



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE
SAÚDE – USP 2023**

25/09/2022

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Fonoaudiologia), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. 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.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas **exclusivamente** nos quadros destinados a elas.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: 2h30. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

TEXTO PARA AS QUESTÕES 01 E 02.

Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner, que introduziu importantes conceitos sobre o processo de formação médica por meio de relatório, publicado em 1910, acerca do panorama das escolas de Medicina dos Estados Unidos e do Canadá. Sob o termo “Paradigma Flexneriano”, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação, pautando os modelos educacionais em diversos países das Américas e da Europa.

Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas, as quais deveriam ser distribuídas em três ciclos educacionais: básico, clínico e profissionalizante.

Ademais, as diretrizes Flexnerianas preconizavam a adoção de critérios rígidos para ingresso nas faculdades médicas, a dedicação integral dos docentes ao ensino e à pesquisa, e o maior vínculo entre as universidades e os hospitais.

O “Paradigma Flexneriano” — ou modelo biomédico — ofereceu relevantes contribuições para a qualificação e a padronização dos cursos de medicina, assim como para o desenvolvimento do conhecimento científico, contribuindo para o controle de doenças infecciosas e aumento da expectativa de vida.

Contudo, as transformações sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas despertaram debates e críticas ao modelo de ensino biomédico no meio acadêmico, relacionadas principalmente às visões cartesiana e biologicista do processo saúde-doença.

Por essa perspectiva, o “Paradigma Flexneriano” conceberia o corpo humano a partir de uma concepção mecanicista e reducionista, considerando-o um conjunto de “partes” interconectadas — como peças de uma máquina, que necessitam de avaliações regulares por especialistas. Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano, valorizando o cenário hospitalar e a “hiperespecialização” médica.

Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos, propondo o abandono de saberes dicotômicos — teoria e prática, mente e corpo, objetivo e subjetivo — em direção a abordagens multissistêmicas e integrativas, visando a construção de intersecções epistemológicas.

Iago Gonçalves Ferreira. *Rev Med* (São Paulo). 2021. nov.-dez.;100(6):619-22. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/183603/179519>. Adaptado.

01

Infere-se do texto que as críticas ao Paradigma Flexneriano

- (A) enfatizam a visão do bem-estar psíquico como independente do bem-estar físico.
- (B) advêm da percepção de que a saúde humana deve ser compreendida como um sistema integrado.
- (C) sugerem a inter-relação entre as pesquisas universitárias e o dia a dia dos hospitais.
- (D) reivindicam condições propícias para a investigação diagnóstica no processo de adoecimento.
- (E) ponderam que a busca pela saúde humana prescinde da integração entre teoria e prática.

02

O autor recorre a uma hipótese no seguinte trecho:

- (A) “Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner”. (1º parágrafo)
- (B) “Sob o termo ‘Paradigma Flexneriano’, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação”. (1º parágrafo)
- (C) “Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas”. (2º parágrafo)
- (D) “Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano”. (6º parágrafo)
- (E) “Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos”. (7º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 03 E 04.

O papel da comunicação é central na informação da população, permitindo tomada de decisões que possibilitem manter ou melhorar a saúde de todos. Para aqueles em risco de desenvolver ou já diagnosticados com condições crônicas não transmissíveis (CCNTs), mais conhecidas no português do Brasil como doenças crônicas não transmissíveis ou DCNTs, a comunicação adequada, seja ela de massa, seja pessoal, determina a tomada de atitude oportuna e o engajamento nos autocuidados.

A comunicação é mais ampla do que a seleção de palavras. Inclui também entonação, velocidade do discurso, além de uma série de aspectos de comunicação não verbal. Ao mesmo tempo, o papel da escolha de palavras não pode ser minimizado, pois ele tem potencial para aproximar ou afastar, incluir ou excluir, demonstrar respeito ou estigmatizar, abrir via de mão dupla ou estabelecer barreiras hierárquicas.

No caso de situações de atendimento, por exemplo, trata-se de um aspecto crucial para a criação de laços de confiança. Permite, dessa forma, que a pessoa atendida se sinta confortável, acolhida e valorizada, para que se engaje em seus autocuidados e atinja melhores resultados clínicos.

Assim, há uma série de recomendações quanto ao uso de termos reconhecidos, atualmente, como mais adequados para a comunicação sobre e com pessoas com CCNTs que poderá servir de referência para estudantes de saúde, profissionais de comunicação e demais interessados.

Não é novidade a evolução de línguas vivas. Assim como em outras esferas, a área da saúde também tem seus termos atualizados continuamente. Em paralelo, o importante movimento da saúde centrada na pessoa e a crescente atenção à medicina humanizada, combatendo estigmas e reconhecendo o protagonismo da pessoa em seus autocuidados, influenciaram e aceleraram essas atualizações.

Mark Barone, Bruno Helman, Hermelinda Pedrosa e Pedro Ripoli.
Linguagem importa!. Disponível em:
www.diabesi.com.br/images/2022/Linguagem-Importa-2022.pdf

03

Um dos objetivos do texto é

- (A) reprimir o uso de linguagem técnica na comunicação entre profissionais da saúde e pacientes das CCNTs.
- (B) propor o argumento de autoridade como estratégia para persuadir os pacientes das CCNTs a conhecer sua condição com profundidade.
- (C) impor diretrizes a partir de escolhas lexicais determinadas internacionalmente aos profissionais que lidam com CCNTs.
- (D) encorajar o uso de eufemismos na comunicação entre agentes da saúde e pacientes com CCNTs.
- (E) incentivar o uso de linguagem empática no atendimento em saúde aos pacientes com CCNTs.

04

Quanto ao efeito de sentido produzido no texto, opõem-se as seguintes expressões:

- (A) “informação da população” e “atitude oportuna”. (1º parágrafo)
- (B) “tomada de decisões” e “engajamento nos autocuidados”. (1º parágrafo)
- (C) “barreiras hierárquicas” e “via de mão dupla”. (2º parágrafo)
- (D) “situações de atendimento” e “resultados clínicos”. (3º parágrafo)
- (E) “medicina humanizada” e “movimento da saúde centrada na pessoa”. (5º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 05 E 06.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou a Resolução nº 2.314/2022, que define e regulamenta a telemedicina no Brasil, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias e de comunicação. A norma, fruto de um amplo debate reaberto em 2018 com entidades médicas e especialistas, passa a regular a prática em substituição à Resolução CFM nº 1.643/2002.

Leia o trecho da entrevista a seguir, publicada em 04/05/2021, de José Luiz Gomes do Amaral, presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), sobre o assunto.

De que forma telemedicina pode auxiliar na promoção à saúde e na prevenção de doenças?

Acesso à informação correta, completa e compreensível; orientação e acompanhamento. Temos aqui o mais importante.

As inovações tecnológicas permitem-nos ver, ouvir, sentir, calcular, integrar e intervir em tempo real.

Mas temos de superar um atraso de 20 anos em que o Brasil ficou parado. Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela. Além disso, havia o medo do desconhecido: será que daríamos conta da complexidade tecnológica envolvida? Estas novas práticas poderiam atrapalhar o relacionamento com o paciente? Haveria lacunas intransponíveis que comprometessem a qualidade do tratamento?

São medos e mitos que vêm caindo, um após o outro. Mas isso demanda um certo tempo. A catástrofe sanitária acelerou todos esses processos.

Disponível em
<https://www.telemedicinesummit.com.br/artigo/telemedicina-veio-para-ficar-mas-ainda-precisa-superar-desafios>. Adaptado.

05

O entrevistado elenca, nesse trecho da entrevista, argumentos para explicar a resistência à telemedicina, entre eles,

- (A) a preocupação com as questões de sigilo.
- (B) a resistência dos pacientes ao uso da tecnologia.
- (C) a falta de acesso aos meios de comunicação virtual de grande porcentagem dos brasileiros.

- (D) a preocupação com o relacionamento entre médico e paciente.
- (E) a ideia de que o diagnóstico depende da presença do paciente.

06

“Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela”. (6 parágrafo)

Sem prejuízo do sentido, o termo sublinhado pode ser substituído por

- (A) Nesse ínterim.
- (B) Ao passo que.
- (C) Mesmo que.
- (D) Por ora.
- (E) Desse modo.

07

Analise o cartaz:



Considerando o contexto do cartaz, depreende-se que o termo “lá”

- (A) traduz-se por atingir sucesso profissional em “Chegar lá”.
- (B) transmite ideia de tempo afastado no futuro em “Até lá”.
- (C) indica lugar próximo do falante e do ouvinte em “Até lá”.
- (D) expressa sentido semelhante ao do advérbio “aproximadamente” em “Chegar lá”.
- (E) denota ideia de intensidade ou excesso em “Chegar lá”.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

De acordo com a Lei número 8.080, de 1990, alguns fatores são determinantes no processo saúde-doença nas populações. São eles:

- (A) Habitação, Saneamento Básico, Expectativa de Vida, Lazer, Renda, Educação, Meio Ambiente, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (B) Habitação, Saneamento Básico, Alimentação, Transporte, Controle de Natalidade, Renda, Educação, Trabalho, Meio Ambiente, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (C) Habitação, Saneamento Básico, Controle do Consumo de Álcool, Atividade Física, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (D) Habitação, Melhora do Índice de Desenvolvimento Humano, Alimentação, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (E) Alimentação, Moradia, Saneamento Básico, Meio Ambiente, Trabalho, Renda, Educação, Transporte, Lazer, Acesso aos Bens e Serviços Essenciais.

09

Quais são alguns dos principais desafios futuros ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o artigo de Paim et al. (2011) publicado na série da Revista *The Lancet*?

- (A) A reforma da estrutura de financiamento para assegurar a universalidade, a igualdade e sustentabilidade, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às mudanças demográficas e epidemiológicas e a promoção da qualidade do cuidado.
- (B) A melhora do investimento em prevenção primária e em ações de promoção da saúde nas Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais Públicos e Privados e o aumento do número de médicos no Brasil.
- (C) A criação de novos impostos para que se possa aumentar os recursos destinados para a ampliação da construção de hospitais e para a realização de exames de alta complexidade a fim de melhorar os níveis de atenção secundária e terciária.
- (D) A reforma da estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a melhoria do atendimento individual com mais profissionais de saúde e o aumento de investimentos privados para melhorar a qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.
- (E) A melhora do acesso à atenção básica e de emergência, a renegociação dos papéis público e privado para a adequação da melhora da cobertura universal de vacinação, da assistência pré-natal e dos recursos humanos e de tecnologia de produtos farmacêuticos.

10

O apoio matricial realizado no SUS configura-se como uma forma de organizar o trabalho

- (A) entre profissões e equipes. Uma equipe pode assumir o papel de referência e a outra, o de apoio. Inverte-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações. Pode dar suporte à produção de cuidado e na apropriação de novos conhecimentos.
- (B) entre duas profissões, em que uma se sobrepõe a outra. Pressupõe uma relação vertical entre profissionais de diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto à apropriação de novos conhecimentos e valorização do esquema tradicional e fragmentado dos saberes.
- (C) da medicina com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação horizontal entre a medicina e as diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto na apropriação de novos conhecimentos.
- (D) das equipes de saúde da família com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação vertical entre as equipes de estratégia de saúde da família com os outros profissionais de saúde. Valoriza-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes e pode ocorrer principalmente suporte à produção de cuidado.
- (E) individual das equipes, em que uma assume o papel preponderante sobre a outra de acordo com os conhecimentos disciplinares. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações, valorizando-se o esquema tradicional dos saberes e a apropriação de novos conhecimentos.

11

Quanto ao financiamento do SUS no Brasil, assinale a afirmativa correta:

- (A) Os Estados são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos estaduais; a outra metade fica por conta do governo federal e dos Municípios.
- (B) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta dos Estados e Municípios.
- (C) Os Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos municipais; a outra metade fica por conta dos Estados e do governo federal.
- (D) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta de entidades privadas, com repasse dos planos de saúde e dos Estados.
- (E) Os Estados e Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, a maioria dos

gastos é feita pelos governos estadual e municipal, e somente uma parte menor fica para o governo federal.

12

De acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, são objetivos da Clínica Ampliada:

- (A) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas com foco na medicina diagnóstica; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (B) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (C) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar conhecimentos específicos de forma disciplinar; assumir compromissos éticos profundos.
- (D) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.
- (E) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir que as responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde são prioritariamente dos gerentes ou coordenadores das unidades de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.

13

De acordo com a Bioética, a atividade profissional em saúde deve estar pautada na base sólida do fundamento dos seres humanos. Nesse sentido, quais os conceitos que são importantes de serem entendidos para trabalhar com pessoas no campo da saúde?

- (A) As pessoas são iguais. Isso significa que existe equidade e as mesmas têm as suas características, seus anseios, suas necessidades e isso deve ser respeitado. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas e sociais.
- (B) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas

necessidades, e esse patrimônio merece ser respeitado. Neste sentido, deve-se valorizar sempre as dimensões sociais em relação às demais dimensões.

- (C) As pessoas são diferentes, mas em geral os anseios e necessidades podem ser parecidos. As dimensões biológicas e psicológicas são as mais importantes.
- (D) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas necessidades, e essa identidade deve ser respeitada. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas, sociais, morais e espirituais.
- (E) As pessoas são compostas de dimensões biológicas e psicológicas e, por isso, são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, mas suas necessidades podem ser parecidas.

14

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, qual alternativa expressa o conceito de equidade?

- (A) Possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da atenção básica (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- (B) É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos.
- (C) É a oferta do cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e, de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade, evitando qualquer tipo de exclusão.
- (D) É a forma de permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço onde as pessoas estão adstritas.
- (E) Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia.

15

São Princípios e Diretrizes do SUS operacionalizados na Atenção Básica:

- (A) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita;

Cuidado centrado na doença; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

- (B) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (C) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação do setor privado.
- (D) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Transversalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (E) Universalidade; Equidade; Individualidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

FONOAUDIOLOGIA

16

Considere o seguinte caso clínico: Na unidade neonatal, o fonoaudiólogo foi responder a pedido de interconsulta de um bebê de 2,5 kg e 40 semanas de idade corrigida. Após a autorização da equipe de enfermagem, o fonoaudiólogo foi até o bebê e, na observação clínica, identificou extensão na postura global, leve sonolência, lábios vedados e narina direita com presença de sonda de alimentação. Diante da descrição do caso clínico, qual é a ação fonoaudiológica para o caso?

- (A) Avaliar o tônus dos lábios, língua e bochechas durante o repouso. A mobilidade das estruturas orofaciais pode ser avaliada durante o desempenho das funções estomatognáticas da respiração e da sucção.
- (B) Realizar a ausculta cervical durante a oferta do líquido espessado, se possível com o leite materno, com volume controlado; evoluir somente se não houver sinais e sintomas de penetração laringotraqueal.
- (C) Realizar a ausculta cervical posicionando o estetoscópio próximo à laringe para identificar a respiração e a deglutição de saliva; como o bebê está com sonda de alimentação, a avaliação deve ser suspensa temporariamente.
- (D) Analisar o prontuário do bebê, estado clínico, prescrição de medicamentos, possíveis intercorrências durante o parto, história pregressa da gestante, comorbidades associadas à disfagia e avaliar o bebê em outro momento.
- (E) Avaliar, por meio da sucção não nutritiva, utilizando uma chupeta ou dedo mínimo enluvado, com eliciação do reflexo de busca, sucção e deglutição. Utilizar oxímetro de dedo para monitorar a saturação de oxigênio (O₂).

17

Quais são as causas da aspiração laringotraqueal em idosos?

- (A) Diminuição da força do movimento de ejeção do alimento para faringe.
- (B) Idade, sarcopenia, divertículo de faringoesofágico.
- (C) Hérnia de hiato, refluxo gastroesofágico e diabetes.
- (D) Perda prematura anterior, incompetência das musculaturas labiais e do véu palatino.
- (E) Incoordenação das fases da respiração, mastigação e deglutição.

18

Com relação à sucção não nutritiva para o desenvolvimento do padrão oromotor, em recém-nascido, entende-se que

- (A) deve ser iniciada após avaliação objetiva com videofluoroscopia.
- (B) está contraindicada em recém-nascidos que estão em incubadora.
- (C) atrasa a amamentação e a alta do recém-nascido.
- (D) deve ser iniciada após avaliação da sensibilidade oral.
- (E) leva maior oxigenação durante e após as mamadas.

19

Em relação à triagem auditiva neonatal universal (TANU) e aos indicadores de risco para a deficiência auditiva (IRDA), pode-se afirmar:

- (A) A triagem auditiva deve ser realizada somente em crianças com fatores de risco para perda auditiva.
- (B) A avaliação é própria do nível terciário, em virtude da complexidade da avaliação. A triagem auditiva precisa da prescrição médica.
- (C) A prematuridade e o peso ao nascer ≤ 2.000 g são considerados IRDA. Recomenda-se a avaliação auditiva após ganho de peso.
- (D) A TANU abrange a avaliação do potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) e deve ser realizada em todos os neonatos.
- (E) Neonatos com hiperbilirrubinemia devem ser submetidos à avaliação com potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE).

20

Quais dos critérios apresentados a seguir são considerados para seleção e indicação para implante coclear em adultos?

- (A) Deficiência auditiva progressiva e limiares auditivos com aparelhos de amplificação sonora individuais maiores ou iguais a 80 dBNA nas frequências da fala.
- (B) Deficiência auditiva súbita, preferencialmente com tempo de surdez maior que metade do tempo de vida sem deficiência auditiva.
- (C) Deficiência auditiva sensorineural de grau severo a profundo ou profundo pós-lingual bilateral, com comprometimento progressivo.
- (D) Deficiência auditiva sensorineural de grau severo pós-lingual, súbita, preferencialmente com tempo de surdez superior à metade do tempo de vida sem deficiência auditiva.
- (E) Limiares auditivos com aparelhos de amplificação sonora menores que 60 dBNA nas frequências da fala e escore de percepção de fala maiores que 60% para sentenças em conjunto aberto e no ouvido a ser implantado.

21

A avaliação das respostas a estímulos sonoros pode ser incluída no monitoramento das habilidades auditivas nos primeiros anos de vida. A observação das respostas comportamentais a estímulos acústicos parte do princípio de que um estímulo sonoro produz uma mudança detectável de comportamento na criança. Em avaliação, observou-se que a criança é capaz de realizar localização lateral (direita/esquerda) e localização indireta para baixo e para cima após estímulo com som instrumental, localizar a voz da mãe e do examinador após estímulos verbais. Qual idade, em meses, é esperada para essa criança?

- (A) Menos de 6 meses.
- (B) 6 a 9 meses.
- (C) 9 a 13 meses.
- (D) 13 a 18 meses.
- (E) Mais de 18 meses.

22

Alimentação é um processo complexo que inclui nível de atenção, cognição, desenvolvimento motor e neurológico, vínculo com a mãe, maturação fisiológica, estado geral de saúde e medicações. O desenvolvimento da alimentação consiste na maturação e na integração de todos os componentes necessários para a alimentação normal. São características encontradas por volta do sexto mês de vida durante a alimentação:

- (A) Canolamento (elevação das bordas laterais) da língua.
- (B) Movimento de língua e de mandíbula dissociado.
- (C) Reflexo de procura, de apreensão e sucção por anteriorização da língua.
- (D) Sucção caracterizada por anteriorização e posteriorização de língua.
- (E) Laringe elevada e anteriorizada, mais próxima da base da língua.

23

Em recém-nascidos, muitas vezes o encaminhamento para intervenção fonoaudiológica é tardio por não haver um profissional atuando na rotina do hospital, pois, estando presente, o próprio fonoaudiólogo pode definir quando avaliar, diminuindo as chances de retardar o início de um trabalho terapêutico quando necessário. Em que situações a intervenção fonoaudiológica deve ser priorizada?

- (A) Intubação orotraqueal e prematuridade.
- (B) Intubação orotraqueal e pneumonia.
- (C) Recém-nascido a termo e sonda nasogástrica.
- (D) Prematuridade e pneumonia.
- (E) Icterícia neonatal e sonda nasogástrica.

24

As disfonias primárias por uso incorreto da voz beneficiam-se de abordagens que favoreçam a emissão mais equilibrada da voz. Quais são os métodos de eleição para seleção das técnicas vocais no tratamento de disfonias primárias?

- (A) Corporal e Sons Facilitadores.
- (B) Fala e Competência glótica.
- (C) Auditivo e Ativação vocal.
- (D) Órgãos fonoarticulatórios e Fala.
- (E) Firmeza glótica e Tátil-cinestésica.

25

Os distúrbios respiratórios obstrutivos do sono são prevalentes e compreendem o ronco primário, a resistência das vias aéreas superiores e a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS). Considere um homem de 45 anos, obeso, hipertenso, com

sonolência diurna excessiva, com perda de rendimento nas atividades cotidianas. Avaliação otorrinolaringológica evidencia hipertrofia de cornetos e desvio septal, com amígdalas hipertrofiadas grau III. A polissonografia demonstra 20 eventos de apneia e hipopneia por hora de sono, fechando o diagnóstico. Nesse caso, trata-se de:

- (A) ronco primário, com resistência das vias aéreas, e seu tratamento é fonoaudiológico com mioterapia funcional.
- (B) SAOS considerada moderada, e deve ser tratada cirurgicamente, acompanhado de terapia fonoaudiológica para deglutição.
- (C) SAOS considerada moderada, e, independentemente do tratamento clínico ou cirúrgico, deve ser tratada com mioterapia funcional.
- (D) SAOS considerada grave, devendo ser tratado com cirurgia, e deve ser acompanhado de mioterapia funcional.
- (E) SAOS considerada grave, necessitando de traqueostomia e terapia fonoaudiológica para deglutição.

26

As disfonias orgânicas endocrinológicas podem representar manifestações vocais decorrentes de processos fisiológicos, como a puberdade, ou distúrbios hormonais, como doenças da hipófise ou da tireoide. As técnicas vocais empregadas nas manifestações vocais causadas por alterações hormonais dependem da natureza desses distúrbios e dos efeitos do tratamento. Nos casos em que há modificação do pitch, que se mostra mais grave, com virilização vocal, pode-se considerar que

- (A) há limite terapêutico e deve-se evitar terapia fonoaudiológica.
- (B) técnicas do método de fala, especialmente de modulação de frequência e intensidade, trazem benefícios.
- (C) técnicas do método de fala, especialmente a voz salmodiada, conseguem bons resultados.
- (D) técnicas do método de competência glótica, especialmente a emissão em tempo máximo de fonação, devem ser utilizadas.
- (E) técnicas do método de competência glótica, especialmente as escalas musicais, trazem benefícios.

27

Na reabilitação do paciente laringectomizado parcial horizontal, o foco também recai na função da deglutição. Quais técnicas vocais favorecem a proteção de vias respiratórias, facilitam o trânsito do bolo alimentar e contribuem para uma qualidade vocal menos desviada?

- (A) “B” prolongado, deglutição incompleta sonorizada e as técnicas de escala musical.
- (B) Manipulação digital da laringe, emissão de cabeça e tronco para baixo, e o sussurro.
- (C) Modulação de frequência e intensidade de fala, controle da intensidade e *sniff*.
- (D) Espagete retido, manobras musculares, rotação de língua no vestibulo e assobio.

(E) Fonação inspiratória, manipulação digital da laringe e rotação de língua no vestibulo.

28

As disfonias orgânicas neurológicas podem ser periféricas, envolvendo a produção vocal e/ou a deglutição, ou central, com impacto também na fala e na linguagem. A classificação dessas disfonias adotada na Mayo Clinics (ARONSON, 1990) é bastante utilizada por levar em conta aspectos vocais percebidos na avaliação perceptivo-auditiva, organizando-se em: transtornos relativamente constantes, transtornos flutuantes arrítmicos, transtornos flutuantes rítmicos, transtornos paroxísticos e transtornos por perdas do controle volitivo. Qual das situações a seguir apresentam, respectivamente, um transtorno flutuante arrítmico e um flutuante rítmico?

- (A) Disfonia espasmódica e tremor vocal essencial.
- (B) Tremor vocal essencial e doença de Parkinson.
- (C) Coreia de Huntington e disfonia espasmódica.
- (D) Esclerose múltipla e doença de Parkinson.
- (E) Coreia de Huntington e esclerose múltipla.

29

Qual a relação entre os fatores etiológicos dos distúrbios da deglutição, as alterações da função e os resultados da terapia miofuncional?

- (A) Mordida aberta anterior: paciente deglute com língua interposta entre as arcadas. O trabalho de posicionamento da língua deve ser iniciado antes do tratamento ortodôntico.
- (B) Mordida profunda: interfere no posicionamento da língua durante a deglutição e a fala, devido à diminuição da altura vertical do terço médio da face. O trabalho será benéfico quando realizado no final do tratamento ortodôntico.
- (C) Classe II: paciente deglute com movimento pósterior anterior de língua, interposição do lábio inferior, participação da musculatura perioral e do músculo mental. O trabalho deve ser realizado em conjunto com a ortodontia.
- (D) Classe III: deglutição ocorre com anteriorização de língua e excessiva participação da musculatura perioral e do lábio inferior. A terapia miofuncional para adequação da deglutição deve ser realizada concomitantemente ao tratamento ortodôntico.
- (E) Língua alterada: alterações do tamanho, altura, mobilidade e força interferem na deglutição, que ocorre com interposição da língua entre as arcadas, movimento de cabeça e ausência de vedamento labial. Prognóstico da terapia miofuncional não é bom.

30

O que deve ser levado em conta na intervenção fonoaudiológica nos distúrbios da fala de origem fonética?

- (A) Alterações da forma da arcada dentária, somadas à hiperfunção da língua, são os principais fatores associados ao ceceo anterior e lateral.
- (B) Distorções, imprecisões, reduções e travamentos articulatórios são as principais alterações de origem musculoesquelética.
- (C) A abordagem de tratamento nos desvios fonéticos centrada na realização de exercícios motores orais desenvolve as habilidades neurais requeridas para a fala.
- (D) Aumento ou diminuição da quantidade de saliva, tamanho da língua e presença de *piercings* linguais podem estar relacionados com o problema de fala.
- (E) A fala desviada é produto de um articulador mal posicionado.

31

Assinale a alternativa que relaciona corretamente o tipo de disartria, a topologia da lesão do sistema nervoso associada e as características do quadro clínico apresentado:

- (A) Disartria espástica: ocorre acometimento do neurônio motor superior. Observa-se qualidade vocal tensa, aspereza e redução da variação de pitch, hipertonia da musculatura laríngea.
- (B) Disartria atáxica: incoordenação motora e falta de ajuste motor na musculatura orofacial decorrentes de lesão no lobo temporal. A fala apresenta alteração de prosódia, alteração de ressonância, incompetência velofaríngea.
- (C) Disartria hipercinética: presença de movimentos involuntários secundários a uma alteração no lobo frontal. Precisão articulatória comprometida com flutuação da tonicidade, tremor vocal, bradicinesia.
- (D) Disartria flácida: acometimento de estruturas do sistema piramidal. Presença de flutuação de tônus muscular. Voz soprosa, incoordenação pneumofonoarticulatória, tremor vocal, ataque vocal brusco.
- (E) Disartria hipocinética: diminuição do movimento devido ao quadro de rigidez. Fala apresenta dificuldade para iniciar os movimentos, perda de precisão articulatória, flutuação de tônus e dos marcadores de intensidade.

32

O que deve ser considerado no diagnóstico do distúrbio fonológico?

- (A) O processamento cognitivo-linguístico envolve o reconhecimento e armazenamento de diferentes características acústicas dos sons da fala.
- (B) O prognóstico de uma criança com fala inconsistente é favorável devido ao uso de padrões fonéticos muito amplos.

- (C) A gravidade do distúrbio fonológico pode se manifestar em diferentes graus e não apresenta relação com variações na inteligibilidade da fala.
- (D) O distúrbio fonológico é mais frequente e apresenta maior gravidade entre sujeitos do gênero masculino.
- (E) A avaliação complementar compreende a prova de diadococinesia oral, que mede a capacidade de alternar ações musculares diametralmente opostas.

33

A logaudiometria, na rotina clínica, é realizada com a apresentação do estímulo de fala por condução aérea. O que deve ser considerado nesse procedimento avaliatório?

- (A) A análise individual da atenuação interaural por frequência deve ser realizada para verificar a ocorrência de audição cruzada.
- (B) A atenuação interaural é de 10 dB na avaliação logaudiométrica realizada com estimulação por condução óssea.
- (C) O Limiar de Recepção de Fala (LRF) e o Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF) são realizados com intensidades iguais para identificar se ocorre audição cruzada.
- (D) Existe uma atenuação interaural do estímulo de fala apresentado antes de ele chegar, por condução óssea, à orelha testada.
- (E) É possível fazer uma análise individual da atenuação interaural por frequências para definir o quanto a energia é atenuada, se considerado o valor único de 45 dB.

34

O distúrbio específico de linguagem (DEL) é identificado quando existe uma alteração persistente no desenvolvimento da linguagem que não pode ser atribuída a limitações da inteligência, perda auditiva, problemas neurológicos focais ou falta de oportunidades sociais e educacionais. Os estudos acerca do DEL referem:

- (A) Crianças e adolescentes com DEL não percebem suas dificuldades para falar, ler e escrever, o que os leva a comportamentos introspectivos ou agressivos.
- (B) Crianças com DEL apresentam facilidade com o nome dos números e aprendizagem da matemática.
- (C) Crianças com DEL podem apresentar dificuldades atencionais auditivas, compreensão verbal afetada, prejuízos na memória de trabalho e risco para problemas acadêmicos.
- (D) Crianças com DEL do subtipo pragmático demonstram interesse restrito e comportamentos estereotipados.
- (E) As características psicolinguísticas persistem até a adolescência e exigem manutenção dos objetivos terapêuticos traçados inicialmente.

35

No processo de adaptação de aparelhos de amplificação, a etapa de verificação é o processo no qual se certifica de que o aparelho está fazendo aquilo que o profissional acredita ser o melhor para o usuário e envolve diferentes procedimentos, tais como:

- (A) Medidas obtidas em campo livre, que fornecem as mesmas informações que aquelas obtidas com microfone-sonda na avaliação de aparelho com amplificação não linear.
- (B) Mensurações com microfone-sonda, que permitem avaliar os níveis de pressão sonora, o processamento do sinal sonoro, o registro do ganho acústico e da saída máxima, a direcionalidade do microfone e o rebaixamento de algoritmos de processamento de sinal.
- (C) A utilização de procedimentos psicoacústicos, que deve ser priorizada na verificação das características de amplificação do aparelho selecionado.
- (D) Medidas realizadas com *softwares* dos fabricantes de aparelhos de amplificação digitais, que facilitam a adaptação mediante a avaliação das variáveis individuais que afetam o usuário.
- (E) A audiometria em campo livre, utilizada para verificação do limiar de audibilidade com aparelho, que é a maior intensidade sonora, em cada frequência de teste, detectada pelo usuário do aparelho de amplificação sonora.

36

A seleção e utilização de protetores auditivos pelos trabalhadores é a estratégia mais adotada pelos empregadores para reduzir os prejuízos à audição. O que é considerado na escolha do equipamento de proteção individual (EPI)?

- (A) Os tipos de protetores auditivos, que são subdivididos em: tipo plug de inserção, tipo concha, tipo acoplado ao capacete.
- (B) As empresas selecionam os dispositivos considerando o Nível de Redução do Ruído (NRR), a dose de ruído à qual o indivíduo está exposto durante a jornada de trabalho e o custo.
- (C) A seleção dos protetores auditivos é feita pelos valores de Nível de Redução de Ruído (NRR), uma vez que condizem com as medições de atenuação realizadas em campo e oferecem proteção contra perdas auditivas induzidas por ruído.
- (D) A atenuação oferecida deve evitar a superproteção, que pode gerar efeitos como o isolamento comunicativo.
- (E) Seleção de protetores auditivos do tipo concha possibilita contemplar fatores como conforto e conveniência, uma vez que será conhecida a atenuação fornecida.

37

A avaliação audiológica da criança com idade de 0 a 1 ano é norteada pelo princípio *cross-check*. Quais métodos permitem

constatar a funcionalidade normal das estruturas do sistema auditivo?

- (A) A pesquisa do reflexo acústico do estapédio fornece informações complementares sobre a funcionalidade da orelha média, porém não auxilia a prever o limiar psicoacústico.
- (B) A ausência de emissões otoacústicas pode demonstrar uma deficiência auditiva sensorial de qualquer grau, na presença de funcionalidade normal das orelhas externa e/ou média. É necessária a realização da medida da imitância acústica no mesmo dia.
- (C) A audiometria eletrofisiológica em deficiências auditivas de graus moderado e severo é imprescindível na idade inferior a 12 meses, pois nesse período o profissional conta apenas com os limiares eletrofisiológicos para ajustar o aparelho de amplificação sonora.
- (D) Frente ao potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) clique alterado, com limiar eletrofisiológico rebaixado ou ausente confirmando a perda auditiva, indica-se a realização de emissões otoacústicas evocadas produto de distorção, além do PEATE por condução óssea.
- (E) O reflexo cocleopalpebral é pesquisado frente a um som instrumental de forte intensidade, como agô ou tambor, em torno de 70 dBNS. A ausência do reflexo confirma alteração auditiva.

38

A atuação do fonoaudiólogo em Saúde do Trabalhador compreende um conjunto de ações em prevenção e promoção da saúde. Nesse contexto, o cuidado integral da saúde envolve:

- (A) Implantação de Programas Preventivos em Saúde do Trabalhador estruturado sob três eixos: ações sobre o ambiente do trabalho, monitoramento de saúde, reabilitação do trabalhador com problemas auditivos e vocais.
- (B) Intervenção nos fatores determinantes do adoecimento para atenuar os agentes agressivos à saúde do trabalhador formal da empresa.
- (C) Assistência ao trabalhador na atenção básica, que está consolidada nos municípios, mas a comunicação com a rede referenciada não é efetiva.
- (D) A notificação dos agravos em voz e audição junto ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), a qual tem favorecido o conhecimento da situação e viabilizado inspeções dos ambientes de trabalho pela Vigilância.
- (E) O enfrentamento da insuficiência de ações intersetoriais que compromete a vigilância sanitária e não provê informações consistentes sobre a saúde dos trabalhadores.

39

A compreensão das relações entre linguagem e fala e entre linguagem e cognição é indispensável para o diagnóstico diferencial e intervenção nas manifestações patológicas. A esse respeito, é correto afirmar:

- (A) As três características típicas da apraxia de fala são: dificuldades para iniciar a fala, reiteração e metátese.
- (B) O processamento de diferentes fontes e tipos de informações envolve diferentes domínios cognitivos: memória de curto prazo, funções executivas, planejamento simbólico.
- (C) A afasia pode ocorrer sem alterações atencionais, mnemônicas e/ou executivas, assim como pode haver comorbidades e alterações em outros componentes cognitivos que potencializam alterações linguístico-comunicativas.
- (D) A memória de trabalho possibilita o armazenamento *online* temporário durante a realização de tarefas cognitivas de baixa complexidade e está ligada ao sistema de memória de longo prazo.
- (E) As funções executivas estão relacionadas com a expressão verbal, uma vez que componentes como flexibilidade, iniciação, inibição e velocidade processual são necessárias para o processamento linguístico.

40

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) requerem gerenciamento e cuidados permanentes. O que deve ser levado em conta no enfrentamento das DCNTs?

- (A) A transição demográfica, caracterizada pelo aumento das taxas de natalidade e progressivo aumento da expectativa de vida, traz desafios constantes à definição de novas políticas públicas.
- (B) A diversidade de doenças crônicas consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), incluindo distúrbios mentais e neurológicos, doenças bucais, ósseas e articulares, distúrbios genéticos e patologias auditivas e oculares.
- (C) A faixa etária em que há maior incidência das DCNT é a infância, por isso representa o seguimento que recebe maior atenção em saúde.
- (D) As ações educativas voltadas para as DCNT são realizadas mediante o reconhecimento da comunidade envolvida e identificação das doenças prevalentes no território.
- (E) A linha de cuidado integral de uma dada DCNT visa traçar o itinerário da pessoa na rede de saúde levando em conta os equipamentos disponíveis para a assistência.

ESTUDO DE CASO

ANALISE O CASO DESCRITO PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES DISSERTATIVAS DE 01 A 03.

Sra. M.A.O, 73 anos, foi convocada ao atendimento fonoaudiológico pelo Centro Especializado de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia de um Hospital. A filha relatou que a mãe sofreu, há 3 anos, acidente vascular encefálico (AVE) e, desde o episódio, apresenta fala desconexa e embolada associada à fraqueza em braço direito e dificuldade para escutar as pessoas em casa. Paciente tem como história pregressa: hipertensão arterial sistêmica, etilismo crônico, tabagismo e obesidade. Na época do AVE, a paciente foi encaminhada à Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo posteriormente trazida ao Hospital. Na admissão, foi diagnosticado acidente vascular encefálico isquêmico à esquerda. Na avaliação fonoaudiológica, foi identificado que a paciente apresentava redução da emissão oral, fala não fluente, com distorção na produção de alguns sons e trocas fonêmicas de forma assistemática, omissão de elementos na frase; compreensão oral aparentemente preservada. Na avaliação da deglutição, observou-se o comprometimento caracterizado por dificuldade na execução e programação dos movimentos, sendo contraindicada a introdução da alimentação por via oral, no momento do diagnóstico médico do AVE.

01

As manifestações na expressão oral apresentadas pela paciente são características de um quadro clínico de Afasia de Broca. Levando em consideração que o quadro afásico, após três anos de ocorrência do AVE, já se encontra em fase crônica e relativamente estável, quais testes são indicados para realizar a avaliação de linguagem e fala? Quais as condutas que o projeto de reabilitação fonoaudiológica deve incluir?

02

Avaliação clínica e por exame de imagem da deglutição: observou-se diminuição da força e do movimento de ejeção de língua, escape posterior prematuro do alimento, diminuição da tonicidade da faringe, presença de resíduos em faringe com estase em valéculas e recessos piriformes, com sinais de aspiração laringotraqueal. Diante desses resultados, qual é a orientação e a conduta fonoaudiológica para o caso?

03

Avaliação da audição: na audiometria tonal e vocal, identificou-se perda auditiva mista de grau moderado na orelha direita e severo na orelha esquerda, além de Índice de Reconhecimento de fala de 84% na orelha direita e 76% na orelha esquerda. Na Timpanometria, observou-se curva tipo B bilateralmente, com ausência de reflexos acústicos contralaterais. Diante desses resultados, qual é a conduta esperada?

