

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

Processo Seletivo

RESIDÊNCIA MÉDICA UNIFICADA 2012

Caderno de Provas Objetiva e Discursiva

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno, confira inicialmente se os seus dados pessoais, transcritos acima, estão corretos e coincidem com os que estão registrados em sua folha de respostas, no seu caderno de textos definitivos da prova discursiva de respostas curtas e em cada página numerada deste caderno. Confira também o nome do programa de residência para o qual você concorre, bem como a área/especialidade, conforme seu caso. Em seguida, verifique se este caderno contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva, e dez questões correspondentes à prova discursiva, acompanhadas de espaços para rascunho. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou quanto ao nome do programa para o qual você concorre, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação das suas provas e a sua eliminação do processo seletivo.

- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração das provas, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer das provas —, ao preenchimento da folha de respostas e à transcrição dos textos para o caderno de textos definitivos da prova discursiva de respostas curtas.
- 5 Ao terminar as provas, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e o seu caderno de textos definitivos e deixe o local de provas.
- 6 Nenhuma folha deste caderno pode ser destacada.
- 7 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno, na folha de respostas ou no caderno de textos definitivos poderá implicar a anulação das suas provas.

OBSERVAÇÕES

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

PROVA OBJETIVA

Julgue os itens que se seguem, relativos a doenças da traqueia.

- 1 A terapia fotodinâmica pode ser utilizada no tratamento paliativo de neoplasias com obstrução traqueal ou brônquica. Quando comparada com a terapia a *laser*, a terapia fotodinâmica tem as vantagens de poder ser utilizada em pacientes ventilados com altas concentrações de oxigênio, não requerer grande precisão no ponto de aplicação e exigir menor grau de aprendizado da equipe cirúrgica.
- 2 Os tumores primários de traqueia são as causas mais comuns de obstrução traqueal maligna, e os sintomas respiratórios associados à obstrução geralmente apresentam evolução e progressão rápida.
- 3 Durante o manejo da obstrução crítica e aguda da via aérea, a utilização da broncoscopia rígida é o método de escolha para estabilizar o paciente.
- 4 A traqueomalacia segmentar frequentemente está associada a áreas adjacentes de estenose traqueal e é mais bem tratada com a utilização de tubo T de Montgomery.
- 5 A fistula traqueoesofágica é uma comunicação da via aérea com a via digestiva, resultante da destruição da porção membranosa da traqueia e da parede anterior do esôfago, frequentemente em consequência da ventilação mecânica prolongada associada a intubação alimentar nasogástrica ou nasoentérica.

Acerca do câncer de pulmão, julgue os itens subsequentes.

- 6 O tratamento do carcinoma de pulmão de pequenas células, que é o quarto tipo de câncer de pulmão mais comum e se apresenta mais frequentemente como lesões periféricas, deve ser feito preferencialmente com quimioterapia.
- 7 As segmentectomias pulmonares, anatômicas ou não, apresentam maior índice de recidiva local, não sendo, portanto, indicadas no tratamento do câncer de pulmão.
- 8 As ressecções pulmonares por cirurgia torácica videoassistida proporcionam a mesma sobrevida que as ressecções convencionais, com menor dor pós-operatória, melhor preservação da função pulmonar, redução da resposta inflamatória sistêmica e retorno precoce do paciente às atividades habituais.
- 9 Um paciente portador de tumor no pulmão direito medindo 6 cm de diâmetro, com invasão do nervo frênico e pericárdio, sem acometimento ganglionar e sem metástases a distância se enquadra no estágio IIIa, com possibilidade de tratamento neoadjuvante a fim de facilitar a ressecção cirúrgica.
- 10 O carcinoma bronquioalveolar de pulmão frequentemente está associado a pacientes que nunca fumaram ou nunca viveram com fumantes, podendo se manifestar clinicamente ou radiologicamente como pneumonia.

Com relação às doenças pleurais, julgue os itens a seguir.

- 11 Um paciente portador de pneumotórax espontâneo estável menor que 20% do volume da cavidade pleural pode ser tratado de forma conservadora. Nesse caso, a absorção do pneumotórax é de 1,5% a 2% ao dia.
- 12 A recorrência do pneumotórax espontâneo primário após o segundo episódio é de 60% a 80%; por isso, deve-se indicar o tratamento cirúrgico definitivo a partir do segundo episódio.
- 13 A toracoplastia é utilizada atualmente no tratamento do empiema pleural pós-ressecção pulmonar para doença benigna ou câncer, empiema tuberculoso e aspergilose pleuropulmonar.
- 14 Na investigação de doenças pleurais, para se realizar videopleuroscopia é necessário proceder à ventilação monopulmonar do paciente através de tubo orotraqueal de duplo lúmen ou utilizar bloqueadores brônquicos.

Julgue os itens seguintes, relacionados à hiperidrose.

- 15 A simpatectomia causada pelo bloqueio simpático com a utilização de cliques metálicos apresenta maior recidiva da hiperidrose do que a realizada pela secção da cadeia simpática.
- 16 A incidência da hiperidrose primária é de 1% a 4,5% da população, sendo mais comum em adolescentes e adultos jovens. No Brasil, essa enfermidade apresenta caráter familiar em torno de 46%.
- 17 A termoablação ou bloqueio simpático do quarto gânglio torácico no tratamento da hiperidrose palmar promove o mesmo nível de anidrose palmar que o bloqueio do terceiro gânglio, com o benefício de reduzir a sudorese reflexa.

Considerando a anatomia cirúrgica do tórax, julgue os próximos itens.

- 18 A projeção externa do local habitual da carina é o ângulo de Louis.
- 19 O músculo poupado na toracotomia posterolateral com preservação muscular é o grande dorsal.
- 20 Quando o paciente se encontra em posição anatômica, com os braços posicionados ao longo do corpo, o ângulo inferior da escápula cobre a sexta costela.
- 21 Em média, a traqueia de uma pessoa adulta tem cerca de 12 cm de extensão e dois anéis por centímetro.
- 22 As artérias brônquicas são ramos do tronco braquicefálico e irrigam basicamente os brônquios fonte.

Tendo em vista que o trauma de vias aéreas intratorácicas tem importância por apresentar peculiaridades no diagnóstico, e considerando a avaliação do trauma segundo o preconizado pelo Suporte Avançado à Vida no Trauma, julgue os itens a seguir, relativos ao trauma de vias aéreas intratorácicas.

- 23 O ponto mais comum de ruptura à direita, no trauma contuso, é o brônquio intermediário, logo abaixo da inserção do brônquio para o lobo superior.
- 24 A broncoscopia está indicada sempre que houver suspeita desse tipo de trauma e o tratamento deverá ser conservador se não houver obstrução da luz brônquica e já tiverem decorrido mais de sete dias desde o dia do trauma.
- 25 Trata-se de trauma incomum, devendo, portanto, haver alto índice de suspeição no atendimento ao paciente com trauma de tórax.
- 26 Constitui sinal clássico dessa lesão a fuga aérea persistente após drenagem pleural de um pneumotórax, principalmente se associada a não expansão pulmonar.

Considerando o novo estadiamento para o câncer de pulmão da American Joint Comitee on Cancer, publicado em 2010, que introduziu mudanças importantes que deverão nortear o cirurgião em sua abordagem, julgue os itens subsequentes.

- 27 O derrame pleural com resultado positivo no exame citológico passou a ser considerado M1a, e não mais T4.
- 28 A presença de nódulos neoplásicos em lobos diferentes, mas no mesmo pulmão, foi reclassificada de M1 para T4.
- 29 A presença de nódulos neoplásicos em um mesmo lobo continuou a ser classificada como T4.
- 30 Os parâmetros para estadiamento T1 não foram alterados.
- 31 Os parâmetros para estadiamento T2 limitaram o tamanho da lesão a até 9 cm, passando as lesões superiores a esse tamanho a ser estadiadas como T3.

Com referência à broncoscopia, exame amplamente utilizado para diagnóstico e estadiamento do câncer de pulmão, julgue os itens que se seguem.

- 32 O tamanho do nódulo pulmonar interfere na acuidade do exame, sendo esta maior para lesões com mais de 4 cm de diâmetro.
- 33 A biópsia transbrônquica, cujas complicações mais comuns são o sangramento e o pneumotórax, tem como uma de suas principais indicações a suspeita de linfangite carcinomatosa.
- 34 Esse exame tem acuidade diagnóstica de cerca de 80% nos casos de tumores visíveis.

Um senhor caucasiano, com sessenta anos de idade, ex-tabagista, recebeu, após exame radiológico de rotina, o diagnóstico de lesão nodular no lobo superior do pulmão esquerdo. Investigação tomográfica computadorizada evidenciou lesão tumoral suspeita, com 2,0 cm, localizada na periferia do segmento anterior do lobo superior esquerdo. A investigação realizada incluiu punção transtorácica da lesão, cuja análise histopatológica e de imunoistoquímica resultou em adenocarcinoma bem diferenciado de pulmão — carcinoma não pequenas células de pulmão (CNPCP). A mediastinoscopia para avaliação de linfonodos subcarinais de 1,5 cm foi negativa para malignidade. Após a pesquisa de metástases se mostrar negativa, realizada a avaliação laboratorial e funcional pré-operatórias adequadas, o paciente foi submetido a lobectomia superior esquerda, com dissecação linfonodal sistemática. A histopatologia da peça pós-operatória evidenciou: adenocarcinoma bem diferenciado, de 2,5 cm, sem invasão de pleura visceral; ausência de invasão vascular e linfática; e metástase linfonodal única (estação 10).

Acerca do caso clínico acima e da afecção nele descrita, julgue os itens seguintes.

- 35 Invasão vascular, histologia escamosa e invasão pleural são fatores de mau prognóstico em pacientes com estádios IIA e IIB de CNPCP, com tumor completamente ressecado. No caso clínico em apreço, o prognóstico do paciente é favorecido pela não ocorrência desses fatores independentes.
- 36 A opção pela biópsia linfonodal por ultrassom broncoscópico (EBUS) permanece controversa quando comparada com a mediastinoscopia. Apesar da sensibilidade semelhante, o EBUS apresenta maior taxa de falsos negativos, o que o mantém como método de estadiamento complementar aos métodos cirúrgicos. Para o paciente referido no caso clínico em apreço, a realização de EBUS não determinaria mudança da terapêutica realizada até o momento.
- 37 O estadiamento pós-operatório (Mountain, 1997) apropriado desse caso é o estágio IIB (T2 N1 M0), ou seja, o paciente apresenta taxa de sobrevida em cinco anos de 40% a 55%, com indicação de tratamento adjuvante pós-operatório.
- 38 O tratamento adjuvante radioterápico tem o objetivo de reduzir a recorrência local e regional, porém, sem impacto na sobrevida.
- 39 A quimioterapia adjuvante à base de cisplatina, atualmente utilizada em estádios II e III de CNPCP com ressecção completa, poderá ser indicada para o paciente em questão, caso ele não apresente, em dois meses, complicações cirúrgicas e apresente bom desempenho clínico.
- 40 A determinação da expressão do microRNA miR-29b está relacionada fortemente com uma resposta favorável à quimioterapia adjuvante no paciente em apreço.
- 41 Caso tivesse sido realizado exame de PET para a avaliação mediastinal pré-operatória e esse exame tivesse resultado negativo, isso teria evitado a realização da mediastinoscopia pré-operatória, tendo em vista o resultado negativo encontrado e os respectivos valores preditivos negativos, que são comparáveis (respectivamente 93% e 91%).

Desde a experiência pioneira de Jacobaeus no uso da toracoscopia para a lise de aderências pleurais, no começo do século passado, o desenvolvimento tecnológico dos equipamentos, das técnicas anestésicas e de suporte cirúrgico permitiu a evolução significativa da cirurgia minimamente invasiva. Atualmente, a videocirurgia se transformou em uma realidade como via de acesso para praticamente todas as indicações de cirurgia aberta (o que não parecia possível aos mais céticos há pouco menos de vinte anos). Das indicações de procedimentos pleurais, passando por biópsias mediastinais e procedimentos pulmonares periféricos, a cirurgia torácica videoassistida (CTVA) evoluiu também para procedimentos de ressecção de maior porte. Considerando esses aspectos, julgue os itens que se seguem.

- 42 Relativamente ao controle da dor pós-operatória, à preservação da função pulmonar, à qualidade de vida e ao grau de imunossupressão, a ressecção pulmonar por CTVA tornou-se superior à cirurgia tradicional.
- 43 Apesar de realizada por acesso minimamente invasivo, a CTVA baseia-se nos mesmos princípios da cirurgia aberta tradicional.
- 44 As contraindicações absolutas para ressecções pulmonares por CTVA incluem incapacidade de ventilação unilateral, doença N2 estabelecida, tumor envolvendo brônquio fonte e aderências pleurais.
- 45 Os implantes tumorais no trajeto dos trocartes são uma complicação rara no tratamento do câncer de pulmão por CTVA.

A analgesia epidural com opioides é atualmente o padrão ouro para condução da dor pós-toracotomia e após cirurgias do abdome superior. Referida inicialmente na década de 50 do século passado, somente na década de 70 começou a ser utilizada ostensivamente em cirurgia torácica. Seu emprego, com técnica correta, traz grandes benefícios na condução imediata do pós-operatório e no bem-estar dos pacientes, porém, esse tipo de analgesia deve ser adequadamente realizado, tanto para atingir os efeitos esperados como para evitar complicações. A respeito dessa técnica, julgue os seguintes itens.

- 46 O ácido acetilsalicílico e os anti-inflamatórios não hormonais, em uso isolado, não contraindicam a colocação do cateter peridural.
- 47 Pacientes sob tratamento com abciximab, inibidor de glicoproteína IIa/IIIb, devem suspender o uso desse medicamento por vinte e quatro horas antes do posicionamento do cateter epidural.
- 48 Pacientes sob tratamento com clopidogrel necessitam suspender o uso desse medicamento por sete dias antes da cirurgia e da punção para colocação do cateter.
- 49 A colocação de cateter epidural para analgesia pós-operatória, quando indicada, deverá ser feita com, no mínimo, oito horas após a administração de heparina de baixo peso molecular para trombopprofilaxia.
- 50 A analgesia epidural torácica é uma forma muito efetiva de controle da dor pós-operatória, com efeitos positivos sobre a função pulmonar perioperatória, na redução da resposta neuro-humoral ao trauma cirúrgico e na função gastrointestinal, porém, com efeitos inibitórios sobre a função miocárdica e neurocortical.

PROVA DISCURSIVA DE RESPOSTAS CURTAS

- Nesta prova, faça o que se pede, usando os espaços para rascunho indicados no presente caderno. Em seguida, transcreva os textos para o **CADERNO DE TEXTOS DEFINITIVOS DA PROVA DISCURSIVA DE RESPOSTAS CURTAS**, nos locais apropriados, pois **não serão avaliados fragmentos de texto escritos em locais indevidos**.
- Em cada questão, qualquer fragmento de texto além da extensão máxima de linhas disponibilizadas será desconsiderado. Será também desconsiderado o texto que não for escrito no espaço correspondente.
- No **caderno de textos definitivos**, identifique-se apenas no cabeçalho da primeira página, pois **não será avaliado** texto que tenha qualquer assinatura ou marca identificadora fora do local apropriado.
- Na avaliação de cada questão, será atribuído até 1,0 ponto à capacidade de expressão na modalidade escrita e de uso das normas do registro formal culto da língua portuguesa.

QUESTÃO 1

Um paciente com quarenta e cinco anos de idade, internado em unidade de terapia intensiva, sob ventilação mecânica, com derrame pleural volumoso à esquerda, verificado em radiografia de tórax realizada vinte e quatro horas depois de ele ter sido submetido à punção de veia subclávia esquerda, apresentou piora dos parâmetros ventilatórios nesse período, e seu hemograma completo mostrou 39% de hematócrito e 20.000 leucócitos/mm³.

Com referência ao quadro clínico acima descrito, responda aos seguintes questionamentos.

- ▶ Qual o diagnóstico mais provável?
- ▶ Qual a conduta inicial deve ser tomada para confirmar o diagnóstico?

RASCUNHO – QUESTÃO 1

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 2

Um menino com doze anos de idade, que se queixa de dor torácica prévia e dispneia aos médios esforços, foi submetido a tomografia de tórax com contraste que mostrou grande tumor no mediastino anterior, sem sinais de invasão de estruturas vizinhas, mas com compressão moderada da traqueia.

Acerca do quadro clínico acima descrito, responda aos questionamentos seguintes.

- ▶ Qual o tipo de tumor mais provável?
- ▶ Qual deve ser a abordagem diagnóstica?

RASCUNHO – QUESTÃO 2

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 3

Uma mulher com quarenta anos de idade e diagnóstico prévio de miastenia grave generalizada e moderadamente severa foi submetida a tomografia de tórax que mostrou pequeno tumor em topografia tímica, clinicamente estável. Essa paciente faz uso de 60 mg de prednisona pela manhã e 60 mg de mestinon de oito em oito horas.

Em face do quadro clínico acima descrito, responda aos questionamentos que se seguem.

- ▶ Qual o diagnóstico mais provável?
- ▶ Qual o tratamento indicado?
- ▶ Quais os cuidados pré e perioperatórios?

RASCUNHO – QUESTÃO 3

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 4

Um paciente de sessenta anos de idade com quadro de tosse seca e dor torácica há dois meses foi submetido a PET-CT (tomografia por emissão de positrons por tomografia computadorizada) que demonstrou lesão de 3 cm sugestiva de neoplasia, localizada na periferia do segmento 6 do pulmão, à esquerda, sem adenomegalia mediastinal e sem captação pelo radiofármaco no mediastino. A função pulmonar do paciente é normal e não há comorbidades.

Considerando a necessidade de tratamento cirúrgico do paciente objeto do caso clínico acima descrito, responda aos seguintes questionamentos.

- ▶ Qual o estágio pré-operatório da lesão?
- ▶ Qual a conduta cirúrgica a ser adotada?

RASCUNHO – QUESTÃO 4

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 5

A radiografia de tórax é um importante exame para avaliação do paciente traumatizado e tem seu uso normatizado pelo protocolo do Suporte Avançado à Vida no Trauma.

Com base no protocolo acima mencionado, descreva as principais situações para as quais é indicada a realização do referido exame e cite os aspectos clínicos mais relevantes relacionados a essas situações.

Rascunho – Questão 5

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 6

A hemoptise é uma condição médica usual, que demanda a atenção do cirurgião de tórax e do broncoscopista. A operação deve ser realizada quando necessária, mas há sempre a possibilidade de se tentar estabilizar o paciente e controlar o sangramento antes de ser realizado o procedimento cirúrgico.

Descreva o papel do endoscopista respiratório na assistência ao portador de hemoptise e o tipo de aparelho a ser utilizado nessa situação.

RASCUNHO – QUESTÃO 6

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 7

Uma mulher com quarenta e cinco anos de idade, 60 kg, tabagista de 25 maços/ano, realizou radiografia simples de tórax durante exame de rastreamento solicitado por cardiologista. Ela queixava-se apenas de tosse havia cerca de três anos. A radiografia mostrou nódulo de 2 cm de diâmetro, de contorno bocelado, sem calcificação, no lobo superior de pulmão direito. Não havia adenomegalia mediastinal. No exame de espirometria respiratória, foi encontrado VEF1 de 2,53 L.

Com referência ao caso clínico acima descrito, faça o que se pede a seguir.

- ▶ Cite três das principais opções, clínicas ou cirúrgicas, para avaliação e definição da melhor estratégia de tratamento.
- ▶ Com base na função respiratória da paciente, esclareça se há contra-indicação para a ressecção pulmonar.
- ▶ Considerando que fosse confirmado tratar-se de lesão maligna, informe qual seria o tratamento cirúrgico indicado.

RASCUNHO – QUESTÃO 7

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 8

A lesão traqueal pós-intubação prolongada é a causa mais comum de estenose traqueal benigna. O sintoma primário é a dispneia de esforço, que pode associar-se a sibilos, estridor, e rouquidão. Frequentemente, o quadro é confundido com asma ou bronquite. A depender do grau de estenose, quando não diagnosticado, pode evoluir, de uma a seis semanas em média, para quadros emergenciais com insuficiência respiratória. O diagnóstico baseia-se nos exames radiológico e broncoscópico. Entretanto, nos casos mais indolentes, outro método diagnóstico não invasivo pode ser utilizado, inclusive fazendo-se diagnóstico diferencial com outras condições respiratórias.

Cite qual é esse outro método diagnóstico, e informe quais são as características do resultado da avaliação feita com esse método.

RASCUNHO – QUESTÃO 8

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 9

Um rapaz com vinte e dois anos de idade foi vítima de acidente motociclístico há oito horas. Após atendimento emergencial adequado, o paciente evoluiu com frequência respiratória de 28 incursões por minuto, frequência cardíaca de 115 batimentos por minuto e pressão arterial não invasiva de 110 mmHg × 84 mmHg. Ele apresenta-se levemente confuso, com cianose de extremidades (+/4+), anictérico, hipocorado (+/4+), utilizando musculatura acessória para ventilação, e em uso de máscara de Venturi a 50% 15 L/min, com saturação de oxigênio de 80%. Em seu tórax, que não apresenta deformidades, foi instalado dreno em selo d'água à esquerda. A ausculta revelou murmúrio vesicular rude, audível em ambos os hemitóraxes, crepitações e enfisema subcutâneo em grande área lateral do hemitórax esquerdo, sugerindo fraturas visíveis. Não há alterações abdominais, nos membros nem na região cefálica. Valor da escala de coma de Glasgow de 13 (3+6+4). A tomografia computadorizada do tórax desse paciente mostrou opacidades alveolares extensas em ambos os pulmões, principalmente à esquerda, com fraturas nos ramos posteriores da terceira à sétima costelas, e dreno posicionado neste hemitórax. Gasometria arterial recente mostrou pH = 7,25, pCO₂ = 30 mmHg, pO₂ = 58 mmHg, HCO₃ = 18 e BE (excesso de bases) = -7.

Com referência ao caso clínico acima descrito, faça o que se pede a seguir.

- ▶ Cite sua conclusão diagnóstica sobre o quadro respiratório.
- ▶ Descreva o mecanismo fisiopatológico da alteração dos gases verificado na gasometria arterial.

RASCUNHO – QUESTÃO 9

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 10

Uma mulher com vinte e quatro anos de idade referiu apresentar volumosa hemoptise iniciada há poucos minutos. Ela não tem registro de quadro pregresso semelhante, mas referiu antecedente de tratamento para tuberculose havia alguns anos. A paciente apresentava sangramento volumoso de pelo menos 300 mL e estava cianótica (+/4+), razão por que foi encaminhada para a sala de emergência.

Descreva a conduta frente ao caso acima descrito, contemplando em sua resposta a possibilidade, ou não, de controle não operatório do sangramento.

RASCUNHO – QUESTÃO 10

1	
2	
3	
4	
5	