) Excluir causas secundárias de eosinofilia/infiltrado eosinofílico gastrointestinal, como parasitoses, fármacos, DII, vasculites, neoplasias e síndrome hipereosinofílica.
- C) Diagnosticar automaticamente EoE, mesmo sem sintomas esofágicos.
- D) Solicitar IgG alimentar para definir todos os alimentos causais.
- E) Usar corticoide sistêmico crônico antes de qualquer investigação.

QUESTÃO 31

Criança de 5 anos de idade, com dermatite atópica leve, nunca ingeriu castanha de caju. Foi solicitado painel amplo de IgE por ansiedade familiar, que mostrou IgE específica baixa para caju. Não há história de reação, anafilaxia ou sintomas após exposição alimentar. A família excluiu todas as castanhas da dieta.

Qual conduta é mais adequada?

- A) Diagnosticar alergia a caju e contraindicar qualquer castanha para sempre.
- B) Explicar que sensibilização isolada não confirma alergia clínica; considerar avaliação individualizada e, se indicado, provocação oral supervisionada.
- C) Prescrever adrenalina autoinjetable obrigatoriamente para qualquer IgE detectável.
- D) Solicitar IgG alimentar para confirmar alergia.
- E) Ignorar completamente o resultado e liberar ingestão domiciliar sem orientação.

QUESTÃO 32

Lactente de 3 meses de idade, em uso diário de fórmula à base de leite de vaca desde o primeiro mês de vida, é avaliado por vômitos intermitentes, diarreia crônica, distensão abdominal, palidez, hipoatividade e baixo ganho ponderal. Não há urticária, angioedema, sibilância, estridor ou sintomas respiratórios imediatos após as mamadas. Foi orientada retirada da fórmula láctea, com melhora progressiva dos vômitos, da diarreia e do estado geral. Após 5 semanas de exclusão, ocorreu reexposição acidental a pequena quantidade de fórmula, seguida de vômitos repetidos cerca de 2 horas depois, palidez intensa e letargia, necessitando pronto-socorro e hidratação venosa. Na investigação, teste cutâneo para leite de vaca é positivo e IgE específica para leite de vaca é detectável.

Qual interpretação é mais adequada?

- A) FPIES (Síndrome da Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar) crônica por leite de vaca durante a exposição diária, com reação aguda após reexposição e fenótipo atípico pela presença de sensibilização IgE ao leite.
- B) Alergia IgE mediada clássica ao leite de vaca, pois a positividade do teste cutâneo e da IgE específica exclui FPIES.
- C) Proctocolite alérgica induzida por proteína alimentar (FPIAP, food protein-induced allergic proctocolitis) por leite de vaca, pois diarreia crônica e baixo ganho ponderal são suficientes para esse diagnóstico.
- D) Intolerância à lactose, pois vômitos e distensão abdominal em lactente alimentado com fórmula láctea são manifestações típicas.
- E) Esofagite eosinofílica induzida por leite, pois a melhora após exclusão e a IgE positiva confirmam acometimento esofágico.

QUESTÃO 33

Mulher de 52 anos de idade recebeu amoxicilina-clavulanato por 10 dias para sinusite bacteriana. Cerca de 3 semanas após o início, evoluiu com febre, exantema morbiliforme difuso, edema facial, linfadenopatia cervical, eosinofilia 1.900/ μ L e transaminases acima de 5 vezes o limite superior da normalidade. Não houve descolamento epidérmico, Nikolsky, erosões extensas de mucosa oral/ocular ou necrose cutânea. Necessitou internação, suspensão do fármaco e seguimento até resolução completa. Seis meses depois procura avaliação para saber se pode voltar a usar amoxicilina.

Qual conduta é mais adequada?

- A) Realizar provocação oral com amoxicilina-clavulanato em doses crescentes, pois não houve descolamento epidérmico.
- B) Solicitar IgE específica; se negativa, liberar reuso, pois DRESS é reação IgE-mediada.
- C) Considerar DRESS/SCAR; contraindicar provocação com o fármaco suspeito e considerar investigação não provocativa com patch test e/ou intradérmico de leitura tardia.
- D) Liberar todos os betalactâmicos sem investigação, pois a reação foi tardia.
- E) Contraindicar todos os antibióticos e qualquer investigação futura.

QUESTÃO 34

Mulher de 34 anos de idade, sem asma, sem polipose nasal e sem urticária crônica, apresentou dois episódios de urticária e prurido 60 a 90 minutos após ibuprofeno e diclofenaco. Não houve angioedema, broncoespasmo, hipotensão ou necessidade de adrenalina. Nunca usou celecoxibe ou etoricoxibe.

Qual orientação é mais adequada?

- A) Liberar qualquer AINE não seletivo, pois a reação foi apenas cutânea.
- B) Orientar evitar AINEs inibidores fortes de COX-1 e liberar para uso domiciliar um inibidor seletivo de COX-2, iniciando com a menor dose possível e dose única no primeiro dia; encaminhar para avaliação especializada/provocação supervisionada se houver reação grave, angioedema, sintomas respiratórios, dúvida diagnóstica ou necessidade formal de documentar tolerância.
- C) Diagnosticar reação IgE-mediada seletiva ao ibuprofeno e liberar diclofenaco, naproxeno e AAS.
- D) Contraindicar definitivamente todos os analgésicos e anti-inflamatórios, incluindo paracetamol e COX-2 seletivos.
- E) Indicar dessensibilização obrigatória ao ibuprofeno antes de qualquer tratamento anti-inflamatório.

QUESTÃO 35

Homem de 48 anos de idade apresentou, 15 minutos após ferroadada de inseto voador não identificado, urticária generalizada, dispnéia, tontura e hipotensão, sendo tratado com adrenalina intramuscular. Foi encaminhado para investigação de alergia a veneno de himenópteros. O prick test com venenos de abelha e vespa, realizado 10 dias após o evento, foi negativo.

Qual conduta é mais adequada?

- A) Excluir alergia a veneno de himenóptero, pois prick test negativo afasta reação IgE-mediada.
- B) Iniciar imunoterapia com veneno de abelha e vespa imediatamente, mesmo sem evidência de sensibilização.
- C) Não excluir o diagnóstico; complementar investigação com teste intradérmico com venenos e IgE específica sérica para venenos, considerar componentes moleculares/BAT se necessário, dosar triptase basal e repetir os testes após algumas semanas se a história for convincente e a investigação inicial permanecer negativa.
- D) Diagnosticar reação vasovagal, pois hipotensão após ferroadada não caracteriza anafilaxia se o prick test for negativo.
- E) Solicitar apenas IgE total; se estiver normal, liberar o paciente sem adrenalina autoinjetável ou plano de ação.

QUESTÃO 36

Mulher de 32 anos de idade apresenta rinite persistente moderada/grave, com obstrução nasal, espirros, prurido nasal e rinorreia aquosa há vários anos. Refere piora nítida ao arrumar o quarto, manusear roupas guardadas e expor-se à poeira doméstica. Tem resposta parcial a corticoide intranasal e anti-H1. Prick test para painel de aeroalérgenos é negativo, IgE sérica específica para aeroalérgenos domiciliares testados é negativa, e IgE total é baixa. Não há rinossinusite crônica, polipose nasal, uso de descongestionante tópico ou sinais de rinite medicamentosa.

Considerando a possibilidade de rinite alérgica local, qual conduta é mais adequada?

- A) Excluir definitivamente rinite alérgica, pois prick test e IgE sérica negativos afastam qualquer mecanismo alérgico.
- B) Indicar imunoterapia para “poeira doméstica” apenas pelo relato clínico de piora com poeira, sem necessidade de confirmação adicional.
- C) Diagnosticar rinite não alérgica pura e contraindicar definitivamente imunoterapia, pois a rinite alérgica local não responde a tratamento modificador.
- D) Solicitar painel alimentar de IgE e IgG para definir o alérgeno causal da rinite.
- E) Suspeitar de rinite alérgica local; quando disponível, realizar teste de provocação nasal com aeroalérgenos domiciliares clinicamente relevantes, selecionados pela história ambiental, e considerar imunoterapia apenas se houver positividade com correlação clínica e extrato padronizado disponível.

QUESTÃO 37

Paciente de 36 anos de idade, com asma grave não controlada apesar de tratamento otimizado, tem indicação de iniciar tezepelumabe. Na revisão pré-tratamento, observa-se ausência de comprovação de vacinação contra sarampo, caxumba e rubéola. Sorologia confirma suscetibilidade. Não há urgência imediata para início do biológico nos próximos dias.

Qual é a melhor estratégia?

- A) Iniciar tezepelumabe imediatamente e aplicar a vacina tríplice viral no mesmo dia, pois anti-TSLP deve seguir exatamente a mesma regra dos anti-IL-5 e anti-IgE.
- B) Contraindicar todas as vacinas após a indicação de tezepelumabe, inclusive as inativadas.
- C) Atualizar a vacina tríplice viral antes do início do tezepelumabe, idealmente respeitando intervalo de 4 semanas antes da primeira dose do biológico.
- D) Substituir a tríplice viral por vacina influenza inativada, pois ambas reduzem risco de infecções respiratórias virais.
- E) Aplicar tríplice viral apenas se houver eosinofilia periférica ou IgE total elevada.

QUESTÃO 38

Paciente de 31 anos de idade, com dermatite atópica grave em uso de upadacitinibe, apresenta sorologia negativa para varicela, não possui comprovação de vacinação prévia e a mãe confirma que ele não apresentou a doença na infância. Está clinicamente estável, sem exposição recente conhecida à varicela, e pergunta se pode receber a vacina varicela durante o tratamento.

Qual é a conduta mais adequada?

- A) Contraindicar a vacina varicela durante o uso ativo do upadacitinibe; como não há urgência clínica imediata, adiar a vacinação de rotina e planejar janela adequada. Se a vacina viva for clinicamente imprescindível durante o tratamento, suspender o inibidor de JAK por 1 a 2 semanas antes da vacinação e retomar após 4 semanas, ou após 2 semanas se houver progressão rápida da doença de base.
- B) Administrar a vacina varicela imediatamente, pois o upadacitinibe é um imunobiológico semelhante ao dupilumabe.
- C) Liberar a vacina varicela durante o uso contínuo do upadacitinibe, pois vacinas vivas atenuadas são seguras em pacientes recebendo inibidores de JAK.
- D) Administrar meia dose da vacina varicela para reduzir o risco de replicação do vírus vacinal.
- E) Substituir a vacina varicela pela vacina herpes-zóster recombinante, pois ambas têm a mesma finalidade em indivíduos suscetíveis ao vírus varicela-zóster.

QUESTÃO 39

Homem de 42 anos de idade, com urticária crônica espontânea grave em uso regular de omalizumabe, procura o consultório para atualização vacinal. Não apresenta imunodeficiência, não usa corticoide sistêmico ou outro imunossupressor, e sorologia mostra suscetibilidade para sarampo. Há indicação de vacina tríplice viral, que é vacina viva atenuada.

Qual é a melhor conduta?

- A) Contraindicar a vacina tríplice viral enquanto o paciente estiver em uso de omalizumabe.
- B) Suspender omalizumabe por 3 meses antes de aplicar a vacina viva atenuada.
- C) Aplicar a vacina tríplice viral sem necessidade de suspender omalizumabe; se for a primeira dose do biológico, pode-se separar a aplicação por alguns dias apenas para evitar confusão na atribuição de eventos adversos.
- D) Aplicar a vacina apenas se a IgE total estiver normalizada.
- E) Trocar omalizumabe por anti-IL-5 antes da vacinação.

QUESTÃO 40

Mulher de 31 anos de idade será submetida a prick test para aeroalérgenos e, em outro dia, a teste de provocação oral medicamentosa. Está em uso de levocetirizina diária, montelucaste e prednisona 20 mg/dia.

Qual orientação é mais adequada?

- A) Manter todos os medicamentos antes dos dois testes.
- B) Suspender apenas o montelucaste, pois ele bloqueia a resposta cutânea imediata.
- C) Suspender o anti-H1 antes do prick test e da provocação; manter montelucaste; e evitar realizar provocação medicamentosa em uso de corticoide sistêmico em dose alta, se possível.
- D) Manter anti-H1 e suspender apenas prednisona antes do prick test.
- E) Realizar o prick test mesmo se o controle positivo com histamina vier negativo.

PROVA DISSERTATIVA

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O caderno definitivo será o único documento válido para a avaliação da Prova Dissertativa.
2. A Prova Dissertativa avaliará o grau de conhecimento do candidato necessário ao desempenho do cargo público.
3. As folhas para rascunho do caderno de prova são de preenchimento facultativo.
4. Não é permitido levar o rascunho da Prova Dissertativa.
5. Não serão fornecidas folhas adicionais para complementação da Prova Dissertativa, devendo o candidato limitar-se às folhas de respostas recebidas.
6. A Prova Dissertativa receberá nota 0 (zero) se apresentar uma das características a seguir:
 - a) fugir ou tangenciar ao tema proposto;
 - b) apresentar nome, rubrica, assinatura, sinal, marca ou informação não pertinente ao solicitado na prova que possa permitir a identificação do candidato;
 - c) apresentar sinais de uso de corretor de texto ou de caneta marca-texto no cartão resposta para a resposta definitiva;
 - d) estiver faltando parte ou toda a folha que contém o espaço para a resposta definitiva;
 - e) estiver em branco;
 - f) apresentar textos sob forma não articulada verbalmente (apenas com desenhos e palavras soltas ou em versos) ou não for redigida em língua portuguesa, quando não solicitado na questão;
 - g) apresentar letra ilegível e/ou incompreensível;
 - h) apresentar a resposta definitiva fora do espaço reservado para a respectiva questão, bem como inserir a resposta de uma questão no espaço destinado a outra.
7. Será considerado como não escrito o texto ou trecho de texto que:
 - a) estiver rasurado;
 - b) for ilegível ou incompreensível;
 - c) for escrito em língua diferente da portuguesa, quando não solicitado na questão;
 - d) for escrito fora do espaço destinado a resposta definitiva.

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 1

Paciente de 44 anos de idade, sem história prévia de alergia medicamentosa conhecida, apresenta durante indução anestésica para colecistectomia eletiva quadro súbito de hipotensão grave, broncoespasmo, dessaturação e eritema difuso. Havia recebido, minutos antes, cefazolina, propofol, fentanil, rocurônio e clorexidina tópica. A cirurgia é suspensa.

Descreva a conduta imediata no intraoperatório e a investigação alergológica posterior, incluindo o papel da triptase, os principais agentes a serem investigados e as orientações ao paciente até a conclusão diagnóstica.

RASCUNHO DA PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 1

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
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	

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 2

Mulher de 58 anos de idade, tratada com rituximabe por doença autoimune sistêmica, evolui nos últimos 18 meses com três pneumonias bacterianas, uma internação por infecção respiratória e bronquiectasias em tomografia de tórax. Antes do rituximabe, IgG era 980 mg/dL. Atualmente apresenta IgG 360 mg/dL, IgA baixa, IgM baixa, linfócitos B CD19 indetectáveis e resposta inadequada a vacina pneumocócica. Nega infecções graves na infância.

Discuta o diagnóstico provável, a investigação complementar necessária e a proposta de tratamento, incluindo quando considerar reposição de imunoglobulina.

RASCUNHO DA PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 2

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
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	

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 3

Mulher de 41 anos apresenta urticária crônica espontânea há 14 meses, com UAS7 = 36, UCT = 4 e angioedema recorrente de lábios e pálpebras. As lesões são pruriginosas, migratórias e duram menos de 24 horas, sem púrpura, dor residual ou hiperpigmentação. Já utilizou anti-H1 de segunda geração em dose quadruplicada por 6 semanas, com controle insuficiente.

Exames: IgE total 7 UI/mL, eosinófilos 20/ μ L, basófilos 0/ μ L, PCR elevada, FAN 1:320 e anti-TPO positivo em alto título. C4 normal. Não usa IECA. Não há anafilaxia, síncope, hipotensão, flushing sistêmico recorrente ou sintomas sistêmicos sugestivos de mastocitose.

Discuta a interpretação diagnóstica, os principais diagnósticos diferenciais pertinentes e o plano terapêutico escalonado, incluindo o papel potencial do dupilumabe nesse perfil.

RASCUNHO DA PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 3

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
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	



Segundo a Lei nº 9.610/1998, reproduções de natureza não pedagógicas das questões desta prova estão proibidas.