

ANEXO V

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE	
FICHA DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DA PROVA ESCRITA	
Edital nº:	025/2018
Carreira:	(x) MAGISTÉRIO SUPERIOR () MAGISTÉRIO EBTT
Unidade Acadêmica:	ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS
Área de Conhecimento:	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA / INTERNATO E RESIDÊNCIA / ENSINO TUTORIAL EM MEDICINA / EDUCAÇÃO NA COMUNIDADE / SEMIOLOGIA E PRÁTICA MÉDICA

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA TODAS AS QUESTÕES DISCURSIVAS

- Clareza e propriedade no uso da linguagem;
- Coerência e coesão textual;
- Domínio dos conteúdos, evidenciando a compreensão dos temas objeto da prova;
- Domínio e precisão no uso de conceitos;
- Coerência no desenvolvimento das ideias e capacidade argumentativa.

QUESTÃO 1: Com relação à osteomielite discorra sobre o tema conforme itens abaixo: a) Definição, classificação, etiopatogenia b) Diagnóstico e tratamento. Valor (0,00 a 2,00 pts)

Definir as formas aguda e crônica, separadamente; via de disseminação por contiguidade, hematogênica ou inoculação direta; etiologia: diversos microrganismos (bactérias, vírus, fungos etc.), contudo lembrar do principal agente bacteriano (S. aureus, porém conhecer os patógenos segundo a idade);

Sobre diagnóstico: citar as manifestações sistêmicas e locais; tecer comentários acerca da grande importância deste item (quadro clínico) no diagnóstico; citar exames laboratoriais e de imagem, assim como sua importância relativa. Comentar as suas especificidades e sensibilidades (radiografia, tomografia computadorizada, cintilografia óssea e ressonância magnética). Importantíssimo colocar e justificar o exame "padrão ouro": bacterioscopia (após punção óssea local) e cultura; Sobre tratamento: citar as possibilidades de tratamento (clínico {antimicrobiano} e/ou cirúrgico), conforme fase evolutiva (correlação com a fisiopatologia).

Referências Bibliográficas:

Bispo Jr. RZ, Matos MAA, Oliveira RV, Mello Jr. CF. Osteomielite. In: Bispo Jr, RZ e Mello Jr, CF. Ortopedia Básica. Revinter: Rio de Janeiro, 2014. Cap.12./111-21 .

QUESTÃO 2: Com relação às fraturas na infância, discorra sobre os seguintes tópicos: a) Características do osso e papel da fise na fratura b) Principais tipos de fratura e suas características. Valor (0,00 a 2,00 pts)

- a) Na criança o esqueleto tem a particularidade de estar em crescimento, o que lhe confere características especiais. Ele possui uma zona especializada, chamada placa de crescimento ou fise. A mesma é composta por quatro camadas, sendo, da epífise para a metáfise: camada germinativa (onde ocorre a diferenciação celular, sua lesão geralmente lesa a alterações permanentes no crescimento do osso), camada de células proliferativas, camada de células hipertróficas (camada mais frágil, devido a menos quantidade de tecido intersticial) e camada de calcificação. Além disso, a capacidade de resistência aos traumas e a elasticidade do tecido ósseo são diferentes do adulto.
- b) Os tipos de fratura também têm características especiais, que se diferem do adulto, podendo apresentar padrões de fratura específicos:
- deformidade plástica: devido à maior quantidade de tecido não ossificado o osso tem maior elasticidade, suportando maiores forças deformantes, entretanto quando essa elasticidade é superada produz uma deformidade estrutural sem sinais de fratura;
 - fraturas tipo torus: forças axiais atuando sobre o osso metafisário podem promover um abaulamento do osso cortical;
 - fraturas em galho verde: quando forças de maior intensidade agem sobre o osso ele sofre uma curvatura, podendo ocasionar fratura da cortical submetida à tensão, mantendo-se a cortical oposta íntegra.
- As fraturas fisárias variam de 18% a 30% de todas as fraturas em crianças. Ocorre mais em meninos, numa proporção de 2:1 e seu

diagnóstico pode ser difícil devido à grande quantidade de tecido cartilaginoso, o que faz necessário, muitas vezes, a realização de radiografias do membro contralateral para comparação.

Existem diversas classificações, porém a mais utilizada é a de Salter-Harris, que divide as fraturas em seis tipos de acordo com o traço de fratura. É importante considerar que alguns tipos podem ser difíceis de visualizar na radiografia, como o tipo I, onde o traço se estende apenas na cartilagem fisária e o tipo V, onde há compressão axial da placa. O objetivo do tratamento será sempre manter a função do membro e o crescimento normais, para tanto, é necessária uma intervenção precoce e delicada, evitando-se manipular a fise o mais possível (nos casos sem tratamento após uma semana deve-se considerar evitar manobras de redução). O prognóstico vai depender de alguns fatores, como:

- gravidade da lesão: grau de desvio dos fragmentos, grau de cominuição, se exposta ou fechada, se apresenta comprometimento articular ou não;

- idade: nas crianças no final do crescimento é mais raro o aparecimento de deformidades ou dismetrias em decorrência de disfunções da placa fisária, enquanto que, quanto mais nova a criança, maior a possibilidade de alteração permanente do crescimento e maiores as complicações advindas disso;

- fise lesada: as lesões em fises de grande crescimento, como a fie distal do fêmur e a proximal da tibia, tem maiores índices de complicações a longo prazo.

As principais complicações são a formação de barras ósseas, que podem evoluir para dismetrias ou deformidades angulares; consolidação viciosa e hipercrecimento. Quanto a este último é importante lembrar que no trauma existe um aumento de aporte sanguíneo regional, isso estimula o crescimento da placa de crescimento local. Portanto, a redução anatômica das fraturas diafisárias em crianças nem sempre é desejável, pois aumenta a chance de ocorrer o sobrecrecimento do membro.

Referências Bibliográficas:

- 1) Wilkins KE. Fundamentos das fraturas em crianças. In: Santili, C. Clínica ortopédica: Fraturas nas Crianças, Editora MEDSI, São Paulo, 2005.
- 2) Volpon JB. Lesões Traumáticas da Placa de Crescimento. In: Santili, C. Clínica ortopédica: Fraturas nas Crianças, Editora MEDSI, São Paulo, 2005.
- 3) Peterson HA. Lesões fisárias e interrupção do crescimento. In: Beaty JH, Kasser JR. Rockwood e Wilkins: Fraturas nas crianças. Editora Manole, 8 edição, 2014.
- 4) Masiero D. Lesões traumáticas da placa de crescimento. In: Reis FB. Fraturas. Editora Atheneu, Rio de Janeiro, 2007.
- 5) Kosuge D, Barry M. Changing trends in the management of children's fractures. Bone Joint J, 97-B:442-8, 2015.

QUESTÃO 3: Sobre a fratura proximal do úmero, discorra sobre os seguintes tópicos: a) Epidemiologia e mecanismo do trauma e desvio das fraturas correlacionando com a anatomia. b) Tratamento e principais complicações. Valor (0,00 a 2,00 pts)

a) Corresponde a 4-5% de todas as fraturas, ocorre com maior frequência em indivíduos maiores de 50 anos e do sexo feminino, devido a má qualidade óssea local. O úmero proximal divide-se em tubérculo maior, tubérculo menor, cabeça umeral e diáfise. Outra divisão de interesse é o colo anatômico, região articular da cabeça umeral e colo cirúrgico, região logo abaixo dos tubérculos. As fraturas na primeira região são raras, entretanto mais graves devido a lesão da vascularização da superfície articular. As fraturas do tubérculo maior desviam-se para posterior e proximal devido a inserção do supra-espinhal, infra-espinhal e redondo menor. O tubérculo menor desvia-se medialmente pela ação do subescapular. A diáfise desvia-se medialmente devido a ação do peitoral maior. As causas mais comuns de fratura são as quedas sobre o braço estendido, porém quedas sobre o ombro e choques elétricos são mecanismos importantes.

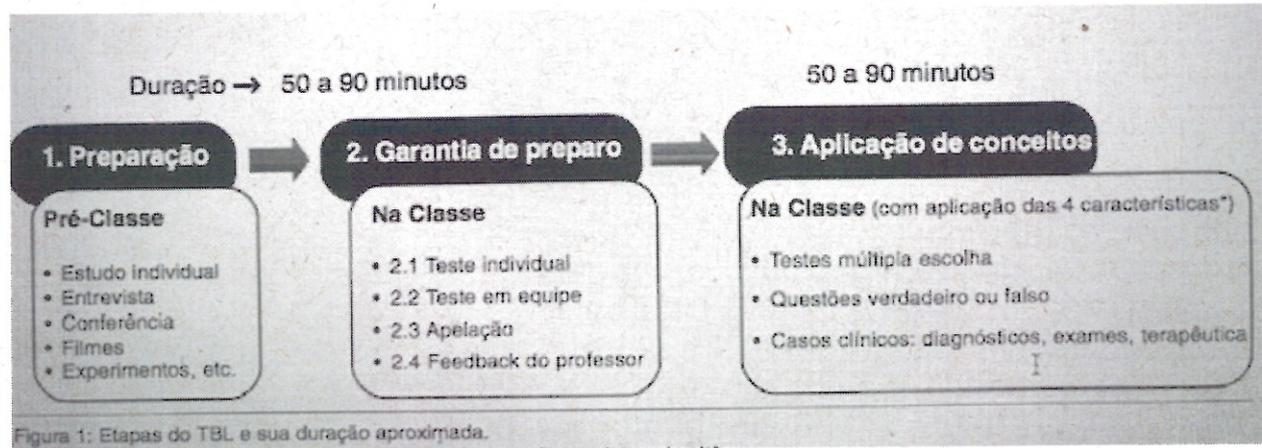
b) O tratamento segue os conceitos de Neer onde devem ser tratadas de forma cirúrgica fraturas com desvio superior a 1 cm ou mais de 45° de angulação. Entretanto, aceitam-se desvios maiores em casos selecionados, avaliando-se o paciente, conceito denominado "personalidade da fratura". O tratamento conservador com imobilização do tipo Velpeau está indicado nas fraturas impactadas e fraturas sem desvio não importando o número de fragmentos. As fraturas-luxação requerem redução incruenta e avaliação do desvio dos fragmentos para decidir pelo tratamento conservador ou cirúrgico. As fraturas desviadas são de tratamento cirúrgico e a melhor indicação de tipo de síntese ou artroplastia varia com o grau de desvio, número de fragmentos e localização das fraturas. As principais complicações são o ombro congelado, a necrose avascular da cabeça do úmero, as pseudartroses e as consolidações viciosas.

Referências Bibliográficas:

Carrera EF, Netto NA. Fraturas proximais do úmero. In: Reis FB. Fraturas. Ed Atheneu, 2ª. Ed, São Paulo, 2007

QUESTÃO 4: Sobre o *Team Based Learning* (TBL) descreva os princípios fundamentais envolvidos na aplicação desta estratégia educacional e a seqüência de eventos necessária para sua utilização efetiva. Valor (0,00 a 2,00 pts)

O desenvolvimento da metodologia cria oportunidades para o estudante adquirir e aplicar conhecimento através de uma seqüência de atividades que incluem etapas prévias ao encontro com o professor e aquelas por ele acompanhadas. As etapas são assim denominadas:



O TBL tem particularidades que o diferenciam de outras estratégias para ensino em pequenos grupos, incluindo o PBL (*problem-based learning* ou aprendizagem baseada em problemas). O TBL pode substituir ou complementar um curso desenhado a partir de aulas expositivas, ou mesmo aplicando outras metodologias.² Não requer múltiplas salas especialmente preparadas para o trabalho em pequenos grupos, nem vários docentes atuando concomitantemente. Além disso, propõe-se a induzir os estudantes à preparação prévia (estudo) para as atividades em classe. O instrutor deve ser um especialista nos tópicos a serem desenvolvidos, mas não há necessidade que domine o processo de trabalho em grupo. Os estudantes não precisam ter instruções específicas para trabalho em grupo, já que eles aprendem sobre trabalho colaborativo na medida em que as sessões acontecem.

Tem sua fundamentação teórica baseada no construtivismo, em que o professor se torna um facilitador para a aprendizagem em um ambiente despido de autoritarismo e que privilegia a igualdade. As experiências e os conhecimentos prévios dos alunos devem ser evocados na busca da aprendizagem significativa. Neste sentido, a resolução de problemas é parte importante neste processo. Além disso, a vivência da aprendizagem e a consciência de seu processo (metacognição) são privilegiadas. Outra importante característica do construtivismo é a aprendizagem baseada no diálogo e na interação entre os alunos, o que contempla as habilidades de comunicação e trabalho colaborativo em equipes, que será necessária ao futuro profissional e responde às diretrizes curriculares nacionais brasileiras.³ Finalmente, o TBL permite a reflexão do aluno na e sobre a prática, o que leva às mudanças de raciocínios prévios.⁴

Referências Bibliográficas:

Bollela VR, Senger MH, Tourinho F, Amaral EM. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática Medicina (Ribeirão Preto) 2014;47(3):293-300.

[Handwritten signatures]

QUESTÃO 5: Sendo você professor(a) da EMCM, descreva com base na situação clínica abaixo, o que poderia ser ensinado, no que se refere às **HABILIDADES** e **ATITUDES** (além do conhecimento (cognitivo) já abordado no curso com *Problem Based Learning (PBL)*), para contemplar o conceito ampliado de competência, conforme preconizam as DCNs 2014. Valor (0,00 a 2,00 pts)

Caso Clínico:

Geraldo, 80 anos, vem para a UPA na madrugada por uma queda do próprio nível ao levantar-se da cama à noite. Queixa-se de dor intensa no quadril direito e o sobrinho que o trouxe, refere ele tem doença de Parkinson há 5 anos, mas que insiste em caminhar sem a ajuda de bengala ou andador, apesar de apresentar dificuldade. Fumante de longa data, nega acompanhamento clínico por outras doenças. O sobrinho e ele se mostram muito ansiosos sobre o diagnóstico e prognóstico.

Exame físico: estado geral regular, facies de dor, especialmente ao ser movimentado, pele clara, estrutura física longilínea, altura 1,65, peso, 65,0 Kg. Eupneico, hidratado, corado, sinais vitais normais. O exame cardio-pulmonar é normal. O exame da região do quadril direito apresenta dor intensa a qualquer tentativa palpação ou mobilização do membro inferior direito, que se mostra encurtado, e rodado externamente.

Exames realizados na urgência: anemia de leve a moderada, leucograma e plaquetas normais. A glicose, uréia, creatinina e EAS são normais. Foi solicitada a radiografia do quadril que mostra um fratura com suas características específicas. Uma cirurgia foi indicada após os procedimentos pre-operatórios de rotina e essa decisão foi comunicada ao paciente e seu sobrinho.

Habilidades:

- ✓ Realizar com proficiência a história clínica, detalhando a queixa apresentada com os questionamentos pertinentes, assim como outros aspectos, como antecedentes pessoais e familiares e hábitos de vida;
- ✓ Realizar o exame físico, neste caso especialmente diferenciando as características do local da fratura no fêmur, que aparece com o membro acometido encurtado e rodado externamente, permitindo a compreensão dos sítios mais comuns da fratura do fêmur. Realizar treinamento de tais **habilidades** em cenários de prática específicos, como o Laboratório de Habilidades Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento.
- ✓ Permite ainda desenvolver a indicação e interpretação de exames complementares gerais e de imagem, como a radiografia de quadril, exames laboratoriais.

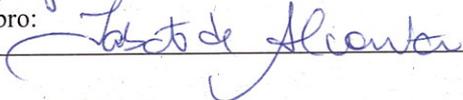
Atitudes:

- ✓ Promover no sentido do adequado acolhimento do paciente idoso, usando usando técnicas apropriadas de comunicação com este e com sua família. Considerar a preocupação da família com o prognóstico do paciente. Comunicar cada passo que será feito na conduta, informando sobre a gravidade do caso e a necessidade do tratamento cirúrgico.
 - ✓ Desenvolver o exercício do trabalho em equipe multiprofissional, viabilizando o tratamento instituído, conciliando as necessidades tanto do paciente quanto às do seu meio, envolvendo a família e sua comunidade, atuando como agente de transformação social. (Seção II^{1.1.1} (Da Gestão em Saúde) das DCNs 2014).

Referências Bibliográficas

RESOLUÇÃO No 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014^(*) Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/ CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/ CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR.

Silvia Mamede, *Aprendizagem Baseada em Problemas – anatomia de uma nova abordagem educacional.*

Assinatura dos Membros da Comissão	1º membro (Presidente):  2º membro:  3º membro: 
---	---

