

ASSINATURA



**Universidade
de São Paulo
Brasil**

**PROCESSO SELETIVO
PARA INÍCIO EM 2019**

1ª FASE: 02/09/2018

**PROFISSÃO 6:
FONOAUDIOLOGIA**



**FUNDAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
PARA O VESTIBULAR**



**pró-reitoria de cultura
e extensão universitária**

**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**

INSTRUÇÕES

- 1.** Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
- 2.** Este caderno compõe-se de 50 questões de múltipla escolha de igual valor: 10 questões de Interpretação de texto; 10 questões de Conhecimentos gerais; 30 questões de Conhecimentos específicos.
- 3.** Em cada questão, assinale a alternativa que você considera correta, preenchendo o círculo correspondente na folha de respostas, utilizando necessariamente caneta esferográfica de tinta azul.
- 4.** Preencha a folha de respostas com cuidado, pois, em caso de rasura, ela não poderá ser substituída e o uso de corretivo não será permitido.
- 5.** Duração da prova: **quatro horas**. Não haverá tempo adicional para transcrição do gabarito para a folha de respostas.
- 6.** É proibido o uso de relógio pessoal. O candidato deve controlar o tempo disponível, com base no relógio fixado à frente da sala e nos avisos do fiscal.
- 7.** 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.
- 8.** Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST e da USP, sendo que as imagens não serão divulgadas nem utilizadas para outras finalidades, nos termos da lei.
- 9.** O candidato poderá retirar-se do prédio a partir das **17h**.
- 10.** Ao final da prova, é obrigatória a devolução deste caderno de questões e da folha de respostas. Poderá ser levado somente o gabarito provisório de respostas.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 01 A 04

A judicialização da saúde

A Justiça tornou-se uma das vias, quase naturais, para resolver problemas de acesso a medicamentos, próteses e vagas para internação no SUS e hospitais privados. As demandas judiciais são dirigidas a dois endereços: empresas de planos de saúde e SUS. As tutelas aos planos privados de saúde não são inesperadas e têm sido interpretadas como estratégia de defesa de usuários contra a mesquinharia das empresas que os comercializam. Mas a aceitação e a legitimação da intervenção dos magistrados em assuntos do SUS tiveram um trajeto acidentado e ainda suscitam tensões. A ingerência direta e frequente de instituições e pessoas situadas fora das linhas de comando habituais dos serviços de saúde perturba rotinas de trabalho, baseadas no atendimento similar a todos que se encontram na mesma situação, e não pela prioridade imposta de fora. (...)

(...)

Para tentar proteger seus pacientes, os profissionais da saúde passaram a sugerir a busca da Justiça. Enquanto as vias administrativas são lentas e a burocracia da saúde costuma mostrar-se insensível às necessidades individuais imediatas, o atendimento nos plantões judiciais é célere. Ainda assim, as ações judiciais direcionadas à ponta dos serviços também não conseguem romper determinadas barreiras assistenciais estruturais. A garantia de ações essenciais à manutenção da vida requer suficiência e boa gestão de recursos físicos, humanos e financeiros que não estão disponíveis. A elevação da carga tributária não redundou no incremento de investimentos na saúde pública. O orçamento estimado para o SUS em 2013 restringe os gastos por habitante a R\$ 2,5 por dia. Pagar mais impostos e ter serviços públicos de má qualidade estabelece um circuito perverso que desqualifica os fundamentos de justiça e democracia.

(...)

Ligia Bahia, **O Globo**, 20/01/2014.

01

De acordo com o texto, a judicialização da saúde, entre outros aspectos,

- (A) privilegia o setor privado em detrimento do público.
- (B) altera práticas cotidianas e princípios pré-estabelecidos.
- (C) contraria fundamentos jurídicos e democráticos.
- (D) permite ao profissional da saúde fazer justiça a pacientes.
- (E) depende de recursos físicos, humanos e financeiros.

02

Dos trechos abaixo, o único em que a autora trata do tema da “judicialização da saúde” de forma neutra e objetiva é:

- (A) “contra a mesquinharia das empresas” (L. 7).
- (B) “perturba rotinas de trabalho” (L. 12-13).
- (C) “restringe os gastos por habitante” (L. 29).
- (D) “ter serviços públicos de má qualidade” (L. 30).
- (E) “estabelece um circuito perverso” (L. 30-31).

03

Tendo em vista o contexto, no lugar de “Ainda assim” (L. 21), o mais adequado seria utilizar a expressão

- (A) Apesar disso.
- (B) Então.
- (C) Senão.
- (D) Não obstante.
- (E) Além disso.

04

Considerando-se as relações de sentido estabelecidas no texto, constituem exemplo de argumento baseado em oposição de ideias os termos

- (A) “naturais” (L. 1) e “judiciais” (L. 4).
- (B) “estratégia” (L. 6) e “ingerência” (L. 10).
- (C) “aceitação” (L. 8) e “intervenção” (L. 9).
- (D) “lentas” (L. 19) e “célere” (L. 21).
- (E) “elevação” (L. 26) e “incremento” (L. 27).

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 05 A 07

A saúde entre dois mundos

No Rio de Janeiro do século XIX, os médicos, cirurgiões e boticários eram em sua maioria brancos e pertenciam a classes sociais mais abonadas. Já os sangradores, curandeiros, parteiras e amas de leite eram quase sempre escravos, libertos e pessoas livres empobrecidas, entre elas imigrantes e africanos livres. Era essa população desfavorecida que tratava dos problemas de saúde mais urgentes de quem precisava, não importava se ricos ou pobres. Os sangradores ofereciam seus serviços pelas ruas e praças das cidades e em lojas de barbeiros, enquanto as parteiras trabalhavam em ambientes domésticos, cuidando de questões relacionadas não apenas ao parto, mas também a abortos e doenças genitais.

Entre 1808 e 1828, a Fisicatura-mor, órgão criado pelo governo central e sediado no Rio de Janeiro, fiscalizava e regulamentava as "artes de cura", incluindo tanto as atividades praticadas por médicos como aquelas desenvolvidas por pessoas sem formação acadêmica. O órgão estabelecia que os médicos deveriam diagnosticar e tratar de doenças internas do corpo, enquanto cirurgiões se ocupavam de moléstias externas. Já os boticários manipulavam os medicamentos receitados por médicos e cirurgiões. "Oficialmente, sangradores e parteiras deveriam lidar com casos simples de doença e fazer apenas o que médicos ou cirurgiões mandassem. Porém, a população recorria a eles porque partilhava de suas concepções de doença e saúde", observa a historiadora Tânia Salgado Pimenta.

O cenário acima é descrito em Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil (Outras Letras, 2016), organizado por Tânia Pimenta e pelo historiador Flávio Gomes. No livro, eles apresentam os resultados do projeto de pesquisa realizado na Fiocruz entre 2013 e 2016. Os estudos indicam que ofícios centrais à saúde da sociedade brasileira naquele momento eram desempenhados por escravos e libertos, numa época em que a medicina acadêmica disputava espaço com as práticas populares de cura.

Christina Queiroz, **Pesquisa FAPESP**, Novembro de 2017. Adaptado.

05

O emprego, no título, da expressão "dois mundos" justifica-se, de modo mais evidente, pela oposição verificada no texto entre

- (A) "ricos" e "pobres".
- (B) "brancos" e "negros".
- (C) "cirurgiões" e "boticários".
- (D) "médicos" e "curandeiros".
- (E) "sangradores" e "parteiras".

06

Deduz-se do texto que o fato de a população valer-se dos serviços de saúde prestados pelos mais desfavorecidos decorria, principalmente,

- (A) da localização em que os serviços eram prestados.
- (B) do pertencimento ao mesmo tipo de classe social.
- (C) da maneira de ver e compreender as enfermidades.
- (D) da fiscalização e regulamentação pela Fisicatura-mor.
- (E) da formação acadêmica e conhecimento que possuíam.

07

O grupo que mais se distanciava das "artes de cura" (L. 15), de seus praticantes e dos tipos de doenças tratadas era o dos

- (A) sangradores.
- (B) médicos.
- (C) cirurgiões.
- (D) boticários.
- (E) curandeiros.

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 08 A 10

Cuidar da dor e do sofrimento humano

O povo fala aos cântaros metaforicamente da realidade do sofrimento. Ouvimos com frequência as pessoas dizerem: "dói o meu coração", "dói minha alma". Sim, estas são expressões metafóricas de um sofrimento da pessoa. O corpo 5 não sofre, não sente dor, quem sente dor é a pessoa. A diferença entre dor e sofrimento tem um grande significado quando temos que lidar com pacientes terminais. O enfrentamento da dor exige medicamentos analgésicos, está mais ligado aos circuitos neurofisiológicos do corpo humano, enquanto que o 10 sofrimento solicita significado e sentido, e liga-se ao todo da pessoa. A dor sem explicação geralmente se transforma em sofrimento. O sofrimento é uma experiência humana profundamente complexa que intervém na identidade e na subjetividade da pessoa bem como nos valores socioculturais e 15 religiosos. Um dos principais perigos em negligenciar esta distinção é a tendência de os tratamentos se concentrarem somente nos sintomas e dores físicas, como se somente estes fossem a única fonte de angústias e sofrimentos para o paciente. É a tendência de reduzir o sofrimento a um simples 20 fenômeno físico que pode ser dominado por meios técnicos. Esta tendência nos permite implementar tratamentos agressivos, na crença de que enquanto o tratamento protege os pacientes da dor física, ele protege de todos os outros aspectos também. A continuação de tais cuidados pode simplesmente 25 impor mais sofrimentos para o paciente terminal.

O sofrimento tem que ser cuidado em quatro dimensões fundamentais: a) dimensão física. No nível físico, a dor funciona como um claro alarme de que algo não está bem no funcionamento normal do corpo. b) dimensão psíquica. 30 Surge constantemente no enfrentar a inevitabilidade da morte. Perdem-se as esperanças e sonhos, com a necessidade de redefinir o mundo que está para deixar. c) dimensão social. É a dor do isolamento, que surge do ser obrigado a redefinir relacionamentos e necessidade de comunicação. d) dimensão 35 espiritual. Surge da perda do sentido, objetivo de vida e esperança. Todos necessitam de um horizonte de sentido — uma razão para viver e uma razão para morrer. Em pesquisas recentes nos EUA descobriu-se que o aconselhamento sobre questões espirituais está entre as três necessidades mais 40 solicitadas pelos doentes terminais e familiares. O cultivo desta perspectiva holística é fundamental para garantir dignidade de cuidados e sentido neste momento preciso de vida, em que teremos que aprender a viver e aprender com elegância a dizer "adeus", como uma expressão de amor e respeito pela pessoa!

Profa. Dra. Maria Isabel Strong, **Bioética: uma diversidade temática.**
Adaptado.

08

Deduz-se corretamente do texto que

- (A) a expressão "fala aos cântaros" (L. 1) evidencia que o povo evita falar do sofrimento.
- (B) a dor e o sofrimento, embora com diferenças, podem ser tratados com analgésicos.
- (C) a dor é um sentimento que varia de pessoa para pessoa quando sem explicação e sem sentido.
- (D) o sofrimento pode ser reduzido por meio de procedimentos técnicos avançados.
- (E) o cuidado da dor e do sofrimento abrange uma esfera medicinal e outra mais humana.

09

Segundo o texto, a "perspectiva holística" (L. 41) deve

- (A) priorizar a dimensão espiritual, em detrimento da dimensão física.
- (B) considerar a dimensão espiritual sem desprezar as demais.
- (C) compensar o isolamento causado na dimensão social.
- (D) substituir a dimensão psicológica pela espiritual.
- (E) cuidar do sofrimento antes de enfrentar a inevitabilidade da morte.

10

Os termos "dor" e "sofrimento", segundo o texto, equivalem, respectivamente, aos seguintes aspectos:

- (A) físico e psíquico.
- (B) reação e percepção.
- (C) sentimento e compreensão.
- (D) realidade e ilusão.
- (E) emoção e sensação.

CONHECIMENTOS GERAIS

11

Clínica Ampliada **NÃO** consiste em

- (A) assumir um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular.
- (B) assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde.
- (C) buscar ajuda em outros setores, aos quais se dá o nome de intersetorialidade.
- (D) utilizar a psicologia e a fisiologia para promover a cura.
- (E) assumir um compromisso ético profundo com o usuário do serviço.

12

Dentre os conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente, o único **NÃO** adequado é:

- (A) Segurança do paciente: reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- (B) Risco: probabilidade de ocorrer um incidente.
- (C) Circunstância Notificável: incidente que resulta em dano ao paciente.
- (D) Incidente sem lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
- (E) Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente.

13

Considere as seguintes características de um sistema de notificação de incidentes relativo à segurança do paciente para que ele seja efetivo:

- I. não punitivo e confidencial;
- II. com capacidade de identificar o tipo de incidente e quem cometeu;
- III. independente e seus dados analisados por organizações;
- IV. baseado em dados georeferenciados;
- V. com respostas oportunas para os usuários e orientado para soluções dos problemas notificados.

Estão corretas as características indicadas em

- (A) I, II e IV, apenas.
- (B) I, III e V, apenas.
- (C) II, IV e V, apenas.
- (D) I, III e IV, apenas.
- (E) I, II, III, IV e V.

14

Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral, denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Esse texto refere-se à definição de

- (A) Comissões Intergestores Bipartites (CIB).
- (B) Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- (C) Colegiados de Gestão Regional.
- (D) Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.
- (E) Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP).

15

Considere as seguintes afirmações relacionadas ao SUS:

Segundo o Art. 17, da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, à direção ESTADUAL do Sistema Único de Saúde (SUS) compete

- I. promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II. acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III. prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV. coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância da alimentação e nutrição e vigilância da saúde do trabalhador.

Está correto o que se afirma em

- (A) I e III, apenas.
- (B) I, II e IV, apenas.
- (C) II e IV, apenas.
- (D) I, III e IV, apenas.
- (E) I, II, III e IV.

16

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, **NÃO** são considerados princípios do SUS (Sistema Único de Saúde):

- (A) universalidade de acesso e integralidade de assistência.
- (B) igualdade na assistência e preservação da autonomia.
- (C) participação da comunidade e direito a informação.
- (D) segmentação e focalização aos mais necessitados.
- (E) utilização da epidemiologia e estabelecimento de prioridades.

17

Com relação às redes de atenção à saúde no SUS, conforme definidas pelo Decreto 7508 de 2011, é correto afirmar que elas

- (A) estarão compreendidas no âmbito de uma região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores.
- (B) tem como única porta de entrada a atenção primária em saúde e são pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite.
- (C) incluem obrigatoriamente a população indígena nas pactuações de âmbito municipal, independentemente de suas especificidades.
- (D) organizam apenas as ações da atenção especializada e hospitalar pelo Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde com a finalidade de planejar as ações de cada serviço.
- (E) são espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes e delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais.

18

As diretrizes para a organização de redes de atenção definidas na Portaria 4279 de 2010 consideram que

- (A) a economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo aumentam, à medida que aumenta o volume das atividades, e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades.
- (B) o acesso pode ser analisado através da disponibilidade, da comodidade e da aceitabilidade do serviço pelos usuários.
- (C) a qualidade na atenção em saúde compreende três dimensões: eficácia, efetividade e integração horizontal e vertical.
- (D) a suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade para atender às prioridades de saúde da população, garantindo a segurança do paciente.
- (E) uma atenção primária de qualidade estrutura-se segundo três atributos: primeiro contato, longitudinalidade e eficiência.

19

Considere as seguintes diretrizes relativas aos NASFs - AB (Núcleo de apoio à Saúde da Família), conforme descritas na atual PNAB (Política Nacional de Atenção Básica):

- I. Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica, formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde.
- II. A definição das categorias profissionais cabe ao gestor federal, considerando o financiamento e o número de profissionais disponíveis em cada território.
- III. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica a que está vinculada.
- IV. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente e intervenções no território.
- V. Os NASF-AB se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, mas não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

Estão corretas as diretrizes

- (A) I, II, III, IV e V.
- (B) I e V, apenas.
- (C) I, IV e V, apenas.
- (D) II, III e IV, apenas.
- (E) I, III e IV, apenas.

20

A Política Nacional de Humanização (PNH) procura pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, construindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Dentre as diretrizes da PNH, **NÃO** se inclui o (a)

- (A) Clínica ampliada.
- (B) Acolhimento.
- (C) Priorização do trabalhador.
- (D) Defesa dos direitos do usuário.
- (E) Fomento das grupalidades.

FONOAUDIOLOGIA

21

O Transtorno Fonológico (TF)

- (A) é diagnosticado a partir dos seis anos de idade.
(B) não está associado ao comprometimento da inteligibilidade da fala.
(C) envolve tanto o distúrbio fonológico quanto o de produção ou o de articulação dos sons da fala.
(D) tem como causas prevalentes as doenças respiratórias e otite média com efusão.
(E) apresenta características que envolvem aspectos auditivos e motores que facilitam o diagnóstico diferencial.

22

Considere as seguintes afirmações sobre o diagnóstico diferencial dos transtornos de linguagem em adultos:

- I. A Afasia Progressiva Primária (APP) constitui um quadro demencial frontotemporal de variante linguística, com surgimento insidioso e progressão gradual, com início dos transtornos, na maioria dos casos, antes dos 65 anos.
II. A Afasia Progressiva Primária (APP) caracteriza-se como um transtorno progressivo de linguagem, associado à atrofia predominante do hemisfério direito.
III. As demências caracterizam-se pelo declínio progressivo e global nas funções cognitivas, com perda da memória, impactos importantes na linguagem, gnosia, praxia, funções executivas, que interferem nas atividades sociais e ocupacionais.
IV. A Afasia de Broca é a mais conhecida das afasias fluentes. Entre os sintomas na área da linguagem, observa-se supressão total ou parcial do discurso, mutismo inicial, produção de estereotipias e/ou fala agramatical. Pode também ocorrer prejuízo motor do membro superior esquerdo e hemiparesia esquerda.
V. A Afasia de Wernicke tem como principal característica dificuldade de compreensão da linguagem oral e escrita. Classificada como afasia não fluente, uma vez que são observados no discurso elementos deformantes como parafasias, neologismos e jargão.

Está correto apenas o que se afirma em

- (A) I e III.
(B) I, IV e V.
(C) III e IV.
(D) II, IV e V.
(E) I, II e III.

23

Considere as seguintes afirmações sobre envelhecimento:

- I. Senescência caracteriza-se pelo declínio fisiológico associado a uma condição patológica.
II. Dado o aumento da longevidade no mundo, a ONU considera idosa a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.
III. Tanto na senescência quanto na senilidade, podem ocorrer alterações relacionadas às habilidades cognitivas, que sofrem influências culturais, sociais, econômicas, nutricionais e étnicas.
IV. O Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) compreende deterioração em qualquer habilidade cognitiva, atividade de vida diária preservada, desempenho inferior ao das pessoas consideradas normais e superior ao de indivíduos com demência.
V. Idosos saudáveis atuam melhor em comunicação social e manifestam dificuldade para compensar possíveis falhas na compreensão auditiva e expressão oral que possam ocorrer durante o declínio da função cognitiva.

Está correto apenas o que se afirma em

- (A) I, II, IV e V.
(B) II e IV.
(C) I, IV e V.
(D) I e II.
(E) III e IV.

24

A avaliação da produção da fala é o exame mais importante para o diagnóstico e tratamento das alterações de comunicação na fissura labiopalatina. Para análise da fala o avaliador deve considerar

- (A) a emissão de ar nasal audível, de forte pressão intraoral e mímica facial associada à produção dos fonemas, pois esses sintomas são característicos da disfunção velofaríngea.
(B) a presença de coarticulações compensatórias como: golpe de glote, ceceio frontal, ceceio lateral.
(C) o grau de inteligibilidade da fala mediante avaliação específica, independentemente do fator determinante, caso haja prejuízo.
(D) a posição dos órgãos relacionados à produção dos fonemas, aspectos estruturais da cavidade oral, como a presença de má oclusão, frênuco da língua curto, fistulas, fissura ainda não reparada, inadequação velofaríngea.
(E) a avaliação da ressonância mediante repetição de vocábulos e frases, que, por exigir maior precisão articulatória, permite que os sintomas de possível disfunção velofaríngea sejam mais perceptíveis.

25

Entre os indicadores de risco para perda auditiva periférica e central, pode-se citar:

- (A) permanência em UTI neonatal por mais de cinco dias, peso ao nascimento inferior a 1500 g, parto a fórceps.
- (B) ventilação mecânica prolongada, extubação, uso de aminoglicosídeos.
- (C) asfixia, otites médias recorrentes ou persistentes, cosangüinidade.
- (D) alcoolismo materno na gestação, sífilis, desnutrição materna.
- (E) PIG, desnutrição materna, hiperbilirrubinemia.

26

Considere as seguintes recomendações para realização da triagem auditiva neonatal (TANU) em berçários e alojamento conjunto:

- I. Maior probabilidade de obstrução do meato acústico do RN com vernix.
- II. Possibilidade de testar grande número de crianças em pouco tempo.
- III. Nos primeiros dias de vida prevalece o estado de sono.
- IV. Elevados níveis de ruído.
- V. Possibilidade de analisar e discutir com a equipe multiprofissional as intercorrências clínicas de cada criança.
- VI. Condição de saúde dos recém-nascidos pré-termo.
- VII. Alta rápida demais nos berçários comuns.
- VIII. Possibilidade de leitura dos prontuários dos RN.

As vantagens e as desvantagens dessas recomendações estão indicadas em:

	Vantagens	Desvantagens
(A)	II, III, V, VIII	I, IV, VI, VII
(B)	I, VII, VIII	II, III, IV, V, VI
(C)	I, III, VII, VIII	II, IV, V, VI
(D)	II, IV, V, VI, VIII	I, III, VII
(E)	I, II, III, V, VIII	IV, VI, VII

27

Conhecer a função respiratória é fundamental na prática fonoaudiológica, visto que a produção vocal e a fala são processadas a partir do ar expiratório. A técnica instrumental capaz de avaliar a ressonância, complementando a avaliação subjetiva perceptiva e que determina a nasalância é chamada de

- (A) espirometria.
- (B) nasometria.
- (C) rinomamometria.
- (D) rinometria acústica.
- (E) videofluoroscopia.

28

Sobre a atuação do fonoaudiólogo em Saúde do Trabalhador, é correto afirmar:

- (A) A qualidade de vida no trabalho (QVT) é analisada mediante nove indicadores, entre os quais: ambiente seguro com boas condições de trabalho, direitos trabalhistas garantidos e iguais para todos, uso e desenvolvimento de capacidades, integração social na organização.
- (B) A Fonoaudiologia passou a atuar na área da Saúde do Trabalhador em meados da década de 1960, quando as indústrias que apresentavam ruído elevado foram obrigadas a realizar audiometria em seus trabalhadores. A perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR) despontou como uma das doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes. Os exames audiométricos passaram, no final de 1960, a ser realizados rotineiramente pelo fonoaudiólogo.
- (C) Segundo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a ação em Saúde do Trabalhador deve estabelecer o desenvolvimento da atenção integral à saúde, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde, bem como à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- (D) A reabilitação deve abranger o trabalhador, seus familiares, colegas de trabalho e instituições, uma vez que as interações sociais do trabalhador são comprometidas.
- (E) O distúrbio de voz relacionado ao trabalho (DVRT) é consequente do desgaste da voz, decorrente da desvalorização e degradação do trabalho.

29

O potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) é considerado padrão ouro no diagnóstico precoce da surdez em neonatos e lactentes. Sobre o PEATE, é correto afirmar:

- (A) A pesquisa de limiares inclui, pelo menos, duas frequências altas e duas frequências baixas para que seja estabelecida a configuração da curva.
- (B) A utilização de estímulos com especificidade de frequência (FE) em níveis máximos deve ser limitada, pois em forte intensidade há menor dispersão de energia nas frequências testadas e, portanto, perda da especificidade de frequência.
- (C) A captação da resposta em canal *ipsi* e contralateral à orelha estimulada é uma estratégia para confirmação da via geradora da resposta, por meio da comparação de registros. Em neonatos e lactentes não ocorre atenuação interaural, pois os ossos do crânio estão totalmente unidos.
- (D) O registro da resposta por estimulação óssea é recomendado sempre que os limiares forem elevados na via aérea. O vibrador deve ficar o mais próximo possível do eletrodo para captar a resposta com precisão.
- (E) O fator idade é muito importante devido aos efeitos de ressonância da orelha externa, causados pelo menor tamanho do conduto auditivo, assim como pelos efeitos de massa e rigidez da orelha média, que, em neonatos e lactentes, favorecem a amplificação das frequências altas.

30

Reabilitação audiológica compreende a utilização de qualquer dispositivo, equipamento, procedimento, orientação, interação ou terapia que minimize as consequências comunicativas e psicossociais de uma perda auditiva.

Com base nessa informação, é correto afirmar:

- (A) Um programa de intervenção audiológica para idosos deve privilegiar apenas os aspectos auditivos mediante o aproveitamento da audição residual por meio do uso da amplificação.
- (B) Próteses auditivas compensam os efeitos da perda em audibilidade e de prejuízos no processamento auditivo, em situações de escuta silenciosas ou com múltiplos falantes, com a mesma eficiência.
- (C) A conexão entre prótese auditiva e compreensão da fala depende da não modificação do sinal original no processamento realizado pela prótese auditiva.
- (D) A redução na área dinâmica da audição de idosos implica o uso de próteses auditivas com amplificação não linear.
- (E) Algoritmos de redução de ruído têm como objetivo aumentar o ganho da prótese auditiva em ambientes ruidosos para não comprometer o sinal de fala.

31

A saúde mental ou rede de atenção psicossocial é prioritária quando se pensa em atenção integral à saúde. Face ao modelo atual de atenção à saúde, é correto afirmar:

- (A) A fonoaudiologia na Saúde Mental fortalece a visão sobre a necessidade de especialistas no campo da reabilitação.
- (B) Abordagens com base na segregação ou na medicalização para inserção social estão superadas face às políticas de atenção psicossocial com articulação intersetorial.
- (C) A implantação do CAPS I, referência aos serviços da rede por 24 horas, oferece atendimento em regime aberto em contraposição aos processos de internação em regime hospitalar fechado.
- (D) A atuação do fonoaudiólogo na Saúde Mental deve valorizar e estimular a comunicação entre pacientes, seus familiares, profissionais e sociedade, sempre levando em conta a caracterização da doença.
- (E) A estruturação das políticas públicas de Saúde Mental reverteu as práticas hospitalocêntricas e psiquiatrocêntricas, priorizando o sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente.

32

O traumatismo crânioencefálico (TCE) caracteriza-se por uma agressão ao cérebro, causada por uma força física externa, que acarreta lesão anatômica e/ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo.

Com base nessa informação, é correto afirmar:

- (A) A lesão encefálica definitiva que se estabelece após o TCE é o resultado de mecanismos fisiopatológicos que se iniciam com o acidente e estendem-se até um mês.
- (B) Nos serviços de emergência, um dos índices utilizados para avaliação da gravidade do TCE é a Escala de Coma de Glasgow, cujos critérios são de base anatômica (região e extensão da lesão).
- (C) Os distúrbios da comunicação dependem da gravidade da lesão, por isso a avaliação fonoaudiológica é importante e preditiva quanto ao prognóstico do paciente.
- (D) Segundo as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico, a evolução é classificada em duas fases: aguda e crônica.
- (E) Pacientes com TCE podem apresentar alterações cognitivas, linguísticas e comportamentais incapacitantes que definem o prognóstico sob o ponto de vista ocupacional, social e emocional.

33

Considere os seguintes sinais de risco referentes a transtornos de linguagem em crianças:

- I. imaturidade visomotora, transtorno de atenção, alterações miofuncionais orofaciais;
- II. dificuldade de aprendizagem, disfluência, vocabulário restrito;
- III. dificuldades nos aspectos da linguagem, em nível semântico, sintático, fonológico, pragmático, morfossintático, fonético e lexical;
- IV. atraso no desenvolvimento da linguagem, inabilidade na estruturação da narrativa, dificuldades nos diferentes aspectos da linguagem;
- V. dificuldades para produzir alguns sons da língua, dificuldades nas interações sociais, dificuldades para usar e compreender os significados dos morfemas.

Estão corretos apenas os sinais indicados em

- (A) I, III e V.
- (B) I, II e IV.
- (C) II, IV e V.
- (D) III, IV e V.
- (E) I, II e III.

34

A avaliação audiológica, além de determinar a integridade do sistema auditivo, tem como objetivo identificar tipo, grau e configuração da perda auditiva. A determinação do tipo de perda auditiva é feita a partir da comparação dos limiares da condução aérea e da condução óssea. Procedimentos diversos permitem conhecer o local do problema que produz a perda, a dificuldade ou o transtorno auditivo.

Com base nessa afirmação, é correto afirmar:

- (A) Nas perdas auditivas mistas, o *Gap* aéreo-ósseo é maior que 10 dB; nas perdas auditivas condutivas o *Gap* não excede 70 dB; nas perdas neurosensoriais o *Gap* não excede 10 dB.
- (B) Nos casos bilaterais de perda condutiva, a pessoa tende a falar em voz alta, pois ouve pela via óssea.
- (C) Nas perdas neurosensoriais, os timpanogramas são alterados.
- (D) Nas perdas auditivas mistas, o índice de reconhecimento de fala não é previsível.
- (E) Nas perdas auditivas mistas, o teste Weber audiométrico lateraliza para a orelha em que a cóclea se apresenta em piores condições e/ou para a orelha que apresentar maior componente auditivo.

35

Quando se fala sobre linguagem e envelhecimento, **NÃO** se leva em conta que

- (A) o declínio cognitivo envolve funções, como atenção seletiva, memória, resolução de problemas.
- (B) o conceito de velhice produtiva compreende as possibilidades de o idoso exercer funções e papéis na sociedade, de forma tutelada, para alcançar um grau desejável de bem-estar físico, psicológico e social.
- (C) demência vascular torna o idoso mais suscetível para desenvolver alterações de linguagem.
- (D) idosos saudáveis podem apresentar alterações nas funções executivas de planejamento e organização.
- (E) a vulnerabilidade para o declínio cognitivo torna-se mais evidente quando o idoso considera o processo de envelhecimento como patológico e se torna menos participativo na sociedade.

36

A avaliação e terapia de linguagem dos transtornos do espectro do autismo devem levar em conta que

- (A) as dificuldades de comunicação e linguagem não são secundárias a outras alterações, embora não sejam fundamentais para a composição do quadro clínico.
- (B) atividades que envolvam imitações são realizadas espontaneamente por crianças autistas.
- (C) dados a respeito da adaptação sociocognitiva podem ser colhidos junto aos adultos que convivem com o autista, como pais, professores terapeutas, e envolvem informações sobre contato visual, utilização de comunicação não verbal, reação a novidades.
- (D) crianças com autismo de alto funcionamento e aquelas com síndrome de Asperger apresentam dificuldades nas mesmas áreas e se beneficiam dos mesmos programas padronizados de intervenção terapêutica.
- (E) estudos recentes identificaram um marcador biológico para o autismo, fortalecendo a hipótese de que o distúrbio tenha origem neurobiológica, com componente genético.

37

A deglutição é uma função extremamente complexa que envolve o sistema estomatognático, digestório e respiratório. Está diretamente relacionada com a condição anatômica e funcional orofacial e completamente dependente do sistema nervoso central e periférico. A deglutição adaptada tem vários fatores etiológicos onde a intervenção fonoaudiologia não é apropriada de imediato, necessitando-se de encaminhamento para avaliação multiprofissional, como a de ortodontista.

A princípio, em quais dos fatores etiológicos mais frequentes que produzem deglutição adaptada, **NÃO** é válida a intervenção fonoaudiológica?

- (A) Mordida aberta anterior e mordida cruzada unilateral.
- (B) Mordida cruzada unilateral e classe II de Angle.
- (C) Classe II de Angle e classe III de Angle.
- (D) Mordida cruzada unilateral e classe III de Angle.
- (E) Mordida aberta anterior e classe III de Angle.

38

As disartrias são classificadas de acordo com a topografia da lesão do sistema nervoso e a denominação é feita pelas características do quadro clínico. O tipo de disartria tipicamente encontrada na doença de Parkinson é a

- (A) mista.
- (B) espástica.
- (C) flácida.
- (D) hipocinética.
- (E) hipercinética.

39

O mecanismo velofaríngeo é uma das válvulas que interagem no trato vocal durante a produção da fala e impede a passagem de alimento ou saliva da orofaringe para a nasofaringe durante a deglutição. As alterações no funcionamento velofaríngeo, seja para a abertura, o fechamento ou para o controle entre abertura e fechamento, caracterizam a disfunção velofaríngea. A avaliação clínica considerada padrão-ouro para o diagnóstico desta disfunção é a

- (A) avaliação perceptivoauditiva.
- (B) videofluoroscopia.
- (C) naseoscopia.
- (D) cefalometria.
- (E) nasometria.

40

A avaliação diagnóstica é essencial para definir etiologia e a melhor conduta de tratamento da disfunção do mecanismo velofaríngeo e das alterações da comunicação e da deglutição associadas. A inadequação do mecanismo velofaríngeo que ocorre por alteração estrutural em que falta tecido para o fechamento velofaríngeo, por exemplo, devido à fissura de palato, traumas ou após cirurgias de remoção de tumores, recebe o nome de

- (A) incompetência velofaríngea.
- (B) insuficiência velofaríngea.
- (C) erro de aprendizagem do mecanismo velofaríngeo.
- (D) velofaringe hipodinâmica.
- (E) inconsistência velofaríngea.

41

O câncer de boca e seu tratamento acomete a motricidade orofacial e as funções de fala e deglutição.

Homem de 56 anos, com diagnóstico de carcinoma epidermoide de borda lateral da língua, foi submetido à glossectomia parcial e esvaziamento cervical, com radioterapia adjuvante para tratamento da neoplasia. Recebe dieta exclusiva por sonda enteral e está respirando por traqueostomia.

Em que momento deve-se iniciar o processo de reabilitação fonoaudiológica da deglutição para este paciente?

- (A) Após a radioterapia.
- (B) Após retirar cânula de traqueostomia.
- (C) Logo após a cirurgia, o mais precoce.
- (D) Quinze dias após a cirurgia.
- (E) Trinta dias após a cirurgia.

42

A deglutição é um processo complexo que depende da integridade do sistema nervoso central e periférico. Trata-se de uma função na qual sensibilidade e motricidade devem trabalhar de forma concisa para que seja desempenhada de forma fisiológica. A mastigação faz parte da fase oral da deglutição, e a contração muscular é essencial para que ela ocorra.

Quais são os músculos da mastigação e qual é o nervo responsável pela inervação motora deles?

- (A) Músculos: temporal, bucinador e pterigoideo lateral. Nervo: trigêmeo.
- (B) Músculos: temporal, masseter, bucinador e pterigoideo lateral. Nervo: glossofaríngeo.
- (C) Músculos: masseter, pterigoideo medial e pterigoideo lateral. Nervo: facial.
- (D) Músculos: temporal, masseter, pterigoideo medial e pterigoideo lateral. Nervo: trigêmeo.
- (E) Músculos: temporal, masseter, bucinador e pterigoideo lateral. Nervo: facial.

43

A videofluoroscopia da deglutição é uma técnica radiológica dinâmica de avaliar a biomecânica da deglutição orofaríngea, extremamente utilizada em hospitais para diagnosticar e direcionar o tratamento dos distúrbios da deglutição. A videofluoroscopia

- (A) permite avaliação da fase oral e faríngea da deglutição e da sensibilidade faríngea e laríngea.
- (B) não permite identificar aspirações laringotraqueais.
- (C) não permite avaliações quantitativas, somente subjetivas e qualitativas.
- (D) tem como objetivo compreender as alterações que acarretam aspiração laringotraqueal e/ou penetração laríngea.
- (E) substitui a videoendoscopia da deglutição.

44

Segundo a NR 15, para ruídos ocupacionais contínuos ou intermitentes, estabeleceu-se como limite de tolerância, quantos decibels para um período de exposição de 8 horas diárias?

- (A) 115 dB(A).
- (B) 85 dB(A).
- (C) 75 dB(A).
- (D) 90 dB(A).
- (E) 80 dB(A).

45

Mulher, 73 anos, apresenta dificuldade para ouvir em ambiente com várias pessoas falando ao mesmo tempo. História pregressa: acidente vascular encefálico há 3 anos e hipertensão arterial. Na avaliação audiológica, observam-se os seguintes resultados:

Audiometria tonal e vocal:

Orelha direita: perda auditiva do tipo mista de grau moderado
Orelha esquerda: perda auditiva do tipo mista de grau severo

Índice de Reconhecimento de Fala:

Orelha direita: 84% Orelha esquerda: 76%

Timpanometria: curva tipo B bilateralmente com ausência de reflexos acústicos contralaterais.

Para o caso, a conduta correta é:

- (A) Encaminhamento para realização de treinamento auditivo em cabina e avaliação global pela geriatria.
- (B) Orientação quanto à possibilidade de adaptação de próteses auditivas e, ao uso de estratégias de comunicação.
- (C) Encaminhamento ao otorrinolaringologista para tratamento e após resolução médica, repetição da avaliação audiológica.
- (D) Orientação e encaminhamento para avaliação comportamental do processamento auditivo e avaliação global pela geriatria.
- (E) Encaminhamento para avaliação e registro do potencial evocado auditivo de média latência.

46

A descrição correta do objetivo da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) é:

- (A) Diagnosticar perdas auditivas condutivas de crianças com indicadores de risco do tipo: fissura, refluxo gastroesofágico, displasia broncopulmonar.
- (B) Pesquisar os limiares eletrofisiológicos por via óssea permitindo o diagnóstico diferencial entre perdas condutivas e retrococcleares, no caso de prematuros.
- (C) Favorecer o diagnóstico diferencial de perdas auditivas (35 a 45 dBNA) nos casos de doenças degenerativas e congênitas.
- (D) Identificar perdas auditivas em recém-nascidos por meio do condicionamento estímulo-resposta-reforço, a indicação na fase neonatal.
- (E) Identificar, diagnosticar e intervir em crianças com perdas auditivas a partir de 35 dBNA, congênitas, permanentes, ou de início na fase neonatal.

47

Na perspectiva da educação inclusiva, a recomendação a ser oferecida à mãe do seu paciente de 6 (seis) anos, com surdez neurosensorial bilateral de grau profundo, sendo a genitora surda, usuária de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) é:

- (A) classe comum para alfabetização e no contraturno, oferta do atendimento educacional especializado em sala de recursos multifuncionais.
- (B) alfabetização em classe comum com professor especialista, sem necessidade do atendimento educacional especializado.
- (C) classe comum com professor e auxiliar de ensino, para intermediar a alfabetização e o diálogo do aluno com os ouvintes.
- (D) alfabetização em escola especial, garantindo o aprendizado e evitando o *bullying* praticados por alunos de classe comum.
- (E) alfabetização em escola especial em tempo integral para garantir a educação bilíngue, além da linguagem oral, escrita e visoespacial.

48

As disfonias organofuncionais são representadas por lesões de laringe, nas quais o comportamento vocal tem maior ou menor envolvimento na gênese da alteração. São elas:

- (A) nódulos vocais, pólipos, edema de Reinke, úlcera de contato, granulomas e leucoplasias.
- (B) granulomas, nódulos vocais, sulco vocal, laringocele, vasculodisgenesia, papilomas.
- (C) úlcera de contato, cisto epidermoide, leucoplasia, edema de Reinke, sulco vocal, vasculodisgenesia.
- (D) pólipos, granulomas, microdiafragma laríngeo, cisto epidermoide, úlcera de contato, papilomas.
- (E) nódulos vocais, pólipos, cisto epidermoide, sulco vocal, edema de Reinke e leucoplasias.

49

Para o caso de um menino de 8 anos de idade com diagnóstico médico de nódulos vocais, o tempo máximo de fonação, com emissão prolongada de vogais, é de

- (A) 14 segundos.
- (B) 11 segundos.
- (C) 10 segundos.
- (D) 9 segundos.
- (E) 8 segundos.

50

Assinale a alternativa que representa as ações específicas do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

- (A) Promover ação integrada, articulando reuniões junto aos Conselhos de saúde, líderes comunitários para identificar as necessidades de saúde da comunidade e pactuar uma agenda de ações prioritárias.
- (B) Realizar junto às equipes da saúde da família oficinas e grupos terapêuticos para cuidadores de pessoas com sequelas neurológicas, respiradores orais, estimulação precoce, pessoas com distúrbios de linguagem oral e escrita.
- (C) Realizar atendimento específico ou compartilhado para avaliação, orientação e terapia, a partir do plano terapêutico singular, para os casos de disfonia comportamental, respiradores orais, problemas auditivos e estimulação precoce.
- (D) Sensibilizar quanto à importância da utilização dos dispositivos de cuidado à saúde, a partir do perfil sociodemográfico e epidemiológico, por meio do apoio matricial, da clínica ampliada e dos projetos territoriais.
- (E) Realizar o plano singular terapêutico fonoaudiológico em conjunto com o usuário e seus familiares. Estabelecer os objetivos, as metas e a participação de todos para a reabilitação do usuário, definindo inclusive o cuidador.

