

	AFYA CURSO DE MEDICINA - AFYA	NOTA FINAL
Aluno:		
Componente Curricular: Habilidades e Atitudes Médicas V		
Professor (es):		
Período: 202501	Turma:	Data:

N1 ESPECÍFICA_5 PERÍODO_11ABRIL_2025.1_HAM

RELATÓRIO DE DEVOLUTIVA DE PROVA PROVA 15581 - CADERNO 001



1ª QUESTÃO

Quer treinar essa prova?

Acesse:

Enunciado:

www.acervo.top/ham-v ou
www.acervotop.com/ham-v

(AFYA PALMAS) Durante o internato em cirurgia geral, o estudante participou do preparo para dois procedimentos distintos:

- Procedimento 1: Exérese de cisto sebáceo cervical, com anestesia local, em ambiente ambulatorial.
- Procedimento 2: Hernioplastia inguinal aberta, com anestesia geral, em centro cirúrgico.

Com base nesses dois cenários, responda de forma objetiva:

- a) Qual solução antisséptica é recomendada para o preparo da pele em cada procedimento e como ela deve ser aplicada?
- b) Que tipo de campo cirúrgico deve ser utilizado em cada situação e qual é a importância da técnica asséptica?
- c) Como o paciente deve ser posicionado na mesa em cada procedimento, considerando o tipo de cirurgia e anestesia?

Alternativas:

--

Resposta comentada:

a) Preparo da pele: solução antisséptica e modo de aplicação

Aspec to	Procedimento 1 (pequeno porte – ambulatorial)	Procedimento 2 (médio porte – centro cirúrgico)
Soluç ão recom endad a	Clorexidina degermante seguida de clorexidina alcoólica (ou PVPI degermante + PVPI alcoólico, dependendo do protocolo institucional)	Mesma combinação: clorexidina degermante + alcoólica (ou PVPI degermante + PVPI alcoólico)
Técnic a de apli cação	Aplicação em movimentos circulares do centro para a periferia; área menor delimitada ao redor do campo cirúrgico	Aplicação ampla, em movimentos circulares concêntricos do centro para a periferia; incluir grande área ao redor da incisão
Obser vação adicio nal	Esperar o tempo de ação do antisséptico antes da incisão	Idem, com ênfase no tempo de secagem do antisséptico para evitar queimaduras com bisturi elétrico

b) Colocação dos campos cirúrgicos: tipo de material e técnica asséptica

Aspecto	Procedimento 1 (pequeno porte)	Procedimento 2 (médio porte)
Tipo de campo	Campos estéreis fenestrados descartáveis ou campos de algodão autoclavados, conforme estrutura da unidade	Campos estéreis de uso único ou reutilizáveis (autoclavados), fenestrados e posicionados de forma ampla
Técnica	Delimitação simples do campo com um ou dois campos estéreis ao redor da lesão	Técnica asséptica rigorosa com colocação sequencial dos campos por equipe paramentada, cobrindo grande área ao redor do sítio cirúrgico
Importância	Garantir barreira contra contaminação mesmo em pequenos procedimentos	Prevenção de infecção em procedimentos com maior tempo e profundidade cirúrgica; essencial para segurança do paciente

c) Posicionamento do paciente na mesa cirúrgica

Aspecto	Procedimento 1 (pequeno porte)	Procedimento 2 (médio porte)
Posição	Decúbito ventral ou lateral (conforme localização do cisto cervical); ajuste simples em maca ambulatorial	Decúbito dorsal com braços abduzidos e posicionados em apoios; paciente em mesa cirúrgica com proteção de proeminências ósseas
Considerações anestésicas	Anestesia local não requer monitorização contínua nem posicionamento complexo	Anestesia geral exige monitorização multiparamétrica e cuidados específicos com vias aéreas e posicionamento ergonômico e seguro
Fixação	Normalmente sem necessidade de fixação rígida	Uso de cintos ou apoios para evitar movimentação e garantir segurança durante a anestesia geral

Referência bibliográfica para correção:

- Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo de segurança cirúrgica*. ANVISA, 2013.
- Ferreira, A. M. et al. *Centro Cirúrgico: Planejamento, Gestão e Prática de Enfermagem*. 2^a ed. São Paulo: Martinari, 2018.
- Sabiston, D. C. *Tratado de Cirurgia*. 20^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

2^a QUESTÃO

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Um homem de 68 anos comparece à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) apresentando déficit motor em hemicorpo direito e alteração na fala com início há aproximadamente 2 horas. O exame físico revela hemiparesia direita com escala de força muscular grau 3, desvio da comissura labial à esquerda e dificuldade para articular palavras. A pressão arterial medida é de 180x100 mmHg. A tomografia de crânio evidencia perda da diferenciação entre substância branca e cinzenta no território da artéria cerebral média esquerda e sinal da artéria cerebral média hiperdensa.

De acordo com a descrição do caso, qual a conduta para esse paciente?

Alternativas:**(alternativa A)**

Iniciar anti-hipertensivo intravenoso, manter observação hospitalar e reavaliar em 24 horas.

(alternativa B)

Imediatamente iniciar a administração de antiagregante plaquetário e iniciar anticoagulação plena.

(alternativa C) (CORRETA)

Administrar trombolítico endovenoso após confirmação do tempo de início dos sintomas.

(alternativa D)

Encaminhar o paciente para cirurgia de urgência devido à presença de efeito de massa.

Resposta comentada:

Resposta correta: Administrar trombolítico endovenoso após confirmação do tempo de início dos sintomas. Esta é a conduta indicada para pacientes com AVC isquêmico agudo dentro da janela terapêutica para trombolise (geralmente até 4,5 horas após o início dos sintomas). A perda da diferenciação entre substância branca e cinzenta e o sinal da artéria cerebral média hiperdensa são achados tomográficos clássicos de isquemia cerebral aguda, sugerindo obstrução arterial (Powers et al., 2019).

Justificativas das alternativas incorretas:

"Iniciar anti-hipertensivo intravenoso, manter observação hospitalar e reavaliar em 24 horas", incorreta. A administração imediata de antihipertensivo intravenoso não é recomendada na fase aguda do AVC isquêmico, exceto se a pressão arterial for superior a 220x120 mmHg ou se houver indícios de lesão de órgão-alvo (Powers et al., 2019).

"Imediatamente iniciar a administração de antiagregante plaquetário e iniciar anticoagulação plena", incorreta. Embora a antiagregação plaquetária esteja indicada em pacientes com AVC isquêmico, a anticoagulação plena não é recomendada na fase aguda por aumentar o risco de transformação hemorrágica (Diener et al., 2004).

"Encaminhar o paciente para cirurgia de urgência devido à presença de efeito de massa", incorreta. O encaminhamento cirúrgico imediato é indicado apenas em casos de hemorragia intracraniana com efeito de massa significativo ou deterioração neurológica progressiva, o que não é descrito neste caso (Powers et al., 2019).

Referências:

POWERS, William J. et al. 2019 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, v. 50, n. 12, p. e344-e418, 2019.

DIENER, Hans-Christoph et al. European Stroke Initiative recommendations for stroke management—update 2003. *Cerebrovascular Diseases*, v. 17, n. 2-3, p. 67-74, 2004.

3ª QUESTÃO

Enunciado:

(BANCO AFYA) Durante o preparo de um procedimento ambulatorial de pequeno porte para retirada de lipoma subcutâneo em região escapular, a equipe cirúrgica deve seguir medidas fundamentais para garantir segurança e assepsia. O paciente encontra-se em jejum, consciente, e sem contra-indicações anestésicas. A sala de procedimento já foi higienizada, e os materiais estéreis estão organizados. A equipe conta com cirurgião, instrumentador e auxiliar. Este cenário está de acordo com as boas práticas em pequenos procedimentos cirúrgicos.

Qual das condutas a seguir está correta?

Alternativas:**(alternativa A)**

Posicionar o paciente sentado, realizar a limpeza da pele com gaze comum e soro fisiológico, e iniciar a incisão após a aplicação de anestesia local, mesmo sem delimitar o campo estéril.

(alternativa B) (CORRETA)

Após vestir aventais e luvas estéreis, o cirurgião realiza a antisepsia ampla da pele com solução degermante e alcoólica, posiciona o paciente em decúbito ventral e aplica os campos cirúrgicos.

(alternativa C)

Iniciar o procedimento com o paciente em decúbito dorsal, sem necessidade de campos estéreis, desde que haja uso de luvas cirúrgicas por parte da equipe.

(alternativa D)

Posicionar o paciente com a região escapular voltada para baixo, realizar antisepsia apenas com álcool 70% e iniciar o procedimento sem campos, desde que os instrumentos estejam estéreis.

Resposta comentada:

Justificativas:

Incórrreta. Posicionar o paciente com a região escapular voltada para baixo, realizar antisepsia apenas com álcool 70% e iniciar o procedimento sem campos, desde que os instrumentos estejam estéreis.

O paciente deve ser posicionado com **acesso fácil à lesão** (neste caso, **decúbito ventral**, pois a lesão é em região escapular). O uso de **apenas álcool 70%** não é suficiente para a antisepsia cirúrgica, que deve envolver **soluções degermantes seguidas de antissépticas alcoólicas**, e os **campos estéreis são obrigatórios** mesmo em procedimentos de pequeno porte.

Correta. Após vestir aventais e luvas estéreis, o cirurgião realiza a antisepsia ampla da pele com solução degermante e alcoólica, posiciona o paciente em decúbito ventral e aplica os campos cirúrgicos.

Essa alternativa descreve a sequência adequada:

- Uso de **aventais e luvas estéreis pela equipe**;
- **Antisepsia ampla** com degermante (ex: clorexidina degermante) seguida de solução alcoólica;
- **Posicionamento adequado do paciente** (decúbito ventral para acesso escapular);
- Aplicação dos **campos estéreis**, que delimitam o campo operatório e reduzem risco de infecção.

Incórreta. Posicionar o paciente sentado, realizar a limpeza da pele com gaze comum e soro fisiológico, e iniciar a incisão após a aplicação de anestesia local, mesmo sem delimitar o campo estéril.

Gaze comum e soro fisiológico não são métodos adequados de preparo da pele para procedimentos invasivos. A **posição sentada** é inadequada para cirurgia escapular, e a **falta de delimitação do campo estéril** compromete a assepsia.

Incórreta. Iniciar o procedimento com o paciente em decúbito dorsal, sem necessidade de campos estéreis, desde que haja uso de luvas cirúrgicas por parte da equipe.

O uso de luvas cirúrgicas isoladamente não substitui o campo estéril. A **posição supina (decúbito dorsal)** dificulta o acesso à região escapular, e o uso de campos estéreis é parte fundamental do preparo mesmo em cirurgias ambulatoriais simples.

Referências Bibliográficas:

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mão e Práticas Seguras na Atenção à Saúde*. ANVISA, 2013.
- FERREIRA, A. M. et al. *Centro Cirúrgico: Planejamento, Gestão e Prática de Enfermagem*. 2^a ed. São Paulo: Martinari, 2018.
- SABISTON, D. C. *Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna*. 20^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

4^a QUESTÃO

Enunciado:

(FMIT) Um homem de 27 anos é encaminhado da Unidade Básica de Saúde (UBS) para atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) devido a sintomas psicóticos. Durante a entrevista, ele relata estar sendo monitorado por um "chip chinês" implantado em sua cabeça e menciona ouvir vozes constantemente que o ameaçam. Demonstra intensa angústia, recusa-se a aceitar que possa estar doente e insiste que precisa de ajuda para remover o dispositivo.

Como conduzir essa consulta e estabelecer uma aliança terapêutica eficaz com o paciente?

Alternativas:**(alternativa A)**

Confrontar diretamente o paciente, explicando que o chip em sua cabeça não existe e que ele precisa aceitar o diagnóstico, pois isso facilitará a adesão ao tratamento.

(alternativa B)

Apoiar a narrativa do paciente e demonstrar concordância com sua percepção da realidade, para que ele confie no profissional e aceite a proposta de tratamento sem resistência.

(alternativa C)

Evitar aprofundar o tema dos delírios para não reforçá-los, focando exclusivamente em sintomas físicos, deixando a discussão sobre sintomas psicóticos para um momento posterior.

(alternativa D) (CORRETA)

Validar o sofrimento do paciente, demonstrando empatia e interesse pelo que ele relata, sem confrontar diretamente seus delírios, enquanto se busca estabelecer um vínculo de confiança.

Resposta comentada:

Alternativas comentadas:

Validar o sofrimento do paciente, demonstrando empatia e interesse pelo que ele relata, sem confrontar diretamente seus delírios, enquanto se busca estabelecer um vínculo de confiança.

Comentário: Essa é a alternativa correta, pois prioriza a empatia e a vinculação, sem reforçar nem confrontar diretamente os delírios. Essa estratégia permite construir uma relação terapêutica que favorece a adesão ao tratamento.

Confrontar diretamente o paciente, explicando que o chip em sua cabeça não existe e que ele precisa aceitar o diagnóstico, pois isso facilitará a adesão ao tratamento.

Comentário: Essa abordagem pode gerar resistência e comprometer a aliança terapêutica. Confrontar os delírios de maneira brusca pode aumentar a desconfiança do paciente e dificultar a adesão ao tratamento.

Evitar aprofundar o tema dos delírios para não reforçá-los, focando exclusivamente em sintomas físicos, deixando a discussão sobre sintomas psicóticos para um momento posterior.

Comentário: Embora seja importante não reforçar os delírios, evitar completamente a escuta do paciente pode ser prejudicial. A aliança terapêutica depende de uma escuta ativa e empática, demonstrando interesse genuíno no sofrimento do paciente.

Apoiar a narrativa do paciente e demonstrar concordância com sua percepção da realidade, para que ele confie no profissional e aceite a proposta de tratamento sem resistência.

Comentário: Essa alternativa está incorreta, pois reforçar os delírios pode dificultar a adesão ao tratamento adequado. A escuta deve ser empática, mas sem validação de conteúdos irreais.

REFERÊNCIA: MANSUR, Carlos G. **Psiquiatria para o Médico Generalista**. Porto Alegre: ArtMed, 2013. E-book. p.16. ISBN 9788536327921. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536327921/>. Acesso em: 22 fev. 2025.

5ª QUESTÃO

Enunciado:

(UNITPAC) Um paciente adulto de 48 anos comparece ao ambulatório de pequenas cirurgias para a remoção de um cisto sebáceo de 3 cm localizado na região cervical posterior, próximo à linha média. O procedimento será realizado sob anestesia local e envolve as seguintes etapas:

1. Incisão para exposição do cisto;
2. Dissecção cuidadosa para evitar ruptura da cápsula;
3. Hemostasia para controle de pequenos sangramentos;
4. Suturas para fechamento da ferida operatória.

Qual das opções abaixo apresenta a melhor seleção de instrumentais cirúrgicos para a realização do procedimento?

Alternativas:**(alternativa A)**

Bisturi com lâmina nº 20 (incisão), pinça Anatômica (manipulação de tecidos), tesoura de Metzenbaum (dissecção), pinça Rochester (hemostasia) e porta-agulha Mayo-Hegar (síntese).

(alternativa B)

Bisturi com lâmina nº 11 (incisão), pinça Adson sem dente (manipulação de tecidos), tesoura de Mayo curva (dissecção), pinça Mosquito (hemostasia) e porta-agulha Mathieu (síntese).

(alternativa C)

Bisturi com lâmina nº 10 (incisão), pinça Halstead (manipulação de tecidos), tesoura de Mayo reta (dissecção), pinça Kelly (hemostasia) e porta-agulha Mathieu (síntese).

(alternativa D) (CORRETA)

Bisturi com lâmina nº 15 (incisão), pinça Adson com dente (manipulação de tecidos), tesoura de Metzenbaum (dissecção), pinça Crile (hemostasia) e porta-agulha Mayo-Hegar (síntese).

Resposta comentada:

Bisturi com lâmina nº 10, pinça Halstead, tesoura de Mayo reta, pinça Kelly, porta-agulha Mathieu. Incorreta.

- A **lâmina nº 10** é maior e mais indicada para incisões em áreas amplas ou em tecidos mais profundos (cirurgias maiores).
- A **tesoura de Mayo reta** é robusta, indicada para corte de fios ou tecidos duros, **menos delicada** que a Metzenbaum para dissecção de partes moles.
- A **pinça Halstead (Mosquito)** pode ser usada, mas é muito delicada para hemostasia de vasos mais calibrosos, como os da região cervical.
- O **porta-agulha Mathieu** é menos ergonômico e menos comum em procedimentos com precisão mais exigida, como em região cervical.
→ Conjunto de instrumentais **menos preciso e inadequado para o porte e localização da cirurgia**.

Bisturi com lâmina nº 11, pinça Adson sem dente, tesoura de Mayo curva, pinça Mosquito, porta-agulha Mathieu. Incorreta.

- A **lâmina nº 11** é pontiaguda, usada em drenagens ou incisões puntiformes (como em abscessos ou laparoscopia), **não ideal para incisão linear em cisto**.
- A **pinça Adson sem dente** é delicada, mas **oferece menos firmeza** na manipulação de pele — a versão **com dente** é preferida para esse tipo de tecido.
- **Tesoura de Mayo curva** é robusta e adequada para tecidos duros, **não ideal para dissecção fina de partes moles superficiais**.
- O **porta-agulha Mathieu** tem uso mais restrito.
→ Conjunto **parcialmente funcional**, mas com várias escolhas **subótimas para o procedimento descrito**.

Bisturi com lâmina nº 20, pinça Anatômica, tesoura de Metzenbaum, pinça Rochester, porta-agulha Mayo-Hegar. Incorreta.

- A **lâmina nº 20** é usada em incisões **muito grandes**, mais comum em cirurgias de grande porte, como laparotomias.
- A **pinça anatômica** não tem dente, o que **reduz a precisão na manipulação da pele**.
- A **pinça Rochester** é usada em tecidos profundos e controle de vasos maiores — **exagerada** para um procedimento ambulatorial.
→ Conjunto de instrumentais **superdimensionado**, inadequado para um procedimento simples como exérese de cisto pequeno.

Bisturi com lâmina nº 15, pinça Adson com dente, tesoura de Metzenbaum, pinça Crile, porta-agulha Mayo-Hegar. Correta.

- A **lâmina nº 15** é a **mais indicada para incisões pequenas e precisas**, especialmente em áreas como pescoço.
- A **pinça Adson com dente** proporciona **boa apreensão da pele**, ideal para tração delicada.
- A **tesoura de Metzenbaum** é apropriada para dissecção de partes moles superficiais.
- A **pinça Crile** é adequada para hemostasia de vasos pequenos ou compressão delicada.
- O **porta-agulha Mayo-Hegar** é o padrão para suturas cutâneas.
→ **Conjunto completo, apropriado e compatível com o procedimento descrito.**

Referências bibliográficas:

- Townsend CM Jr., Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston – Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna*. 20^a ed. Elsevier, 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo de Segurança Cirúrgica – Cirurgias Ambulatoriais*. Brasília: 2018.
- TEIXEIRA, R. K. C.; NUNES, T. A. M. *Instrumentais Cirúrgicos: Identificação, uso e cuidados*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2022.
- MINTER, Rebecca M.; DOHERTY, Gerard M. **CURRENT Cirurgia**. Porto Alegre: AMGH, 2012. E-book. p. 1. ISBN 9788580550658. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580550658/>. Acesso em: 28 fev. 2025.

6^a QUESTÃO

Enunciado:

(FASA VIC) Homem, 45 anos, foi encaminhado para o especialista com queixa de dor intensa e repentina na primeira metatarsofalangiana, acompanhada de vermelhidão e inchaço. Ao ser entrevistado, o paciente relata episódios anteriores de dor intensa nas articulações, especialmente após ingestão de alimentos ricos em purinas, como carnes vermelhas e frutos do mar. No exame físico, observa-se dor à palpação na articulação afetada, aumento de volume e eritema local, além de calor localizado e limitação de movimento.

Analizar as informações obtidas na anamnese e no exame físico de paciente com dor articular aguda, a fim de identificar corretamente o diagnóstico mais provável.

Alternativas:**(alternativa A)**

Dor crônica e difusa nas articulações com rigidez matinal e crepitação à movimentação. Não há sinais inflamatórios locais evidentes, mas há limitação de movimento devido à dor.

(alternativa B) (CORRETA)

Dor súbita e intensa em uma articulação com presença de eritema, edema, calor local e dor à palpação, frequentemente associada à ingestão de alimentos ricos em purinas.

(alternativa C)

Dor articular migratória, com episódios prolongados de dor em diferentes articulações, acompanhada de febre, mal-estar e sinais sistêmicos evidentes, sem características de inflamação localizada.

(alternativa D)

Dor localizada em múltiplas articulações com calor, eritema e edema, mas sem história de episódios agudos e com presença de nódulos subcutâneos palpáveis nas articulações.

Resposta comentada:

Resposta correta: Dor súbita e intensa em uma articulação com presença de eritema, edema, calor local e dor à palpação, frequentemente associada à ingestão de alimentos ricos em purinas.
Justificativa: O quadro clínico descrito na questão nos faz pensar no diagnóstico de artrite gotosa aguda: homem > 30 anos, com sinais flogísticos extremamente dolorosos, geralmente iniciados à noite, sendo o primeiro pododáctilo (podagra) a articulação mais acometida. O grande consumo de carne vermelha e frutos do mar pode ser fator de risco para mais crises.

Análise das alternativas incorretas:

Dor crônica e difusa nas articulações com rigidez matinal e crepitação à movimentação. Não há sinais inflamatórios locais evidentes, mas há limitação de movimento devido à dor – Incorreta.
Justificativa: Essa descrição sugere osteoartrite, caracterizada por dor crônica, rigidez matinal curta e crepitação, sem inflamação intensa ou crises agudas.

Dor localizada em múltiplas articulações com calor, eritema e edema, mas sem história de episódios agudos e com presença de nódulos subcutâneos palpáveis nas articulações – Incorreta.

Justificativa: Essa descrição é mais compatível com artrite reumatoide, que tem envolvimento poliarticular simétrico e presença de nódulos reumatóides, sem a associação típica da gota com alimentos ricos em purinas.

Dor articular migratória, com episódios prolongados de dor em diferentes articulações, acompanhada de febre, mal-estar e sinais sistêmicos evidentes, sem características de inflamação localizada – Incorreta.

Justificativa: Essa descrição é sugestiva de febre reumática, que se manifesta com artrite migratória, febre e sintomas sistêmicos, geralmente associada a infecção estreptocócica prévia, e não apresenta crises isoladas típicas da gota.

Referência:

PORTE, Celmo C. **Semiologia Médica**. 8^a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. E-book. p. 1. ISBN 9788527734998. Disponível em:
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527734998/>. Acesso em: 05 abr. 2025.

7^a QUESTÃO

Enunciado:

(UNIREDENTOR) Paciente masculino, 68 anos, destro, apresenta dor no ombro direito há 8 meses, de início insidioso e progressivo, com piora noturna e dificuldade para realizar movimentos acima da cabeça. Refere fraqueza no membro superior direito, sem alterações sensitivas. Ao exame físico, nota-se atrofia da fossa supraespinhal, redução da mobilidade ativa (abdução e rotação externa), com preservação dos movimentos passivos. Os testes de Neer e Hawkins são positivos. O teste de Jobe revela dor e fraqueza à abdução contra resistência, e o teste de Speed provoca dor no sulco bicipital.

Com base no caso, responda:

- Descreva os achados relacionados à mobilidade ativa e passiva do ombro e sua importância no diagnóstico.
- Explique o significado dos testes de Neer, Jobe e Speed neste contexto clínico.
- Justifique como os dados da entrevista e do exame físico sustentam o diagnóstico de lesão do manguito rotador.

Alternativas:

--

Resposta comentada:

a) O exame físico revelou redução da amplitude de movimento ativo, principalmente na abdução e rotação externa do ombro direito, enquanto a mobilidade passiva está preservada. Esse achado é altamente sugestivo de uma lesão do manguito rotador, pois indica que a fraqueza na elevação do braço não é causada por rigidez articular, mas sim por comprometimento muscular, mais especificamente do tendão do supraespinhal.

A preservação dos movimentos passivos descarta capsulite adesiva (ombro congelado), que cursaria com limitação global, tanto ativa quanto passiva. Além disso, a atrofia na fossa supraespinhal reforça o diagnóstico de uma lesão crônica do supraespinhal, possivelmente evoluindo para degeneração muscular.

b) Teste de Neer

Técnica: elevação passiva do ombro em flexão máxima, com o examinador estabilizando a escápula.

Positivo: o teste é considerado positivo quando há dor na região anterolateral do ombro, indicando impacto subacromial do supraespinhal e/ou da cabeça longa do bíceps contra o arco coracoacromial.

Teste de Hawkins-Kennedy

Técnica: ombro e cotovelo a 90° de flexão, seguido de rotação interna passiva.

Positivo: dor durante a rotação interna indica síndrome do impacto subacromial, frequentemente associada a lesões do manguito rotador.

Teste de Jobe (Empty Can)

Técnica: paciente em abdução de 90° com rotação interna (polegares apontando para baixo), realizando resistência contra abdução.

Positivo: dor e fraqueza nesse teste indicam lesão do supraespinhal, o principal músculo responsável pela abdução inicial do ombro.

Teste de Speed

Técnica: o paciente realiza flexão ativa do ombro contra resistência, com cotovelo estendido e antebraço supinado.

Positivo: dor no sulco bicipital sugere tendinite da cabeça longa do bíceps, que pode estar associada a lesão do manguito rotador.

c) Os achados do exame clínico confirmam uma lesão do manguito rotador, com grande envolvimento do supraespinhal. A redução da mobilidade ativa com preservação da passiva, a fraqueza no teste de Jobe e a dor nos testes de impacto são indicativos de ruptura tendínea parcial ou total.

A tendinite do bíceps associada (teste de Speed positivo) pode ocorrer devido à compensação biomecânica ou inflamação secundária à instabilidade do ombro.

A história de dor noturna e dificuldade em elevação do braço reforça o diagnóstico, pois a lesão do manguito rotador frequentemente se apresenta com piora da dor em atividades acima da cabeça e ao deitar-se sobre o lado afetado.

Referências:

McGEE, S. **Evidence-Based Physical Diagnosis**. 5^a ed. Elsevier, 2021.

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

PORTE, C.C. **Semiologia Médica**. 8^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. E-book.
ISBN 9788527734998.

8^a QUESTÃO

Enunciado:

(UNIGRANRIO CAXIAS) Mulher de 45 anos procura atendimento com queixa de dor e fraqueza progressiva nas pernas há dois meses, principalmente ao caminhar ou subir escadas. Relata estresse emocional recente e histórico de ansiedade e depressão. Ao exame, não há déficits neurológicos objetivos: reflexos preservados, fraqueza inconsistente, sem resistência no teste da cadeira e simulação de déficit no teste de elevação do joelho. O sinal de Hoover é negativo, e o teste de hemianalgesia apresenta respostas inconsistentes.

Com base no caso clínico, assinale a alternativa correta:

- A)** O quadro clínico da paciente sugere uma condição neurológica orgânica, com possível comprometimento motor em nível central.
- B)** Os achados nos testes sugerem um distúrbio funcional, mais comumente encontrado em pacientes com desordens neurológicas não orgânicas, como a conversão psicogênica.
- C)** O sinal de Hoover positivo indica uma disfunção neurológica orgânica, confirmando que a fraqueza nas pernas é de origem central.
- D)** A inconsistência nos resultados do teste de hemianalgesia sugere a presença de uma lesão neurológica no sistema nervoso periférico.

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

Os achados nos testes sugerem um distúrbio funcional, mais comumente encontrado em pacientes com desordens neurológicas não orgânicas, como a conversão psicogênica.

(alternativa B)

O quadro clínico da paciente sugere uma condição neurológica orgânica, com possível comprometimento motor em nível central.

(alternativa C)

O sinal de Hoover positivo indica uma disfunção neurológica orgânica, confirmando que a fraqueza nas pernas é de origem central.

(alternativa D)

A inconsistência nos resultados do teste de hemianalgésia sugere a presença de uma lesão neurológica no sistema nervoso periférico.

Resposta comentada:**JUSTIFICATIVAS:**

O quadro clínico da paciente sugere uma condição neurológica orgânica, com possível comprometimento motor em nível central.

Incorreta.

Lesões neurológicas de origem **orgânica central** (como AVC, esclerose múltipla, mielopatias) costumam se manifestar com **sinais objetivos consistentes**: fraqueza proporcional, alterações de tônus (hipertonia ou espasticidade), reflexos alterados (hiperreflexia, clônus) e padrão neuroanatômico definido.

Neste caso, a paciente apresenta **reflexos normais, força inconstante e sintomas que não seguem padrões anatômicos específicos**. Além disso, a piora com esforço físico e a ausência de sinais neurológicos objetivos indicam **origem funcional (não orgânica)**.

Os achados nos testes sugerem um distúrbio funcional, mais comumente encontrado em pacientes com desordens neurológicas não orgânicas, como a conversão psicogênica.

Correta.

O quadro é típico de um **transtorno funcional neurológico (TFN)**, também conhecido como **transtorno de conversão**, que apresenta sintomas motores ou sensitivos **sem base neurológica orgânica demonstrável**.

Os sinais positivos encontrados no exame físico são **clássicos para simulação inconsciente de fraqueza**:

- **Fraqueza inconsistente** em diferentes posições;
- **Teste da cadeira**: paciente não opõe resistência quando deveria;
- **Teste de hemianalgésia inconsistente**: sensação tático não se comporta conforme dermatomos reais;
- **Sinal de Hoover negativo**: ausência de contração involuntária do membro contralateral, o que reforça o diagnóstico funcional.

Esses sinais, associados a **fatores psicossociais (ansiedade, depressão, estresse)** e **ausência de achados neurológicos objetivos**, confirmam um **distúrbio não orgânico**.

O sinal de Hoover positivo indica uma disfunção neurológica orgânica, confirmando que a fraqueza nas pernas é de origem central.

Incorreta.

O sinal de Hoover é um teste semiológico usado para **diferenciar fraqueza orgânica de funcional.**

- **Positivo:** a perna contralateral empurra contra a cama quando o paciente tenta levantar a perna afetada → sugere que há **capacidade motora preservada** e que a fraqueza é **funcional**.
- No caso apresentado, o **sinal de Hoover é negativo**, ou seja, **não há movimentação involuntária da perna oposta**, o que **reforça ainda mais a suspeita de origem não orgânica**. Além disso, a interpretação da alternativa está equivocada: o sinal positivo sugere funcionalidade preservada, não lesão central.

A inconsistência nos resultados do teste de hemianalgésia sugere a presença de uma lesão neurológica no sistema nervoso periférico.

Incorreta.

Lesões no sistema nervoso periférico (como neuropatias) seguem **padrões anatômicos definidos** (como dermatomos, trajetos de nervos periféricos ou raízes nervosas).

O **teste de hemianalgésia inconsistente** indica que a **percepção sensitiva do paciente varia de forma incoerente**, sem relação com trajetos neurológicos anatômicos. Esse achado é **típico de distúrbios funcionais (não orgânicos)**, e **não sugere lesão periférica verdadeira**.

Além disso, em neuropatias, espera-se **déficits objetivos, simétricos ou assimétricos consistentes**, e muitas vezes alterações nos reflexos — **o que não ocorre neste caso**.

Referência bibliográfica:

- Stone J. et al. *Functional Neurological Disorder: Diagnosis and Management*. Cambridge University Press, 2020.
- Frontera, WR. *DeLisa's Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice*. 6th ed., Wolters Kluwer, 2020.
- Teixeira MJ, Andrade P. *Semiologia Neurológica*. 2^a ed., Atheneu, 2017.

9^a QUESTÃO

Enunciado:

(FMIT) Homem, 42 anos, HIV positivo, é encaminhado para avaliação do especialista devido a um quadro de dor intensa em região inguinal, irradiando para a coxa e piorando ao caminhar. Durante a entrevista, ele classifica a dor como progressiva nos últimos meses e refere dificuldade para realizar atividades diárias. O exame físico revela alteração da marcha, dor exacerbada à palpação dos processos espinhosos lombares e limitação da mobilidade do quadril.

Como avaliar e mensurar a dor desse paciente de forma adequada?

Alternativas:**(alternativa A)**

Priorizar o exame físico detalhado da marcha e palpação óssea, sem a aplicação de escalas de dor, pois a análise clínica é o fator mais determinante na avaliação da dor.

(alternativa B) (CORRETA)

Aplicar a escala analógica visual da dor, permitindo que o paciente indique a intensidade do sintoma, e complementar com escalas funcionais para avaliar o impacto da dor na mobilidade.

(alternativa C)

Realizar somente a escala analógica da dor, sem necessidade de escalas adicionais, pois a avaliação numérica é suficiente para mensurar a intensidade do sintoma e orientar o tratamento.

(alternativa D)

Utilizar escalas subjetivas alternativas, como a Escala de Faces de Wong-Baker, para avaliar a dor e evitar questionários mais longos que podem ser desgastantes para o paciente.

Resposta comentada:

Aplicar a escala analógica visual da dor, permitindo que o paciente indique a intensidade do sintoma, e complementar com escalas funcionais.

Comentário: Essa é a alternativa correta, pois associa a mensuração subjetiva da dor com escalas funcionais específicas para avaliar o impacto na locomoção, permitindo uma abordagem mais abrangente na avaliação do quadro clínico.

Realizar somente a escala analógica da dor, sem necessidade de escalas adicionais, pois a avaliação numérica é suficiente para mensurar a intensidade do sintoma e orientar o tratamento.

Comentário: Embora a escala analógica seja um instrumento válido, essa alternativa é limitada, pois não considera a avaliação funcional do paciente, que é essencial para orientar a conduta e monitorar a evolução da osteonecrose.

Priorizar o exame físico detalhado da marcha e palpação óssea, sem a aplicação de escalas de dor, pois a análise clínica é o fator mais determinante na avaliação da dor.

Comentário: O exame físico é fundamental, mas as escalas de dor complementam a avaliação, permitindo mensurar a percepção do paciente e o impacto na funcionalidade, auxiliando no acompanhamento da progressão da doença.

Utilizar escalas subjetivas alternativas, como a Escala de Faces de Wong-Baker, para avaliar a dor e evitar questionários mais longos que podem ser desgastantes para o paciente.

Comentário: A Escala de Faces é indicada para crianças e indivíduos com dificuldades de comunicação. Para adultos, especialmente em condições musculoesqueléticas como osteonecrose, é preferível utilizar escalas mais específicas que avaliem tanto a intensidade quanto a funcionalidade.

Referência:

PORTE, Celmo C. **Semiologia Médica**. 8^a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. E-book. p. 130. ISBN 9788527734998. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527734998/>. Acesso em: 22 fev. 2025.

Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Dor Crônica. 2020.

10^a QUESTÃO

Enunciado:

(AFYA PALMAS) Durante o treinamento em um centro cirúrgico hospitalar, um estudante de medicina deve realizar corretamente a paramentação cirúrgica. Ele já se encontra com uniforme privativo, touca e máscara cirúrgica. Após isso, deverá seguir os passos conforme o protocolo de biossegurança vigente.

Qual das alternativas descreve corretamente a conduta técnica esperada nesse contexto?

- A)** Realiza a escovação cirúrgica, seca as mãos com papel estéril, veste o avental com auxílio do circulante, calça as luvas por técnica fechada e remove as luvas antes do avental ao final do procedimento.
- B)** Veste o avental estéril antes da escovação, realiza a escovação das mãos já paramentado, calça as luvas com técnica aberta e retira o gorro e a máscara dentro da sala cirúrgica ao término do ato operatório.
- C)** Realiza a escovação cirúrgica, veste o avental com auxílio do circulante, calça as luvas tocando diretamente a parte externa e retira primeiro o avental e depois as luvas após o procedimento.
- D)** Realiza a escovação, seca as mãos com papel comum, veste o avental, calça as luvas e aguarda o circulante remover o avental fora da sala após a retirada das luvas.

Alternativas:**(alternativa A)**

Realiza a escovação cirúrgica, veste o avental com auxílio do circulante, calça as luvas tocando diretamente a parte externa e retira primeiro o avental e depois as luvas após o procedimento.

(alternativa B)

Veste o avental estéril antes da escovação, escova as mãos já paramentado, calça as luvas com técnica aberta e retira o gorro e a máscara dentro da sala cirúrgica ao término do ato operatório.

(alternativa C) (CORRETA)

Escova as mãos de forma cirúrgica, seca as mãos, veste o avental com auxílio do circulante, calça as luvas por técnica fechada e remove as luvas antes do avental ao final do procedimento.

(alternativa D)

Realiza a escovação, seca as mãos com papel comum, veste o avental, calça as luvas e aguarda o circulante remover o avental fora da sala após a retirada das luvas.

Resposta comentada:

ustificativas:

Correta. Escova as mãos de forma cirúrgica, seca as mãos, veste o avental com auxílio do circulante, calça as luvas por técnica fechada e remove as luvas antes do avental ao final do procedimento.

Esta sequência está de acordo com as normas de biossegurança cirúrgica:

- A escovação cirúrgica precede qualquer contato com materiais estéreis;
- A secagem das mãos deve ser feita com papel **estéril**, seguindo técnica asséptica;
- O avental é vestido com auxílio do circulante, mantendo a esterilidade da frente e mangas;
- As luvas estéreis são calçadas preferencialmente por **técnica fechada**, com as mãos ainda dentro das mangas;
- Após o procedimento, deve-se remover **primeiro as luvas** (por estarem mais contaminadas) e depois o **avental**, respeitando o fluxo de retirada segura.

Incorreta. Veste o avental estéril antes da escovação, escova as mãos já paramentado, calça as luvas com técnica aberta e retira o gorro e a máscara dentro da sala cirúrgica ao término do ato operatório.

A escovação cirúrgica deve ser realizada **antes** da paramentação com o avental. Calçar luvas com técnica aberta após já estar vestido também não é a prática padrão para procedimentos cirúrgicos. Gorro e máscara devem ser retirados **fora da sala cirúrgica**, e somente após o restante da paramentação ter sido removido.

Incorreta. Realiza a escovação cirúrgica, veste o avental com auxílio do circulante, calça as luvas tocando diretamente a parte externa e retira primeiro o avental e depois as luvas após o procedimento.

Após a escovação, as luvas não devem ser calçadas tocando diretamente a parte externa, pois isso compromete a **esterilidade do campo operatório**. Além disso, o protocolo de desparamentação indica que as **luvas são retiradas antes do avental**, pois acumulam mais contaminantes durante o ato cirúrgico.

Incorreta. Realiza a escovação, seca as mãos com papel comum, veste o avental, calça as luvas e aguarda o circulante remover o avental fora da sala após a retirada das luvas.

A secagem das mãos após escovação deve ser feita com **papel estéril**, e não com material comum. O avental é removido **ainda dentro da sala cirúrgica**, com auxílio do circulante, e **não deve permanecer vestido após retirada das luvas**, pois continua contaminado.

Referência bibliográfica:

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Protocolo para a prática da paramentação cirúrgica segura*. In: Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das mãos e práticas seguras na atenção à saúde. Brasília: ANVISA, 2013.
- FERREIRA, A. M. et al. *Controle de Infecção e Esterilização em Centro Cirúrgico*. 2^a ed. São Paulo: Martinari, 2017.