



AFYA
CURSO DE MEDICINA - AFYA

**NOTA
FINAL**

Aluno:

Componente Curricular: Habilidades e Atitudes Médicas V

Professor (es):

Período: 202502

Turma:

Data: 20/10/2025

N1 ESPECÍFICA - MEDICINA - HAM V - 2025.2 - 1ª CHAMADA - 20/OUTUBRO

RELATÓRIO DE DEVOLUTIVA DE PROVA PROVA 17467 - CADERNO 001

1ª QUESTÃO

Enunciado:

(FASA VIC) Durante o preparo para uma cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica eletiva em paciente do sexo masculino, 57 anos, uma equipe de saúde ingressa no bloco cirúrgico para se paramentar e iniciar o procedimento. Entre os integrantes está um estudante de medicina em estágio curricular supervisionado, convidado a participar do ato operatório. Ao chegar ao centro cirúrgico, o estudante inicia seu preparo e paramentação.

Considerando os protocolos atualizados de biossegurança e controle de infecção hospitalar, assinale a alternativa que descreve corretamente a sequência adequada dos procedimentos a serem seguidos pelo estudante até a paramentação final:

Alternativas:

(alternativa A) (CORRETA)

Realizar escovação cirúrgica com antisséptico, enxaguar mantendo as mãos acima dos cotovelos e secar com papel-toalha estéril; vestir o avental estéril com auxílio e calçar luvas estéreis tocando apenas as superfícies internas.

(alternativa B)

Iniciar a escovação com água e sabão neutro pelo tempo mínimo recomendado; vestir o avental estéril com auxílio do circulante; calçar as luvas estéreis tocando externamente a luva com as mãos ainda úmidas após o enxágue.

(alternativa C)

Realizar escovação apenas com água corrente, mantendo as mãos abaixo dos cotovelos durante o enxágue para facilitar o escoamento da água; calçar luvas de procedimento antes de vestir o avental estéril.

(alternativa D)

Lavar as mãos com solução alcoólica a 70%, secar com papel-toalha comum, vestir o avental cirúrgico sem auxílio do circulante e calçar luvas de procedimento não estéreis com técnica aberta.

Resposta comentada:

Iniciar a escovação com água e sabão neutro por tempo mínimo recomendado; vestir avental estéril com auxílio de circulante; calçar luvas estéreis tocando externamente a luva com as mãos ainda úmidas após o enxágue. **Incorreta.** O toque externo da luva com as mãos ainda úmidas compromete a técnica asséptica. As mãos devem ser completamente secas com papel toalha estéril antes de calçar as luvas para evitar contaminação e reduzir risco de perfuração.

Realizar escovação cirúrgica com antisséptico, enxaguar mantendo as mãos acima dos cotovelos, secar com papel toalha estéril, vestir avental estéril com auxílio, calçar luvas estéreis tocando apenas superfícies internas. **Correta.** A escovação cirúrgica deve ser realizada com antisséptico apropriado (como clorexidina ou PVPI), com tempo mínimo recomendado (geralmente de 3 a 5 minutos), sempre mantendo as mãos acima dos cotovelos durante o enxágue. Após secagem com papel toalha estéril, o avental é vestido com auxílio do circulante, seguido do calçamento das luvas estéreis utilizando técnica asséptica, tocando apenas as superfícies internas.

Lavar as mãos com solução alcoólica a 70%, secar com papel toalha comum, vestir o avental cirúrgico sem auxílio do circulante, e calçar luvas de procedimento não estéreis com técnica aberta. **Incorreta.** A solução alcoólica 70% é indicada para higienização das mãos, mas não substitui a escovação cirúrgica prévia à paramentação. Além disso, luvas de procedimento não são adequadas para procedimentos cirúrgicos, pois não garantem esterilidade.

Realizar escovação utilizando apenas água corrente, manter as mãos abaixo dos cotovelos durante o enxágue para facilitar o escoamento da água, calçar luvas de procedimento antes de vestir o avental estéril. **Incorreta.** Lavar apenas com água corrente e manter as mãos abaixo dos cotovelos durante o enxágue contraria a técnica correta, pois aumenta o risco de contaminação da área limpa pelas regiões mais contaminadas (antebraços e cotovelos). Luvas de procedimento não devem ser utilizadas em atos cirúrgicos estéreis.

Referência:

TOWNSEND, Courtney M. Jr. **Sabiston:** tratado de bases da cirurgia. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

Feedback:

--

2ª QUESTÃO

Enunciado:

(AFYA Palmas) Uma paciente de 32 anos, previamente saudável, comparece ao ambulatório de Neurologia relatando fraqueza progressiva no membro inferior esquerdo há 3 dias, associada a “formigamentos difusos” na perna e dificuldade para caminhar. Relata que os sintomas surgiram logo após uma discussão familiar intensa. Nega cefaleia, crises convulsivas, febre ou comorbidades. Ao realizar o exame físico, foi encontrado:

Dificuldade para elevar a perna esquerda em decúbito, mas reflexos preservados.

Sinal de Hoover: força involuntária presente.

Teste da cadeira: consegue levantar-se sem apoio.

Teste de elevação do joelho: fraco isoladamente, mas normal em movimento combinado.

Teste de hemianalgésia: perda sensitiva “em meia perna”, sem padrão anatômico.

Os exames de imagem estão normais.

Com base no quadro e nos testes aplicados, qual a interpretação mais adequada?

Alternativas:**(alternativa A)**

A normalidade dos reflexos indica doença neurológica orgânica, além de que o teste de Hoover positivo isolado não diferencia paresia funcional de paralisia orgânica.

(alternativa B)

Fraqueza orgânica do trato piramidal, pois há déficit motor associado a hemianestesia compatível com lesão radicular, com necessidade de punção lombar.

(alternativa C) (CORRETA)

O conjunto de achados (Hoover positivo, teste da cadeira, elevação do joelho em bloco, hemianalgésia atípica) é compatível com transtorno não orgânico.

(alternativa D)

O teste da cadeira e o da hemianalgésia não têm valor clínico reconhecido; o quadro deve ser investigado como esclerose múltipla com punção lombar.

Resposta comentada:

Justificativas:

Fraqueza orgânica do trato piramidal, pois há déficit motor associado a hemianestesia compatível com lesão radicular, com necessidade de punção lombar.
- Incorreta.

Uma lesão piramidal orgânica não cursa com hemianestesia em meia perna sem padrão anatômico.

O sinal de Hoover positivo e o teste da cadeira preservado contradizem fraqueza orgânica verdadeira.

O conjunto de achados (Hoover positivo, teste da cadeira, elevação do joelho em bloco, hemianalgésia atípica) é compatível com transtorno funcional (não orgânico).
- Correta.

O conjunto dos testes aplicados (Hoover, cadeira, elevação do joelho, hemianalgésia) é clássico para diferenciar fraqueza funcional (não orgânica) de déficit motor orgânico.

Mostram força preservada em contextos não usuais → diagnóstico de transtorno funcional neurológico.

A normalidade dos reflexos indica doença neurológica orgânica, além de que o teste de Hoover positivo isolado não diferencia paresia funcional de paralisia orgânica. - Incorreta.

É verdade que o sinal de Hoover não deve ser usado isoladamente, mas aqui foi corroborado por outros testes positivos (cadeira, elevação do joelho, hemianalgésia), além de exames de imagem normais.

No conjunto, o raciocínio clínico permite julgar criticamente como não orgânico.

O teste da cadeira e o da hemianalgésia não têm valor clínico reconhecido; o quadro deve ser investigado como esclerose múltipla com punção lombar. - Incorreta.

O teste da cadeira, o de hemianalgésia e o de elevação do joelho são descritos e validados na prática neurológica.

Esclerose múltipla exige outros achados clínicos e não se explica apenas por um déficit motor inconsistente.

Referências:

STONE, Jon; CARSON, Alan; SHARPE, Michael. Functional Symptoms in Neurology: Assessment and Management. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.

FINKEL, Richard; CLARK, David; LAMBERTH, Earl. Neurology for the Non-Neurologist. 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente em serviços de saúde: medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>. Acesso em: 28 ago. 2025.

Feedback:

--

3ª QUESTÃO

Enunciado:

(FMIT) Paciente chega ao consultório relatando sintomas de ansiedade e irritabilidade, explicando que são provocados pela implantação de um chip chinês em sua cabeça, que causa delírios persecutórios e alucinações auditivas.

Para iniciar a formação de uma aliança terapêutica, qual é a abordagem mais adequada do profissional de saúde?

Alternativas:

(alternativa A)

Ignorar o conteúdo do delírio e focar exclusivamente nos sintomas físicos, como a ansiedade e a irritabilidade, para evitar conflito.

(alternativa B)

Questionar o paciente sobre a origem do chip e os detalhes da conspiração, demonstrando interesse nos aspectos do delírio.

(alternativa C) (CORRETA)

Acolher o sofrimento do paciente com empatia, reconhecer a veracidade da sua experiência subjetiva e buscar entender como o delírio o afeta, sem validar a crença em si.

(alternativa D)

Confrontar o paciente, explicando de forma racional que a implantação de um chip é cientificamente impossível e que as percepções são falsas.

Resposta comentada:

Correta: Acolher o sofrimento do paciente com empatia, reconhecer a veracidade da sua experiência subjetiva e buscar entender como o delírio o afeta, sem validar a crença em si. Essa abordagem permite que o paciente se sinta compreendido e respeitado, estabelecendo um vínculo de confiança. O profissional reconhece o sofrimento e a experiência do paciente sem validar o conteúdo delirante, abrindo espaço para a construção de uma aliança terapêutica.

Incorreta - Confrontar o paciente, explicando de forma racional que a implantação de um chip é cientificamente impossível e que as percepções são falsas. Ao confrontar o paciente, o médico pode piorar o quadro e o paciente se tornar agressivo.

Incorreta: Questionar o paciente sobre a origem do chip e os detalhes da conspiração, demonstrando interesse nos aspectos do delírio. Validar o delírio do paciente é um caminho que deve ser evitado, para não criar falsas expectativas no paciente e posterior perda da confiança.

Incorreto - Ignorar o conteúdo do delírio e focar exclusivamente nos sintomas físicos, como a ansiedade e a irritabilidade, para evitar conflito. Caso ignore um dos sintomas, não há como realizar o correto diagnóstico.

Referências:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_saude_da_familia.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

BORDIN, F. A.; BIANCO, A. A. A aliança terapêutica na clínica psicanalítica. Revista de Psicologia da UNESP, Assis, v. 14, n. 1, p. 1-12, 2015. DOI:
<https://doi.org/10.32970/rcp.v14i1.12740>.

BASTOS, R. R. O Método Clínico. 1. ed. Juiz de Fora: Bartlebee, 2014.

MANSUR, Carlos G. Psiquiatria para o Médico Generalista. Porto Alegre: ArtMed, 2013. E-book. p. 1. ISBN 9788536327921. Disponível em:
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536327921/>. Acesso em: 24 nov. 2024.

Feedback:

--

4ª QUESTÃO

Enunciado:

(AFYA Ipatinga) Homem, 52 anos, com histórico de hiperuricemia não tratada, procura atendimento por dor intensa e inchaço no hálux direito, o que tem causado marcha antalgica nos últimos dias. Durante uma partida de futebol recreativo, ao apoiar inadequadamente o membro inferior esquerdo, sofreu trauma indireto no joelho. Refere dor medial, dificuldade para caminhar e instabilidade ao tentar dobrar o joelho.

Ao exame físico:

Palpação bimanual das pequenas articulações do pé direito revela sinais inflamatórios no 1º metatarsofalângico.

O eixo de carga dos MMII encontra-se alterado, com sobrecarga no joelho esquerdo. Testes de estresse em valgo reproduzem dor na região medial do joelho esquerdo, com aumento da abertura articular comparada ao lado contralateral.

Qual é a hipótese diagnóstica mais provável para o quadro no joelho esquerdo?

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Lesão do ligamento colateral medial.

(alternativa B)

Ruptura do ligamento cruzado anterior.

(alternativa C)

Lesão do menisco medial.

(alternativa D)

Osteoartrite avançada de joelho.

Resposta comentada:

Gabarito Comentado

Ruptura do ligamento cruzado anterior (LCA). Incorreta. A lesão do LCA costuma estar associada a estalido audível no momento do trauma, derrame articular rápido (hemartrose), instabilidade súbita e resultado positivo no teste de Lachman ou gaveta anterior. No caso descrito, não há menção a estalido ou derrame imediato, e a dor é medial, desencadeada por estresse em valgo, o que não é típico do LCA.

Lesão do menisco medial. Incorreta. Lesões meniscais apresentam dor localizada, bloqueio articular, estalidos e piora ao agachar ou rodar o joelho. O exame característico é o teste de McMurray ou Thessaly. Aqui, o achado-chave foi dor medial com estresse em valgo e aumento da abertura articular, o que sugere comprometimento ligamentar, não meniscal.

Lesão do ligamento colateral medial (LCM). Correta.

A dor localizada na face medial do joelho após trauma indireto, associada a instabilidade em estresse em valgo e abertura articular aumentada em comparação ao lado contralateral, é clássica para lesão do LCM. O contexto da marcha alterada por dor da gota contribuiu para predispor ao trauma indireto.

Osteoartrite avançada de joelho. Incorreta.

A osteoartrite se manifesta por dor crônica, rigidez matinal de curta duração, crepitação e limitação progressiva dos movimentos. Não é uma condição aguda desencadeada por trauma esportivo, como no caso relatado.

Referências:

HEBERT, Sizínia; FILHO, Tarcísio E. P B.; XAVIER, Renato; et al. Ortopedia e Traumatologia. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2017. E-book. p. 347. ISBN 9788582713778. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582713778/>. Acesso em: 24 nov. 2024.

PORTE, C. C.; PORTO, A. L. Exame clínico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. E-book. p. 304. ISBN 978-85-277-3103-4. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527731034/>. Acesso em: 08 nov. 2024.

RAYMUNDO, José Luiz P.; MIRANDA, Isabel H. Ortopedia para clínicos: exame e diagnóstico. Barueri: Manole, 2021. E-book. p. 90. ISBN 9788520462768. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520462768/>. Acesso em: 24 nov. 2024.

Feedback:

--

5ª QUESTÃO

Enunciado:

(AFYA Ipatinga) Durante a internação de um idoso de 68 anos, a equipe de saúde discute estratégias para garantir a segurança na prescrição, dispensação e administração de medicamentos, prevenindo eventos adversos.

Com base nesse cenário, analise as assertivas a seguir.

I - A utilização de protocolos padronizados e listas de medicamentos de alta vigilância contribui para reduzir riscos relacionados ao uso de fármacos.

II - A dupla checagem por dois profissionais é recomendada para todos os medicamentos, independentemente do risco, uma vez que essa prática é mandatória para toda e qualquer administração.

III - É aceitável que prescrições manuscritas contenham abreviaturas médicas não padronizadas, desde que o profissional responsável conheça o significado, pois isso agiliza o processo assistencial.

IV - A identificação correta do paciente antes da administração do medicamento é uma etapa essencial, devendo envolver pelo menos dois identificadores (como nome completo e data de nascimento).

Assinale a alternativa que contenha as assertivas corretas.

Alternativas:**(alternativa A)**

I, II e IV, apenas.

(alternativa B) (CORRETA)

I e IV, apenas.

(alternativa C)

I, II, III e IV.

(alternativa D)

II e III, apenas.

Resposta comentada:

Alternativa correta: a) Apenas I e IV estão corretas.

Assertiva I – Correta.

O uso de protocolos e listas de medicamentos de alta vigilância é uma recomendação expressa do PNSP, pois esses fármacos apresentam maior risco de causar danos graves em caso de falha.

Assertiva II – Incorreta.

A dupla checagem não é obrigatória para todos os medicamentos, e sim especialmente para medicamentos de alta vigilância. Tornar obrigatória para todos seria pouco factível e não corresponde às recomendações do PNSP.

Assertiva III – Incorreta.

O PNSP orienta a padronização da prescrição, desencorajando o uso de abreviaturas não oficiais, siglas e rasuras, justamente para evitar interpretações equivocadas que podem gerar eventos adversos.

Assertiva IV – Correta.

A identificação correta do paciente é uma meta de segurança essencial e deve utilizar pelo menos dois identificadores independentes (por exemplo: nome completo e data de nascimento, ou nome e número de prontuário).

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [ano de publicação]. Disponível em: Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Acesso em: 19 mar. 2025.

Feedback:

--

6ª QUESTÃO

Enunciado:

(UNISL JI-Paraná) Um paciente homem, de 68 anos, ex-atleta, apresenta dor no ombro direito há 8 meses, exacerbada por movimentos acima da cabeça e ao carregar peso. Relata dificuldade para pentear o cabelo e alcançar objetos em prateleiras altas.

No exame físico, há redução da amplitude de movimento ativa em abdução (apenas 90°), enquanto a mobilidade passiva é completa (180°).

Foram realizados 2 testes especiais para avaliação: apresentou dor na região anterior do ombro ao elevar o braço passivamente com a escápula estabilizada pelo examinador e apresentou fraqueza significativa e dor ao resistir à abdução do ombro a 90° com o polegar voltado para baixo.

Qual conjunto de achados confirma a suspeita de lesão do manguito rotador associada à síndrome do impacto?

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Amplitude ativa reduzida, amplitude passiva preservada, teste de Neer e teste de Jobe positivos.

(alternativa B)

Amplitude passiva reduzida, dor que piora ao carregar peso e teste de Yergason e Jobe positivos.

(alternativa C)

Amplitude ativa e amplitude reduzidas, dor à elevação do braço e teste de Jobe e Speed positivos.

(alternativa D)

Dor à elevação de braço, amplitude ativa reduzida e teste de Neer e teste de Durkan positivos.

Resposta comentada:

Resposta correta:

Amplitude ativa reduzida, amplitude passiva preservada, teste de Neer e teste de Jobe positivos.

Justificativas:

A lesão do manguito rotador (especialmente do supraespinhal) compromete a capacidade do paciente de realizar movimentos ativos devido à falha na estabilização ativa do úmero (HEBERT et al., 2017, p. 347). A amplitude passiva preservada indica que não há restrição articular ou capsular, típico de lesões tendíneas isoladas (PORTO, 2017, p. 304). Um teste de Neer positivo nos sinaliza compressão do tendão do supraespinhal no espaço subacromial durante a elevação passiva do braço, confirmando síndrome do impacto, enquanto um teste de Jobe positivo avalia a função do supraespinhal, em que a incapacidade de manter a abdução contra resistência confirma lesão tendínea (HEBERT et al., 2017, p. 347).

Análise das incorretas:

Alternativa: Amplitude passiva reduzida, dor que piora ao carregar peso e teste de Yergason e Jobe positivos.

Paciente apresenta amplitude passiva preservada e os testes realizados são de Jobe e Neer. E o teste de Yergson avalia a cabeça longa do bíceps, que não está associada à síndrome do impacto (GREENBERG et al., 2014, p. 412).

Alternativa: Amplitude ativa e amplitude reduzidas, dor à elevação do ombro e teste de Jobe e Speed positivos.

A amplitude ativa está reduzida, mas a passiva está preservada. Dor à elevação do ombro pode indicar impacto, e os testes realizados foram de Jobe e Neer. E o teste de Speed avalia a cabeça longa do bíceps, que não está associada à síndrome do impacto (CIOFFI, 2017, p. 224).

Alternativa: Dor à elevação de braço, amplitude ativa reduzida e teste de Neer e teste de Durkan positivos.

Dor, a elevação do braço e amplitude ativa reduzida estão corretas. O teste de Neer está correto, porém o outro teste realizado foi o de JOBE e o teste de Durkan avalia a síndrome do túnel do carpo. (HEBERT et al., 2017, p. 347).

Referências:

CIOFFI, William. Atlas de traumas e técnicas cirúrgicas em emergência. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

HEBERT, Sizínia; FILHO, Tarcísio E. P. B. ; XAVIER, Renato; et al. Ortopedia e Traumatologia. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2017. E-book. p. 347. ISBN 9788582713778. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582713778/>.

GREENBERG, David A. ; AMINOFF, Michael J. ; SIMON, Roger P. Neurologia clínica. 8.^a ed. Porto Alegre: ArtMed, 2014. E-book. p. 412. ISBN 9788580553550. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580553550/>.

PORTO, C. C. ; PORTO, A. L. Exame clínico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. E-book. p. 304. ISBN 9788527731034. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527731034/>.

Feedback:

--

7ª QUESTÃO**Enunciado:**

(AFYA ITACOATIARA) Paciente comparece à Unidade Básica de Saúde em ambulatório de cirurgias, para realização de uma pequena cirurgia agendada anteriormente, uma exérese de lipoma em braço esquerdo. Paciente está devidamente orientado e seguindo recomendações fornecidas pela equipe.

Considerando o preparo e segurança da equipe e do paciente, assinale a alternativa que apresenta a ordem adequada das etapas:

Alternativas:**(alternativa A)**

Antissepsia e paramentação da equipe → Posicionar o paciente → Preparo da pele no sítio → Colocação de campos estéreis → Anestesia local → Incisão.

(alternativa B)

Posicionar o paciente → Infiltração de anestésico local → Preparo da pele → Campos estéreis → Paramentação estéril → Incisão.

(alternativa C) (CORRETA)

Posicionar o paciente → Antissepsia e paramentação da equipe → Preparo da pele no sítio → Campos estéreis → Infiltração de anestésico local → Incisão.

(alternativa D)

Preparo da pele → Posicionar o paciente → Campos → Paramentação → Infiltração de anestésico local → Incisão.

Resposta comentada:

A alternativa “Antissepsia e paramentação da equipe → Posicionar o paciente → Preparo da pele no sítio → Colocação de campos estéreis → Anestesia local → Incisão” está incorreta, pois posicionar o paciente vem antes de fazer a antissepsia e paramentação da equipe.

A opção “Posicionar o paciente → Infiltração de anestésico local → Preparo da pele → Campos estéreis → Paramentação estéril → Incisão.” está incorreta, pois a equipe deve estar com paramentação estéril antes do preparo do sítio e da anestesia local.

Alternativa “Preparo da pele → Posição do paciente → Campos → Paramentação → Infiltração de anestésico local → Incisão.” está incorreta, pois o posicionamento é antes de preparo da pele, movimentar o paciente após antissepsia aumenta risco de contaminação.

A alternativa correta seria “Posicionar o paciente → Antissepsia e paramentação da equipe → Preparo da pele no sítio → Campos estéreis → Infiltração de anestésico local → Incisão.” realizando o posicionar o paciente, preparo da equipe, preparo da pele, campos estéreis, anestesia e incisão.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies.** Brasília: MS, 2010.

SOBECC. **Práticas Recomendadas:** Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 7^a ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

GOFFI, Fábio Schmidt. **Técnica cirúrgica:** bases anatômicas, fisiológicas e técnicas da cirurgia. São Paulo: Atheneu, 2007.

Feedback:

--

8^a QUESTÃO

Enunciado:

(AFYA PARAÍBA) Um paciente, sexo masculino, 38 anos, comparece ao ambulatório para a retirada de um cisto sebáceo na região do antebraço. O procedimento será realizado sob anestesia local. O acadêmico de medicina, auxiliando na cirurgia, deve organizar a mesa cirúrgica com os instrumentais adequados para cada etapa do procedimento.

Marque a alternativa que apresenta a combinação de instrumentais mais adequada para esse procedimento.

Alternativas:**(alternativa A)**

Bisturi com lâmina n.º 10, pinça de Allis, tesoura de Mayo, afastador de Finochietto e pinça de Halstead.

(alternativa B)

Bisturi com lâmina n.º 20, pinça de Kocher, tesoura de íris, afastador de Balfour e pinça de Rochester.

(alternativa C)

Bisturi com lâmina n.º 11, pinça anatômica, tesoura de Lister, afastador de Gosset e pinça de Cheron.

(alternativa D) (CORRETA)

Bisturi com lâmina n.º 15, pinça Adson com dente, tesoura de Metzenbaum, porta-agulha Mayo-Hegar e pinça de Backhaus.

Resposta comentada:

Resposta correta: Bisturi com lâmina n.º 15, pinça Adson com dente, tesoura de Metzenbaum, porta-agulha Mayo-Hegar e pinça de Backhaus.

Justificativa:

Para a excisão de um cisto sebáceo, os instrumentais devem ser escolhidos conforme sua função:

- Bisturi com lâmina n.º 15: ideal para incisões delicadas em pele.
- Pinça Adson com dente: permite melhor apreensão da pele sem a traumatizar.
- Tesoura de Metzenbaum: apropriada para dissecção de tecidos moles.
- Porta-agulha Mayo-Hegar: utilizado na sutura.
- Pinça de Backhaus: usada para fixação dos campos cirúrgicos.

As demais opções incluem instrumentais inadequados:

- A lâmina n.º 11 é mais indicada para drenagens, a tesoura de Lister é usada para curativos, e o afastador de Gosset é utilizado em cirurgias abdominais.
- A pinça de Allis pode traumatizar tecidos, a tesoura de Mayo é mais rígida e usada para fáscias, e o afastador de Finochietto é indicado para toracotomias.
- A lâmina n.º 20 é grande para esse tipo de procedimento, a pinça de Kocher tem dentes que podem causar trauma excessivo, e o afastador de Balfour é utilizado em laparotomias.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Pequenas Cirurgias em Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2021.

SOBOTA, P. **Atlas de Instrumentais Cirúrgicos**. 2^a ed. Manole, 2019.

FELICIANO, D. V.; MATTOX, K. L.; MOORE, E. E. **Manual de Técnicas Cirúrgicas**. 2^a ed. Guanabara Koogan, 2019.

Feedback:

--

9^a QUESTÃO

Enunciado:

(AFYA Cruzeiro do Sul) Homem, 44 anos, trabalhador rural, apresenta-se à Unidade Básica de Saúde (UBS) queixando-se de dificuldade para caminhar, acompanhada de dor lombar intensa. Segundo o paciente, o quadro de dor teve início há aproximadamente 1 ano e, desde então, vem se agravando gradualmente, com episódios de irradiação da dor para os membros inferiores, especialmente para a região posterior das coxas e panturrilhas, com dor por vezes incapacitante. O paciente descreve a dor como uma sensação de queimação e rigidez, especialmente após longos períodos de trabalho no campo ou após estar em pé por muito tempo. Ele nega a presença de outras patologias prévias relevantes, traumas recentes, febre, perda de peso inexplicada ou sintomas urinários.

Analise o caso clínico e responda às seguintes assertivas:

- a) Qual é a principal hipótese diagnóstica? (0,4 ponto)
- b) Explique 2 manobras que podem ser utilizadas para avaliação do paciente, descrevendo qual resultado esperado. (0,8 ponto)
- c) Indique e oriente uma escala de dor que poderia ser utilizada. (0,3 ponto)

Alternativas:

--

Resposta comentada:

- a) Qual a principal hipótese diagnóstica? - valor: 0,4 pontos.

Lombociatalgia, lombalgia com radiculopatia, ciatalgia crônica.

0 - Caso coloque apenas lombalgia.

- b) Explique 2 manobras que podem ser utilizadas para avaliação do paciente, descrevendo qual resultado esperado. 0,3 para cada manobra e 0,1 para cada alteração descrita corretamente. Total: 0,8 pt.

Teste de elevação da perna retificada (Laségue): com o paciente em decúbito dorsal, membros inferiores estendidos, elevar um dos membros inferiores, segurando com uma das mãos no calcaneo e a outra na região anterior do joelho. A elevação do membro inferior sem dor deverá alcançar aproximadamente 80º. No ponto em que o paciente sentir dor, baixar a perna lentamente e dorsiflexionar o pé, visando estirar o ciático e reproduzir a lombociatalgia. Este teste serve para reproduzir a dor ciática e será positivo quando o paciente referir dor no dermatomo correspondente (dor irradiada), enquanto que nos casos de encurtamento dos músculos posteriores da coxa o paciente irá referir dor somente na região posterior da coxa.

Teste de Patrick ou FABERE: detecta patologias do quadril ou sacro-ilíacas. Com o paciente em decúbito dorsal, solicitar que coloque o pé de um dos membros inferiores sobre o joelho oposto, de modo que a articulação coxofemoral fique em rotação externa, fletida e abduzida. Nesta posição, a presença de dor na região inguinal indica patologia do quadril ou da musculatura adjacente. Após fazer pressão divergente com uma das mãos sobre o joelho fletido e a outra nas espinhas ilíacas anterossuperiores (EIAS) contralateral. Dor indica patologia na sacroilíaca.

Teste de Schober: com o paciente em posição ortostática, marca-se um ponto na linha da coluna na altura de L5-S1 (projeção da espinha ilíaca posterior) e outro ponto 10 cm acima deste; quando a pessoa se agacha (flexão ventral), a distância aumenta 5 cm, ficando 15 cm no mínimo entre os dois pontos.

Teste de Schober modificado: para identificar pacientes com limitação verdadeira da coluna lombar, feito em posição ortostática, 15 cm (10 cm acima e 5 cm abaixo do processo espinhoso L5), é positivo se não ocorrer aumento de pelo menos 6 cm na flexão máxima.

c) Indique e oriente uma escala de dor que poderia ser utilizada. 0,3 pontos.

As escalas de dor mais comumente utilizadas incluem: Escala Verbal Numérica (EVN), Escala Visual Analógica (EVA), Escala de Faces da Dor, Behavioural Pain Scale (BPS), Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD). Solicitar ao paciente que:

Na EVN: atribua um número de **0 a 10** para indicar a intensidade da dor, sendo 0 “sem dor” e 10 “a pior dor imaginable”. **Na EVA:** aponte em uma **linha reta graduada** (geralmente de 10 cm) o ponto que melhor representa a intensidade da dor. **Na Escala de Faces da Dor:** escolha a **figura/faces** que melhor expressa o que está sentindo. **Na BPS:** a dor é avaliada **pelo observador**, que analisa expressões faciais, movimentos dos membros superiores e adaptação ao ventilador (em pacientes intubados). **Na PAINAD:** utilizada em pacientes com **demência avançada**, avaliando respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade.

Referências:

BASTOS, R. R. O Método Clínico. 1. ed. Juiz de Fora: Bartlebee, 2014.

BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G.; HOFFMAN, Richard M. Bates – Propedêutica Médica Essencial: Avaliação Clínica, Anamnese, Exame Físico. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. E-book. ISBN 978-85-277-3844-6.

MINSON, Fabíola P.; BARROS, Carlos Marcelo de; FONSECA, Paulo Renato Barreiros da; et al. Dor. v. 10. (Série Manuais de especialização Einstein). 2. ed. Barueri: Manole, 2024. E-book. ISBN 978-85-204-6153-2.

ROENN, Jaime H V.; PAICE, Judith A.; PREODOR, Michael E. CURRENT Dor. Porto Alegre: ArtMed, 2010. E-book. p. 1. ISBN 9788580550177.

Feedback:

--

10ª QUESTÃO

Enunciado:

(AFYA PARAÍBA) Paciente, sexo masculino, 60 anos, com hérnia inguinal unilateral sintomática, foi admitido em hospital para procedimento eletivo de hernioplastia inguinal unilateral sob anestesia geral. Durante o preparo cirúrgico, o cirurgião chefe identificou falhas no processo de preparo da cirurgia: alguns membros da equipe não estavam corretamente paramentados, a pele da região inguinal não havia sido higienizada, o paciente encontrava-se em posição lateral sem ajustes adequados, e os campos cirúrgicos foram colocados apenas ao redor do local da incisão.

Considerando os princípios técnicos da cirurgia:

- a) Descreva, em etapas, o processo de escovação e paramentação adequada da equipe cirúrgica. (0,5 ponto)
- b) Explique detalhadamente o preparo correto do paciente e do campo operatório para a hernioplastia inguinal unilateral. (0,5 ponto)
- c) Explique as diferenças no preparo de procedimentos de pequeno e de médio porte, considerando higienização da pele, colocação dos campos cirúrgicos e posicionamento do paciente. (0,5 ponto).

Alternativas:

--

Resposta comentada:

a) escovação e paramentação da equipe cirúrgica: 0,5 ponto.

Higienização das mãos: escovação cirúrgica antisséptica até o terço médio dos antebraços.

Colocação do avental estéril: feita pelo circulante, garantindo técnica asséptica.

Colocação das luvas estéreis: cirurgião e auxiliares com técnica fechada; instrumentador também paramentado.

b) Preparo do paciente e campo operatório (médio porte – hernioplastia): 0,5 ponto.

Posicionamento: paciente em posição supina, braços abduzidos em até 90°, fixados em suportes, com proteção de proeminências ósseas.

Higienização da pele: tricotomia prévia, se necessária; antisepsia ampla com solução desgermante e antisséptico alcoólico/iodado, iniciando no umbigo e expandindo em movimentos centrífugos.

Isolamento com campos: colocação de campos estéreis amplos, não restritos apenas ao local da incisão, cobrindo toda a região abdominal superior e inferior, garantindo isolamento adequado.

c) Diferenças entre pequeno e médio porte: 0,5 ponto.

Diferenças:

Pequeno porte: preparo da pele geralmente restrito à área de incisão; campos cirúrgicos localizados; posicionamento mais simples e rápido.

Médio porte: preparo mais amplo da pele (regiões adjacentes ao sítio), uso de campos maiores para isolamento completo; posicionamento cuidadoso com proteção de articulações e monitorização contínua do paciente.

Referências:

GOFFI, Fábio Schmidt. **Técnica cirúrgica:** bases anatômicas, fisiológicas e técnicas da cirurgia. São Paulo: Atheneu, 2007.

KIRK, Raymond Maurice. **Bases técnicas da cirurgia.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

POSSARI, João F. **Centro cirúrgico:** planejamento, organização e gestão. 5. ed. Rio de Janeiro: IÁTRIA, 2009. E-book. ISBN 9788576140887. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br> Acesso em: 10 out. 2025.

SAVASSI-ROCHA, Paulo R.; SANCHES, Soraya Rodrigues de A.; SAVASSI-ROCHA, Alexandre L. **Cirurgia de ambulatório.** Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2013. E-book. ISBN 9786557830215. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br> Acesso em: 10 outubro 2025

Feedback:

--