

1. Paciente masculino, 55 anos, apresenta disfagia progressiva há 10 anos, regurgitação noturna e emagrecimento. Esfagograma 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:
 - a) Grau I; dilatação pneumática seriada
 - b) Grau II; cardiomiectomia à Heller-Pinotti
 - c) Grau III; funduplicatura à Nissen
 - d) Grau III; cardiomiectomia à Heller-Pinotti
 - e) 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:
 - a) Glasgow 13; observação clínica em enfermagem.
 - b) Glasgow 12; administração de manitol e TC de crânio.
 - c) Glasgow 9; analgesia e alta hospitalar.
 - d) Glasgow 9; punção lombar para afastar meningite.
 - e) 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 confirmando 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 hipoeoicos.

3. Com base nos achados do quadro clínico acima, a classificação macroscópica de Bormann e o tipo histológico segundo Lauren respectivamente é:
 - a) Bormann II; tipo difuso
 - b) Bormann II; tipo intestinal
 - c) Bormann III; tipo intestinal
 - d) Bormann III; tipo difuso
 - e) Bormann IV; tipo difuso
4. O estadiamento clínico (TNM) e a melhor conduta cirúrgica para o caso clínico acima é:
 - a) T2aN0M0 – Gastrectomia endoscópica com margens.
 - b) T2aN1M0 – Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
 - c) T3N1M0 – Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2.
 - d) T3N1M0 – Gastrojejunostomia paliativa.
 - e) 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:
 - a) recidiva locorregional — reabordagem cirúrgica curativa com ressecção do leito gástrico.
 - b) tumor primário de ovário — ooforectomia unilateral direita com estadiamento ginecológico.
 - c) recidiva linfonodal retroperitoneal — radioterapia adjuvante exclusiva.
 - d) metástase peritoneal isolada — citorredução completa e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).
 - e) 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:
 - a) pneumotórax hipertensivo; punção torácica com agulha.
 - b) hemotórax maciço; drenagem torácica com selo d'água.
 - c) tamponamento cardíaco; pericardiocentese.
 - d) contusão pulmonar; suporte ventilatório.
 - e) 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:
 - a) laparotomia exploradora imediata.
 - b) lavagem peritoneal diagnóstica.
 - c) observação clínica por 24 horas.
 - d) TC de abdome com contraste intravenoso.
 - e) 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 infecciosa; 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.

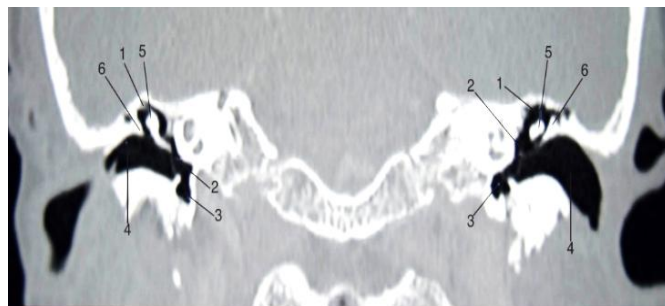
- 15.** Paciente masculino, 52 anos, IMC 42 kg/m², diabético tipo 2 há 8 anos, em uso de insulina, com controle glicêmico insatisfatório. Apresenta apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial, esteatose hepática e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) moderada. Após avaliação multidisciplinar, 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 epíplon.
 - 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 hipotenso, 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) Hipercalcemia, 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 laríngea 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:
- uso obrigatório de antibióticos por 7 dias no pós-operatório.
 - apendicectomia videolaparoscópica e alta precoce em 24h.
 - laparotomia ampla devido ao risco de peritonite.
 - coleta de cultura peritoneal em todos os casos.
 - 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.
- Na surdez profissional, a perda auditiva é insidiosa, instalando-se após meses ou anos.
 - A perda auditiva ocorre geralmente em frequências graves para depois se instalar nas outras frequências, caso haja persistência do estímulo sonoro.
 - O risco de perda auditiva não aumenta com o aumento do estímulo sonoro, tendo relação principalmente com o tempo de exposição.
 - A perda auditiva inicial é por característica neurossensorial, evoluindo para perda mista com a progressão da perda e do estímulo sonoro.
 - 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.
- Os três microrganismos bacterianos mais frequentes causadores da otite média aguda são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Pseudomonas aeruginosa*.
 - A vacina contra *Haemophilus influenzae* protege principalmente contra *H. influenza* tipo B, que frequentemente é o tipo presente nas otites médias agudas. Assim, é imprescindível sua administração em pacientes com otites recorrentes.
 - A resolução espontânea da otite média aguda acontece em torno de 80% dos casos, com melhora sem antibiótico.
 - Devido a popularização da vacina conjugada antipneumocócica, *Moraxella catarrhalis* vem ganhando espaço como o principal agente etiológico nas otites médias agudas.
 - 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 ausência de resposta indica maturação incompleta do córtex auditivo central.
 - Pequenos transtornos na orelha média podem interferir na captação das OEA (descamação do CAE, predomínio da massa).
 - As EOA não são sensíveis a alterações cocleares, apenas centrais.
 - O teste depende da integridade das células ciliadas internas, e não das células ciliadas externas.
 - 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 disфонia 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:
- Edema de Reinke
 - Pólipo vocal
 - Cisto de prega vocal
 - Nódulos vocais
 - Estria vocal congênita
- 30.** Quais as fases do sono que estão reduzidas nos pacientes com apnéia obstrutiva do sono:
- Fases N1 e N2 do sono NREM e sono REM
 - Fases N2 e N3 do sono NREM
 - Fase N3 do sono NREM e sono REM
 - Apenas o sono REM
 - 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):
- atraso de fase do sono.
 - sono de ondas Delta.
 - sono superficial de ondas rápidas.
 - sono com movimentos rápidos dos olhos.
 - 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 Otoacusticas transientes e produto de distorção.
 - d) BERA ou PEATE (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico).
 - e) Teste de Hilgher.
- 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 fâcias 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 ambulatorio 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, frequente 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 tireóide.

40. O sistema auditivo tem como divisão vias auditivas:
- Externas e internas
 - Periféricas e centrais
 - Condutivas e mistas
 - Recepção e transdução
 - Externas, médias e centrais
41. A tuba auditiva é um canal que comunica as estruturas.
- Meato médio a orelha média
 - Rinofaringe a mastóide
 - Meato médio a mastóide
 - Cavum a orelha média
 - 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:
- Sonora, mecânica, 3, 1
 - Mecânica, elétrica, 1,3
 - Elétrica, mecânica, 2,4
 - Mecânica, elétrica, 4,2
 - Física, química, 2, 4
43. Em relação ao osso temporal, marque a alternativa com as porções que o compõem:
- Mastoidea, petrosa, escamosa
 - Occipital, tegmem, escamosa e facial
 - Timpânica, tubária, facial e petrosa
 - Porção lisa, petrosa, carotídea
 - Escamosa, timpânica, petrosa mastoidea
44. O limite inferior da apófise mastóide é marcado por uma saliência que corresponde à projeção interna da estrutura:
- incisura digástrica
 - porção do facial
 - corda do tímpano
 - músculo externo cleido mastoideo
 - 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 otologia

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

- Esporão de Virchow
 - Esporão de Chaussé
 - Espinha epitimpânica
 - Protuberância mastoidea
 - 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:
- Adenóide
 - Plexo de Woodruff
 - Cauda de corneto médio
 - Meato médio
 - Zona de Kisselbach
47. Sobre a drenagem linfática da laringe, é **INCORRETO** afirmar que:
- tem participação importante nas neoplasias.
 - na região glótica há uma riqueza de linfáticos.
 - os linfáticos supra glóticos drenam para linfonodos cervicais profundos superiores.
 - os linfáticos da subglote drenam para linfonodos pré-traqueais.
 - os linfáticos da subglote drenam para linfonodos cervicais profundos inferiores.
48. Sobre deglutição, assinale a alternativa correta.
- existem duas fases de deglutição (oral e faríngea).
 - contração faríngea, fechamento laríngeo e elevação laríngea compõe completamente a fase faríngea.
 - a fase oral consiste em preparação, qualificação, organização e ejeção do bolo alimentar.
 - a fase faríngea é muito lenta.
 - 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 cricotireóideo é par e é principal tensor das pregas vocais.
- e a inervação da laringe é feita pelo laríngeo inferior exceto no cricotireóideo.

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