

	CURSO DE MEDICINA - AFYA		NOTA FINAL
	Aluno:		
	Componente Curricular: Habilidades e Atitudes Médicas V		
	Professor (es):		
	Período: 202401	Turma:	

N1_ESPECIFICA_MÓDULO NOVO HAM 5 INTEGRADO_19ABRIL2024_MATRIZ 2024

RELATÓRIO DE DEVOLUTIVA DE PROVA PROVA 11622 - CADERNO 003

1ª QUESTÃO

Enunciado:

Homem, 50 anos, etilista, obeso, diabético e hipertenso, é encaminhado pela Unidade Básica de Saúde ao ambulatório especializado devido episódios de dor intensa, edema, calor e rubor em primeira metatarsofalangeana. Os sintomas se iniciaram há cerca de cinco anos com crises espaçadas por longos períodos de acalmia. Porém, no último ano também houve acometimento dos tornozelos, joelhos e mãos, e o intervalo sem dor reduziu progressivamente. Ao exame físico, foram evidenciadas nodulações em pavilhão auricular direito e cotovelo esquerdo.

Com base no caso clínico acima, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

(alternativa B) (CORRETA)

Etilismo, obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial são fatores de risco apresentados pelo paciente para o desenvolvimento de gota.

Resposta comentada:**Resposta comentada:**

A artrite gotosa aguda caracteriza-se por ser de início súbito, comprometimento monoarticular e apresentar intensos sinais flogísticos (dor, edema, calor e rubor). Afeta primeiramente as articulações dos membros inferiores, preferencialmente a primeira metatarsofalangiana (podagra). Os episódios recorrentes têm maior duração e tornam-se mais frequentes a cada recidiva. Entre as crises, existem períodos de acalmia, cuja duração diminuem à medida que a doença evolui. Novas crises podem se suceder sob a forma de artrite mono ou oligoarticular, mais raramente poliarticular, e atingem os membros superiores.

A afirmativa "A presença de acometimento oligoarticular descarta a possibilidade de gota crônica que se restringe à inflamação da primeira metatarsofalangeana." está errada, pois com a evolução da doença surge o acometimento oligo e até poliarticular.

Alguns dos fatores de risco para gota são: história familiar, ingestão de bebidas alcoólicas, obesidade, hipertensão arterial, diabetes, entre outros. Letra B está correta.

Gota tofácea crônica: apesar de evoluir em surtos, a gota pode tornar-se crônica. Nessa fase, aparecem os tofos (depósitos de cristais de monourato de sódio) nas articulações, tecidos moles e periarticulares, no pavilhão auricular. A afirmativa "Os tofos gotosos em pavilhão auricular corroboram a hipótese de gota por serem achados clínicos obrigatórios para o seu diagnóstico" está errada pois os tofos surgem nos estágios crônicos e não obrigatoriamente devem estar presentes.

A afirmativa "O relato de inflamação das mãos afasta o diagnóstico de gota crônica e deverá ser feita a investigação para artrite reumatoide." está errada, pois com a progressão da doença novas crises podem se suceder sob a forma de artrite mono ou oligoarticular, mais raramente poliarticular, e atingem os membros superiores.

Referência:

PORTO, Celmo C.; PORTO, Arnaldo L. **Clínica Médica na Prática Diária**. São Paulo - SP: Grupo GEN, 2015. *E-book*. ISBN 978-85-277-2824-9. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2824-9/>. Acesso em: 20 fev. 2024.

2ª QUESTÃO**Enunciado:**

Mulher, 58 anos, é atendida em ambulatório especializado queixando-se de ombro doloroso à direita. Relata dificuldade para realizar atividades que envolvam levantar o braço acima da cabeça e dor noturna que perturba o sono. Não há histórico de trauma recente. Diante da suspeita de lesão do manguito rotador, são feitos alguns testes para confirmação diagnóstica, tais como os testes de Jobe e Neer que se encontram positivos.

- a) Descreva como são realizados os testes de Jobe e Neer.
- b) Qual músculo mais provavelmente comprometido na lesão do manguito rotador?

Alternativas:

--

Resposta comentada:

A) Teste de Jobe: testado pela elevação ativa do membro superior (no plano da escápula) em extensão e rotação interna, contra a resistência oposta produzida pelo examinador.

Teste de Neer: O membro superior (MS), em extensão e rotação neutra, é elevado passiva e rapidamente no plano da escápula, pelo examinador, que impede com uma das mãos a rotação da escápula. Nessa situação, o tubérculo maior do úmero projeta-se contra a face anteroinferior do acrômio e reproduz o impacto, com a dor característica produzida pela irritação da bolsa serosa e do tendão do supraespinhal.

B) A estrutura chamada de “manguito rotador” é o conjunto de quatro tendões inseridos na cabeça do úmero. Os tendões que formam essa estrutura são: supraespinhal, infraespinhal, redondo menor e subescapular. Lesões de manguito são a principal causa de dor no ombro, sendo o supraespinhal o tendão mais comumente afetado, em virtude de sua localização anatômica mais suscetível ao impacto subacromial e de sua hipovascularização relativa.

Referências:

HEBERT, Sizínio; FILHO, Tarcísio E. P B.; XAVIER, Renato; et al. **Ortopedia e Traumatologia**. Grupo A, 2017. *E-book*. ISBN 9788582713778. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713778/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

RAYMUNDO, José Luiz P.; MIRANDA, Isabel H. **Ortopedia para clínicos: exame e diagnóstico**. Editora Manole, 2021. *E-book*. ISBN 9788520462768. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520462768/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

3ª QUESTÃO**Enunciado:**

Paciente, 50 anos, sexo feminino, dá entrada na sala de cirurgia, com lesão de pele ulcerada em face há cerca de 3 meses. Informou que a mesma eventualmente sangra espontaneamente. O cirurgião indicou a retirada cirúrgica da lesão bem como análise histopatológica posterior.

Considerando que o paciente encontra-se posicionado na sala de cirurgia e que o material cirúrgico selecionado está à disposição, sintetize de forma sequencial as principais etapas do procedimento cirúrgico de pequeno porte.

Alternativas:

--

Resposta comentada:

1. Assepsia e antissepsia.
2. Aposição de campos cirúrgicos.
3. Colocação de campos estéreis.
4. Incisão e dissecação de lesão de pele.
5. Hemostasia.
6. Exérese de lesão.
7. Sutura de pele

Referência:

FAGUNDES, Djalma J.; TAHA, Murched O. Técnica cirúrgica: princípios e atualizações: Editora Manole, 2023. E-book. ISBN 9788520464007. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520464007/>. Acesso em: 26 mar. 2024.

4ª QUESTÃO**Enunciado:**

Na sala de cirurgia é iniciado o preparo para a realização de um procedimento cirúrgico em um paciente. O anestesista iniciou a sedação e os procedimentos anestésicos, enquanto a equipe cirúrgica iniciou a paramentação cirúrgica.

Em relação ao uso de luvas estéreis na paramentação cirúrgica, são feitas as afirmações abaixo.

I - O pacote de luvas deve ser aberto antes do término da paramentação cirúrgica e devemos apenas tocar o interior do pacote.

II - A sequência para colocação das luvas é importante, devendo colocar a luva primeiro em sua mão não dominante.

III - Após as duas luvas estarem semicolocadas, deve-se puxar a luva sobre a mão, tocando apenas o punho dobrado.

IV - Depois de ter as duas luvas colocadas nas mãos, é permitido tocar com as mãos apenas em EPIs como máscara e óculos.

Estão corretos o que se afirmam em:

Alternativas:

(alternativa C) (CORRETA)

I e III.

Resposta comentada:

A assertiva I está correta, pois o pacote de luvas deve ser aberto antes do término da paramentação cirúrgica e apenas tocar o interior do pacote. Já a assertiva II está incorreta, pois a luva deve ser colocada primeiro na mão dominante. A assertiva III está correta, pois após as duas luvas estarem semicolocadas, deve-se puxar a luva sobre a mão, tocando apenas o punho dobrado. A assertiva IV está incorreta, pois não se pode tocar com na máscara ou nos óculos após as luvas estarem colocadas. É importante que o profissional de saúde siga, corretamente, as orientações para evitar contaminações e garantir a esterilidade do campo cirúrgico.

Referência:

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

5ª QUESTÃO**Enunciado:**

Homem, 60 anos, com histórico de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, procura atendimento na Unidade de Pronto Atendimento com quadro de disartria e hemiparesia esquerda, com início dos sintomas há 90 minutos.

Ao exame físico está consciente e orientado, apresenta disartria, força grau 3 em membros superior e inferior esquerdos, pressão arterial de 160x90 mmHg e demais sinais vitais estáveis.

Sobre o caso clínico acima são feitas duas afirmativas ligadas pela palavra PORQUE.

I- Diante do quadro clínico de déficit neurológico súbito e suspeita de acidente vascular cerebral (AVC), o paciente acima deverá realizar com urgência neuroimagem para distinguir entre os subtipos de AVC isquêmico e hemorrágico.

PORQUE

II- Tanto o acidente vascular cerebral hemorrágico quanto o isquêmico podem causar déficits súbitos da função neurológica, como hemiparesia, afasia, alterações sensoriais, oftalmoplegia, defeitos no campo visual e ataxia.

Pode-se afirmar que:

Alternativas:**(alternativa C) (CORRETA)**

as asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

Resposta comentada:

Uma TC ou RM devem ser feitas de rotina para distinguir entre infarto e hemorragia como causa do AVC, para excluir outras lesões (p. ex., tumor, abscesso) que possam imitar um AVC, e para localizar a lesão. Uma TC sem contraste costuma ser preferida para o diagnóstico inicial, pois é amplamente disponível e rápida, além de ser capaz de distinguir rapidamente entre isquemia e hemorragia. No entanto, sua sensibilidade nas primeiras seis horas é limitada. A RM pode ser superior à TC para demonstrar infartos isquêmicos precoces, mostrando acidentes vasculares isquêmicos no tronco cerebral ou no cerebelo, e detectando oclusões trombóticas dos seios venosos.

Referência:

GREENBERG, David A.; AMINOFF, Michael J.; SIMON, Roger P. **Neurologia clínica**. Porto Alegre- RS: Grupo A, 2014. *E-book*. ISBN 9788580553550. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580553550/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

6ª QUESTÃO**Enunciado:**

Em um procedimento cirúrgico, o preceptor solicita que o acadêmico seja seu instrumentador, desempenhando todas as funções pertinentes durante o ato operatório. No início do ato, o preceptor solicita um instrumento de diérese ao estudante, logo em seguida é solicitado um instrumento de preensão. Após isso, o preceptor percebe um sangramento ativo e solicita um instrumento de hemostasia. Resolvido o sangramento é solicitado ao estudante um instrumento de exérese ou de preensão de vísceras. Por fim, o preceptor solicita um instrumento de síntese.

Considerando que o acadêmico entregou ao preceptor todos os instrumentos corretamente, os instrumentos solicitados pelo preceptor foram, respectivamente:

Alternativas:**(alternativa B) (CORRETA)**

Tesoura de mayo, pinça de addison, pinça halsted, pinça allis, porta agulha mathieu.

Resposta comentada:

O material durante o ato operatório deve ser entregue obedecendo a sequência de eventos que acontecem no procedimento. Dessa forma, inicia-se com a diérese (bisturi, tesouras), em seguida utiliza-se as pinças para preensão da pele (anatômica, dente de rato, Addisson). Após incisão é esperada hemostasia, que pode ser conduzida com Kelly, Crile, Halsted, Rochester, etc. Durante o tempo cirúrgico principal, são utilizados os materiais especiais: Allis, Mixter, Foester, Kocher, etc. Para síntese utilizamos os porta-agulhas (Mathieu, Mayo-Hegar, Castravejo).

Referência:

FAGUNDES, Djalma J.; TAHA, Murched O. Técnica cirúrgica: princípios e atualizações: Editora Manole, 2023. E-book. ISBN 9788520464007. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520464007/>. Acesso em: 26 mar. 2024.

7ª QUESTÃO**Enunciado:**

Homem, 35 anos, HIV positivo, é encaminhado por uma Unidade Básica de Saúde para avaliação em um serviço especializado devido queixa de lombalgia que se irradia para a perna direita. Ele relata dor constante na região lombar há cerca de dois meses, com piora ao levantar-se da cama ou após permanecer sentado por longos períodos. Ele também menciona sensação de formigamento e fraqueza na perna direita, principalmente ao caminhar ou subir escadas.

Com base no caso clínico apresentado, qual manobra ortopédica seria mais indicada para avaliar possível compressão do nervo ciático nesse paciente?

Alternativas:

(alternativa C) (CORRETA)

Teste de Lasegue.

Resposta comentada:

Correta. Manobra de Lasègue: com o paciente em decúbito dorsal, deve-se colocar a mão posteriormente ao tornozelo, realizando elevação do membro até 60 graus (acima disso, a manobra perde especificidade). É importante iniciar sempre pelo lado sem dor. Positividade: O paciente manifesta dor na face posterior do membro, em dermatômos do nervo ciático. Condizente com: Patologias compressivas de raiz nervosa, como hérnias ou espondilolistese.

Incorreta. Manobra de Schöber: com o paciente em ortostatismo, traça-se uma linha horizontal entre as espinhas ilíacas para servir como parâmetro e encontra-se o centro (palpando o processo espinhoso). Então, traça-se uma linha perpendicular à primeira e mede-se 10 cm, demarcando-a. Depois, solicita-se que o paciente realize flexão do tronco. A medida na pele deve aumentar cerca de 5 cm. Positividade: Mobilidade menor que 5 cm, causada por dor ou restrição do movimento. Condizente com: Anquilose do segmento lombar, em patologias como a espondilite anquilosante.

Incorreta. Teste de Patrick-Fabere: em decúbito dorsal, solicita-se que o paciente realize a posição em formato de número quatro, colocando o tornozelo direito no joelho esquerdo ou vice-versa; deve-se empurrar o joelho para baixo, estabilizando a crista ilíaca do lado contrário, buscando desconforto ou dor nas articulações sacroilíaca e coxofemoral. Positividade: Dor ou desconforto nas articulações sacroilíaca ou coxofemoral. Condizente com: Osteoartrite de articulações sacroilíaca ou coxofemoral.

Incorreta. Teste de Adams: solicita-se que o paciente faça flexão passiva do tronco com os pés juntos, tentando levar as mãos ao solo. O examinador, então, deve observar o paciente anterior e posteriormente. É o principal teste para o diagnóstico de escoliose. Positividade: Se uma assimetria na caixa torácica for percebida, sendo um lado mais proeminente que o outro, ou seja, uma gibosidade visível. Condizente com: Escoliose, pois o desvio rotacional das vértebras faz com que as costelas fiquem mais posteriores de um lado que do outro.

Referência:

BRAYMUNDO, José Luiz P.; MIRANDA, Isabel H. **Ortopedia para clínicos: exame e diagnóstico.**: Editora Manole, 2021. *E-book*. ISBN 9788520462768. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520462768/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

8ª QUESTÃO

Enunciado:

Homem, 32 anos, encaminhado pela Unidade Básica de Saúde ao serviço especializado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por apresentar sintomas psicóticos. Leia o trecho a seguir referente à anamnese desse paciente.

“Paciente: Doutor, há alguns dias colocaram um chip chinês dentro da minha cabeça e desde então tenho me sentido vigiado e perseguido por essa máfia. Além disso, tenho ouvido vozes que me pedem para fazer coisas ruins”.

Pode-se afirmar que há alteração das seguintes funções psíquicas do paciente:

Alternativas:

(alternativa A) (CORRETA)

juízo e crítica e
sensopercepção.

Resposta comentada:

Alternativa correta: juízo e crítica e sensopercepção. As funções psíquicas alteradas são de sensopercepção e juízo e crítica.

Sensopercepção: as alucinações fazem parte das alterações da sensopercepção e são definidas como a presença de uma percepção sensorial na ausência de um estímulo real. Podem ser visuais, auditivas, olfativas, gustativas e das sensações corporais, e estas últimas são subdivididas em cinestésicas (músculos e articulações), viscerais (órgãos internos) ou superficiais (hápticas).

Juízo e crítica: capacidade de dar valor a fatos e ideias, e apresenta-se alterado no paciente que tem delírios. Estes são certezas subjetivas de algo, não encadeadas no fluxo normal de pensamentos, não compartilhadas (não fazem parte de um conjunto de crenças culturalmente aceitas), irrefutáveis e de conteúdo improvável.

Referência:

MANSUR, Carlos G. **Psiquiatria para o Médico Generalista**. Porto Alegre-RS: Grupo A, 2013. *E-book*. ISBN 9788536327921. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536327921/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

9ª QUESTÃO

Enunciado:

Homem, 34 anos, encontra-se na sala de cirurgia para ser submetido à abordagem cirúrgica de hérnia inguinal à direita. São iniciados os processos para o procedimento cirúrgico, incluindo o correto posicionamento do paciente, o preparo da pele e a colocação dos campos cirúrgicos.

Com relação ao caso clínico acima, são feitas as seguintes afirmativas.

I - O paciente em princípio fica “em posição anatômica”, com o corpo alinhado na horizontal, pés levemente afastados e descruzados. Os membros superiores são abduzidos e fixados por tiras aos suportes laterais (braçadeiras) da mesa, ficando em forma de cruz.

II – A tricotomia da região inguinal não é necessária, entretanto caso o paciente permita a tricotomia pode ser realizada na sala de cirurgia, utilizando-se aparelhos com lâmina de barbear ou do bisturi.

III - A antisepsia da pele do paciente a ser operada deve ser feita com clorexidine degermante e alcoólica com auxílio de pinça de Cheron e gazes, sempre com orientação centrífuga ou do centro para periferia.

IV – Os campos cirúrgicos devem ser colocados a seguir, na seguinte ordem: lateral direito, lateral esquerdo, superior e inferior e devem ser fixados com pinças de Backhaus.

Estão corretos o que se afirmam em:

Alternativas:

(alternativa B) (CORRETA)

I e III

Resposta comentada:

I - O paciente em princípio fica “em posição anatômica”, com o corpo alinhado na horizontal, pés levemente afastados e descruzados. Os membros superiores são abduzidos e fixados por tiras aos suportes laterais (braçadeiras) da mesa, ficando em forma de cruz. CORRETA.

II - A tricotomia da região inguinal não é necessária, entretanto caso o paciente permita a tricotomia pode ser realizada na sala de cirurgia, utilizando-se aparelhos com lâmina de barbear ou do bisturi. INCORRETA (A TRICOTOMIA É NECESSÁRIA E DEVE SER FEITA COM APARELHO ELÉTRICO TRICOMITIZADOR).

III - A antisepsia da pele do paciente a ser operada deve ser feita com clorexidine degermante e alcoólica com auxílio de pinça de Cheron e gases, sempre com orientação centrífuga ou do centro para periferia. CORRETA.

IV – Os campos cirúrgicos devem ser colocados a seguir, na seguinte ordem: lateral direito, lateral esquerdo, superior e inferior e devem ser fixados com pinças de Backhaus. INCORRETA POIS A SEQUENCIA É INFERIOR, SUPERIOR, LATERAL DIREITA E LATERAL ESQUERDA.

Referência:

Técnica cirúrgica: princípios e atualizações / Djalma José Fagundes, Murched Omar Taha - 1. ed. - Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2023.

10ª QUESTÃO**Enunciado:**

Um homem de 70 kg, 45 anos, sem comorbidades conhecidas, apresenta-se à sala de emergência após um corte accidental na mão esquerda enquanto cozinhava. O corte é profundo, medindo aproximadamente 4 cm de comprimento na palma da mão, e é decidido que a sutura é necessária. O médico opta por usar lidocaína 2% sem epinefrina para anestesia local.

Considerando as diretrizes de segurança para anestésicos locais, qual das doses abaixo de lidocaína 2% sem epinefrina poderia ser utilizada neste paciente e que estaria a mais próxima da dose máxima recomendada?

Alternativas:

(alternativa C)
(CORRETA) 14 ml.

Resposta comentada:**Resposta Correta: 14ml**

Explicação: A dose máxima recomendada de lidocaína sem epinefrina para um adulto saudável é de aproximadamente 4,5 mg/kg, sem ultrapassar o total de 300 mg. Para um homem de 70 kg, o cálculo é: $4,5 \text{ mg/kg} \times 70 \text{ kg} = 315 \text{ mg}$. Contudo, é prudente limitar a dose a um máximo seguro abaixo do limite teórico, considerando a margem de segurança. Portanto, 280mg (ou 14 ml de uma solução a 20 mg/mL) é uma escolha segura e eficaz para anestesia local em sutura, evitando o risco de toxicidade sistêmica.

Por que as outras estão incorretas: As doses 25 ml e 30 ml excedem as recomendações de segurança para lidocaína sem epinefrina, aumentando o risco de toxicidade sistêmica, incluindo sintomas como tontura, taquicardia, e até convulsões. A dose de 7ml está abaixo da dose máxima recomendada.

Referência:

FAGUNDES, Djalma J.; TAHA, Murched O. Técnica cirúrgica: princípios e atualizações: Editora Manole, 2023. E-book. ISBN 9788520464007. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520464007/>. Acesso em: 26 mar. 2024.