

	AFYA CURSO DE MEDICINA - AFYA			NOTA FINAL
	Aluno:			
	Componente Curricular: Habilidades e Atitudes Médicas V			
	Professor (es):			
	Período: 202402	Turma:	Data:	

N1 ESPECÍFICA_5 PERÍODO_30 SETEMBRO_2024.2_PROVA_HAM

RELATÓRIO DE DEVOLUTIVA DE PROVA PROVA 13663 - CADERNO 001

Acervo do
Rique

1ª QUESTÃO

Quer treinar essa prova?

Acesse:

Enunciado:

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

(BANCO AFYA) Durante a preparação para uma cirurgia, a técnica adequada de escovação cirúrgica e paramentação é crucial para prevenir infecções. Com base nas diretrizes estabelecidas, selecione a alternativa que está correta em relação à técnica de escovação cirúrgica.

Alternativas:

(alternativa A)

A escovação é desnecessária se o profissional utilizar luvas estéreis duplas.

(alternativa B) (CORRETA)

A escovação deve começar nas mãos e prosseguir até os antebraços, utilizando movimentos retilíneos.

(alternativa C)

A escovação deve iniciar pelo antebraço e terminar nas mãos, utilizando movimentos circulares.

(alternativa D)

A escovação deve ser feita apenas com água e sabão, sem necessidade de antissépticos.

Resposta comentada:**A escovação deve iniciar pelo antebraço e terminar nas mãos, utilizando movimentos circulares (Incorreta)**

A escovação cirúrgica deve sempre iniciar pelas mãos e prosseguir em direção ao antebraço, utilizando movimentos retilíneos para garantir que as áreas mais contaminadas sejam limpas primeiro, evitando a recontaminação das mãos. Além disso, movimentos circulares não são recomendados, pois podem aumentar o risco de contaminação. Fontes: Bates (2018); Celeno (2019).

A escovação deve começar nas mãos e prosseguir até os antebraços, utilizando movimentos retilíneos (Correta)

Esta técnica é a recomendada para garantir a assepsia adequada. A escovação inicia nas mãos, que são as áreas mais expostas à contaminação, e segue em direção aos antebraços. Os movimentos retilíneos ajudam a prevenir a recontaminação de áreas já limpas. Fontes: Bates (2018); Celeno (2019).

A escovação é desnecessária se o profissional utilizar luvas estéreis duplas (Incorreta)

Mesmo com o uso de luvas estéreis, a escovação cirúrgica é essencial para reduzir a carga microbiana nas mãos e antebraços, minimizando o risco de infecção caso haja uma ruptura ou falha nas luvas. Fontes: Pazin Filho et al. (2013); Kirk (2011).

A escovação deve ser feita apenas com água e sabão, sem necessidade de antissépticos (Incorreta)

O uso de antissépticos é fundamental na escovação cirúrgica para eliminar eficazmente os micro-organismos que podem não ser removidos apenas com água e sabão. A fricção alcoólica ou soluções antissépticas à base de clorexidina são comumente recomendadas. Fontes: Ministério da Saúde (1998); Possari (2011).

Referências Bibliográficas:

Bates, B.L., & Szilagyi, P.G. (2018). *Propedêutica Médica*. 12ª ed. Grupo GEN.

Celeno, P.C. (2019). *Semiologia Médica*. 8ª ed. Grupo GEN.

Pazin Filho, A., et al. (2013). *Princípios de prescrição médica hospitalar para estudantes de medicina*. Medicina (Ribeirão Preto. Online), 46(1): 183-94.

Kirk, R.M. (2011). *Bases técnicas da cirurgia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

Ministério da Saúde/SNVS. (1998). Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.

Possari, J. F. (2011). *Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão*. 5ª ed. São Paulo: Iátria.

Feedback:

--

2ª QUESTÃO

Enunciado:

(BANCO AFYA)

Um paciente de 35 anos chega ao consultório para remoção de um lipoma pequeno na região do braço em um procedimento ambulatorial. Durante a cirurgia, diversos instrumentos cirúrgicos são utilizados para diferentes etapas do procedimento, como incisão, dissecação, hemostasia e fechamento da pele. O cirurgião pergunta solicita à equipe a seleção adequada dos instrumentos.

Considerando as diferentes funções dos instrumentais, qual das combinações de instrumentais cirúrgicos a seguir é a mais adequada para a cirurgia proposta?

Alternativas:**(alternativa A)**

Pinça de Halsted, Bisturi, Pinça de Kocher, Tesoura de Potts-Smith.

(alternativa B) (CORRETA)

Bisturi, Pinça de Allis, Porta-agulha, Tesoura de Mayo.

(alternativa C)

Pinça de Backhaus, Pinça de Cheron, Serra de Gigli, Tesoura de Metzenbaum.

(alternativa D)

Pinça de Babcock, Bisturi, Porta-agulha, Aspirador de Frazier.

Resposta comentada:

Pinça de Allis, Bisturi, Porta-agulha, Tesoura de Mayo: Essa é a combinação correta. A pinça de Allis é utilizada para segurar tecidos durante a cirurgia. O bisturi é essencial para realizar incisões precisas. O porta-agulha é utilizado para sutura, e a tesoura de Mayo é adequada para cortar tecidos mais resistentes. Esses instrumentos são comumente usados em cirurgias de pequeno porte e garantem que o procedimento seja realizado de forma eficaz.

Pinça de Backhaus, Pinça de Cheron, Serra de Gigli, Tesoura de Metzenbaum: Embora a pinça de Backhaus seja útil para fixar campos cirúrgicos, a pinça de Cheron é mais utilizada para desinfecção e manipulação de materiais em áreas não estéreis. A serra de Gigli é utilizada em procedimentos ósseos e não seria necessária em uma cirurgia de pequeno porte. A tesoura de Metzenbaum é adequada para dissecação, mas a combinação dos outros instrumentos não é apropriada para o contexto.

Pinça de Halsted, Bisturi, Pinça de Kocher, Tesoura de Potts-Smith: A pinça de Halsted é usada para hemostasia em vasos sanguíneos pequenos, e a pinça de Kocher é utilizada para segurar tecidos com firmeza. A tesoura de Potts-Smith é especializada em cortes delicados, principalmente em estruturas vasculares. Embora esses instrumentos sejam úteis, a combinação não é a mais adequada para uma cirurgia de pequeno porte devido ao foco em procedimentos mais específicos.

Pinça de Babcock, Bisturi, Porta-agulha, Aspirador de Frazier: A pinça de Babcock é utilizada para manipulação de tecidos mais delicados e o aspirador de Frazier é utilizado para aspiração de líquidos, especialmente em neurocirurgia. Embora o bisturi e o porta-agulha sejam adequados, a combinação não é ideal para uma cirurgia de pequeno porte, já que o aspirador de Frazier e a pinça de Babcock não são essenciais nesse tipo de procedimento.

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.

Feedback:

--

3ª QUESTÃO

Enunciado:

(AFYA PALMAS) Paciente idoso, 68 anos de idade, comparece ao ambulatório especializado referindo dor em ombro direito iniciada há vários meses. Refere que a dor é mais intensa durante a noite e interfere significativamente com suas atividades cotidianas, tais como levantar o braço para pentear os cabelos e alcançar objetos acima da cabeça. O paciente não se lembra de nenhum evento específico que possa ter desencadeado a dor, mas afirma que ela começou gradualmente e tem piorado ao longo do tempo. No exame físico, observa-se que o paciente tem dificuldade em realizar movimentos ativos e passivos do ombro direito. Ele demonstra dor e fraqueza ao tentar abduzir o braço contra resistência. Realizados os testes de Neer e Jobe que demonstraram alterações em seus resultados.

Com base no caso clínico acima descrito, responda:

- A) Qual o diagnóstico deste paciente?
- B) Explique os sinais e sintomas que permitiram o diagnóstico.
- C) Descreva as manobras de Neer e Jobe realizadas durante o exame físico.

Alternativas:

--

Resposta comentada:

A) Síndrome do manguito rotador.

B) A presença de dor e fraqueza durante a realização dos movimentos ativos e passivos do ombro direito, especialmente durante a realização da abdução, sugerem comprometimento da função dos músculos do manguito rotador.

C) Teste do impacto de Neer: o membro superior, 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.

Teste de Jobe: durante o teste de Jobe, o paciente é solicitado a manter o braço elevado em rotação interna, com o polegar voltado para baixo, enquanto o examinador aplica resistência. A presença de dor e fraqueza durante esse teste indica uma possível lesão do manguito rotador, especialmente do músculo supraespinhoso.

Referências:

SKINNER, Harry B.; MCMAHON, Patrick J. **Ortopedia ATUAL**. Grupo A, 2015. *E-book*. ISBN 9788580554366.

HEBERT, Sizínio; FILHO, Tarcísio E. PB.; XAVIER, Renato; et al. *Ortopedia e Traumatologia*: Grupo A, 2017.

Feedback:

--

4ª QUESTÃO

Enunciado:

(AFYA PALMAS) Homem, 45 anos, com queixa de dor intensa e edema na primeira metatarsofalangeana do pé direito, com episódios recorrentes semelhantes nos últimos 6 meses. Ao exame físico, nota-se eritema e aumento da temperatura local, dor à manipulação e movimentação passiva do hálux. Ausência de pontos de inoculação e escoriação. Nega trauma da região.



<https://healthjade.net/gouty-tophi/>

De acordo com o caso acima, assinale a assertiva com a principal hipótese diagnóstica e o exame complementar que permita a sua confirmação.

Alternativas:**(alternativa A)**

Artrite séptica. O diagnóstico definitivo é realizado através da ultrassonografia da articulação acometida.

(alternativa B)

Artrite gotosa. O diagnóstico definitivo é clínico e definido como a ocorrência de, no mínimo, 3 episódios de edema, dor ou sensibilidade em uma articulação periférica.

(alternativa C) (CORRETA)

Artrite gotosa. O diagnóstico pode ser realizado pela demonstração de cristais de urato em líquido articular ou material aspirado de tofos.

(alternativa D)

Artrite séptica. O diagnóstico pode ser realizado através da avaliação de exames como hemograma e PCR.

Resposta comentada:

Artrite gotosa. O diagnóstico pode ser realizado pela demonstração de cristais de urato em líquido articular ou material aspirado de tofos. CORRETA. A gota possui como diagnóstico o exame clínico. Porém a sua confirmação é caracterizada pela deposição de urato monossódico monoidratado no líquido sinovial e outros tecidos, sendo a forma mais comum de artrite inflamatória.

Artrite séptica. O diagnóstico pode ser realizado através da avaliação de exames como hemograma e PCR. INCORRETA. O diagnóstico de artrite séptica também é realizado através da análise do líquido sinovial. Além disso, a presença de outros episódios prévios semelhantes torna esse diagnóstico menos provável.

Artrite gotosa. O diagnóstico definitivo é clínico e definido como a ocorrência de, no mínimo, 3 episódios de edema, dor ou sensibilidade em uma articulação periférica. INCORRETA. O diagnóstico definitivo é realizado pela análise do líquido sinovial.

Artrite séptica. O diagnóstico definitivo é realizado através da ultrassonografia da articulação acometida. INCORRETA. A ultrassonografia da articulação não permite a confirmação diagnóstica da artrite gotosa.

Referências:

PORTO, Celmo C. Semiologia Médica, 8ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2019. E-book. ISBN 9788527734998. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734998/>. Acesso em: 30 ago. 2024.

Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, Fransen J, Schumacher HR, Berendsen D, Brown M, Choi H, Edwards NL, Janssens HJ, Lioté F, Naden RP, Nuki G, Ogdie A, Perez-Ruiz F, Saag K, Singh JA, Sundry JS, Tausche AK, Vazquez-Mellado J, Yarows SA, Taylor WJ. 2015 Gout Classification Criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheumatol*. 2015 Oct;67(10):2557-68. doi: 10.1002/art.39254. Erratum in: *Arthritis Rheumatol*. 2016 Feb;68(2):515. doi: 10.1002/art.39536. Vaquez-Mellado, Janitzia [corrected to Vazquez-Mellado, Janitzia]. PMID: 26352873; PMCID: PMC4566153.

MCGEE, S. R. Evidence-based physical diagnosis. 4th edition ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2018.

Feedback:

--

5ª QUESTÃO

Enunciado:

(FMIT) Paciente, sexo masculino, 64 anos, hipertenso e diabético, é admitido na Unidade de Pronto Atendimento após apresentar início súbito de hemiparesia à direita e afasia, há cerca de 2 horas. No exame físico, observa-se paralisia facial central à direita e força muscular grau 2/5 em membros superior e inferior direitos. A tomografia computadorizada de crânio realizada na admissão mostra uma área de hipodensidade na região insular e opercular à esquerda.

A partir da situação descrita, avalie as proposições a seguir e a relação entre elas:

I - O diagnóstico mais provável para este paciente é Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico.

PORQUE

II - A hipodensidade na região insular e opercular à esquerda na tomografia computadorizada de crânio sugere a ocorrência de um AVC isquêmico no território da artéria cerebral média.

A respeito dessas afirmações, assinale a opção correta.

Alternativas:**(alternativa A)**

Apenas a primeira afirmação é correta.

(alternativa B)

As duas afirmações são corretas, mas a segunda não justifica a primeira.

(alternativa C) (CORRETA)

As duas afirmações são corretas, e a segunda justifica a primeira.

(alternativa D)

Apenas a segunda afirmação é correta.

Resposta comentada:

A alternativa correta é a **"As duas afirmações são corretas, e a segunda justifica a primeira."**, onde ambas as afirmações são verdadeiras, e a segunda justifica a primeira.

Justificativa:

Asserção: A apresentação clínica do paciente, que inclui hemiparesia e afasia súbitas, em conjunto com um histórico de hipertensão e diabetes, é altamente sugestiva de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico. O AVC isquêmico ocorre devido à oclusão de um vaso sanguíneo no cérebro, levando à isquemia e morte dos tecidos neurais na área afetada. Nesse caso, os sintomas neurológicos focais indicam uma lesão cerebral que compromete o hemisfério esquerdo, o que é comum em eventos isquêmicos que afetam o território da artéria cerebral média.

Razão: A hipodensidade observada na tomografia computadorizada de crânio em regiões como a insula e a opercular esquerda é característica de uma área cerebral que sofreu isquemia. A artéria cerebral média é uma das principais artérias que irrigam o cérebro e é frequentemente envolvida em AVCs isquêmicos. A hipodensidade na tomografia indica a presença de tecido cerebral necrosado ou edema cerebral secundário à isquemia, o que corrobora o diagnóstico de AVC isquêmico. Portanto, a razão apresentada justifica plenamente a asserção, confirmando a natureza isquêmica do evento cerebrovascular.

Demais alternativas: Essas alternativas são incorretas, porque ou sugerem que a segunda afirmação não justifica a primeira, ou afirmam que apenas uma das afirmações é verdadeira. No contexto clínico fornecido, ambas as afirmações são corretas e estão interligadas de maneira lógica.

Referência:

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria I.; GIUGLIANI, Elsa R J.; et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Grupo A, 2022. E-book. ISBN 9786558820437. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558820437/>. Acesso em: 14 ago. 2024.

Feedback:

A resposta correta apresentada reflete uma compreensão sólida dos sinais clínicos e dos achados de imagem associados ao AVC isquêmico, particularmente no que se refere ao território da artéria cerebral média. A capacidade de correlacionar o quadro clínico com os achados tomográficos demonstra um raciocínio clínico bem desenvolvido, essencial para diagnósticos precisos e intervenções adequadas. A aplicação correta desses conceitos é um indicativo de um bom domínio do conteúdo, fundamental para a prática médica em situações de emergência.

6ª QUESTÃO**Enunciado:**

(BANCO AFYA) O preparo adequado do paciente e da equipe para procedimentos cirúrgicos é fundamental para reduzir riscos e garantir a segurança. Qual é a sequência correta para o preparo do paciente e da equipe em uma cirurgia de pequeno porte realizada em ambiente ambulatorial?

Alternativas:

(alternativa A)

Colocar os campos cirúrgicos, preparar a pele do paciente e posicioná-lo na mesa.

(alternativa B)

Preparar a pele do paciente, colocar os campos cirúrgicos e, em seguida, posicioná-lo na mesa.

(alternativa C)

Preparar a pele do paciente, posicioná-lo na mesa e, por fim, colocar os campos cirúrgicos.

(alternativa D) (CORRETA)

Posicionar o paciente na mesa, preparar a pele do paciente e, em seguida, colocar os campos cirúrgicos.

Resposta comentada:**Colocar os campos cirúrgicos, preparar a pele do paciente e posicioná-lo na mesa (Incorreta)**

Esta alternativa está incorreta porque os campos cirúrgicos são colocados após a pele do paciente ter sido preparada e nunca antes. Colocar os campos antes pode comprometer a esterilização, aumentando o risco de infecção. Além disso, o paciente deve ser posicionado na mesa antes de qualquer preparação da pele para evitar contaminação durante o reposicionamento. Fontes: McGEE (2020); CELENO (2019).

Posicionar o paciente na mesa, preparar a pele do paciente e, em seguida, colocar os campos cirúrgicos (Correta)

Esta é a sequência correta, pois primeiro o paciente deve ser posicionado de forma a facilitar o acesso ao campo cirúrgico. Depois, a pele do paciente deve ser adequadamente preparada utilizando antissépticos, e, por fim, os campos cirúrgicos são colocados para proteger a área esterilizada, mantendo o ambiente estéril durante o procedimento. Fontes: S. e G. (2018); MARQUES (2005); KIRK (2011).

Preparar a pele do paciente, posicioná-lo na mesa e, por fim, colocar os campos cirúrgicos (Incorreta)

Preparar a pele antes de posicionar o paciente é incorreto porque movimentar o paciente após a preparação pode contaminar a área esterilizada, comprometendo a segurança do procedimento. A colocação dos campos cirúrgicos deve sempre ocorrer após a pele estar preparada e o paciente devidamente posicionado. Fontes: POSSARI (2011); GUSTAVO (2013).

Preparar a pele do paciente, colocar os campos cirúrgicos e, em seguida, posicioná-lo na mesa (Incorreta)

Esta alternativa está incorreta, pois colocar os campos cirúrgicos antes de posicionar o paciente pode levar à contaminação do ambiente estéril. O paciente deve ser posicionado antes de qualquer preparação da pele, garantindo que não haja necessidade de movimentação após a esterilização. Fontes: GOFFI (2007); S. e G. (2018).

Referências:

BATES, S. L.; SZILAGYI, P. G. *Propedêutica Médica*. 12 ed. Grupo GEN, 2018.

CELENO, P. C. *Semiologia Médica*. 8 ed. Grupo GEN, 2019.

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

GUSTAVO, M. C. *Psiquiatria para o Médico Generalista*. Grupo A, 2013.

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

POSSARI, J. F. *Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão*. 5ª ed. São Paulo: Iátria, 2011.

MARQUES, R. G. *Técnica operatória e cirurgia experimental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Feedback:

--

7ª QUESTÃO

Enunciado:

(AFYA IPATINGA) Homem, 42 anos, foi encaminhado para acompanhamento especializado no Centro de Atenção Psicossocial pelo médico da Unidade Básica de Saúde. Na entrevista com o paciente e com a esposa o psiquiatra recebeu a informação de que o paciente é etilista crônico e iniciou há cerca de 2 semanas quadro de mudança de comportamento, apresentando ciúmes exagerado da esposa, chegando a ameaçá-la por traição. Ao ser questionado o paciente relata ter certeza de que a esposa o estava traindo.

Sobre o caso acima, qual a alteração psíquica que o paciente apresenta?

Alternativas:**(alternativa A)**

Ilusão.

(alternativa B) (CORRETA)

Delírio.

(alternativa C)

Alucinação.

(alternativa D)

Delirium.

Resposta comentada:

Alucinação: INCORRETA. As alucinações 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.

Delírio: CORRETA. O juízo é a capacidade de dar valor a fatos e ideias, e apresentasse 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. Embora normalmente de conteúdo bizarro, podem ser plausíveis, como no exemplo do alcoolista traído que tem delírios de ciúme. Por isso é importante determinar a forma de surgimento da ideia em questão: o delírio surge por interpretação delirante, quando o paciente interpreta fatos corriqueiros de forma psicótica; por intuição delirante, caso em que o delírio simplesmente surge, como uma revelação inquestionável que não carece de explicação.

Delirium: INCORRETA. Delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica cuja principal característica cognitiva e comportamental é uma alteração da atenção, de instalação aguda ou subaguda (horas a dias) e de curta duração. Geralmente, apresenta curso flutuante e é secundário a distúrbios ou complicações médicas sistêmicas, como infecções, distúrbios metabólicos ou cirurgias. Trata-se de situação clínica muito frequente, especialmente no ambiente hospitalar

Ilusões: INCORRETA. As ilusões são distorções da sensopercepção, ou seja, o estímulo existe, mas é percebido de forma diferente pelo paciente. Chamamos, ainda, de pseudoalucinações aquelas que ocorrem no espaço subjetivo interno, isto é, não são percebidas pelos órgãos dos sentidos. O paciente relata ocasionalmente uma experiência “como se”: é “como se estivesse ouvindo uma voz”, é “como se estivesse vendo uma cobra”, etc.

Referência:

MANSUR, Carlos G. Psiquiatria para o Médico Generalista. Porto Alegre: Grupo A, 2013. E-book. ISBN 9788536327921. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536327921/>. Acesso em: 18 ago. 2024.

Feedback:

--

8ª QUESTÃO**Enunciado:**

(UNISL PVH) Um paciente adulto foi admitido para a realização de um procedimento cirúrgico ambulatorial de pequeno porte, como a excisão de um cisto sebáceo. O paciente já foi posicionado adequadamente na mesa cirúrgica e todo o material necessário está à disposição da equipe. Baseado nesta situação, responda aos itens:

- a) Descreva, de forma concisa, as etapas de preparação da equipe cirúrgica incluindo a seleção e o preparo dos materiais adequados para a realização do procedimento: 1,5 ponto
- b) Elabore a sequência completa do procedimento cirúrgico para a excisão do cisto sebáceo, como deveria ser registrado no prontuário do paciente: 1,0 ponto

Alternativas:

--

Resposta comentada:

a) Descreva sinteticamente as etapas de preparação da equipe e a seleção dos materiais adequados para a cirurgia: 1,5 ponto

O preparo inicial deve incluir o uso de EPI's pela equipe cirúrgica: touca, máscara, roupa privativa, capote e luva estéril. A seleção dos materiais ocorrerá com a solicitação de materiais indispensáveis ao procedimento: bisturi, pinças hemostáticas, tesouras, pinça dente de rato e porta-agulha, campo estéril, compressas, solução antisséptica, anestésico local, fios de sutura, material para curativo.

(Padrão de resposta: incluiu 4 itens de EPI's e 4 itens dos materiais: 100% da nota. Incluiu 3 itens de EPI's e 3 itens dos materiais: 50% da nota. Incluiu abaixo de 3 itens, resposta zerada).

b) Descreva a sequência correta do procedimento cirúrgico completo, considerando esta descrição no prontuário: 1,0 ponto

1. Paciente posicionado para o procedimento sob anestesia local com lidocaína 2% sem vasoconstritor;
2. Assepsia e antisepsia;
3. Diérese conforme planejamento prévio e dissecação por planos até lesão;
4. Exérese de cisto sem rompimento de cápsula;
5. Revisão rigorosa da hemostasia;
6. Síntese por planos;
7. Curativo estéril;
8. Procedimento sem intercorrências.

(Padrão de resposta: Descreveu no mínimo 6 itens, 100% da nota. Descreveu 3 itens, 50% da nota. Descreveu abaixo de 3 itens: nota zerada).

Este conjunto de etapas é fundamental para garantir que o procedimento seja realizado de forma segura, eficiente e com a documentação adequada para acompanhamento e registros médicos.

Referência:

KIRK, Raymond Maurice. Bases técnicas da cirurgia. 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 224p., il. ISBN 978-85-352-4465-6.

Feedback:

--

9ª QUESTÃO

Enunciado:

(UNIPTAN) Paciente, 45 anos, é encaminhado ao ambulatório de neurologia devido queixa de dor lombar com irradiação para o membro inferior direito. A dor é descrita como lancinante, intensidade 10/10 e foi iniciada após esforço para realizar uma mudança, carregando moveis. Tem história de tratamento no CTA (Centros de Testagem e Aconselhamento) há 10 anos devido infecção pelo HIV. Segundo o mesmo estava com os “exames bons” na última consulta.

Leia as assertivas abaixo.

I. A manobra de Lasegue pode ser realizada no paciente e se positiva ele sentirá dor a partir de 60º no trajeto do nervo ciático do membro inferior em extensão.

II. A manobra de Fabere (Patrick) deve ser utilizada no exame do referido paciente e estará positiva em caso de compressão do ciático.

III. Em caso de acometimento da raiz de S1 o paciente poderá apresentar hiporreflexia/arreflexia patelar.

IV. A manobra de Schober consiste em medir 15 cm na coluna lombar e pedir ao paciente para fazer hiperextensão lombar, devendo ser feita nova medida nessa posição e o resultado deve ser 10 cm.

Está correto o que se afirma apenas em:

Alternativas:**(alternativa A)**

I e III.

(alternativa B)

I e IV.

(alternativa C)

II e IV.

(alternativa D) (CORRETA)

III.

Resposta comentada:

A manobra de Lasegue pode ser realizada no paciente e se positiva ele sentirá dor a partir de 30 ° no trajeto do nervo ciático do membro inferior em extensão.

A manobra de Fabere (Patrick) não deve ser utilizada no exame do referido paciente e estará positiva em caso de comprometimento da articulação coxofemoral.

Em caso de acometimento da raiz de S1 o paciente vai apresentar arreflexia no aquileu.

A manobra de Schober consiste em medir 10 cm na coluna lombar e pedir ao paciente para fazer hiperextensão lombar, devendo ser feita nova medida nessa posição e o resultado deve ser 15 cm no mínimo para ser considerado dentro da normalidade.

Referência:

Semiologia Médica - Celmo Celeno Porto - 7ª Edição. 2013. Editora Guanabara Koogan.

Feedback:

--

10ª QUESTÃO**Enunciado:**

(AFYA PARAÍBA) Paciente sexo masculino, 10 anos de idade, peso de 30 kg, é trazido pelos pais ao pronto atendimento com ferida corto contusa de aproximadamente 3 cm de extensão, na região do queixo, sem sangramento no momento, ocorrida há cerca de 1 hora. Após a avaliação da ferida, os pais do paciente são informados da necessidade de fechamento primário através de uma sutura com fio inabsorvível e anestesia local.

Com relação a anestesia, assinale a alternativa que apresenta o anestésico mais apropriado e a dose máxima permitida.

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

Lidocaína. Dose máxima: 15 ml de lidocaína sem vasoconstritor a 1 %.

(alternativa B)

Lidocaína. Dose máxima: 15 ml de lidocaína com vasoconstritor a 2 %.

(alternativa C)

Bupivacaina. Dose máxima: 15 ml de bupivacaina sem vasoconstritor a 1%.

(alternativa D)

Bupivacaina. Dose máxima: 15 ml de bupivacaina com vasoconstritor a 2%.

Resposta comentada:

Resposta correta

Lidocaína é o anestésico de escolha para o caso em questão pois tem tempo de ação mais curto.

A dose máxima de lidocaína sem vasoconstritor nas anestésias locais é de 5 mg/kg, no caso a dose máxima seria de 150 mg. Considerando a concentração de 1% seria 15 ml de lidocaína sem vasoconstritor a 1%.

Lidocaína é o anestésico mais apropriado e a dose máxima seria de 15 ml de lidocaína sem vasoconstritor a 1 %. Correta.

Bupivacaina é o anestésico mais apropriado e a dose máxima seria de 15 ml de bupivacaina sem vasoconstritor a 1%. **Incorreta** pois a bupivacaina não é anestésico mais apropriado e a dose máxima de bupivacaina é de 3 mg/kg e no caso a dose máxima seria de 90 mg ou 9 ml de bupivacaina sem vasoconstritor a 1%.

Lidocaína é o anestésico mais apropriado e a dose máxima seria de 15 ml de lidocaína com vasoconstritor a 2 %. **Incorreta** pois a dose máxima de lidocaína com vasoconstritor é de 7 mg/kg no caso seria de 210 mg ou 11 ml de lidocaína com vasoconstritor a 2%.

Bupivacaina é o anestésico mais apropriado e a dose máxima seria de 15 ml de bupivacaina com vasoconstritor a 2%. **Incorreta** pois a bupivacaina não é anestésico mais apropriado e a dose máxima de bupivacaina é de 3 mg/kg e no caso a dose máxima seria de 90 mg ou 4,5 ml de bupivacaina sem vasoconstritor a 2%.

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

Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna / Courtney M. Townsend ... [et al.]; tradução GEA ; [colaboração Cary B. Arons ... [et al.]]. - 20. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

Feedback:

--