



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**  
**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026**  
**Grupo K: Pré-Requisito: Cirurgia Básica ou Cirurgia Geral ou**  
**Otorrinolaringologia**  
**Especialidade: Cirurgia de Cabeça e Pescoço**

**NOME COMPLETO**

# BOLETIM DE QUESTÕES

**Nº DE INSCRIÇÃO**

--	--	--	--	--	--	--	--

**LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTE INSTRUÇÕES**

1. Este boletim de questões é constituído de:  
- **50 questões objetivas.**

2. Confira se, além desse boletim de questões, você recebeu o cartão-resposta destinado à marcação das respostas das 50 questões objetivas.

3. **No CARTÃO-RESPOSTA**

a) Confira seu nome e número de inscrição e especialidade que você se inscreveu na parte superior do **CARTÃO-RESPOSTA** que você recebeu.

b) No caso de não coincidir seu nome e número de inscrição, devolva-o ao fiscal e peça-lhe o seu. Se o seu cartão não for encontrado, solicite um cartão virgem, o que não prejudicará a correção de sua prova.

c) Verifique se o Boletim de Questões, está legível e com o número de páginas correto. Em caso de divergência, comunique ao fiscal de sua sala para que este providencie a troca do Boletim de Questões. **Confira**, também, na **Capa do Boletim de Questões** e no rodapé das páginas internas, o nome do pré-requisito para a especialidade pleiteada.

d) Após a conferência, assine seu nome no espaço correspondente do **CARTÃO-RESPOSTA**, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade, utilizando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.

e) Para cada uma das questões existem 5 (cinco) alternativas, classificadas com as letras **a, b, c, d, e**. Só uma responde corretamente ao quesito proposto. Você deve marcar no Cartão-Resposta apenas uma letra. **Marcando mais de uma, você anulará a questão**, mesmo que uma das marcadas corresponda à alternativa correta.

f) **O CARTÃO-RESPOSTA não pode ser dobrado, nem amassado nem rasgado.**

**ATENÇÃO**

6. Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:

  - Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.
  - Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcá-la no Cartão-Resposta definitivamente.
  - Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.
  - Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.

Marque certo o seu cartão como indicado: **CERTO**

  - Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.
  - O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.**

7. Releia estas instruções antes de entregar a prova.

8. Assine na lista de presença, na linha correspondente, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

#### **LEMBRE-SE**

4. A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **8 (oito) horas** e terminando às **12 (doze) horas**.

5. É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

## BOA PROVA

1. Paciente masculino, 55 anos, apresenta disfagia progressiva há 10 anos, regurgitação noturna e emagrecimento. Esofagograma mostra esôfago dilatado com diâmetro de 8 cm, alongado, com retenção de contraste e esvaziamento lentificado. Endoscopia exclui neoplasia. Segundo a classificação de Mascarenhas/Rezende para acalásia, o grau da doença e a melhor conduta cirúrgica neste caso é:
- Ⓐ Grau I; dilatação pneumática seriada
  - Ⓑ Grau II; cardiomiotomia à Heller-Pinotti
  - Ⓒ Grau III; funduplicatura à Nissen
  - Ⓓ Grau III; cardiomiotomia à Heller-Pinotti
  - Ⓔ Grau IV; esofagectomia transhiatal com reconstrução gástrica
2. Paciente masculino, 32 anos, vítima de queda de moto, chega ao pronto-socorro com abertura ocular ao estímulo doloroso, pupilas isocóricas e fotorreagentes, emissão de palavras desconexas e localiza a dor. A pontuação na escala de Glasgow e a conduta inicial mais adequada é:
- Ⓐ Glasgow 13; observação clínica em enfermaria.
  - Ⓑ Glasgow 12; administração de manitol e TC de crânio.
  - Ⓒ Glasgow 9; analgesia e alta hospitalar.
  - Ⓓ Glasgow 9; punção lombar para afastar meningite.
  - Ⓔ Glasgow 10; intubação orotraqueal e TC de crânio.

Leia o caso clínico abaixo para responder as questões de 3 a 5.

Paciente do sexo feminino, 48 anos, com história de perda ponderal, plenitude pós-prandial e vômitos. A endoscopia digestiva alta revela lesão ulcerada em antro gástrico de aproximadamente 2cm, de aspecto infiltrativo, com biópsia confirmado adenocarcinoma pouco diferenciado. Tomografia computadorizada mostra linfonodos perigástricos aumentados, sem metástases à distância. Ecoendoscopia: espessamento da parede gástrica com invasão até a camada subserosa sem comprometimento de estruturas adjacentes; linfonodos regionais hipoecoicos.

3. Com base nos achados do quadro clínico acima, a classificação macroscópica de Bormann e o tipo histológico segundo Lauren respectivamente é:
- Ⓐ Bormann II; tipo difuso
  - Ⓑ Bormann II; tipo intestinal
  - Ⓒ Bormann III; tipo intestinal
  - Ⓓ Bormann III; tipo difuso
  - Ⓔ Bormann IV; tipo difuso

4. O estadiamento clínico (TNM) e a melhor conduta cirúrgica para o caso clínico acima é:
- Ⓐ T2aN0M0 – Gastrectomia endoscópica com margens.
  - Ⓑ T2aN1M0 – Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
  - Ⓒ T3N1M0 – Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
  - Ⓓ T3N1M0 – Gastrojejunostomia paliativa.
  - Ⓔ T4bN1M0 – Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
5. Após ser submetida à tratamento cirúrgico curativo, durante o seguimento oncológico de rotina, é identificada massa pélvica sólida-cística unilateral à direita, medindo 5 cm, em exame de imagem. A paciente encontra-se assintomática e sem outras alterações laboratoriais significativas. Com base nesse quadro clínico, o diagnóstico mais provável e a conduta oncológica indicada é:
- Ⓐ recidiva locoregional — reabordagem cirúrgica curativa com ressecção do leito gástrico.
  - Ⓑ tumor primário de ovário — ooforectomia unilateral direita com estadiamento ginecológico.
  - Ⓒ recidiva linfonodal retroperitoneal — radioterapia adjuvante exclusiva.
  - Ⓓ metástase peritoneal isolada — citorredução completa e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).
  - Ⓔ tumor de Krukenberg — tratamento paliativo sistêmico com quimioterapia.
6. Paciente com história de ferimento por arma branca em tórax anterior apresenta hipotensão, turgência jugular e bulhas cardíacas hipofonéticas. O diagnóstico mais provável e a conduta imediata é:
- Ⓐ pneumotórax hipertensivo; punção torácica com agulha.
  - Ⓑ hemotórax maciço; drenagem torácica com selo d'água.
  - Ⓒ tamponamento cardíaco; pericardiocentese.
  - Ⓓ contusão pulmonar; suporte ventilatório.
  - Ⓔ choque neurogênico; reposição volêmica com cristaloides.
7. Paciente masculino, 30 anos, vítima de ferimento por arma branca em flanco esquerdo, está hemodinamicamente estável, com dor localizada e sinais de irritação peritoneal. FAST é positivo para líquido livre. A conduta mais adequada neste caso é:
- Ⓐ laparotomia exploradora imediata.
  - Ⓑ lavagem peritoneal diagnóstica.
  - Ⓒ observação clínica por 24 horas.
  - Ⓓ TC de abdome com contraste intravenoso.
  - Ⓔ antibioticoterapia e alta hospitalar.

- 8.** Paciente masculino, 74 anos, com constipação crônica, apresenta dor abdominal intensa, distensão progressiva, vômitos fecaloides, hipotensão e parada de eliminação de flatos há 48 horas. Radiografia mostra distensão de cólon com níveis hidroaéreos e ausência de gás em reto. TC evidencia lesão estenosante em sigmoide, válvula ileocecal competente e pneumoperitônio. Há sinais de peritonite difusa. O diagnóstico mais provável e a conduta cirúrgica mais adequada neste caso é:
- a** obstrução mecânica simples; colectomia segmentar com anastomose primária.
  - b** obstrução funcional; tratamento clínico com laxativos e dieta líquida.
  - c** abdome agudo perfurativo; colectomia segmentar com anastomose primária.
  - d** obstrução em alça fechada; colectomia total com ileostomia terminal.
  - e** síndrome de Ogilvie; colonoscopia terapêutica com dilatação da estenose.
- 9.** Paciente masculino, 65 anos, apresenta icterícia progressiva há 3 semanas, colúria, acolia fecal, prurido e perda ponderal. Ao exame físico, observa-se vesícula biliar palpável e indolor no hipocôndrio direito. Laboratório mostra bilirrubina total de 12 mg/dL (direta 10,2), fosfatase alcalina elevada e transaminases discretamente alteradas. Ultrassonografia abdominal revela dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. O diagnóstico mais provável e conduta a tomar é:
- a** hepatite viral aguda; deve-se solicitar sorologias virais.
  - b** neoplasia periampular; deve-se investigar com colangio-RM e TC de abdome.
  - c** cirrose hepática descompensada; deve-se realizar paracentese diagnóstica.
  - d** tumor de Klatskin; deve-se indicar ressecção hepática com drenagem biliar.
  - e** coledocolitíase; deve-se indicar CPRE terapêutica imediata.
- 10.** Paciente masculino, 22 anos, relata abaulamento intermitente em região inguinal direita, que aumenta após atividade física e desaparece em repouso. Ao exame, nota-se protrusão que segue o trajeto do cordão espermático. O diagnóstico mais provável neste caso é:
- a** hérnia femoral.
  - b** hérnia inguinal direta.
  - c** hérnia epigástrica.
  - d** hérnia inguinal indireta.
  - e** hérnia umbilical.
- 11.** Paciente de 58 anos com hérnia inguinal direita sintomática é submetido à hernioplastia com tela. O cirurgião opta por técnica através de inguinotomia com colocação de tela sobre o assoalho do canal inguinal, sem sutura sob tensão. O nome da técnica utilizada é:
- a** Técnica de Bassini.
  - b** Técnica de Shouldice.
  - c** Técnica de Lichtenstein.
  - d** Técnica laparoscópica TEP.
  - e** Técnica de McVay.
- 12.** Paciente masculino, 72 anos, com hérnia inguinal direita conhecida, apresenta dor intensa, náuseas, vômitos e massa irreduzível com sinais flogísticos. Exames mostram leucocitose e lactato elevado. Durante a cirurgia, observa-se alça intestinal necrótica dentro do saco herniário. A conduta cirúrgica mais adequada é:
- a** redução manual da alça e fechamento do anel herniário.
  - b** herniorrafia com tela após redução da alça.
  - c** ressecção da alça necrótica e hernioplastia à Lichtenstein.
  - d** ressecção da alça necrótica e herniorrafia à Bassini.
  - e** antibioticoterapia e observação clínica.
- 13.** Paciente feminino, 35 anos, relata azia diária, regurgitação ácida após refeições e piora dos sintomas ao se deitar. Nega perda ponderal ou disfagia. O diagnóstico mais provável e a conduta inicial neste caso é:
- a** úlcera gástrica; solicitar endoscopia e iniciar antibiótico.
  - b** DRGE; iniciar inibidor de bomba de prótons e medidas posturais.
  - c** esofagite infeciosa; solicitar sorologia viral.
  - d** dispepsia funcional; iniciar procinético e dieta líquida.
  - e** neoplasia esofágica; solicitar TC de tórax e biópsia.
- 14.** Paciente masculino, 42 anos, com DRGE há 5 anos, mesmo com posologia otimizada de IBP, mantém sintomas noturnos e episódios de broncoaspiração. Endoscopia mostra esofagite grau C de Los Angeles. Manometria esofágica é normal e pHmetria confirma refluxo ácido. A conduta mais adequada neste caso é:
- a** aumentar dose de IBP e manter tratamento clínico.
  - b** iniciar corticoide oral e repetir endoscopia em 6 meses.
  - c** realizar fundoplicatura à Nissen por via laparoscópica.
  - d** indicar gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux.
  - e** realizar dilatação esofágica com balão terapêutico.

- 15.** Paciente masculino, 52 anos, IMC 42 kg/m<sup>2</sup>, diabético tipo 2 há 8 anos, em uso de insulina, com controle glicêmico insatisfatório. Apresenta apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial, esteatose hepática e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) moderada. Após avaliação multidisciplinar, é considerado apto para cirurgia bariátrica. O procedimento mais indicado para controle metabólico, melhora da DRGE e perda ponderal sustentada é:
- a** banda gástrica ajustável por videolaparoscopia.
  - b** gastrectomia vertical.
  - c** funduplicatura à Nissen.
  - d** gastroplastia vertical com anel restritivo.
  - e** cirurgia de Fobi-Capella.
- 16.** Durante a resposta metabólica ao trauma grave, observa-se um aumento de hormônios catabólicos. Dentre os eventos abaixo, a alternativa que está mais diretamente relacionada ao estado hipermetabólico prolongado é:
- a** Inibição da gliconeogênese hepática.
  - b** Estimulação da síntese proteica muscular.
  - c** Ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal com liberação de cortisol.
  - d** Supressão da atividade simpática.
  - e** Aumento da secreção de insulina.
- 17.** A hiperglicemia observada em pacientes politraumatizados decorre principalmente de:
- a** Hipofunção pancreática exócrina.
  - b** Diminuição da secreção de cortisol.
  - c** Liberação de insulina em excesso.
  - d** Resistência periférica à insulina induzida por catecolaminas.
  - e** Hipoglicemia compensatória de rebote.
- 18.** Um homem de 60 anos apresenta dor súbita e aumento de volume inguinal à direita, irreduzível, com sinais de obstrução intestinal. A conduta mais adequada neste caso, é:
- a** Tentativa de redução manual sob analgesia.
  - b** Observação ambulatorial.
  - c** Correção eletiva com tela após melhora clínica.
  - d** Antibioticoterapia e repouso absoluto.
  - e** Cirurgia de urgência por suspeita de hérnia estrangulada.
- 19.** Sobre a técnica de Lichtenstein para herniorrafia inguinal, é correto afirmar que:
- a** Prescinde do uso de tela sintética.
  - b** É indicada apenas em hérnias encarceradas.
  - c** Consiste em reforço da parede posterior com tela de polipropileno.
  - d** Exige obrigatoriamente anestesia geral.
  - e** Tem maior taxa de recidiva do que Shouldice.
- 20.** A hérnia de Richter caracteriza-se por:
- a** Protrusão de parte da parede intestinal, sem oclusão completa da luz.
  - b** Estrangulamento exclusivo de epílon.
  - c** Encarceramento de alça intestinal com comprometimento da luz total.
  - d** Presença de conteúdo retroperitoneal na hérnia.
  - e** Hérnia que ocorre somente em recém-nascidos.
- 21.** Paciente vítima de acidente automobilístico apresenta-se hipotônico, taquicárdico e com dor abdominal difusa. A ultrassonografia FAST é positiva para líquido livre. A conduta imediata, neste caso, é:
- a** Coleta de exames laboratoriais e observação.
  - b** Laparoscopia diagnóstica.
  - c** Reposição volêmica e tomografia.
  - d** Laparotomia exploradora imediata.
  - e** Laparotomia apenas após estabilização clínica.
- 22.** A tríade letal no trauma grave é composta por:
- a** Hipotermia, hipocalcemia e acidose.
  - b** Hipoglicemia, coagulopatia e hipotermia.
  - c** Hipotermia, acidose metabólica e coagulopatia.
  - d** Hipercalemia, choque e insuficiência renal.
  - e** Hipoxemia, hipercapnia e acidose.
- 23.** Em relação ao trauma torácico, o hemotórax maciço é definido como:
- a** presença de mais de 500 mL de sangue na cavidade pleural.
  - b** volume ≥ 1500 mL drenado imediatamente ou sangramento contínuo ≥ 200 mL/h.
  - c** qualquer sangramento com instabilidade hemodinâmica.
  - d** necessidade de toracotomia imediata.
  - e** acúmulo progressivo de sangue sem colapso pulmonar.
- 24.** A via aérea definitiva no paciente politraumatizado é caracterizada por:
- a** o uso de cânula nasal de alto fluxo.
  - b** máscara laringea com sedação consciente.
  - c** intubação orotraqueal com balonete inflado na traqueia.
  - d** ventilação com bolsa-válvula-máscara.
  - e** ventilação não invasiva com CPAP.

- 25.** Um paciente com apendicite aguda não complicada é operado 18 horas após início dos sintomas. Entre as condutas a seguir, a que está mais alinhada com a prática atual é:
- a** uso obrigatório de antibióticos por 7 dias no pós-operatório.
  - b** apendicectomia videolaparoscópica e alta precoce em 24h.
  - c** laparotomia ampla devido ao risco de peritonite.
  - d** coleta de cultura peritoneal em todos os casos.
  - e** apendicectomia apenas em caso de falha do tratamento clínico.
- 26.** Sobre a perda auditiva induzida pelo ruído e surdez profissional /ocupacional, assinale a alternativa correta.
- a** Na surdez profissional, a perda auditiva é insidiosa, instalando-se após meses ou anos.
  - b** A perda auditiva ocorre geralmente em frequências graves para depois se instalar nas outras frequências, caso haja persistência do estímulo sonoro.
  - c** O risco de perda auditiva não aumenta com o aumento do estímulo sonoro, tendo relação principalmente com o tempo de exposição.
  - d** A perda auditiva inicial é por característica neurosensorial, evoluindo para perda mista com a progressão da perda e do estímulo sonoro.
  - e** Perda auditiva súbita com incidência de evento de exposição a estímulo sonoro entre 25 e 35 dB de caráter incidental em ambiente de trabalho.
- 27.** Sobre as otites médias, assinale a alternativa correta.
- a** Os três microrganismos bacterianos mais frequentes causadores da otite média aguda são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Pseudomonas aeruginosa*.
  - b** A vacina contra *Haemophilus influenzae* protege principalmente contra *H. influenzae* tipo B, que frequentemente é o tipo presente nas otites médias agudas. Assim, é imprescindível sua administração em pacientes com otites recorrentes.
  - c** A resolução espontânea da otite média aguda acontece em torno de 80% dos casos, com melhora sem antibiótico.
  - d** Devido a popularização da vacina conjugada antipneumocócica, *Moraxella catarrhalis* vem ganhando espaço como o principal agente etiológico nas otites médias agudas.
  - e** Nos quadros agudos em crianças vemos mais comumente a otite de origem bacteriana e se faz necessária a indicação terapêutica com antibióticos já nas primeiras 72h para evitar recidivas.
- 28.** Um recém-nascido de 5 dias foi submetido à triagem auditiva neonatal utilizando um equipamento de Emissões Otoacústicas (OEA). O exame detectou ausência de resposta em uma das orelhas. O conduto auditivo estava pérvio, sem alterações à otoscopia. Qual a principal justificativa fisiológica para a ausência de resposta nesse exame, considerando a fisiologia da OEA?
- a** A ausência de resposta indica maturação incompleta do córtex auditivo central.
  - b** Pequenos transtornos na orelha média podem interferir na captação das OEA (descamação do CAE, predomínio da massa ).
  - c** As EOAs não são sensíveis a alterações cocleares, apenas centrais.
  - d** O teste depende da integridade das células ciliadas internas, e não das células ciliadas externas.
  - e** Esse exame deve ser realizado apenas após o sexto mês de vida.
- 29.** BFS, 45 anos, feminina, procurou atendimento médico por estar sendo confundida com homem quando fala ao telefone. Relata que a disfonia iniciou há 5 anos, de forma progressiva e consistente. Nega dispneia, disfagia ou outras queixas. Tem como antecedentes HAS e tabagismo (20 cigarros ao dia) há 28 anos. Baseado somente na história clínica, a principal hipótese diagnóstica é:
- a** Edema de Reinke
  - b** Pólipo vocal
  - c** Cisto de prega vocal
  - d** Nódulos vocais
  - e** Estria vocal congênita
- 30.** Quais as fases do sono que estão reduzidas nos pacientes com apneia obstrutiva do sono:
- a** Fases N1 e N2 do sono NREM e sono REM
  - b** Fases N2 e N3 do sono NREM
  - c** Fase N3 do sono NREM e sono REM
  - d** Apenas o sono REM
  - e** Apenas fase N1
- 31.** A puberdade é uma fase crítica e de intensas mudanças. Neste período da vida podemos encontrar alteração na secreção de hormônios. Assinale a alternativa que apresenta a fase do sono na qual ocorre a maior liberação de hormônio do crescimento (GH):
- a** atraso de fase do sono.
  - b** sono de ondas Delta.
  - c** sono superficial de ondas rápidas.
  - d** sono com movimentos rápidos dos olhos.
  - e** sono de ondas mistas em dente de serra.

- 32.** Paciente de 45 anos vem ao atendimento na UPA com queixa de perda auditiva de aparecimento súbito acompanhado de zumbido, vertigens, náuseas e vômitos. Refere não ter tido dor local, não ter tido sintomas gripais e não possuir antecedentes para esses sintomas. Com base nesse breve relato e após realizar otoscopia sem achados inflamatórios, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- a** OMA - Otite Média Aguda
  - b** OMC – Otite Média Crônica
  - c** Neurite Vestíbulo-Coclear
  - d** Síndrome Vestibular Periférica
  - e** Vertigem Postural Paroxística Benigna – VPPB
- 33.** Menor com 2 anos e 8 meses, mora em comunidade quilombola, vem ao atendimento pediátrico para avaliação pela primeira vez. Mãe refere que o menor NÃO vem reagindo convenientemente aos estímulos sonoros e até o presente momento NÃO evoluiu com desenvolvimento adequado da fala. Mãe não realizou pré-natal e teve o parto em casa com auxílio de parteira. Para avaliação da integridade da via auditiva e seu respectivo limiar a alternativa que apresenta o exame de escolha para esta idade do paciente é:
- a** Impedanciometria.
  - b** Audiometria tonal infantil.
  - c** Emissões Otoacústicas transientes e produto de distorção.
  - d** BERA ou PEATE (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico).
  - e** Teste de Hilger.
- 34.** Mãe refere que seu filho de 03 anos ronca e dorme com a boca aberta, além de ter um sono agitado, acordar muito a noite e ser acometido frequentemente de Infecção de vias aéreas. Durante o exame clínico o pediatra percebe haver uma respiração oral constante, lábio superior curto e inferior evertido, olheiras e face alongada induzindo ao diagnóstico de fáscies do respirador bucal. Apenas levando em consideração a análise clínica a alternativa que seria a primeira opção na ordem correta de investigação complementar, é:
- a** Tomografia de face.
  - b** Raio X de cavum e seios da face.
  - c** PRIC TEST – Teste alérgico cutâneo.
  - d** Rx de tórax.
  - e** Ressonância Magnética de crânio.
- 35.** Segundo os critérios de PARADISE as amigdalites recorrentes podem ser classificadas se apresentarem:
- a** quatro ou mais episódios de amigdalite em um ano.
  - b** três ou mais episódios por ano, em dois anos consecutivos.
  - c** três ou mais episódios por ano, em três anos consecutivos.
  - d** dois episódios nos últimos 6 meses.
  - e** ter tido duas internações no ano por esse motivo.
- 36.** Paciente idoso, 76 anos, diabético, hipertenso, vem ao pronto socorro do hospital da sua cidade, com queixa de tonturas do tipo rotatória com início há duas horas, náusea, vômitos e sudorese. Além de realizar a avaliação clínica indicada, como conduzir:
- a** Ressonância magnética de crânio.
  - b** Betaistina 48 mg 2 x dia, alta e ambulatório de otorrinolaringologia.
  - c** Protocolo HINTS, avaliação da ataxia e da audição (qualquer método).
  - d** Angiotomografia.
  - e** Cinarizina e alta para acompanhamento ambulatorial.
- 37.** Menor de 3 anos, frequenta escolinha desde 2 anos, apresenta febre elevada há 3 dias, sialorréia, recusa alimentar. Vem ao consultório na urgência apresentando pequenas exulcerações agrupadas próximas a úvula e hiperemia difusa da faringe. O diagnóstico e conduta mais adequados neste caso são:
- a** Amigdalite por estreptococo B hemolítico/ amoxicilina.
  - b** Faringoamigdalite por Moraxella / cefalosporina.
  - c** Viral (influenza ou adenovírus) / sintomáticos.
  - d** Herpangina / sintomáticos.
  - e** Monilíase oral/ antifúngico oral e tópico.
- 38.** Paciente com disfonia há 30 dias, vem ao consultório relatando disfonia que percebeu após quadro viral. A conduta deverá sempre incluir:
- a** Rx de face- 4 posições
  - b** Tomografia computadorizada de face
  - c** Videolaringoscopia
  - d** Endoscopia digestiva alta
  - e** Videodeglutograma
- 39.** Na paralisia de Prega Vocal Esquerda, deve-se sempre atentar para:
- a** História de coqueluche na infância.
  - b** Abuso vocal.
  - c** Entubação prévia.
  - d** Lesão tumoral em ápice pulmonar.
  - e** Doença autoimune da tireoide.

40. O sistema auditivo tem como divisão vias auditivas:

- a Externas e internas
- b Periféricas e centrais
- c Conduтивas e mistas
- d Recepção e transdução
- e Externas, médias e centrais

41. A tuba auditiva é um canal que comunica as estruturas:

- a Meato médio a orelha média
- b Rinofaringe a mastóide
- c Meato médio a mastóide
- d Cavum a orelha média
- e Cavum a orofaringe

42. A cóclea é responsável por converter energia \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_. E tem células ciliadas que existem em internas com \_\_\_\_\_ fileira e externas com \_\_\_\_\_ fileiras.

A alternativa que preenche corretamente as lacunas acima é:

- a Sonora, mecânica, 3, 1
- b Mecânica, elétrica, 1,3
- c Elétrica, mecânica, 2,4
- d Mecânica, elétrica, 4,2
- e Física, química, 2, 4

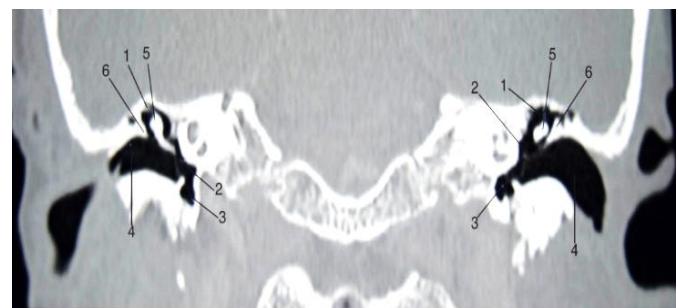
43. Em relação ao osso temporal, marque a alternativa com as porções que o compõem:

- a Mastoidea, petrosa, escamosa
- b Occipital, tegmem, escamosa e facial
- c Timpânica, tubária, facial e petrosa
- d Porção lisa, petrosa, carotídea
- e Escamosa, timpânica, petrosa mastoidea

44. O limite inferior da apófise mastóide é marcado por uma saliência que corresponde à projeção interna da estrutura:

- a incisura digástrica
- b porção do facial
- c corda do tímpano
- d músculo externo cleido mastoideo
- e jugular

45. Observe a imagem abaixo:



Fonte: Tratado de Otorrinolaringologia e Cabeça e pescoço. 2 vol.,4th Edition. Pag. 79. Capítulo: exame de imagem em otorrinolaringologia

Nesta imagem de tomografia computadorizada da mastoide, a estrutura identificada pelo número 6, é:

- a Esporão de Virchow
- b Esporão de Chaussé
- c Espinha epitimpânica
- d Protuberância mastoidea
- e Escama Temporal

46. Menor de 5 anos de idade, apresenta prurido nasal, coriza, obstrução e espirros frequentes vem ao consultório médico com queixa da mãe informando sangramento nasal unilateral, recente, ocorrido a noite em período de Infecção de vias aéreas superiores. Com base nas informações acima, o local mais provável de ocorrência do local do sangramento, é:

- a Adenóide
- b Plexo de Woodruff
- c Cauda de corneto médio
- d Meato médio
- e Zona de Kisselbach

47. Sobre a drenagem linfática da laringe, é INCORRETO afirmar que:

- a tem participação importante nas neoplasias.
- b na região glótica há uma riqueza de linfáticos.
- c os linfáticos supra glóticos drenam para linfonodos cervicais profundos superiores.
- d os linfáticos da subglote drenam para linfonodos pré-traqueais.
- e os linfáticos da subglote drenam para linfonodos cervicais profundos inferiores.

48. Sobre deglutição, assinale a alternativa correta.

- a existem duas fases de deglutição (oral e faríngea).
- b contração faríngea, fechamento laríngeo e elevação laríngea compõe completamente a fase faríngea.
- c a fase oral consiste em preparação, qualificação, organização e ejeção do bolo alimentar.
- d a fase faríngea é muito lenta.
- e a participação do fechamento velofaríngeo não é importante.

49. Sobre a laringe marque a alternativa **INCORRETA**.

- a o músculo tireoaritenóideo existe em número par e sua função é adutora.
- b o cricoaritenóideo posterior tem função adutora e tensora.
- c os interaritenóideos são adutores.
- d o cricotireoideo é par e é principal tensor das pregas vocais.
- e a inervação da laringe é feita pelo laríngeo inferior exceto no cricotireoideo.

50. Sobre complicações tardias da traqueostomia na criança. Assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a tecido de granulação.
- b colapso supra estomal.
- c traqueíte bacteriana.
- d estenose subglótica.
- e enfisema subcutâneo.



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**  
**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026**  
**Grupo K: Pré-Requisito: Cirurgia Básica ou Cirurgia Geral ou**  
**Otorrinolaringologia**  
Especialidade: Cirurgia de Cabeça e Pescoço

**GABARITO DO CANDIDATO**

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	