

RECURSOS

PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIA MÉDICA 2025

De acordo com os recursos apresentados, segue a análise das questões a seguir:

6. Em relação à infecção por rotavírus e às suas vacinas, assinale a alternativa incorreta.
- A. Lactentes filhos de mães infectadas pelo HIV, mesmo que assintomáticos, não podem receber as vacinas de rotavírus atualmente licenciadas.
 - B. As vacinas atualmente licenciadas são compostas de vírus vivos atenuados.
 - C. As vacinas monovalente humana e pentavalente bovino-humana demonstraram menor eficácia em países da África e da Ásia que em países da Europa e da América Latina, porém se associaram a maior impacto potencial de redução de formas graves da doença.
 - D. A primeira dose da vacina deve ser feita até os três meses e quinze dias de vida e a segunda dose, até os sete meses e 29 dias de vida.

As rotavirose são reconhecidas como uma das principais causas de gastroenterites graves na infância, afetando praticamente todas as crianças menores de 5 anos, independentemente da classe social. Antes da introdução da vacinação, o rotavírus era considerado a principal causa de gastroenterites graves e óbitos relacionados à doença em todo o mundo.

Existem dois tipos de vacinas:

Vacina rotavírus monovalente – VR1

Suspensão oral monovalente composta por rotavírus humano vivo e atenuado. Essa é a vacina utilizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Ela é especialmente eficaz na prevenção de gastroenterites causadas pelo rotavírus do sorotipo G1, mas estudos demonstram que também oferece proteção cruzada contra formas graves da doença provocadas por outros sorotipos não G1 (G2, G3, G4 e G9).

Esquema de doses:

1ª dose: aos dois meses (entre 1 mês e 15 dias e 3 meses e 15 dias).

2ª dose: aos quatro meses (entre 3 meses e 15 dias e 7 meses e 29 dias).

Vacina rotavírus pentavalente – VR5

Suspensão oral pentavalente disponível na rede privada, composta por uma combinação de rotavírus de origem humana e bovina, contendo cepas vivas e atenuadas. Essa vacina protege contra os tipos G1, G2, G3, G4 e P1.

Esquema de doses:

Deve ser administrada em três doses, sendo a primeira entre 6 e 12 semanas de idade.

O intervalo mínimo entre as doses deve ser de quatro semanas.

A última dose não deve ser aplicada após 32 semanas de idade.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Imunizações atualiza indicações da vacina contra rotavírus humano no Brasil*. Biblioteca Virtual em Saúde MS, 2025. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/programa-nacional-de-imunizacoes-atualiza-indicacoes-da-vacina-contra-rotavirus-humano-no-brasil/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

Portanto, o recurso foi aceito e houve mudança de gabarito.

Resposta correta: A.

12. Gestante de 32 anos de idade, secundigesta e primípara, vem para a primeira consulta de pré-natal com 8 semanas e 2 dias de gestação. Está preocupada pois tem lúpus eritematoso sistêmico com acometimento cutâneo, articular e hematológico. Refere última crise há 7 meses e está em uso de hidroxicloroquina 400 mg e prednisona 10 mg por dia. Qual é a orientação com relação ao uso de hidroxicloroquina e prednisona na fase inicial da gestação?

- A.** Deve suspender Hidroxicloroquina.
- B. Deve manter ambas as medicações.**
- C.** Deve suspender os dois medicamentos.
- D.** Deve suspender a Prednisona.

A resposta do gabarito está correta, como mostrado no quadro a seguir, evidenciando que ambas as medicações utilizadas pela paciente pertencem à classe C na gravidez. Ou seja, podem ser indicadas, sendo a prednisona especialmente permitida, principalmente em doses inferiores a 20 mg/dia.

Tabela 1: Principais medicamentos utilizados no tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES)

Medicação	Detalhes do uso	Categoria FDA*	Uso na gestação?	Uso na amamentação?
Corticosteroides	<ul style="list-style-type: none"> • Prednisona é considerada segura; ideal uso de ≤ 20 mg/d. Pulsoterapia pode ser utilizada nas crises • Risco aumentado de diabetes gestacional. 	C	Sim	Sim
Hidroxicloroquina	<ul style="list-style-type: none"> • Segura. Não apresenta teratogenicidade. • Manter uso antes, durante e após a gestação. Melhora os desfechos maternos e fetais. 	C	Sim	Sim

BRAMHAM, K.; HUNT, B. J.; et al. Pregnancy outcomes in systemic lupus erythematosus with and without previous nephritis. *The Journal of Rheumatology*, v. 38, n. 9, p. 1906-1913, 2011. DOI: 10.3899/jrheum.100997.

BERMAS, B. L.; et al. Pregnancy in women with systemic lupus erythematosus. In: **UpToDate**. POST, T. W. (Ed.). UpToDate, Waltham, MA, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-in-women-with-systemic-lupus-erythematosus>. Acesso em: 17 fev. 2025.

Portanto, o gabarito está correto. Recurso indeferido.

14. Paciente de 20 anos é nuligesta e tem ciclos menstruais regulares. Faz uso contínuo de fluoxetina 20mg/dia para controle de irritabilidade pré-menstrual há 3 anos. Iniciou vida sexual e utiliza preservativo nas relações. Deseja interromper a fluoxetina para melhorar a libido. Qual é a orientação adequada?

- A.** Suspender gradualmente a fluoxetina e introduzir contraceptivo hormonal combinado.
- B.** Interromper a fluoxetina e iniciar suplementação de testosterona.
- C.** Suspender gradualmente a fluoxetina e suplementar DHEA.
- D.** Interromper a fluoxetina e introduzir benzodiazepínico caso apresente irritabilidade.

Como a paciente apresenta diminuição da libido após o início do uso da fluoxetina para o tratamento da Disforia Pré-Menstrual (DPM), estaria indicada a interrupção do medicamento, uma vez que esse é um efeito colateral conhecido da classe terapêutica dos Inibidores da Recaptação de Serotonina (IRS).

O uso de contraceptivos hormonais combinados reduz a produção ovariana de andrógenos, podendo também afetar a libido, portanto, não sendo uma boa opção.

A suplementação com testosterona ou DHEA não está indicada para o tratamento da DPM.

O uso esporádico de benzodiazepínicos é uma alternativa descrita na literatura para o tratamento da DPM.

CHENIAUX, Elie. Tratamento da disforia pré-menstrual com antidepressivos: revisão dos ensaios clínicos controlados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 142-147, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/YZYkJRCCGgLZGL4cFc3TBND/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

Portanto, o gabarito está correto. Recurso indeferido.

19. Paciente do sexo masculino, de 56 anos, admitido no pronto socorro com história de mal estar geral há 3 dias, associado à tosse seca. Ao exame físico: Glasgow 12, Fc: 125 bpm/min sem alterações na ausculta cardíaca, PA: 80x30mmHg, Fr: 31 iRPM, com sinais de desconforto respiratório e SatO₂: 89% em ar ambiente. A ausculta pulmonar com crepitações em terço médio a direita. Paciente hipertenso em uso regular da medicação, familiar nega histórico de diabetes. Ex-tabagista (2maços/ano) e ex-etilista. Baseado na literatura mais atual sobre sepse e sobre Pneumonia adquirida na comunidade, o quadro descrito trata-se de um caso de:

- A. Infecção, devendo ser tratado em enfermaria com Amoxicilina + Claritromicina.
- B. Sepse, devendo ser tratado a nível hospitalar em enfermaria com Levofloxacino.
- C. Sepse, devendo ser tratado a nível hospitalar em UTI com Ceftriaxona + Moxifloxacino.**
- D. Choque séptico, devendo ser tratado a nível hospitalar em UTI com Cefotaxima + Claritromicina.

Pelo quadro clínico, a paciente apresenta diagnóstico de sepse de foco pulmonar, devendo ser tratada com antibiótico de amplo espectro em ambiente de UTI. Esse paciente não preenche critérios para choque séptico, pois não houve necessidade do uso de drogas vasoativas.

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE (SCCM); EUROPEAN SOCIETY OF INTENSIVE CARE MEDICINE (ESICM). *Surviving Sepsis Campaign*. Disponível em: <https://www.sccm.org/survivingsepsiscampaign>. Acesso em: 17 fev. 2025.

Portanto, o gabarito está correto. Recurso indeferido.