

ANOS OPCIONAIS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CIRURGIA GERAL: CIRURGIADO TRAUMA, CIRURGIA GERAL - CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 40 (quarenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES OBJETIVAS	
Cirurgia Geral	01 a 40

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no CARTÃO-RESPOSTA, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico: O descumprimento dessa instrução implicará na anulação da prova e na eliminação do certame.

“A Felicidade não entra em portas trancadas”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a retirada do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
10. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no CARTÃO-RESPOSTA.
11. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
12. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
13. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
14. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

CIRURGIA GERAL

01. São considerados critérios para início de suporte nutricional perioperatório:
- (A) transferrina > 200 mg/dL, na ausência de disfunção hepática ou renal
 - (B) doença crônica ou previsão de ingesta calórica plena até o segundo dia pós-operatório
 - (C) risco nutricional grave em paciente com perda sanguínea prevista > 500 mL na cirurgia
 - (D) IMC de admissão menor ou igual a 25 kg/m², ou perda de peso involuntária > 5% em 1 mês
02. Sobre o tratamento das infecções fúngicas, é correto afirmar:
- (A) a profilaxia antifúngica deve ser considerada no paciente cirúrgico gravemente enfermo, por reduzir a incidência de infecções micóticas, porém não parece aumentar a sobrevida dos pacientes
 - (B) não é recomendado retirar os acessos venosos centrais quando há infecção fúngica comprovada até que se termine o tratamento antifúngico durante o pós-operatório
 - (C) o uso de fluconazol pós-operatório é questionável para transplantados de fígado
 - (D) a candidemia deve ser tratada com fluconazol venoso dose única
03. A alternativa que melhor retrata um bom atendimento ao politraumatizado, segundo o ATLS (Advanced Trauma Life Support) é:
- (A) pesquisa de corpo estranho em orofaringe, posicionamento de colar cervical, ausculta pulmonar, pesquisa de pulso periférico, exame físico abdominal, teste de mobilidade de membros, inspeção do dorso
 - (B) pesquisa de pulso periférico, posicionamento de colar cervical, teste de mobilidade de membros, ausculta pulmonar, exame físico abdominal, inspeção do dorso, pesquisa de corpo estranho em orofaringe
 - (C) ausculta pulmonar, pesquisa de pulso periférico, exame físico abdominal, posicionamento de colar cervical, teste de mobilidade de membros, pesquisa de corpo estranho em orofaringe, inspeção do dorso
 - (D) posicionamento de colar cervical, inspeção do dorso, ausculta pulmonar, pesquisa de pulso periférico, teste de mobilidade de membros, exame físico abdominal, pesquisa de corpo estranho em orofaringe
04. O tipo de câncer, o biomarcador e a terapia oncológica, respectivamente, estão corretamente correlacionados na seguinte alternativa:
- (A) tumor de mama – receptor de estrogênio – imatinibe
 - (B) carcinoma hepatocelular – CA 125 – ciclofosfamida
 - (C) tumor estromal gastrointestinal – ckit – tamoxifeno
 - (D) linfoma – CD20 – rituximabe

05. A esofagectomia trans-hiatal é uma técnica amplamente aceita e apresenta como vantagens / desvantagens, respectivamente:
- (A) menor mortalidade, menos dor pós-operatória, menor risco de estenose / maior perda sanguínea, mais complicações cardíacas, maior incidência de refluxo
 - (B) menor taxa de deiscência anastomótica / deiscência de difícil controle, refluxo significativo, maiores taxas de mortalidade por pneumonias, derrames, fibrilação atrial e isquemia miocárdica
 - (C) melhor função gástrica quando comparada às técnicas com vagotomia, dissecação mais rápida, menor número de áreas de possível fistulização / maior risco de estenose, elevados índices de mortalidade
 - (D) taxa reduzida de deiscência anastomótica quando usado grampeamento, deiscência menos mórbida por ser cervical, tempo cirúrgico encurtado, menor perda sanguínea / taxa mais alta de estenose, maior taxa de lesão de grandes vasos ou vias aéreas e incapacidade de dissecação linfonodal completa
06. Devido ao rápido esvaziamento gástrico, ocorre liberação acelerada de carboidratos no intestino delgado resultando em hiperglicemia e hiperinsulinemia. Dentre as síndromes pós-gastrectomia, a descrição refere-se à:
- (A) síndrome de Dumping
 - (B) síndrome da alça aferente
 - (C) síndrome da alça eferente
 - (D) gastrite de refluxo alcalino
07. Sobre as síndromes de câncer hereditário, a afirmativa correta é que:
- (A) a polipose adenomatosa familiar tem relação com tumores cerebrais, incluindo glioblastoma e meduloblastoma cerebelar
 - (B) na síndrome de Turcot nota-se pequena quantidade de pólipos, mais frequentes no delgado, e é comum o aparecimento de lesões pigmentadas na pele
 - (C) a síndrome de Peutz-Jeghers é caracterizada por grande número de pólipos em todo trato gastrointestinal, surgimento de osteomas, tumores desmóides e hipertrofia do epitélio pigmentar retiniano
 - (D) no câncer de cólon não polipoide hereditário, ocorre pequeno número de pólipos, há presença de epitelomas sebáceos ou basocelulares, risco próximo a 80% de câncer colorretal e 60% de câncer endometrial
08. Paciente idoso procura atendimento médico trazido por familiares que notaram icterícia e perda ponderal significativa nos últimos 2 meses. Trouxe exames de imagem já realizados naquela semana:
- ultrassom: ausência de cálculos na vesícula biliar, colédoco fino;
 - tomografia computadorizada: dilatação de via biliar esquerda com atrofia lobar esquerda, aumento do tamanho do lobo hepático direito, vesícula de aspecto normal, colédoco normal.
- Frente a esses achados, a principal hipótese diagnóstica é:
- (A) carcinoma hepatocelular (lobo direito)
 - (B) colangiocarcinoma (lobo esquerdo)
 - (C) coledocolitíase secundária
 - (D) síndrome de Mirizzi

09. Sobre o tratamento do feocromocitoma, é possível afirmar que:
- os beta-bloqueadores devem ser usados para os pacientes que mantiverem taquicardia apesar do alfa-bloqueio completo no pré-operatório
 - o alfa-bloqueio com fenoxibenzamina deve ser introduzido no pós-operatório logo após controle da pressão arterial
 - a abordagem laparoscópica deve ser evitada devido às repercussões hemodinâmicas desse tipo de cirurgia
 - pacientes com feocromocitoma maligno têm boa resposta à radioterapia e quimioterapia adjuvantes
10. Sobre a cirurgia da obesidade, **NÃO** é possível afirmar que:
- alterações metabólicas tardias mais encontradas após a derivação em Y de Roux são as deficiências de ferro e vitamina B12
 - switch* duodenal e a derivação em Y de Roux são bastante efetivos no tratamento das condições comórbidas associadas
 - falha na absorção de vitaminas lipossolúveis é importante complicação da derivação biliopancreática
 - gastrectomia vertical costuma promover esteatorreia e *dumping* nos pacientes
11. Em pacientes com quadro de choque hipovolêmico traumático, a reposição volêmica maciça com uso de cristaloides, como soro fisiológico 0,9%, pode ocasionar:
- acidose metabólica hipoclorêmica
 - acidose metabólica hiperclorêmica
 - alcalose metabólica hipoclorêmica
 - alcalose metabólica hiperclorêmica
12. Dentre as complicações cirúrgicas, o tratamento das fístulas representa um desafio para o cirurgião. Os seguintes fatores são considerados favoráveis para a cicatrização de uma fístula intestinal externa:
- trajeto epitelizado, ausência de obstrução intestinal distal à fístula; fístula lateral
 - trajeto curto (< 2cm); trajeto não epitelizado; defeito enteral menor que 1 cm
 - trajeto longo (> 2 cm); bom estado nutricional; origem no cólon
 - trajeto único; presença de tela; ausência de sepse
13. Paciente vítima de atropelamento deu entrada na emergência não responsivo, inconsciente, entubado, FC: 120 bpm, PA: 80x40 mmHg, murmúrio vesicular presente bilateral, abdômen de avaliação inespecífica, não reage à dor, bacia estável, não respondeu à infusão de 2000 mL de ringer lactato. A conduta apropriada, nesse caso, é realizar:
- FAST (*focused assessment with sonography for trauma*)
 - tomografia computadorizada
 - laparotomia exploradora
 - fixação da pelve
14. A síndrome da neoplasia endócrina múltipla tipo 2A (NEM2A) é caracterizada pela presença das seguintes patologias:
- hiperparatireoidismo, gastrinoma, adenoma da hipófise
 - hiperparatireoidismo, feocromocitoma, adenoma da hipófise
 - carcinoma medular da tireoide, feocromocitoma e hiperparatireoidismo
 - carcinoma medular da tireoide, feocromocitoma, neuromas de mucosa
15. Paciente masculino, 74 anos de idade, relata início súbito de dor abdominal, com forte intensidade, há 10 horas, difusa, mal definida, contínua, associada a vômitos e distensão abdominal. Ao exame físico, apresenta-se desidratado, com ritmo cardíaco irregular, FC: 115 bpm, FR: 24 irpm, PA: 90x40 mmHg, peristalse diminuída, sem sinais de irritação peritoneal. O exame laboratorial apresenta leucocitose com desvio e acidose metabólica. Frente ao quadro clínico apresentado, a principal hipótese diagnóstica é:
- apendicite perforada
 - isquemia mesentérica
 - diverticulite perforada
 - pancreatite aguda grave
16. Paciente masculino, 20 anos de idade, apresenta dor abdominal que iniciou periumbilical e na fossa ilíaca direita (FID) há 36 horas. Refere perda do apetite e náuseas. Ao exame, apresenta dor à palpação profunda e descompressão dolorosa localizada em FID/hipogástrico, Tax 38,5°C. Exame laboratorial indica 16.000 leucócitos com desvio para esquerda. Submetido à cirurgia com incisão de Davis foi observado apêndice cecal de aspecto normal. O cirurgião deve obrigatoriamente:
- encerrar a cirurgia
 - inspecionar o íleo
 - realizar apendicectomia convencional
 - apenas drenar a cavidade com dreno siliconizado
17. Os tumores malignos mais comuns do fígado nos adultos são:
- colangiocarcinomas intra-hepáticos
 - carcinomas hepatocelulares
 - hepatoblastomas
 - metástases
18. A neoplasia maligna do pâncreas apresenta-se na maioria das vezes como doença localmente avançada ou metástases a distância que impossibilitam o tratamento cirúrgico curativo. Se, na investigação diagnóstica, for confirmada a invasão da artéria mesentérica superior pela tomografia computadorizada, a melhor conduta para palição da icterícia é:
- CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) com *stent* metálico
 - hepatojejunostomia em Y de Roux
 - drenagem biliar percutânea
 - quimioterapia
19. O aneurisma de aorta pode ser tratado de forma conservadora, caso apresente a seguinte característica:
- aneurisma fusiforme de 6,5 cm de diâmetro
 - aneurisma sacular de 6,0 cm de diâmetro
 - crescimento de 8mm em 1 ano
 - crescimento de 6 mm em 6 meses
20. Paciente masculino, 65 anos de idade, apresenta dor em FID iniciada há 10 dias. Iniciou antibiótico oral por conta própria, porém houve piora da dor e febre alta há 48h. Ao exame, apresenta plastrão palpável em FID com dor à palpação profunda. Tomografia mostra abscesso retrocecal medindo 6cm e apêndice cecal não individualizado. Optou-se por drenagem percutânea e antibiótico venoso com boa evolução. Na continuidade do tratamento, deve-se:
- realizar apendicectomia ainda na mesma internação
 - programar colonoscopia 2 a 4 semanas após o tratamento da doença aguda
 - liberar o paciente, sem necessidade de tratamento complementar após o término do antibiótico oral
 - programar apendicectomia de intervalo, que necessariamente deve ser realizada de forma aberta (convencional)

21. Para um paciente cirrótico que apresente um quadro de colecistite aguda, a melhor indicação é a via laparoscópica cujas vantagens são:
- (A) menor morbidade, menor perda de sangue, menor índice de infecção de parede
 - (B) menor morbidade, mais rápida cicatrização, perda de sangue inalterada
 - (C) menor índice de infecção de parede, porém maior perda de sangue
 - (D) menor perda de sangue, porém maior morbidade
22. Nos pacientes idosos submetidos a operações, uma importante complicação é o delírio. Este pode ser manifestação de complicações cirúrgicas. É desencadeado por alguns fatores precipitantes que devem ser controlados, tais como:
- (A) tipo de anestesia, hipertermia, dor
 - (B) imobilização, demência prévia, tipo de operação
 - (C) idade, doenças neuromusculares, tempo de cirurgia
 - (D) infecção inaparente, hipoxemia e distúrbios metabólicos
23. Um paciente é admitido na emergência vítima de múltiplos ferimentos por arma de fogo de grosso calibre. Estava em choque, com 4 perfurações abdominais. Na emergência, foi parcialmente recuperado e levado para a sala de operações imediatamente. Na laparotomia o cirurgião encontrou uma lesão hepática, perfuração do estômago e de três segmentos do intestino delgado. O anestesista insiste em que o paciente está muito instável. A melhor conduta, considerando esse quadro, é:
- (A) hepatectomia regrada e tratamento definitivo das lesões de vísceras ocas
 - (B) hemostasia rigorosa das lesões hepáticas, ressecção e reconstrução do trânsito intestinal
 - (C) *damage control* – colocação de compressas para compressão hepática, sutura gástrica e ressecção do delgado sem reconstrução do trânsito
 - (D) compressão hepática e fechamento do abdômen com curativo a vácuo
24. Nem todo refluxo gastroesofágico é anormal. A competência do esfíncter esofágico inferior depende de alguns mecanismos, tais como:
- (A) extensão do esôfago
 - (B) presença de ondas terciárias
 - (C) esvaziamento gástrico retardado
 - (D) adequada extensão e pressão do esfíncter
25. Um paciente de 25 anos de idade sofre grave acidente automobilístico. Chega à emergência e, no exame inicial, está lúcido, orientado, verbalizando adequadamente e com ausculta pulmonar e cardíaca normais. O preditor que indica a via aérea intacta é:
- (A) presença de sons pulmonares bilateralmente
 - (B) presença de tom vocal normal
 - (C) ausência de taquipneia
 - (D) ausência de sibilos
26. Nenhuma operação é isenta de risco, mas alguns fatores quando presentes indicam maior possibilidade de mortalidade pós-operatória. Entre eles estão:
- (A) albumina sérica < 3mg/dL, plaquetas < 150.000 e ascite
 - (B) raça, idade e neoplasia maligna
 - (C) anemia, ASA II e dispneia
 - (D) uremia, raça e dispneia
27. Em relação à presença de hérnias em pacientes do sexo masculino, pode-se afirmar que:
- (A) nos pacientes jovens portadores de hérnia inguinal a indicação cirúrgica deve ser retardada pela possibilidade de regressão da hérnia
 - (B) nos pacientes que apresentam hérnia indireta na idade adulta, esta se deve ao aumento da pressão intra-abdominal
 - (C) as hérnias femorais são de indicação cirúrgica precoce devido à grande possibilidade de complicação
 - (D) nas hérnias inguinais corrigidas pela técnica de Lichtenstein o índice de recidiva é maior na correção *tension free*
28. Um paciente é admitido na emergência com um quadro de hemorragia digestiva alta. Após recuperação hemodinâmica foi submetido à endoscopia digestiva alta, sendo visualizada úlcera duodenal rasa com vaso sangrando. Foi realizada a hemostasia com epinefrina. Após 12 horas, apresenta quadro de abdome agudo com hipotensão, sudorese, palidez cutaneomucosa e intensa dor abdominal. A radiografia do abdome mostrou pneumoperitônio, cuja provável causa é:
- (A) hipoxemia
 - (B) presença de *H. pylori*
 - (C) hipotensão prolongada
 - (D) necrose da parede pelo vasopressor
29. Um paciente de 28 anos de idade, vítima de um acidente de trânsito, ficou preso nas ferragens do automóvel. Foi retirado do veículo 45 minutos depois. No atendimento local verificou-se que estava em anemia aguda, sem pulsos periféricos, respiração agônica. Foi imediatamente recuperado e levado para o hospital. Ao exame, constatou-se uma extensa ferida na parte proximal da perna com esmagamento do membro. Não havia pulso pedioso. O paciente apresentava também trauma contuso abdominal. Levado para sala de operações o ortopedista estabilizou a fratura. Dadas as condições graves do paciente, a conduta mais adequada em relação ao trauma vascular é:
- (A) inserção de uma prótese em cada extremidade arterial, deixando a resolução definitiva para depois
 - (B) ressecção das bordas lesadas e sutura término-terminal
 - (C) ligadura da artéria acima da lesão
 - (D) amputação do membro lesado
30. O cirurgião é chamado no CTI para avaliar um paciente de 24 anos de idade portador de SIDA, internado por pneumonia, em uso de três antibióticos e, ainda, antifúngicos. Apresentou um quadro de abdome agudo e foi feito o diagnóstico de colite pseudomembranosa. Após 24 horas de início do tratamento, o paciente apresenta piora importante do estado geral, evoluindo para o choque séptico. A hipótese mais provável para o quadro é:
- (A) reagudização da colite
 - (B) piora do quadro de pneumonia
 - (C) evolução para megacólon tóxico
 - (D) infecção por citomegalovírus associada

31. Paciente vítima de trauma torácico realizou uma tomografia de tórax que evidenciou aumento da densidade do parênquima em parte do lobo superior direito, não sendo limitada pela fissura e também envolvendo parte superior do lobo médio. No momento do atendimento o paciente apresentava-se estável, com boa saturação de O_2 . O diagnóstico provável e a medida a ser tomada são, respectivamente:
- (A) atelectasia pós-trauma – bloqueio dos nervos intercostais
(B) atelectasia pós-trauma – ventilação com pressão positiva
(C) contusão pulmonar – drenagem torácica em selo de água
(D) contusão pulmonar – analgesia
32. Paciente procurou auxílio médico devido à queixa de icterícia. US de abdome evidenciou dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Bilirrubina total de 7mg/dL. Tomografia de abdome não evidenciou lesões expansivas em parênquima hepático e sugeriu que a avaliação fosse complementada com ressonância magnética. A ressonância magnética de abdome com colangiografia descreve em seu laudo dilatação de vias biliares intra-hepáticas; hepático comum apresentando-se dilatado em seu segmento inicial, porém não sendo visualizado por completo por provável efeito de massa. Ducto colédoco distal com diâmetro normal. Ausência de litíase. Nessa situação, a medida deverá ser tomada é:
- (A) estadiamento cirúrgico e realização de ressecção das vias biliares e hepaticojunostomia em Y de Roux
(B) punção transparieto-hepática para aliviar a icterícia e coletar citologia
(C) CPER para a obtenção de escovado citológico
(D) colocação de prótese plástica de vias biliares
33. Devido à proximidade anatômica, a trombose de veia esplênica é um evento relativamente comum após episódios de pancreatite aguda. A complicação tardia que pode ocorrer em decorrência dessa trombose é:
- (A) insuficiência hepática
(B) varize gastroesofágica
(C) hepatomegalia
(D) ascite
34. Um paciente 37 anos de idade sem comorbidades prévias procurou emergência por apresentar-se icterico. A investigação revelou leucócitos = 17.000, bilirrubina total = 7 mg/dL com predomínio da fração direta. Ultrassonografia abdominal apresenta dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. O restante do exame físico e a radiografia de tórax não apresentam alterações patológicas. Além da antibioticoterapia correta, a conduta que deverá ser tomada neste momento é:
- (A) CPRE de urgência
(B) observação clínica
(C) drenagem percutânea das vias biliares
(D) cirurgia de urgência para desobstruir as vias biliares
35. Paciente do sexo feminino, 39 anos de idade, realizou lobectomia e istimectomia por apresentar bócio multinodular atóxico (BMNA) predominantemente em lobo esquerdo. Ao checar o resultado histopatológico, o cirurgião foi surpreendido pois, além dos nódulos de bócio, apresentou nódulo sólido de 0,7 cm em lobo esquerdo com diagnóstico de carcinoma papilífero de tireoide. Nessa situação, a seguinte conduta deve ser adotada pelo cirurgião:
- (A) iodoterapia
(B) lobectomia direita
(C) acompanhamento clínico
(D) lobectomia direita associada a linfadenectomia do lado esquerdo
36. Após uma cirurgia de hérnia de hiato, foi notado enfisema subcutâneo em base do pescoço do paciente à esquerda. O mesmo encontrava-se lúcido, eupneico e verbalizando sem queixas. A seguinte medida deverá ser adotada:
- (A) drenagem torácica em selo d'água
(B) oxigênio suplementar e observação clínica
(C) punção do hemitórax esquerdo com agulha de grosso calibre
(D) relaparoscopia para rafia da pleura lesada inadvertidamente durante a cirurgia
37. O *by-pass* gástrico em Y de Roux é uma das opções utilizadas em nosso meio para o tratamento da obesidade mórbida. Quanto a essa modalidade operatória pode-se afirmar que:
- (A) o tamanho da alça do Y de Roux não influencia o resultado cirúrgico desde que seja maior que 80 cm
(B) pacientes com IMC > 50 kg/m² não se beneficiam com alça do Y de Roux maiores que 120 cm entre a gastroentero e a enteroenteroanastomose
(C) a alça do Y de Roux deve possuir um comprimento de 80/120 cm entre a anastomose com estômago e a enteroenteroanastomose em um paciente com IMC 40 kg/m²
(D) o segmento da alça do Y de Roux entre a gastrojejuno e a enteroenteroanastomose deve ser de 150 cm, independentemente do IMC do paciente
38. Paciente chegou à emergência com instabilidade hemodinâmica e sangramento gastrointestinal baixo persistente. Mesmo após suporte inicial paciente encontra-se instável. Foi passado cateter nasogástrico com saída de secreção biliosa. A próxima medida a ser tomada é a:
- (A) colonoscopia
(B) endoscopia digestiva alta
(C) laparotomia exploradora com colectomia subtotal
(D) laparotomia exploradora e hemicolectomia direita
39. A análise histológica de um câncer gástrico evidenciou que o tumor invadia a serosa do órgão sem invasão de estruturas adjacentes. Além disso, o patologista encontrou 3 linfonodos com implantes tumorais dos 35 ressecados e analisados. A classificação TNM (Classification of Malignant Tumours) deste paciente, sabendo que não foi encontrada metástase a distância, é:
- (A) T3N2M0
(B) T3N1M0
(C) T4bN1M0
(D) T4aN2M0
40. Praticamente toda cirurgia termina com a confecção de um curativo. Quando se compara uma ferida operatória ocluída por curativo com aquela que foi deixada exposta pode-se dizer que:
- (A) a ferida ocluída possui uma tensão de oxigênio mais elevada
(B) a taxa de epitelização é mais rápida na ferida ocluída
(C) a taxa de epitelização é mais lenta na ferida ocluída
(D) não há diferença na taxa de epitelização