

FICHA DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DA PROVA ESCRITA

CONCURSO	
Edital:	013/2021 (03/03/2021)
Carreira:	PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
Unidade Acadêmica:	CCS - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
Área de Conhecimento:	OTORRINOLARINGOLOGIA

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA TODAS AS QUESTÕES DISCURSIVAS
Clareza e propriedade no uso da linguagem
Coerência e coesão textual
Domínio dos conteúdos, evidenciando a compreensão dos temas objeto da prova
Domínio e precisão no uso de conceitos
Coerência no desenvolvimento das ideias e capacidade argumentativa

Questão 1: Valor (0,00 a 2,00)

EDITAL No 013/2021-PROGESP - UFRN

CARREIRA: MAGISTÉRIO SUPERIOR

ÁREA DE CONHECIMENTO: OTORRINOLARINGOLOGIA

AVALIADOR: MARCOS RABELO DE FREITAS

QUESTÃO No 1: TEMA – SURDEZ E IMPLANTE COCLEAR

DISCORRA SOBRE A FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E CONDUTA TERAPÊUTICA NA DOENÇA DO ESPECTRO DA NEUROPATIA AUDITIVA.

Resposta Esperada:**1. Definição**

As doenças do espectro da neuropatia auditiva referem-se a um conjunto de desordens caracterizadas pela alteração do processamento do sinal ao longo do nervo auditivo ou deficiência na transmissão desse sinal ao longo das estruturas pré-sinápticas. Seu diagnóstico é baseado na alteração do potencial auditivo evocado de tronco encefálico (PAETE) com função preservada das células ciliadas externas evidenciadas por emissões otoacústicas ou microfonismo coclear presentes

2. Histórico

Foi primeiro descrita em 1996 com o nome neuropatia auditiva, evoluindo a nomenclatura depois para dissincronia auditiva. Atualmente, por representar uma manifestação de diversas doenças com fisiopatologias diferentes, prefere-se denominá-la doença do espectro da neuropatia auditiva (DENA)

3. Prevalência

A prevalência é bastante diversa entre os estudos, variando entre menos de 1 até 10% com deficiência auditiva. A prevalência é maior entre recém-nascidos de UTI neonatal e aqueles com outros fatores de risco auditivo

4. Fisiopatologia

A doença caracteriza-se por uma falta de sincronismo na despolarização das fibras do nervo auditivo após o estímulo acústico. Essa falta de sincronismo pode estar relacionada a alterações da célula ciliada interna, sinapse entre célula ciliada interna e nervo auditivo, ou no próprio nervo.

5. Etiologias

Entre as etiologias pode-se citar: malformação do nervo coclear; infecção intraútero por citomegalovírus, sarampo, caxumba, rubéola; icterícia neonatal, hipóxia, prematuridade, ventilação mecânica, septicemia, meningite, drogas ototóxicas; fatores genéticos

6. Diagnóstico

Características audiológicas: a DENA apresenta características bastante variável dos limiares psicoacústico variando desde audição normal até perdas profundas. Pode ainda ser flutuante ou predominar em frequências graves ou agudas. Caracteristicamente o IPRF (índice percentual de percepção de fala) encontra-se desproporcionalmente comprometido. Exames objetivos da audição: Os potenciais auditivos evocados de tronco encefálico (PAETE) apresentam-se com ausência ou alterações importantes de todas as ondas, a despeito dos limiares psicoacústicos. Pode-se evidenciar a presença de microfonismo coclear no início do traçado, representando função normal das células ciliadas externas. As emissões otoacústicas evocadas podem estar presentes, mas há a possibilidade de desaparecerem ao longo do tempo em até 80% dos casos

Portanto, em pacientes com fatores de risco, recomenda-se a realização de triagem auditiva neonatal através de PAETE automático e não apenas emissões otoacústicas evocadas

6. Tratamento

O tratamento varia de acordo com a intensidade da perda de audição

Os aparelhos de amplificação sonora com sistema FM podem ser considerados como terapia inicial, principalmente para indivíduos em idade escolar ou com perdas leves a moderadas.

Embora ainda com resultados variáveis no que diz respeito a discriminação, o implante coclear permanece uma alternativa para pacientes sem resposta satisfatória ao AASI. Independente do tipo de reabilitação utilizada, a fonoterapia para aquisição de habilidades auditivas e de linguagem tem sempre um papel importante.

Questão 2: **Valor (0,00 a 2,00)**

QUESTÃO No 2: TEMA – RINOSSINUSITES
DISCORRA SOBRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS RINOSSINUSITES FÚNGICAS
DEIXAR DUAS PÁGINAS PARA RESPOSTA

Resposta Esperada:

1. Conceito

Rinossinusite fúngica compreende uma grande variedade de infecções que variam de leve irritação a doença rapidamente fatal. A colonização fúngica de vias aéreas superiores e inferiores é uma condição comum, pois esporos são constantemente inalados. Entretanto colonização é diferente de infecção. Esta última irá cursar com sintomas que poderão inclusive trazer riscos à vida do paciente.

2. Diagnóstico

Os quadros clínicos são variáveis, e distinguem-se entre bola fúngica, rinossinusite fúngica alérgica e rinossinusite fúngica invasiva aguda e crônica.

A bola fúngica acomete geralmente um único seio isoladamente. Os pacientes apresentam-se com sintomas de rinossinusite crônica, como rinorreia anterior, descarga pós-nasal e obstrução nasal. Caracteristicamente a tomografia computadorizada (TC) de de seios paranasais mostra um opacificação com densidade de partes moles, entremeada de densidades metálicas no interior do seio paranasal acometido. Pode ser vista ainda esclerose óssea no entorno.

Rinossinusite fúngica alérgica é resultante de uma reação de hipersensibilidade a uma infecção fúngica não invasiva. Há uma reação inflamatória intensa dos seios paranasais, com presença de eosinófilos e a presença da mucina alérgica. Pólipos nasais estão quase sempre presentes. Os testes cutâneos ou a dosagem de IgE específica mostram hipersensibilidade do tipo I contra fungos.

As espécies de fungos mais frequentemente implicados nas rinossinusites fúngicas invasivas são: *Aspergillus*, *Fusarium*, *Mucorales* e *dematiaceous*. Dividem-se em aguda e crônica.

Rinossinusite fúngica invasiva aguda é uma manifestação agressiva da infecção fúngica que acomete os seios paranasais de pacientes com imunocomprometimento. Os pacientes apresentam-se com febre, dor facial e congestão nasal, podendo ter alterações da visão e do estado mental. Evolui em dias ou poucas semanas e caracteristicamente envolve vasos sanguíneos causando infarto e necrose tecidual. Pacientes com neoplasia hematológicas, submetidos a transplante de medula óssea ou órgãos sólidos, diabéticos, em quimioterapia, uso de corticosteroides ou infecção avançada pelo HIV são os mais afetados. Se não tratados de forma adequada, evoluem rapidamente para o óbito.

Rinossinusite fúngica invasiva crônica pode acometer indivíduos imunocompetentes, principalmente aqueles que apresentam anormalidades anatômicas de drenagem dos seios paranasais ou que fizeram longos cursos de antibióticos. A sintomatologia não difere de uma rinossinusite crônica bacteriana. A agressividade da invasão tecidual está ligada ao estado imunológico do paciente. As complicações neurológicas e visuais podem aparecer muitos meses após o início dos sintomas.

3. Tratamento

A bola fúngica requer um tratamento essencialmente cirúrgico. A cirurgia endoscópica funcional de seios paranasais é a alternativa mais empregada. Não há necessidade de terapia antifúngica adicional e as recidivas são incomuns.

O tratamento inicial da rinossinusite fúngica alérgica é semelhante ao da rinossinusite crônica com polipose. Quando este falha, o paciente pode ser submetido a cirurgia endoscópica funcional de seios paranasais para remoção de debris e mucina alérgica e análise histológica para diagnóstico definitivo. Corticoides orais e tópicos devem ser iniciados no pós-operatório por um tempo variável.

A terapia inicial da rinossinusite fúngica invasiva consiste no uso de antifúngicos como as formulações lipídicas de anfotericina B ou, se descartada mucormicose, voriconazol. A maioria desses pacientes irá se beneficiar com o debridamento cirúrgico das regiões acometidas com drenagem dos seios paranasais afetados através de cirurgia endoscópica funcional. Extensão orbitária, transdural ou intracraniana da doença pioram muito seu prognóstico. Após melhora do quadro agudo, terapia com antifúngico oral deve ser estabelecida.

Na rinossinusite fúngica invasiva crônica o tratamento inicial é a cirurgia endoscópica de seios paranasais. Muitas vezes o diagnóstico somente é confirmado através da avaliação histológica e cultura com pesquisa de fungos para o material identificado durante o procedimento cirúrgico. Feito o diagnóstico, antifúngicos por via oral devem ser continuados no pós-operatório por cerca de 3 a 6 meses.

Questão 3: **Valor (0,00 a 2,00)**

DESCREVA A FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME DE MÉNIÈRE

Resposta Esperada:

A doença de Menière (DM) é definida como a síndrome idiopática da presença da hidropisia endolinfática (HE). O substrato fisiopatológico da DM é a HE, a qual somente pode ser demonstrada, com certeza, por meio do estudo histopatológico post mortem do osso temporal. A HE caracteriza-se por um excesso de endolinfa no labirinto membranoso, levando à dilatação do ducto endolinfático na cóclea e também de outras estruturas da orelha interna, como o sáculo, principalmente, o utrículo e posteriormente, os canais semicirculares.

Teorias tem sido descritas para explicar a fisiopatologia da doença: obstrução do fluxo longitudinal da endolinfa, disfunção do saco endolinfático e, mais recentemente, as alterações citoquímicas e estruturais da orelha interna, que incluem variações nas concentrações iônicas e pressão da endolinfa e perilinfa, lesões das células ciliadas, nervo coclear, ligamento espiral e membrana de Reissner. Existe uma leve preponderância do sexo feminino em relação ao masculino.

É mais comum em adultos na quarta e quinta décadas de vida. A frequência das crises é variável, o acometimento unilateral é o mais frequente, porém, existe uma tendência ao envolvimento bilateral em 30 a 60% dos pacientes. É caracterizada clinicamente pela tríade sintomática: 1) crises episódicas de vertigem com minutos a horas de duração; 2) perda auditiva

neurosensorial com maior acometimento nas frequências graves e médias; 3) zumbido na orelha afetada; 4) plenitude aurais na orelha afetada. Os sintomas auditivos (perda auditiva, zumbido e plenitude aurais) são flutuantes, no início do quadro, e apresentam alguma relação temporal com as crises de vertigem.

Um terço dos pacientes refere aumento do zumbido e piora da audição, bem como da plenitude aurais como precedentes da crise vertiginosa. Os pacientes podem permanecer assintomáticos ou apresentar desequilíbrio ou sensação de cabeça mais leve (lightheadness) no período intercrítico. Pela última classificação (Bárány Society) a DM pode ser distinguida, clinicamente, em: DM definida e DM provável, sendo definida quando o paciente apresenta dois ou mais episódios de vertigem com duração entre 20 minutos e 12 horas, perda auditiva neurosensorial nas frequências abaixo de 2.000Hz, documentada à audiometria, na orelha afetada, e sintomas auditivos flutuantes, como zumbido e plenitude aurais e nenhum outro diagnóstico que justifique tais sintomas. Nas DM prováveis, os pacientes apresentam dois ou mais episódios de vertigem com duração entre 20 minutos e 24 horas e sintomas auditivos flutuantes, não há a necessidade da audiometria com a documentação da perda auditiva.

O diagnóstico da DM é clínico, seguindo os critérios citados anteriormente. A audiometria tonal é o exame essencial para o diagnóstico, pois a perda auditiva deve estar documentada. Pode-se complementar a avaliação diagnóstica do paciente por meio de testes funcionais, vestibulares e auditivos. Para a função auditiva podem ser solicitados a eletrococleografia e as emissões otoacústicas, para avaliação vestibular, a nistagmografia e mais recentemente, os VEMPs e v-HIT. Vale ressaltar que atualmente é possível o diagnóstico morfológico da presença da HE por meio da ressonância magnética, utilizando-se de protocolos específicos. A primeira linha de tratamento da DM é o manejo clínico dos pacientes, com o uso de medicamentos e orientações em relação a hábitos de vida e sobre a evolução natural da doença.

O objetivo principal é tratar a fase aguda, prevenir a recorrência das crises e melhorar e/ou preservar a audição e função vestibular. Podem ser utilizados os supressores vestibulares e antieméticos para controle das crises. Para o tratamento das fases subaguda e crônica e profilaxia das crises, as opções terapêuticas são: orientação dietética, farmacoterapia (uso de betahistina e diuréticos são os mais citados da literatura) e reabilitação vestibular. Para os casos refratários, tem-se como opção os tratamentos invasivos: medicações intratimpânicas (corticoide ou gentamicina) e cirurgias (descompressão do saco endolinfático, neurectomia, por exemplo).

Questão 4: Valor (0,00 a 2,00)

Questão 4

QUESTÃO Nº 4: TEMA – DISFONIA DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO DISCORRA SOBRE O DIAGNÓSTICO E CONDUTA TERAPÊUTICA NO CÂNCER GLÓTICO
DEIXAR DUAS PÁGINAS PARA RESPOSTA

Resposta Esperada:

Resposta esperada para pontuação plena

Definição: Discorre sobre a rouquidão persistente por mais de duas semanas. Diferencia a aspereza, sopro e rouquidão. Define o anatomopatológico com tipo histológico mais frequente, carcinoma epidermóide.

Epidemiologia: Discorre corretamente sobre a proporção maior em sexo masculino. Mais de 50 anos de idade. Ligação com o tabagismo e Álcool Fatores de risco. Alcoolismo, uso de tabaco e exposição a Asbesto. Radiação e agentes poluentes. Refluxo esofágico e infecção por papiloma vírus humanos.

Diagnóstico: Discorre sobre os sintomas: disfonia, dispneia, odinofagia e disfagia. Escreve sobre a anamnese, exame físico com palpação cervical. Descreve a laringoscopia indireta e videolaringoscopia ou nasofibrolaringoscopia. Laringoscopia direta com biópsia.

Estadiamento: Descreve a importância do estadiamento para os carcinomas o sistema internacional TNM T=Tumor, N= Linfonodos regionais e M=metástase a distância. Discrimina T1 como tumor limitado a prega vocal, com subtipo 1ª e 1B. T2 se estende a sub ou supraglote ou mobilidade diminuída. T3, tumor limitado a laringe e T4 Tumor que invade cartilagem tireoideia. Discorre sobre o tratamento cirúrgico. Cita a Radioterapia e cita as cirurgias quanto a Linfonodos regionais.

Sobrevida: Discorre sobre a sobrevida relacionando ao diagnóstico precoce

Questão 5: Valor (0,00 a 2,00)

Descreva os (10) tópicos que a formação médica deve permitir que o estudante, concretize até o final do curso, segundo as diretrizes em vigor do curso médico no tocante na área de atenção à saúde.

Resposta Esperada:

I - acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

II - integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

III - qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

IV - segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

V - preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que, no desenvolvimento da prática médica, sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, e contribua para a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde;

VI - ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

VIII - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde;

IX - cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado;

X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas

Ocorrências:
NENHUMA

NATAL - RN, 19 de Julho de 2021 às 19:21.

Assinado digitalmente em
19/07/2021 16:12

ANTONIO MEDEIROS DANTAS FILHO
PRESIDENTE

Assinada digitalmente em
19/07/2021 19:15

MARCOS RABELO
1º EXAMINADOR

Assinado digitalmente em
19/07/2021 16:42

KAREN DE CARVALHO LOPES
2º EXAMINADOR