

RESPOSTA A RECURSO

Diante do recurso interposto na sede da Coreme Asmigo dentro dos prazos estabelecidos no Edital de Seleção 2023, a banca avaliadora em sua unanimidade decidiu por **ANULAR a Questão 18 e MANTER o gabarito da Questão 35.** Abaixo justificativas da banca realizadora e corretora.

Questão 18.

A questão refere-se a um estado de mal convulsivo após intoxicação lítica. Pede-se para marcar a alternativa incorreta quanto ao tratamento.

A resposta correta segundo a banca examinadora refere-se ao uso de fenitoina (item "b"), uma vez que esta medicação é contraindicada nesta intoxicação.

Argumentação do requerente: (que marcou alternativa "e", que reza o seguinte: "reposição livre de água"). Segundo ele, este item estaria incorreto, pois não se pode corrigir o aporte de água livremente, com risco de mielinólise, entre outros.

Arrazoado da banca examinadora:

No item "e" da panóplia de respostas consta como possibilidade: "reposição livre de água". Houve um possível equívoco de tradução do inglês na elaboração do item "e". Em inglês a frase torna-se muito ambígua. Vejamos: "Water-Free Reloading" - reposição de "água livre", é bem diferente, em português, de "reposição livre de água". Se o tradutor de um livro médico não for MUITO tecnicamente capacitado, dificilmente iria distinguir a tradução de "reposição de água livre" (que é o termo técnico correto em Medicina, pois em Medicina existe o neologismo "água livre") da elocução: "reposição livre de água". Só que a expressão também pode ser ambígua, mesmo em português, pois pode querer dizer que a "reposição pode ser com água à vontade" tanto como se a "reposição tivesse de ser livre de água, isto é, sem água". "Water-Free" pode ser traduzida para o português tanto como "livre de água" quanto "água livre". Esse erro de

tradução fez com que houvesse duas alternativas incorretas para a questão, donde sua nulidade. A reposição não pode ser dada com água livremente e nem sem água. A reposição tem de ser de “água-livre”, isso sim estaria indicado. Essa reposição geralmente se faz via nasogástrica, com concomitante irrigação intestinal, para aumentar o aporte hídrico e combater a hipernatremia e diabetes insípida gerada pela intoxicação lítica.

Bibliografia: Wiener, R, Hauser K, et al. Harrison 17a Ed. Revisão. Revinter, 2006.

Considerando o que foi evocado pelo candidato requerente, a banca examinadora, após detida análise do recurso, julga aconselhável a anulação da questão 18, pois esta estaria com duas respostas incorretas.

Questão 35

35) Gestante, na 35ª semana, normotensa, feto vivo, apresentou o primeiro sangramento, sem sintomatologia dolorosa. Qual a conduta correta?

- A) Dosagem de gonadotrofinas coriônica
- B) Repouso e observação**
- C) Amniotomia
- D) Toques periódicos para avaliação de evolução do caso
- E) Nenhuma das alternativas anteriores

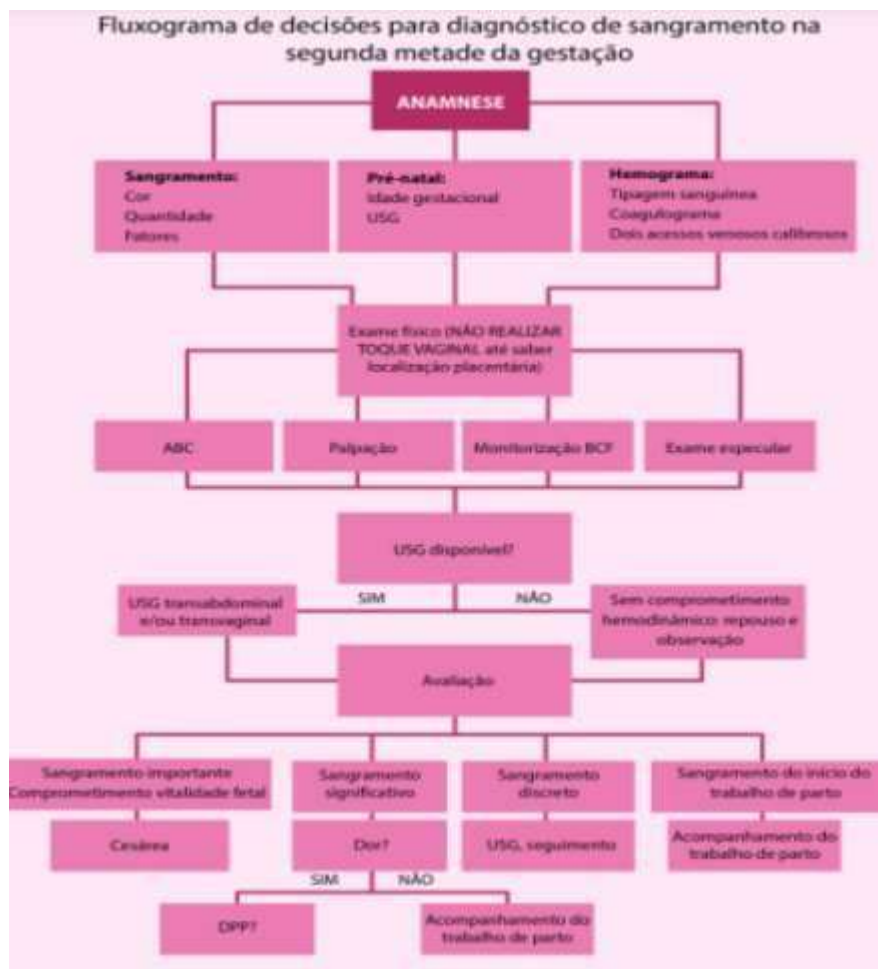
RESPOSTA preconizada pela Banca: B

O requerente da revisão advoga que a resposta é alternativa “e”, uma vez que seria necessária hospitalização e USG.

Arrazoado da banca examinadora:

O sangramento genital durante o ciclo gravídico-puerperal é uma queixa comum e sintoma responsável por inúmeras consultas obstétricas de urgências. Dentre as alternativas apresentadas, a conduta correta seria repouso e observação. Sangramentos podem ocorrer mais tarde na gestação, sendo principalmente devido ao amadurecimento cervical que torna o colo friável e propenso a sangrar após coito ou exame vaginal, cervicite, ectrópio, pólipos e, na dilatação cervical, a saída de muco com laivos de sangue. Durante a avaliação do paciente em consultório, o médico deve avaliar a paciente como um todo, realizando anamnese e exame físico (no caso em questão, o médico realiza exame físico obstétrico, uma vez que a questão deixa explícito que o feto está vivo), avaliando o histórico de possíveis fatores que podem levar

à ocorrência desses sangramentos e não sendo necessariamente indispensável a realização de exame de imagem para avaliação fetal. Observamos o fluxograma abaixo. A ultrassonografia pode ser incluída no fluxograma para diagnóstico de sangramento na segunda metade da gestação, no entanto, notamos que, caso o exame não esteja disponível, a conduta permanece na avaliação clínica gestacional e fetal, reforçando a observação e o repouso. **Portanto, a ultrassonografia nesse caso pode ser dispensável.**



Em relação às outras alternativas, a dosagem de gonadotrofinas coriônicas não auxiliaria na avaliação diante do sangramento em questão. A alternativa que sugere amniotomia, que levaria à indução do parto está incorreta também, uma vez que a gestante está com 35 semanas e não seria indicado nesse caso. O toque vaginal deve ser indicado com cautela e não rotineiramente, como sugerido, especialmente quando não se conhece o posicionamento da placenta.

É de se notar que o quesito “repouso e observação” deve se dar em ambiente hospitalar, portanto a alegação do requerente de que não se falou em hospitalização de um caso como esse não procede.

Evidentemente que, TODO CASO MÉDICO requer o máximo de cuidados possíveis, mas há também epidemiologia, protocolos, guidelines, adequados para o que é mais prevalente. Se assim não fosse, para toda cefalalgia haver-se-ia a recorrer às mais onerosas, tecnológicas e primeiro-mundistas propedêuticas, tais como RM, angioressonância encefálica, vasculites, eletroencefalograma digital, SPECT, PET, etc, uma vez que umas miríades infindáveis de doenças podem cursar com cefaléia. Os protocolos de atendimento médico não podem contemplar todo tipo de propedêutica para as situações clínicas mais leves, anódinas, inócuas. Os protocolos têm de dosar sua complexidade diagnóstica e terapêutica de acordo com a gravidade clínica do caso avaliado. O caso avaliado pela questão certamente não requer isso.

Exigir-se indispensavelmente uma propedêutica armada é confundir o escopo da questão, aventando hipóteses complexas e propedêutica armada para um caso que, clinicamente, não requer isso.

No bojo da questão descreve-se um exame físico-obstétrico que não é compatível com rotura de vasa previa ou seio marginal. Este é um diagnóstico raro, incidindo em aprox 1 em cada 3.000 gestantes.

As hemorragias da segunda metade, hemorragias do terceiro trimestre, têm uma epidemiologia, clínica, protocolos, diferentes do que o requerente apontou. Por ex., segundo V.A. Moraes (in J.A.Sousa et al . Manual SGGO de Conduas em Ginecologia e Obstetrícia, 2008), o quadro clínico relatado na questão se enquadra mais em uma situação frequente, mais benigna, São sintomas sugestivos : 1. Sangramento indolor 2. Sem hipertonia uterina. 3. Sem grandes perdas sanguíneas. 4. Sem repercussão hemodinâmica. Não há nem elementos propedêuticos-tocológicos para o diagnóstico de patologias mais severas, tais como hipertonia uterina na DPP, abdomalgia palpacional, hipocromia de mucosas, aumento importante do AFU., sem indícios de mortalidade fetal (que na vasa previa é de 33% a 100%), sem repercussão hemodinâmica, sem sangramento vaginal-uterino abundante ou repetido, grande hipocromia de mucosas. Diz textualmente o autor do livro médico citado : “Se o quadro clínico hemodinâmico está estável, sem novas perdas, em gestação pré-termo, a conduta tomada poderá ser expectante” (que é a alternativa preconizada para a questão). Portanto, para o autor, a conduta é expectante, toque vaginais reduzidos, jamais periódicos, sem amniotomia. Mesmo nos casos mais graves, segundo o autor (J.A. Sousa op.cit) a USG só é solicitada excepcionalmente, pois conforme diz o autor “ o diagnóstico mais importante (das hemorragias da segunda metade) é essencialmente clínico”.

A paciente não apresenta clínica compatível com rompimento de vasa prévia, DPP, rotura uterina, rotura de seio marginal.

A alternativa correta B não fala que a paciente não deva ser internada. Pelo contrário, quando se fala em “observação médica”, pode-se pressupor hospitalização , a critério clínico do médico.

Em termos ideais há muitas e muitas coisas que se podem fazer com uma paciente como esta, p.ex., , tocografia, monitoração cardíofetal, USG, avaliação laboratorial hematológica completa, dopplerfluxometria cores, etc. Claro que TODOS esses procedimentos propedêuticos seriam muito bem-vindos, sobretudo em meios muito ricos. Isso não quer dizer que a alternativa de repouso e observação esteja incorreta. Como se mostra na decisão algorítmica do diagrama acima, a USG não é indispensável em todos casos; a avaliação clínica obstétrica é mandatória, e nesse caso, não apontava gravidade. É também importante frisar que a questão, em momento nenhum impediu que se fizessem esses exames. A questão pediu apenas que se marcasse e se escolhesse dentre as alternativas presentes na questão, e não entre todas as alternativas do mundo, não todas as alternativas que poderiam ser feitas em um país muito rico, muito tecnológico, de primeiro mundo. O recurso tenta toldar, obscurecer, o fato de que ele teria de escolher entre a melhor alternativa PRESENTE, que é repouso e observação, o que não o fez, e para mitigar-se isso cria-se a necessidade de se atentar para doenças mais raras, mais graves, e que requerem uma propedêutica bem mais armada e tecnológica.

Todas as alternativas presentes na questão, como já se discutiu, estavam claramente erradas. E a alternativa B estava flagrantemente correta. Dizer que “há métodos propedêuticos muito bons para o caso” e que isso anula métodos clínicos simples, diagnósticos e terapêuticos, é querer toldar o espírito direto da questão: “escolha entre as alternativas disponíveis a que se adequa clinicamente ao caso”. Dizer que poderia ser uma patologia mais grave, que requereria processos propedêuticos mais profundos, é desconhecer a epidemiologia, desconhecer o exame clínico-obstétrico do caso, desconhecer a real realidade da prática médica.

Depreende-se que a clínica descrita na questão não aponta em nada para rotura de vasa previa, não há indicação necessária e indispensável de USG.

Se assim fôssemos agir conforme o recurso não haveria nenhuma questão médica certa, em nenhuma prova, pois SEMPRE há patologias diferenciais mais raras, mais graves, que requerem muito mais recursos diagnósticos, do que aquele caso apresentado no bojo da questão. Se os candidatos fossem obrigados a escolher entre TODAS AS EVENTUALIDADES POSSÍVEIS (e não aquelas disponíveis na questão), cada prova teria de ser um livro, cada resposta teria de ser uma dissertação. Se conspurcar a simplicidade necessária a cada prova, alegando-se uma complexidade infanda, ao nosso ver, pode abrir azo a um procedimento diversionista que obstaculizaria praticamente qualquer questão, passando por cima de toda conceptualização objetiva que se requer em uma prova de alternativas simples.

Considerando o que foi evocado pelo candidato requerente, a banca examinadora, após detida análise do recurso, julga aconselhável a manutenção da questão e sua resposta.

Por isso esta banca julga improcedente que a alternativa “e” seja a correta para a questão 35 e também não julga necessária a anulação da questão. Mantem que a alternativa “B” é a correta para a questão

Bibliografia

- (1) <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huab-ufrrn/documentos-institucionais/prt-dm-041.pdf>
- (2) Medina A. Sinopse Médica. Rio, 1988.
- (3) J. A.Sousa et col . Manual de Conduas em Ginecologia e Obstetrícia SGGGo. 2008
- (4) J.Rezende. Obstetrícia. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- (5) S.H.Freira. Manual para Titulo de Especialista em Ginecologia Obstetricia. Hemorragias da segunda metade da gestação. (cit. J.A.Sousa)

Goiânia, 01 de fevereiro de 2023.

Comissão de Residência Médica Hospital Asmigo Banca Examinadora 2023

