

ASSINATURA DO CANDIDATO



**Universidade
de São Paulo**
Brasil



**FUNDAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
PARA O VESTIBULAR**



**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**

**PROCESSO SELETIVO
PARA INÍCIO EM 2018**

1ª FASE: **03.09.2017**

**GRUPO 9:
SAÚDE AUDITIVA
E ANOMALIAS
CRANIOFACIAIS**

INSTRUÇÕES

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Este caderno compõe-se de 30 questões de múltipla escolha de igual valor. Em cada questão, assinale a alternativa que você considera correta, preenchendo o círculo correspondente na folha óptica de respostas, utilizando necessariamente caneta esferográfica de tinta azul ou preta.
3. Preencha a folha óptica de respostas com cuidado, pois, em caso de rasura, ela não poderá ser substituída e o uso de corretivo não será permitido.
4. Duração da prova: **três horas**. Você deve controlar o tempo disponível, pois não haverá tempo adicional para transcrição do gabarito provisório para a folha óptica de respostas.
5. Durante a prova, são vedadas a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
6. O candidato poderá retirar-se do prédio a partir das 15h30.
7. Ao final da prova, é obrigatória a devolução deste caderno e da folha óptica de respostas. Poderá ser levado somente o gabarito provisório.
8. A nota da prova será convertida para a escala de 0 (zero) a 10 (dez). Estará eliminado o candidato que não atingir pelo menos nota 3 (três).

CONHECIMENTOS GERAIS**01**

De acordo com a Política de Humanização, a Clínica Ampliada constitui uma diretriz para o trabalho em equipe no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Clínica Ampliada busca

- estabelecer como abordagem principal as consultas médicas e os exames clínicos.
- encaminhar para atenção hospitalar os casos considerados de menor risco.
- construir Projetos Terapêuticos Singulares conforme as necessidades de cada indivíduo.
- convencer o indivíduo a considerar sua doença e o respectivo tratamento como temas centrais de sua vida.
- priorizar as demandas de saúde de origem orgânica e genética.

02

Em relação à proposta de equipes interdisciplinares de referência, são características de seu processo de trabalho:

- a centralidade nas necessidades do usuário e a divisão do poder gerencial entre os trabalhadores.
- a divisão de responsabilidades e a hierarquia entre as profissões médica e as não médicas.
- o encaminhamento para especialidades e a referência para uma população não adscrita.
- a comunicação de caráter vertical e o cumprimento de protocolos rígidos pelos trabalhadores.
- a decisão centralizada no médico e a execução das ações pelos outros profissionais da equipe.

03

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser definido como o processo de construção de um plano de ação baseado na avaliação das condições biopsicossociais dos usuários dos serviços de saúde. Nas estratégias necessárias para a elaboração do PTS,

- a reunião de equipe tem pouco valor, já que as propostas e as condutas terapêuticas são decididas apenas pelo profissional médico.
- a participação do usuário nas decisões deve ser estimulada, mas, nos casos considerados de saúde mental, recomenda-se evitar essa estratégia.
- o diagnóstico psicossocial é relevante, mas apenas a avaliação orgânica permite uma conclusão sobre os riscos e as vulnerabilidades dos indivíduos.
- a definição de metas deve priorizar as ações de curto prazo, tendo em vista que as práticas medicamentosas devem ser priorizadas pelas equipes.
- a intersetorialidade é necessária, na medida em que as condições de vida e de trabalho podem agravar a saúde dos indivíduos.

04

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um programa de universalização do direito à saúde e pela garantia do acesso aos cuidados e atenção para toda a população. Sobre o processo de implantação do SUS, assinale a alternativa correta.

- A Lei 8.080/1990 priorizou a expansão da assistência médico-hospitalar para os segmentos sociais que contribuam ativamente com a Previdência Social, bem como direcionou a Atenção Básica aos segmentos não contribuintes.
- A 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu a saúde como ausência de doenças e como objeto de intervenção privativo da saúde suplementar.
- A gestão do SUS passou gradativamente a ser exercida pela esfera federal, diminuindo o protagonismo e a responsabilidade das esferas estadual e municipal.
- A expressão Reforma Sanitária surgiu para designar o movimento social inspirado nos modelos que afirmavam a diminuição da responsabilidade do Estado em relação à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.
- O SUS busca romper com esquemas assistenciais tradicionalmente direcionados a segmentos populacionais específicos, quer recortados segundo critérios socioeconômicos, quer definidos a partir de fundamentos nosológicos.

05

A bioética utiliza-se de ferramentas, conhecidas como princípios, para o estudo e a tomada de decisão sobre as questões éticas relacionadas à assistência em saúde. Sobre o princípio ético de beneficência/não maleficência, é correto afirmar que

- o benefício do paciente não é a principal razão do exercício das profissões que envolvem a saúde das pessoas.
- a não maleficência deve ser aplicada apenas nos casos de indivíduos que não apresentam quadros psiquiátricos.
- a dignidade deve ser respeitada e o tratamento deve reconhecer as necessidades físicas, sociais e psicológicas do indivíduo.
- o profissional deve informar o paciente sobre todos os aspectos do tratamento apenas na primeira consulta.
- a equipe de saúde deve oferecer o mesmo tratamento a todos os indivíduos, independente de suas particularidades.

06

Considerando os princípios da descentralização e da regionalização e a regulamentação da Lei 8.080/90 pelo Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011, o protagonismo da gestão local no SUS é concentrado

- na esfera municipal.
- na esfera estadual.
- nas organizações sociais de saúde.
- na esfera federal.
- nas regiões de saúde.

07

Em relação aos direitos dos usuários dos serviços de saúde, é correto afirmar:

- O usuário não precisa saber o nome dos profissionais e do gestor da unidade de saúde na qual realiza tratamento.
- O acesso ao prontuário pelo próprio usuário ou por terceiro por ele autorizado deve ser negado pela equipe de saúde que o acompanha.
- A participação do segmento dos usuários nos conselhos gestores e nas conferências de saúde ocorre mediante a indicação de nomes pelo secretário de saúde do município.
- O usuário deve ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões ou denúncias aos gestores e às ouvidorias, sendo respeitados a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.
- O usuário não pode recusar a assistência religiosa prestada por serviços de saúde ligados a organizações religiosas.

08

O Acolhimento como dispositivo tecnoassistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços.

Brasil, **O SUS de A a Z**, 2009.

É um objetivo da estratégia de acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS):

- a abordagem parcial e procedimental, a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- a mudança de objeto do trabalho em saúde, do indivíduo como um todo para a sua doença e incapacidade.
- o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários com a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles.
- o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a fragmentação e descontinuidade das atividades exercidas por cada categoria profissional.
- a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, fortalecendo a entrada por meio de filas, com ordem de chegada e marcação de consultas.

09

As doenças de notificação compulsória são “doenças ou agravos à saúde que devem ser notificados à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de controle pertinentes”.

Brasil, **O SUS de A a Z**, 2009.

São doenças de notificação compulsória:

- dengue, sarampo e tuberculose.
- tétano, depressão e aids.
- botulismo, sífilis congênita e sinusite.
- varíola, traumatismo craniano e síndrome respiratória aguda grave.
- meningite, Alzheimer e síndrome do pânico.

10

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a reunião de equipe é

- o momento de maior pragmatismo, no qual uma pessoa da equipe com mais experiência distribui tarefas aos demais.
- o espaço em que os usuários do serviço de saúde, organizados no conselho gestor, podem fiscalizar o trabalho da equipe.
- um momento de diálogo e de reconhecimento do direito à voz e à opinião por todos os profissionais da equipe.
- um espaço de votação constituído por um representante de cada categoria profissional e de cada setor do serviço de saúde.
- o momento de repasse das informações e de troca de plantão, visando apenas à organização da rotina das enfermarias.

11

A partir da organização das Redes de Atenção à Saúde, a Atenção Básica é ratificada como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. A Atenção Básica deve

- estabelecer critérios de eletividade para procedimentos cirúrgicos em outros pontos de atenção.
- realizar atendimento individual médico especializado durante as crises agudas das doenças.
- priorizar a atenção às condições crônicas de agravos à saúde.
- ser referência ao atendimento pré-hospitalar móvel.
- ser a porta de entrada principal para os casos de urgência e emergência.

12

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atualizou conceitos e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção à Saúde. Nesse sentido, a PNAB

- determinou que a Estratégia de Saúde da Família deve atender apenas as regiões metropolitanas, excluindo a expansão de cobertura para territórios de difícil acesso.
- padronizou a composição das equipes de saúde, independentemente do perfil das populações e das distintas realidades do Brasil.
- excluiu algumas de suas estratégias, como o Consultório na Rua, visando dar maior objetividade ao trabalho das equipes de saúde.
- avançou na afirmação de uma Atenção Básica acolhedora, resolutiva na gestão do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção.
- diminuiu o número de municípios habilitados para constituírem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com vistas a diminuir os gastos na Atenção Básica.

13

Dentre as diretrizes descritas abaixo, identifique as que caracterizam a Rede de Atenção às Urgências:

- I. Implantação de modelo de atenção multiprofissional e compartilhado em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras na gestão de linhas de cuidado.
- II. Articulação determinada pelo Ministério da Saúde, cabendo aos demais órgãos gestores do SUS cumprir de forma verticalizada as normativas estabelecidas.
- III. Delegação do cuidado das urgências exclusivamente para hospitais com parque tecnológico de alta complexidade.
- IV. Humanização da atenção à saúde, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.
- V. Atendimento às urgências realizado apenas em âmbito hospitalar, sempre seguindo a ordem de chegada.

Estão corretas apenas as diretrizes indicadas em

- a) I e II.
- b) I e IV.
- c) II, III e IV.
- d) I, III e V.
- e) II, IV e V.

14

Uma das estratégias propostas pela Política Nacional de Humanização é o Apoio Matricial, que pode ser definido como

- a) o atendimento especializado realizado pela equipe de apoio matricial de todos os casos encaminhados pelas unidades de Atenção Básica de uma determinada região.
- b) a segunda opinião de um especialista médico de uma unidade de alta complexidade, geralmente apresentada por meio de videoconferência.
- c) o envolvimento de famílias e comunidades para a resolução dos problemas de saúde complexos nos municípios em que não existe ambulatório de especialidades médicas.
- d) a capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem em casos de manejo complexo, minimizando o volume de trabalho das equipes de apoio matricial.
- e) o processo de trabalho no qual um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, funcionando também como referência para outras equipes.

15

A organização do acesso universal ao cuidado integral deve ocorrer por meio das Redes de Atenção à Saúde. A rede de atenção de uma Região de Saúde tem por composição mínima

- a) um conjunto de postos de saúde, maternidade, centro de oncologia e ambulâncias bem equipadas para pacientes se deslocarem para grandes centros urbanos.
- b) serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.
- c) um rol de procedimentos na rede de serviços municipais que garanta acesso exclusivo para seus próprios municípios, contemplando todos os pontos de atenção.
- d) um instrumento de pactuação dos gestores municipal e federal que garanta a referência de todos os casos de média e alta complexidade para hospitais universitários.
- e) a cobertura plena da Estratégia de Saúde da Família, um hospital com 30 leitos, um hospital psiquiátrico e uma maternidade voltada ao atendimento de gestantes de alto risco.

SAÚDE AUDITIVA E ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**16**

O sistema auditivo é constituído por estruturas sensoriais e conexões centrais responsáveis pela audição. Esse sistema pode ser referido em duas porções distintas inter-relacionadas, definidas como sistema auditivo periférico e sistema auditivo central, os quais compreendem as seguintes estruturas, respectivamente:

- estruturas da orelha externa, orelha média, orelha interna e nervo vestibulococlear; vias auditivas localizadas no tronco encefálico e áreas corticais.
- vias auditivas localizadas no tronco encefálico e áreas corticais; estruturas da orelha externa, orelha média, orelha interna e nervo vestibulococlear.
- região frontal e temporal da cabeça; vias auditivas localizadas no tronco encefálico e áreas corticais.
- estruturas da orelha externa, orelha média, orelha interna e nervo vestibulococlear; cérebro.
- membrana timpânica, martelo, bigorna e estribo; célula ciliada interna e célula ciliada externa.

17

O diagnóstico da surdez em crianças transforma em segundos a vida da família. No seu choque inicial, muitos não sabem para onde ir ou o que fazer. Esse é o período em que o profissional necessita ouvir atentamente os pais e iniciar o acolhimento, oferecer suporte, fornecer informações para ajudar as famílias a auxiliar a criança na maximização do seu potencial auditivo.

Para isso, a orientação profissional deve

- encaminhar a criança para intervenção, utilizando exclusivamente a língua brasileira de sinais, com trabalho focado na família.
- encaminhar a criança à escola especial.
- orientar a família a utilizar gestos para se comunicar com a criança.
- utilizar estratégias tecnológicas, como *tablets*, para se comunicar com a criança, pois o poder da tecnologia supera a estimulação dos pais e familiares.
- encaminhar para intervenção com método aurioral, com trabalho focado na família, considerando os pais os primeiros clientes, sendo, portanto, o plano de intervenção baseado na sua cultura e prioridades.

18

O envelhecimento populacional no Brasil é um fato comprovado pelas análises populacionais. Dados do Censo de 2010 evidenciam a mudança na estrutura etária da população, com aumento do número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Além disso, foi constatado um aumento significativo do número de indivíduos com 80 anos ou mais. Os efeitos do envelhecimento da audição podem prejudicar de forma impactante a comunicação interpessoal e as atividades de vida diária destes indivíduos.

Assim, a identificação dos primeiros sinais de perda auditiva permite o encaminhamento do indivíduo para

- intervenção exclusiva com profissional da área de psicologia, na tentativa de evitar ou minimizar os efeitos decorrentes das dificuldades de comunicação provocadas pela perda auditiva.
- avaliação auditiva e, caso necessário, terapia de treinamento auditivo, sem necessidade de indicação de prótese auditiva.
- avaliação auditiva e, caso necessário, para seleção e adaptação de próteses auditivas, na tentativa de evitar ou minimizar os efeitos decorrentes das dificuldades de comunicação provocadas pela perda auditiva.
- uso de medicamentos específicos determinados pelo médico otorrinolaringologista que permitam a recuperação da audição.
- terapias alternativas que permitam minimizar os efeitos decorrentes das dificuldades de comunicação provocadas pela perda auditiva, como acupuntura, meditação, *reiki*, musicoterapia, tratamento osteopático e tratamento quiroprático.

19

Dentre as áreas envolvidas no processo de reabilitação das fissuras labiopalatinas, podem ser citadas as diferentes especialidades médicas e odontológicas, a psicologia, a enfermagem, a nutrição, a fisioterapia e o serviço social, além da fonoaudiologia.

Dessas especialidades, três se destacam, uma vez que estão diretamente ligadas ao planejamento das etapas terapêuticas: cirurgia plástica,

- ortodontia/ortopedia facial e fonoaudiologia.
- fonoaudiologia e psicologia.
- psicologia e serviço social.
- ortodontia/ortopedia facial e nutrição.
- ortodontia/ortopedia facial e psicologia.

20

Os distúrbios de comunicação associados à fissura labiopalatina podem ser decorrentes de vários fatores: fissura aberta; disfunção velofaríngea congênita ou disfunção velofaríngea decorrente do insucesso da correção cirúrgica da fissura; alterações dento-oclusais; e perdas flutuantes ou crônicas da audição, entre outros.

Neste contexto, as crianças com fissura labiopalatina podem apresentar

- I. distúrbios de desenvolvimento numa frequência semelhante à de qualquer outra criança sem fissura;
- II. desenvolvimento anormal de inteligência;
- III. desenvolvimento de linguagem semelhante ao de crianças sem fissura e, portanto, atraso de linguagem na mesma proporção que a população em geral;
- IV. distúrbios de fala numa frequência muito maior do que distúrbios de linguagem.

Está correto o que foi indicado em

- a) I, II, III e IV.
- b) II, apenas.
- c) I, II e III, apenas.
- d) I, III e IV, apenas.
- e) IV, apenas.

21

Do ponto de vista da audiologia clínica, todo indivíduo que apresenta uma perda auditiva pode ser considerado um candidato em potencial ao uso de aparelho de amplificação sonora. Extremamente eficaz, esse recurso apresenta excelente relação custo-benefício quando comparado a outras próteses ou órteses.

Embora esta eficiência seja reconhecida, é possível mencionar algumas situações que impedem a utilização do aparelho de amplificação sonora:

- I. aspecto estético;
- II. alterações anatômicas de orelha externa, congênitas ou adquiridas;
- III. atresia de orelha externa, cavidades radicais por colesteatoma e doenças dermatológicas;
- IV. qualidade do som, principalmente em ambientes ruidosos ou quando há muitas pessoas falando ao mesmo tempo.

Está correto o que foi mencionado em

- a) I, II, III e IV.
- b) I e II, apenas.
- c) II e III, apenas.
- d) I, III e IV, apenas.
- e) IV, apenas.

22

“...palato secundário não se fusionaram entre si na linha média e nem com o septo nasal, enquanto as estruturas derivadas do palato primário completaram seu itinerário biológico...”.

...”não há envolvimento de lábio nem de rebordo e, por conseguinte, não há comprometimento estético, somente de fala.”

Segundo a classificação de Spina, essa descrição corresponde à fissura

- a) transforame incisivo bilateral.
- b) pré-forame incisivo mediana.
- c) rara da face.
- d) pós-forame incisivo.
- e) pré-forame incisivo unilateral.

23

Em relação à caracterização morfológica e à origem embriológica das fissuras, pode-se afirmar que

- a) as fissuras faciais, incluindo as de lábio e rebordo alveolar, formam-se até a 8ª semana, enquanto as fissuras de palato, até a 12ª semana de vida gestacional.
- b) a fissura pode ser diagnosticada nas consultas pré-natais, clinicamente ou por radiografia.
- c) as fissuras labiopalatinas são estabelecidas após o nascimento, mais precisamente no primeiro ano de vida pré-natal, sendo, assim, adquiridas.
- d) as fissuras labiopalatinas atingem não só a face, mas também os membros superiores e inferiores.
- e) os processos faciais embrionários envolvidos nas fissuras são: processos frontais maxilares, parietal e mastoide.

24

A etiologia das fissuras labiopalatinas é de origem

- a) externa, como tomadas radiográficas durante a gestação.
- b) cirúrgica.
- c) traumática.
- d) multifatorial, como trauma físico sofrido pela mãe durante a gestação, fatores externos, como alimentação calórica, e fatores genéticos.
- e) multifatorial, intercalando predisposição genética, incluindo hereditariedade e fatores teratogênicos extragenéticos.

25

Sobre a reabilitação do indivíduo com fissura labiopalatina, é correto afirmar:

- O acolhimento da criança com fissura labiopalatina pela família é igual ao acolhimento da criança sem fissura, ou seja, não há rejeição.
- Os profissionais de saúde, principalmente os médicos, têm um importante papel no acolhimento dessas crianças e familiares, esclarecendo dúvidas e dando orientações psicossociais.
- Independentemente de seu tipo de organização, a família busca atender às necessidades afetivo-emocionais de seus integrantes, por meio de vínculos, como amor, afeto, aceitação, solidariedade, entre outros.
- A aceitação da criança com fissura labiopalatina por parte das outras crianças na escola depende de atuação direta da família.
- Os indivíduos com fissura labiopalatina parecem se diferenciar quanto ao desenvolvimento da personalidade, em relação aos seus pares sem fissura.

26

Segundo Mahoney e Ainkoff, a classificação dos tipos de terapia cognitiva se organiza em:

- dor emocional e perturbação comportamental.
- terapia de reestruturação cognitiva e de resolução de problemas.
- dor emocional e comportamentos humanos.
- terapias de restauração cognitiva, habilidades de enfrentamento e resolução de problemas.
- dor emocional, reestruturação cognitiva e resolução de problemas.

27

Segundo os terapeutas cognitivos, o modo como o paciente estrutura a sua experiência é influenciado por fatores

- psíquicos e clínicos e por doenças físicas.
- biológicos, psicológicos e sociais.
- biológicos, anatômicos e sistêmicos.
- sociais, ambientais e genéticos.
- temperamentais, sensoriais e sociais.

28

As fissuras labiopalatinas não sindrômicas são as malformações congênitas mais comuns, afetando a população na ordem de:

- 1/700 nascidos vivos.
- 1/440 nascidos vivos.
- 1/100 nascidos vivos.
- 1/2000 nascidos vivos.
- 1/10 nascidos vivos.

29

O perfil dos pacientes com fissura labiopalatina se apresenta

- convexo.
- com a maxila adiantada sobre a mandíbula.
- com a mandíbula retraída.
- normal.
- côncavo.

30

Sobre o enxerto ósseo alveolar secundário em pacientes com fissura labiopalatina, é correto afirmar:

- Realiza-se tal procedimento antes da erupção do canino superior permanente.
- Não é importante avaliar a extensão da fissura para o procedimento a ser realizado.
- Enxerto heterólogo é o padrão ouro.
- Enxerto sempre necrosa pela falta de irrigação sanguínea.
- Não é um procedimento com alta taxa de sucesso.

