



PROCESSO SELETIVO 2025
PERÍODO LETIVO 2026

PROVA DE ESPECIALIZAÇÃO EM OTORRINOLARINGOLOGIA

INSTRUÇÕES

- 1) Confira se os dados impressos acima, que identificam esta prova, estão corretos.
- 2) O caderno de prova deverá conter 25 (vinte e cinco) questões de múltipla escolha.
- 3) A duração da prova **com início às 08:00 e término às 09:00**, incluindo o preenchimento do Cartão-Resposta.
- 4) A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo, portanto, permitidas perguntas aos Fiscais.
- 5) A prova é **INDIVIDUAL**, sendo vetada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.
- 6) Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.
- 7) Em cada questão, há somente uma resposta correta.
- 8) Não copie as respostas para comparar com o resultado, pois a ordem das alternativas publicadas poderá ser diferente da apresentada neste caderno de provas.
- 9) O caderno de prova deverá ser entregue para o Fiscal, juntamente com o Cartão-Resposta.
- 10) Ao receber seu Cartão-Resposta, aja da seguinte forma:
 - a) verifique se os dados pré-impressos estão corretos;
 - b) assine no local indicado;
 - c) marque no espaço correspondente, com caneta esferográfica, escrita normal, tinta azul ou preta o campo correspondente à alternativa que considera correta em cada questão;
 - d) não o amasse, nem dobre.



PROCESSO SELETIVO 2025
PERÍODO LETIVO 2026

PROVA DE ESPECIALIZAÇÃO EM OTORRINOLARINGOLOGIA

1-Sobre a malformação de Michel, podemos afirmar:

- a) Boa resposta a implante coclear para implante coclear
- b) Boa resposta terapêutica com AASI
- c) Implante de tronco é uma opção de tratamento
- d) Orelha média geralmente é alterada

2- A respeito da fissura submucosa, podemos afirmar:

- a) Adenoidectomia é sempre contraindicada
- b) Raramente tem disfunção tubária associada
- c) Tríade composta por: entalhe no palato duro, translucidez palato mole, úvula bífida
- d) Técnica de furrow não é uma boa opção para correção quando há incompetência velofaríngea

3- Sobre a síndrome de Pendred é INCORRETO:

- a) É a causa mais comum de surdez genética sindrômica
- b) Associada a bócio tireoideano que pode apresentar função tireoideana normal
- c) Comumente associada a aqueduto vestibular alargado
- d) A malformação coclear mais comum associada é cavidade comum

4- O gene mais comum da surdez genética e sua proteína associada é:

- a) GJB6 – conexina 26
- b) GJB2 – conexina 23
- c) GJB6 – conexina 23
- d) GJB2 – conexina 26

5- Mondini é uma malformação da orelha interna caracterizada por partição incompleta da cóclea tipo 2, além de:

- a) Aqueduto alargado + vestíbulo alargado
- b) Vestíbulo e canais semicirculares hipoplásicos
- c) Vestíbulo alargado + canais hipoplásicos
- d) Vestíbulo hipoplásico + vestíbulo alargado

6- As malformações e alterações faciais que encontramos em pacientes pediátricos são muito variadas e, com muita frequência, constituem expressões de síndromes conhecidas. Crianças com a tríade de anomalias composta por micrognatia, glossoptose e fissura palatina são portadoras da síndrome de:

- a) Pierre Robin
- b) Goldenhar.
- c) Apert.
- d) Crouzon.

7- A atresia coanal congênita é uma anomalia rara, caracterizada pela obliteração unilateral ou bilateral da abertura posterior da cavidade nasal. Sobre esse tema, qual é a alternativa FALSA:

- a) A maior parte das atresias coanais é de constituição mista, ou seja, ósseas e membranosas.
- b) A atresia coanal congênita geralmente se apresenta isolada, eventualmente em associação com outra malformação congênita.
- c) Além da obliteração da coana, está também associada a medialização das apófises pterigoides e da parede lateral do nariz.
- d) Faz parte do diagnóstico diferencial em um recém-nato com sinais de cianose e asfixia.

8- Um menino de 7 anos apresenta ronco noturno habitual, sono agitado e episódios de pausas respiratórias presenciadas pelos pais. Pela manhã, acorda irritado e com dificuldade de concentração na escola. Ao exame, nota-se hipertrofia tonsilar grau IV.

Qual é o exame complementar padrão-ouro para confirmação da síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) em pediatria?

- a) Oximetria noturna domiciliar.
- b) Nasofibroscopia.
- c) Polissonografia noturna.
- d) Radiografia de cavum.

9- Uma menina de 5 anos com histórico de hipertrofia adenotonsilar apresenta ronco habitual, apneias noturnas e sonolência diurna excessiva. Foi realizada polissonografia, que revelou IAH = 8 eventos/hora.

Qual é a conduta mais adequada neste caso?

- a) Observar a evolução, pois a tendência é regressão espontânea.
- b) Iniciar tratamento com corticoide sistêmico oral.
- c) Adenotonsilectomia.
- d) Prescrever CPAP domiciliar como primeira linha.

10- JCP, feminino, 3 meses e 15 dias, deu entrada no pronto atendimento com esforço respiratório, estridor bifásico e tiragem intercostal moderada com evolução de 24 horas. Nega queixas nasais. Nega tosse. Nega febre. Tem história de quadro de bronquiolite viral aguda há 30 dias, que foi tratada em UTI, ficando intubada por 5 dias, com melhora completa e alta hospitalar após 10 dias.

Qual a hipótese diagnóstica mais provável do quadro atual e qual o exame complementar mais adequado?

- a) Estenose subglótica pós-intubatória. Videonasolaringoscopia em centro cirúrgico sob anestesia geral
- b) Estenose subglótica congênita. Tomografia de laringe
- c) Recorrência da bronquiolite viral aguda. Broncoscopia sob anestesia geral em centro cirúrgico
- d) Laringite aguda bacteriana. Hemograma e PCR

11- ABT, 7 anos, masculino. Quadro de disfonia leve persistente há 6 meses. Pais relatam abuso vocal frequente. Piora após uso vocal intenso.

Qual o diagnóstico mais provável, exame complementar mais adequado e opção mais indicada de tratamento.

- a) Pólipo vocal. Laringostroboscopia. Microcirurgia laríngea
- b) Nódulos vocais. Videonasolaringoscopia. Fonoterapia.
- c) Cisto vocal. Laringo estroboscopia. Microcirurgia laríngea
- d) Micromembrana laringea, microlaringoscopia de suspensão, excisão cirúrgica da lesão

12- Qual das seguintes opções descreve corretamente a relação entre otite média aguda (OMA) e otomastoidite, e qual é o agente bacteriano mais comum envolvido na otomastoidite?

- a) A otomastoidite é uma complicação de uma OMA não tratada. A bactéria mais comum é o **Streptococcus pneumoniae**.
- b) A otomastoidite é uma condição independente da OMA. A bactéria mais comum é o **Haemophilus influenzae**.
- c) A otomastoidite é uma infecção viral que não tem relação com a OMA. A bactéria mais comum é o **Staphylococcus aureus**.
- d) A otomastoidite é uma complicação de uma OMA tratada. A bactéria mais comum é o **Streptococcus pyogenes**.

13- Qual das seguintes alternativas melhor descreve a principal vantagem do estímulo Chirp em relação ao estímulo de clique no exame BERA/PEATE?

- a) O Chirp é um estímulo de frequência específica, que permite determinar o limiar auditivo de cada frequência individualmente, ao contrário do clique.
- b) O Chirp é um som mais lento, permitindo que o cérebro processe a informação auditiva com mais facilidade.
- c) O Chirp é mais silencioso, tornando o exame mais confortável para bebês e pacientes sensíveis a sons altos.
- d) O Chirp sincroniza as respostas neurais de diferentes frequências, resultando em um sinal mais forte e claro, o que reduz o tempo do exame e aumenta a precisão.

14- Qual a sequência de Robin:

- a) Glossoptose, retrognatia, atresia de coana
- b) Retrognatia, atresia de coana, fenda palatina
- c) Retrognatia, fenda palatina, glossoptose
- d) Retrognatia, glossoptose, cardiopatia.

15- Criança com apêndice pré auricular, qual exame deve ser pedido de imediato:

- a) Ultrassom de vias urinárias
- b) Impedanciometria
- c) Ecocardiograma
- d) TC de mastóide

16- Em relação à timpanoplastia em crianças, qual das alternativas abaixo está correta?

- a) A idade da criança não influencia na taxa de sucesso da cirurgia.
- b) A presença de otite média secretora ativa não contraindica o procedimento.
- c) O fechamento da perfuração timpânica tem maiores taxas de sucesso após os 7-8 anos de idade.
- d) A escolha do enxerto (fáscia ou cartilagem) não tem impacto nos resultados cirúrgicos.

17- Um recém-nascido a termo, sem antecedentes de risco gestacional, realizou triagem auditiva neonatal universal com emissões otoacústicas evocadas (EOA). O resultado foi “falha” em ambas as orelhas. O exame foi repetido após 15 dias, com persistência da falha.

Qual deve ser a próxima conduta?

- a) Repetir o exame de emissões otoacústicas em 1 ano.
- b) Orientar a família que não há necessidade de investigação, pois é comum falso-positivo.
- c) Encaminhar para avaliação diagnóstica com BERA (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico).
- d) Indicar uso imediato de aparelho auditivo sem avaliação complementar.

18- Uma criança de 4 meses apresenta diagnóstico confirmado de perda auditiva sensorineural bilateral moderada.

Segundo diretrizes internacionais, qual é a conduta mais recomendada?

- a) Aguardar até completar 10 meses para iniciar intervenção.
- b) Iniciar intervenção precoce (aparelho auditivo e terapia fonoaudiológica) até os 6 meses de idade.
- c) Indicar implante coclear.
- d) Orientar apenas estímulos ambientais auditivos em casa.

19- Um recém-nascido de 2 semanas, filho de mãe com rubéola durante o 1º trimestre de gestação, realizou triagem auditiva neonatal com emissões otoacústicas normais em ambas as orelhas. O bebê está assintomático.

Considerando os fatores de risco e as recomendações atuais para acompanhamento, qual é a conduta mais adequada?

- a) Alta definitiva, pois o exame foi normal.
- b) Repetir emissões otoacústicas aos 6 meses de idade.
- c) Encaminhar para avaliação com BERA até os 3 meses de idade e seguimento audiológico periódico até pelo menos 3 anos.
- d) Indicar aparelho auditivo preventivamente para evitar atraso de linguagem.

20- Uma criança de 6 anos, portadora de síndrome de Down, apresenta ronco noturno habitual, pausas respiratórias observadas pelos pais, respiração oral diurna persistente e histórico de quatro episódios de otite média aguda nos últimos 12 meses, além de perda auditiva condutiva bilateral moderada confirmada em audiometria. Na nasofibroscopia, observa-se hipertrofia adenoideana grau III/IV.

Qual é a conduta mais adequada?

- a) Aguardar regressão espontânea da adenoide, com acompanhamento clínico.
- b) Adenoidectomia está indicada, mas em crianças com síndrome de Down deve-se ter atenção especial ao risco anestésico e à persistência de sintomas respiratórios após a cirurgia.
- c) Iniciar apenas tratamento clínico com corticoide nasal e observar resposta.
- d) Indicar tonsilectomia isolada, pois os sintomas são mais relacionados à amígdala palatina.

21- Um lactente de 3 meses apresenta estridor inspiratório desde a primeira semana de vida, piorando progressivamente. A criança teve histórico de intubação orotraqueal por 10 dias na UTI neonatal. No exame físico, apresenta tiragem subcostal e supraclavicular, além de dificuldade alimentar com fadiga durante a mamada. A laringoscopia mostra estenose subglótica de aproximadamente 70% da luz.

Qual é a conduta mais adequada neste caso?

- a) Acompanhar clinicamente, pois a tendência é de regressão espontânea até o primeiro ano de vida.
- b) Indicar traqueostomia como medida inicial para garantir via aérea e planejar reconstrução posterior.
- c) Tratar com corticoide inalatório e fisioterapia respiratória.
- d) Indicar dilatação endoscópica imediata sem considerar outros fatores clínicos.

22- Um menino de 5 anos, portador de acondroplasia, é levado à consulta por apresentar ronco noturno intenso, pausas respiratórias durante o sono, sonolência diurna e baixo desempenho escolar. Ao exame, observa-se hipertrofia de adenoide e amígdalas grau III. Os pais relatam que a criança já teve dois episódios de otite média de repetição no último ano.

Considerando as recomendações atuais para avaliação e manejo de SAHOS em crianças com acondroplasia, qual é a conduta mais adequada?

- a) Indicar adenoamigdalectomia sem necessidade de avaliação adicional, pois é a principal causa de SAHOS infantil.
- b) Solicitar polissonografia antes da cirurgia, já que crianças com acondroplasia têm risco aumentado de apneia obstrutiva grave e persistência de sintomas mesmo após adenoamigdalectomia.
- c) Iniciar tratamento apenas com corticoide nasal e observar evolução clínica.
- d) Realizar traqueostomia imediata devido ao risco elevado de apneia central.

23- Uma menina de 8 anos apresenta rinorreia purulenta, tosse diurna persistente e febre baixa há 15 dias, associada a edema palpebral leve e dor facial ao toque sobre o seio maxilar. A paciente já recebeu dois ciclos de antibiótico (amoxicilina) sem melhora significativa.

Considerando as diretrizes atuais, qual é a conduta mais adequada?

- a) Aguardar regressão espontânea, pois a maioria das sinusites em crianças é viral.
- b) Solicitar tomografia dos seios paranasais imediatamente antes de qualquer tratamento.
- c) Iniciar antibiótico de segunda linha (ex.: amoxicilina-clavulanato) e reavaliar, considerando sinusite bacteriana complicada ou resistente.

d) Indicar cirurgia endoscópica imediata devido à falha de antibiótico.

24-Uma criança de 2 anos apresenta otite média aguda recente seguida de febre alta, dor retroauricular intensa e abaulamento. Foi internada para antibiótico endovenoso. A TC de ossos temporais confirma coalescência mastoideana e coleção purulenta na mastoide.

Com base no quadro clínico de otomastoidite aguda, assinale a alternativa correta sobre os germes mais comuns e as técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento:

a) Os germes mais comuns são *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus*; a mastoidectomia é necessária.

b) Os germes mais comuns são *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* e *Pseudomonas aeruginosa*; o tratamento cirúrgico é drenagem do abscesso retroauricular.

c) Os germes mais comuns são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e vírus respiratórios; tratamento cirúrgico pode ser postergado, observar tratamento clínico.

d) Os germes mais comuns são *Streptococcus pneumoniae*, *Escherichia coli* e *Klebsiella*; a mastoidectomia é o tratamento cirúrgico padrão ouro.

25- Uma menina de 4 anos apresenta quatro episódios de otite média aguda e 3 episódios de pneumonia nos últimos 12 meses, todos tratados com antibiótico oral com boa resposta. Além disso, refere resfriados frequentes e tosse produtiva persistente. O crescimento e o desenvolvimento são adequados, sem histórico de internação grave.

a) Considerando a história de infecção respiratória de repetição, qual é a conduta mais adequada para investigação imunológica?

b) A criança deve ser monitorada com acompanhamento mensal e deve ser investigada para hipertrofia de adenoide e alergias.

c) Solicitar painel básico de imunidade, incluindo imunoglobulinas séricas (IgG, IgA, IgM), subclasse de IgG, complemento e avaliação de resposta vacinal.

d) Iniciar antibiótico profilático e encaminhamento para o imunologista para investigação de deficiência de imunidade primária.