



HOSPITAL ORTOPÉDICO DE GOIÂNIA

ORTOPEDIA – TRAUMATOLOGIA – REABILITAÇÃO – CIRURGIA GERAL

Avenida L, nº 470 - Setor Aeroporto - CEP: 74.075-030 - Goiânia - Goiás

Fone: (62) 3212-8855 - Fax: (62) 3225-1984

SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA - 2020 Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Resultado de recursos – PROVA ESCRITA

Nome do(a) candidato(a): Lucyann Victor de Oliveira

Questão: 44

Parecer: Indeferido

Justificativa: Na mesma publicação de Nelson - Textbook of Pediatrics, 20th edition, tem-se, na página 63 (chapter 9 – The Newborn), o seguinte postulado:

“In the **alert state**, infants visually fixate on objects or faces and follow them horizontally and (within a month) vertically; they also reliably turn toward a novel sound, as if searching for its source”

Nesse contexto, por se tratar do comportamento e desenvolvimento do neonato (tema de todo o referido capítulo), o termo “infants” refere-se a essa faixa etária, o que torna a alternativa **A** verdadeira (resposta do gabarito).

Questão: 54

Parecer: Indeferido

Justificativa: Esse mesmo Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, terceira edição, de 2019, disposto em <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/botulismo>, define o **Botulismo infantil** como:

“Este tipo de botulismo é na verdade do tipo intestinal. Mais frequente em crianças com idade entre 3 e 26 semanas, uma das principais causas são a ingestão de mel de abelha nas primeiras semanas de vida. Os casos de botulismo infantil têm sido notificados na Ásia, Austrália, Europa, América do Norte e América do Sul. A incidência e a distribuição real não são precisas porque os profissionais de saúde, em poucas ocasiões, suspeitam de botulismo. Esta doença pode ser responsável por 5% dos casos de morte súbita em lactentes.”

O botulismo infantil é abordado na assertiva I da questão 54 como uma das formas de botulismo natural, além de outras 2 (duas) formas (alimentar e das feridas). Note que a assertiva não afirma que só há essas 3 (três) formas de botulismo natural, mas que essas 3 são de ocorrência natural, o que torna a afirmativa verdadeira.

Sobre a assertiva IV, podemos dizer que é correta, justamente pelos postulados nesse mesmo Guia que, na página 198, diz:

“Existem muitas doenças neurológicas que podem se manifestar com fraqueza muscular súbita e paralisia flácida aguda.

(...) existem outras doenças menos comuns que também devem ser consideradas no diagnóstico diferencial: doença de Lyme, neuropatia diftérica, neuropatias tóxicas alimentares, neuropatia por metais pesados e agentes industriais e outros quadros neurológicos e/ou psiquiátricos – meningoencefalites, acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico, transtornos conversivos (histeria), hipopotassemia, intoxicação por atropina, beladona, metanol, monóxido de carbono, fenotiazínicos e envenenamento por curare.”

Dentre as doenças mencionadas, estão: “meningoencefalites, acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico”, por exemplo, que são doenças do sistema nervoso central, com manifestação periférica (além das manifestações centrais), constituindo diagnóstico diferencial da doença botulínica.

Portanto, temos que as assertivas **I** e **IV** estão corretas, tornando a resposta B (oficial do gabarito) a alternativa a ser marcada.

Questão: 65

Parecer: Deferido com anulação de questão.

Justificativa: As principais causas para hemorragia pós-parto (os 4 Ts) incluem tônus (atonía uterina), trauma (lacerações, hematomas, inversão, rotura), tecido (restos placentários, acretismo) e trombina (coagulopatia).

A resposta esperada para a questão seria a alternativa que englobasse os fatores de risco para **atonía/hipotonía uterina**. E o risco aumentado de atonía uterina ocorre com afecções que cursam com hiperdistensão uterina, como gestações gemelares, polidrâmnio e macrosomia, além de alterações anatômicas, como os leiomiomas.

Entretanto, dentre as causas de hemorragia pós-parto, cesárea anterior se enquadra como um fator de risco.

Dessa forma, como não houve clareza no enunciado, deve-se deferir a solicitação de anulação da questão.

Fontes:

1. *Manual e Programa de Estudos – ALSO (Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia). Capítulo J.*
2. *Atonía uterina e hemorragia pós-parto. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(4 Supl 6): S1-S143.*
3. *Noções Práticas de Obstetrícia, 14ª edição. Capítulo 61 – Hemorragia pós-parto.*

Questão: 69

Parecer: Indeferido

Justificativa: Apesar de todas as manobras, a RCP na gestação não deve ser considerada como circulação eficiente, mesmo com o necessário posicionamento e assim diminuição da compressão aortocava. Se não houver retorno à circulação espontânea em 4 minutos do ACLS, o objetivo é o parto pela histerotomia de emergência *dentro de cinco minutos da tentativa de reanimação*.

Fonte:

1. *Manual e Programa de Estudos – ALSO (Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia). Capítulo K.*

O argumento utilizado pelo candidato (de que “a alternativa “A” em que diz até o sexto minuto de vida estaria assim equivocada”) é incorreto, tendo em vista que as demais alternativas (reproduzidas abaixo) trazem opções incoerentes em relação ao que é preconizado pelos manuais de reanimação.

- (B) De 10 a 15 minutos.
- (C) Após 20 minutos.
- (D) Após 30 minutos.
- (E) Imediatamente, em caso de assistolia, ou após 12 minutos em caso de fibrilação ventricular.

Nome do(a) candidato(a): Paulo Henrique Peixoto Lozi

Questão: 29

Parecer: Indeferido

Justificativa: O candidato cita em seu recurso a seguinte fonte: Sabiston Textbook of Surgery 20th ed. (página 528: "Patients with the following criteria should be referred to a designated burn center: • Partial-thickness burns of more than 10% TBSA • Burns involving the face, hands, feet, genitalia, perineum, or major joints • Any full-thickness burn • Electrical burns, including lightning injury • Chemical burns • Inhalation injury • Burns in patients with preexisting medical disorders that could complicate management, prolong recovery, or affect outcome • Any patient with burns and concomitant trauma (such as fractures) in which the burn injury poses the greater immediate risk of morbidity and mortality. In such cases, if the trauma poses the greater immediate risk, the patient may be initially stabilized in a trauma center before being transferred to a burn unit. The physician's judgment is necessary in such situations and should be in concert with the regional medical control plan and triage protocols. • Burned children in hospitals without qualified personnel or equipment to care for children • Burns in patients who will require special social, emotional, or long-term rehabilitative intervention").

Nela mesma está a justificativa para a resposta apontada no gabarito.

Pergunta-se: Qual item não corresponde **totalmente** aos critérios para admissão em Centro de Terapia de Queimados? A alternativa (A) diz: Queimaduras de segundo grau **a partir** de 20% de superfície corporal queimada (SCQ), quando a resposta totalmente certa seria a partir de 10% de (SCQ). O candidato deveria ter percebido que de 10 a 20% também existe a indicação de internação, atendendo, pois, ao comando do enunciado.

A Sociedade Brasileira de Queimaduras, no manual mais recente de normatização de atendimento ao queimado, página 6, refere a mesma indicação para critérios de internação para queimaduras de segundo grau em mais de 10% da superfície corporal. Na prova, consta “a partir de 20%, ou seja, mais de 20% de superfície corporal. Portanto, alternativa incorreta.

Questão: 44

Justificativa: Na mesma publicação de Nelson - Textbook of Pediatrics, 20th edition, tem-se, na página 63 (chapter 9 – The Newborn), o seguinte postulado:

“In the **alert state**, infants visually fixate on objects or faces and follow them horizontally and (within a month) vertically; they also reliably turn toward a novel sound, as if searching for its source”

Nesse contexto, por se tratar do comportamento e desenvolvimento do neonato (tema de todo o referido capítulo), o termo “infants” refere-se a essa faixa etária, o que torna a alternativa **A** verdadeira (resposta do gabarito).

Questão: 54

Parecer: Indeferido

Justificativa: Esse mesmo Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, terceira edição, de 2019, disposto em <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/botulismo>, define o **Botulismo infantil** como:

“Este tipo de botulismo é na verdade do tipo intestinal. Mais frequente em crianças com idade entre 3 e 26 semanas, uma das principais causas são a ingestão de mel de abelha nas primeiras semanas de vida. Os casos de botulismo infantil têm sido notificados na Ásia, Austrália, Europa, América do Norte e América do Sul. A incidência e a distribuição real não são precisas porque os profissionais de saúde, em poucas ocasiões, suspeitam de botulismo. Esta doença pode ser responsável por 5% dos casos de morte súbita em lactentes.”

O botulismo infantil é abordado na assertiva I da questão 54 como uma das formas de botulismo natural, além de outras 2 (duas) formas (alimentar e das feridas). Note que a assertiva não afirma que só há essas 3 (três) formas de botulismo natural, mas que essas 3 são de ocorrência natural, o que torna a afirmativa verdadeira.

Sobre a assertiva IV, podemos dizer que é correta, justamente pelos postulados nesse mesmo Guia que, na página 198, diz: “Existem muitas doenças neurológicas que podem se manifestar com fraqueza muscular súbita e paralisia flácida aguda. (...) existem outras doenças menos comuns que também devem ser consideradas no diagnóstico diferencial: doença de Lyme, neuropatia diftérica, neuropatias tóxicas alimentares, neuropatia por metais pesados e agentes industriais e outros quadros neurológicos e/ou psiquiátricos – meningoencefalites, acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico, transtornos conversivos (histeria), hipopotassemia, intoxicação por atropina, beladona, metanol, monóxido de carbono, fenotiazínicos e envenenamento por curare.”

Dentre as doenças mencionadas, estão: “meningoencefalites, acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico”, por exemplo, que são doenças do sistema nervoso central, com manifestação periférica (além das manifestações centrais), constituindo diagnóstico diferencial da doença botulínica.

Portanto, temos que as assertivas **I** e **IV** estão corretas, tornando a resposta B (oficial do gabarito) a alternativa a ser marcada.

Questão: 65

Parecer: Deferido com anulação de questão.

Justificativa: As principais causas para hemorragia pós-parto (os 4 Ts) incluem tônus (atonía uterina), trauma (lacerações, hematomas, inversão, rotura), tecido (restos placentários, acretismo) e trombina (coagulopatia).

A resposta esperada para a questão seria a alternativa que englobasse os fatores de risco para **atonía/hipotonia uterina**. E o risco aumentado de atonia uterina ocorre com afecções que cursam com hiperdistensão uterina, como gestações gemelares, polidrâmnio e macrossomia, além de alterações anatômicas, como os leiomiomas.

Entretanto, dentre as causas de hemorragia pós-parto, cesárea anterior se enquadra como um fator de risco.

Dessa forma, como não houve clareza no enunciado, deve-se deferir a solicitação de anulação da questão.

Fontes:

1. *Manual e Programa de Estudos – ALSO (Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia). Capítulo J.*
2. *Atonia uterina e hemorragia pós-parto. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(4 Supl 6): S1-S143.*
3. *Noções Práticas de Obstetrícia, 14ª edição. Capítulo 61 – Hemorragia pós-parto.*

Questão: 69

Parecer: Indeferido

Justificativa: Apesar de todas as manobras, a RCP na gestação não deve ser considerada como circulação eficiente, mesmo com o necessário posicionamento e assim diminuição da compressão aortocava. Se não houver retorno à circulação espontânea em 4 minutos do ACLS, o objetivo é o parto pela histerotomia de emergência *dentro de cinco minutos da tentativa de reanimação*.

Fonte:

1. *Manual e Programa de Estudos – ALSO (Suporte Avançado de Vida em Obstetria). Capítulo K.*

O argumento utilizado pelo candidato (de que “a alternativa “A” em que diz até o sexto minuto de vida estaria assim equivocada”) é incorreto, tendo em vista que as demais alternativas (reproduzidas abaixo) trazem opções incoerentes em relação ao que é preconizado pelos manuais de reanimação.

(B) De 10 a 15 minutos.

(C) Após 20 minutos.

(D) Após 30 minutos.

(E) Imediatamente, em caso de assistolia, ou após 12 minutos em caso de fibrilação ventricular.