



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 2020

01/09/2019

### 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) 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. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **3h00**. 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 DE 01 A 03

*A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.*

*Na literatura consultada sobre equipe de saúde, observou-se que são relativamente raras as definições de equipe. O levantamento bibliográfico (bases de dados Medline e Lilacs) mostrou predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. Nesse enfoque, a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada.*

*Fortuna & Mishima apud Fortuna (1999) identificam três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na vertente da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde. Nessa linha encontram-se, entre outros, os estudos de Campos que vêm produzindo reflexão acerca das equipes de saúde como base principal de organização dos serviços de saúde.*

[...]

PEDUZZI, M. "Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia". *Revista Saúde Pública*. 2001, vol. 35, n. 1, p. 103-109.  
ISSN 0034-8910.

## 01

De acordo com o texto, o intenso processo de especialização na área da saúde tem como tendência a

- (A) generalização do conhecimento de uma área e a possibilidade de atuação em conjunto com outras áreas na saúde.
- (B) individualização da ação dos profissionais e a discussão sobre a articulação entre ações e saberes de diversas áreas da equipe.
- (C) diferenciação das ações entre as áreas de conhecimento e o detalhamento das possibilidades de elo entre os profissionais.
- (D) particularização de atividades na área da saúde e a consolidação de conhecimentos individualizados no trabalho.
- (E) discriminação de aspectos individualizados de profissionais da saúde e a relação de conhecimentos de diferentes áreas envolvidas na equipe.

## 02

O levantamento bibliográfico sobre equipe de saúde referido no texto

- (A) aborda a equipe multiprofissional e as relações entre as especialidades, observando a articulação entre os trabalhos especializados e suas tarefas e atividades dos profissionais.
- (B) evidencia uma abordagem que não problematiza a articulação entre as especialidades, privilegiando a concepção tecnicista de aglomerado de atribuições, tarefas ou atividades.
- (C) expõe uma noção a ser construída sobre a equipe multiprofissional, problematizando a atuação dos profissionais de diferentes áreas que atuam conjuntamente.
- (D) expressa os achados de um conjunto numeroso de definições de equipe, em que prevalecem concepções dialógicas sobre a atuação dos profissionais especializados.
- (E) manifesta a predominância de uma abordagem que discute a articulação entre as áreas profissionais, observando suas atuações para além da coexistência dessas áreas na equipe.

**03**

Sobre as concepções de trabalho em equipe citadas no texto, é correto afirmar que:

- (A) As concepções sobre o trabalho em equipe exploram os resultados, as relações e a interdisciplinaridade de forma conjunta.
- (B) As visões sobre o trabalho em equipe possuem focos diferentes, distinguindo-se pela observação dos resultados, das relações e da interdisciplinaridade.
- (C) A noção de trabalho em equipe como base da organização dos serviços de saúde tem como foco conceitos da psicologia e análises interpessoais.
- (D) O conceito de equipe como recurso para a produtividade e racionalização apoia-se na discussão sobre a articulação de saberes e divisão do trabalho.
- (E) A abordagem interdisciplinar de equipe traz para a discussão o aprofundamento vertical do conhecimento e a especialização das áreas de saúde.

**05**

*Na PNA realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmavam ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26,9 milhões de pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde. O número de pessoas que busca a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008. Esse aumento pode ser atribuído a um crescimento vultoso no tamanho da força de trabalho do setor da saúde e do número de unidades de atenção básica. Em 1998, 55% da população consultou um médico, e esse número cresceu para 68% em 2008. Porém, esse número ainda é baixo quando comparado ao dos países mais desenvolvidos, que varia de 68% nos EUA a mais de 80% em países como Alemanha, França e Canadá. Em 2008, 76% das pessoas no grupo de renda mais alta afirmaram ter consultado um médico, em comparação com 59% das pessoas no grupo de renda mais baixa, o que mostra a existência de desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica. A desigualdade não existe, todavia, entre pessoas que autoclassificam seu estado de saúde como ruim, o que indica que indivíduos com transtornos de saúde graves conseguem buscar o cuidado e receber tratamento, independentemente de sua situação socioeconômica.*

PAIM, J. et al. "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios". *The Lancet [online]*, 09/05/2011. Adaptado.

Com base no texto, assinale a alternativa correta:

- (A) As informações demonstram que a desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica está presente mesmo nos casos de transtornos graves de saúde.
- (B) Os dados apresentados no texto indicam que o acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou de forma considerável após a criação do Sistema Único de Saúde.
- (C) Observa-se aumento de 174% no uso de serviços de saúde com a criação do SUS, superando países mais desenvolvidos, que apresentam taxas de 68% (EUA) e de 80% (Alemanha, França e Canadá).
- (D) Em 2008, 59% das pessoas de renda mais alta e 76% das pessoas de renda mais baixa afirmaram ter consultado um médico, o que mostra favorecimento aos usuários do SUS.
- (E) A desigualdade socioeconômica não existe no acesso à assistência médica, já que o SUS proporcionou um aumento de 174% no uso de serviços de saúde.

**04**

*A prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo. O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é desigual.*

PAIM, J. et al. "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios". *The Lancet [online]*, 09/05/2011.

Ao tratar da prestação de serviços especializados no SUS, o texto enfoca, de modo mais evidente,

- (A) o acesso.
- (B) a qualidade.
- (C) o custo.
- (D) a técnica.
- (E) a precarização.

**06**

O início da Bioética se deu no começo da década de 1970, com a publicação de duas obras muito importantes de um pesquisador e professor norte-americano da área de oncologia, Van Rensselaer Potter.

Van Potter estava preocupado com a dimensão que os avanços da ciência, principalmente no âmbito da biotecnologia, estavam adquirindo. Assim, propôs um novo ramo do conhecimento que ajudasse as pessoas a pensar nas possíveis implicações (positivas ou negativas) dos avanços da ciência sobre a vida (humana ou, de maneira mais ampla, de todos os seres vivos). Ele sugeriu que se estabelecesse uma “ponte” entre duas culturas, a científica e a humanística, guiado pela seguinte frase: “Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável”.

Um dos conceitos que definem Bioética (“ética da vida”) é que esta é a ciência “que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações” (LEONE; PRIVITERA; CUNHA, 2001).

JUNQUEIRA, C. R. *Bioética: conceito, fundamentação e princípios. Especialização em Saúde da Família*. UNASUS, Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2010.

A proposição de Van Potter anunciada no texto tem como base

- (A) a possibilidade de potencializar o desenvolvimento tecnológico.
- (B) o monitoramento do uso de material biológico em pesquisas científicas.
- (C) a discussão da relação entre o desenvolvimento científico e a vida.
- (D) o controle do desenvolvimento tecnológico e científico da humanidade.
- (E) a proibição de procedimentos invasivos em pesquisas com seres humanos.

**07**

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do usuário ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas como a baixa adesão a tratamentos, os pacientes refratários (ou “poliqueixosos”) e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença. É certo que o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe alguma regularidade e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, por exemplo: um alcoolista é um alcoolista e um hipertenso é um hipertenso.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular”. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 2ª ed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Deduz-se corretamente do texto que a clínica deve

- (A) possuir diagnósticos e intervenções com base em informações generalizáveis.
- (B) centrar-se na saúde para o alcance do tratamento dos pacientes.
- (C) considerar a multiplicidade de características dos usuários para a resolubilidade de seus casos.
- (D) observar os sujeitos tendo como referência as expressões das doenças de que são portadores.
- (E) interferir na baixa adesão a tratamentos e na dependência dos pacientes dos serviços de saúde.

## CONHECIMENTOS GERAIS

**08**

Na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo, constituído por grupos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, com redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para ser instituída, uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, as seguintes ações e serviços:

- (A) Atenção primária; urgência e emergência; atenção ambulatorial especializada; atenção hospitalar; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária.
- (B) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada; atenção hospitalar; programa de imunização; atenção psicossocial; unidade coronariana.
- (C) Atenção primária; vigilância em saúde; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; atenção hospitalar.
- (D) Urgência e emergência; atenção primária; vigilância em saúde; atenção psicossocial; sistema de informação em saúde; atenção hospitalar.
- (E) Prevenção e promoção da saúde; atenção primária; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; atenção hospitalar; central de regulação de vagas.

**09**

Antônio tem um plano de saúde privado, benefício fornecido pela empresa na qual trabalha. A caminho do trabalho, Antônio é atropelado, sofrendo um grave acidente. Ele é resgatado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e atendido no pronto-socorro de um hospital público mais próximo. Este atendimento é respaldado por qual princípio constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (A) Equidade.
- (B) Integralidade.
- (C) Reciprocidade.
- (D) Universalidade.
- (E) Ressarcimento.

**10**

Atualizada em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece parâmetros mínimos de alcance, infraestrutura e funcionamento dos serviços. Acerca da PNAB, é correto afirmar:

- (A) A Equipe de Saúde da Família é composta, no mínimo, por enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.
- (B) Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população, com número máximo de 750 pessoas por agente comunitário de saúde.
- (C) As Unidades Básicas de Saúde devem funcionar com carga horária mínima de 30 horas semanais, no mínimo cinco dias da semana.
- (D) A população adscrita por equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve ser de 3.000 a 4.500 pessoas.
- (E) Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) são serviços com unidades físicas independentes e especiais, de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

**11**

A Bioética (“ética da vida”) é um campo do conhecimento que aborda as possíveis implicações, positivas ou negativas, dos avanços da ciência, assim como trata dos limites e das finalidades da intervenção do homem sobre a vida. Qual das alternativas a seguir **NÃO** apresenta um fundamento ou um princípio da Bioética?

- (A) Beneficência.
- (B) Justiça.
- (C) Confidencialidade.
- (D) Autonomia.
- (E) Respeito pela pessoa humana.

## 12

Sobre o financiamento do sistema de saúde brasileiro, é correto afirmar:

- (A) Dentre os principais itens que compõem os gastos em saúde, a maior despesa pública federal com saúde refere-se à assistência farmacêutica.
- (B) Do total de gastos do sistema de saúde brasileiro, a soma de gastos públicos, considerando as três esferas do Sistema Único de Saúde - SUS (municípios, Estados e União), é menor que a soma de gastos privados (gastos com planos de saúde, compra de medicamentos e desembolso direto).
- (C) O financiamento do SUS melhorou significativamente a partir de 1997, quando foi criado um tributo especificamente para financiar a saúde (a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF), com destinação total para a expansão dos serviços públicos de saúde.
- (D) Os indivíduos e famílias são os maiores financiadores do mercado de planos e seguros de saúde privados no Brasil.
- (E) Por lei, para a Saúde, os municípios devem disponibilizar, obrigatoriamente, 12% de suas receitas (arrecadação de impostos), os Estados devem aplicar, no mínimo, 15% de suas receitas, e a União deve destinar, no mínimo, 10% de sua Receita Corrente Bruta.

---

## 13

No Brasil, as mudanças nas taxas de mortalidade e morbidade estão relacionadas, entre outros fatores, a transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais. Quais são, atualmente, as principais causas de morte no Brasil, considerando taxas nacionais de mortalidade?

- (A) Doenças do aparelho circulatório, câncer e causas externas.
- (B) Câncer, doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas.
- (C) Doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e homicídios.
- (D) Diabetes, hipertensão e câncer.
- (E) Doenças crônicas não transmissíveis, homicídios e Alzheimer e outras demências.

## 14

A Atenção Primária em Saúde (APS) pressupõe:

- 1) o acompanhamento e a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo entre profissionais e usuários ao longo do tempo, de modo permanente e consistente;
- 2) o acompanhamento e a organização do fluxo dos usuários, entre os diversos serviços, estruturas e pontos da rede de saúde, de forma contínua e integrada.

Assinale as diretrizes/atributos da APS correspondentes às descrições nos itens 1 e 2, respectivamente:

- (A) Horizontalidade (1) e Territorialização (2).
  - (B) Resolutividade (1) e Ordenação da Rede (2).
  - (C) Equidade (1) e Descentralização (2).
  - (D) Longitudinalidade (1) e Coordenação do Cuidado (2).
  - (E) Continuidade (1) e Integralidade (2).
- 

## 15

No início do século XX, a Saúde Pública no Brasil foi marcada pelo combate a doenças e epidemias, com campanhas coercitivas que geravam descontentamento da população. Isso levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória liderada pelo sanitarista Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública. Essa campanha contestada era destinada a combater qual doença da época?

- (A) Peste bubônica.
- (B) Sarampo.
- (C) Varíola.
- (D) Rubéola.
- (E) Febre amarela.

## FONOAUDIOLOGIA

**16**

O mecanismo da deglutição ativa qual região cerebral?

- (A) Hemisfério esquerdo, durante a fase oral da deglutição.
- (B) Lobo parietal, durante a fase faríngea da deglutição.
- (C) CórTEX pré-frontal, durante a fase faríngea da deglutição.
- (D) Lobo temporal, durante a fase faríngea da deglutição.
- (E) Lobo occipital, durante a fase oral da deglutição.

**17**

É possível observar alterações da deglutição durante a videoendoscopia, tais como:

- (A) Redução dos movimentos anteroposteriores de língua durante a deglutição.
- (B) Alteração do fechamento do véu palatino para a fonação e deglutição do alimento.
- (C) Aumento do tempo oral de preparo do alimento para deglutir.
- (D) Ausência do reflexo da tosse na presença de alimento na laringe.
- (E) Alterações funcionais de todo o trato digestivo, da cavidade oral até o esôfago.

**18**

Constam na literatura as seguintes técnicas para tratamento fonoaudiológico de recém-nascidos, pré-termo e de risco, que têm disfagia orofaríngea:

- (A) Evitar o estímulo da sucção não nutritiva durante a alimentação por sonda nasogástrica.
- (B) Promover a hiperextensão da cabeça para facilitar a propulsão do alimento durante a amamentação.
- (C) Estimular o sabor azedo para reduzir o tempo de trânsito oral para a fase faríngea.
- (D) Estimular a sucção não nutritiva para evitar estase em valécula e seios piriformes.
- (E) Adequar ritmo e pausas da sucção para melhorar a coordenação sucção-deglutição-respiração.

**19**

Considerando as bases conceituais das técnicas sintomáticas de terapia vocal para tratamento das disfonias de etiologia comportamental, é possível afirmar que

- (A) o redirecionamento da fonação a partir de cigarro, tosse e riso é indicado para os casos de fenda glótica.
- (B) os sons nasais aumentam a propriocepção da ressonância oronasal e reduzem o foco laríngeo.
- (C) a fonação inspiratória é preconizada para a reabilitação de lesões traumáticas do tipo granuloma.
- (D) a técnica de empuxo favorece a aproximação das pregas vocais e tem indicação para os casos de fendas triangulares.
- (E) a pressão anteroposterior na cartilagem tireoide alonga as pregas vocais e favorece a emissão de voz mais aguda.

**20**

As disartrias são classificadas de acordo com a topografia da lesão, e a denominação é feita conforme a característica clínica. Assinale a alternativa que apresenta a topografia da lesão e sinais clínicos correspondentes aos casos de disartria atáxica.

- (A) Lesão cerebelar; a fala caracteriza-se por alteração de prosódia, com ênfase inadequada na palavra ou na frase, prolongamento de vogais, alteração na velocidade de fala, flutuação de intensidade, frequência e duração das emissões.
- (B) Lesão nos núcleos da base; a precisão articulatória torna-se comprometida pela flutuação de tonicidade e pela mobilidade excessiva, não raramente tem redução sintática, emissões curtas, imprecisão dos fonemas sejam plosivos ou fricativos.
- (C) Lesão no hemisfério direito; presença de tremor no repouso, rigidez, bradicinesia e alterações posturais, fala com tremor, redução de intensidade, dificuldade em iniciar os movimentos, redução da amplitude articulatória, imprecisão de alguns fonemas, alteração na velocidade de fala.
- (D) Lesão do neurônio motor inferior; voz soprosa, redução do tempo máximo de fonação, incoordenação pneumofonoarticulatória, redução da frequência, alteração na melodia, alteração na ressonância, pode ter hipernasalidade devido à incompetência velofaríngea.
- (E) Lesão do neurônio superior; voz tensa, possível aspereza, redução da variação do *pitch*, hipertonia da laringe, redução do tempo máximo de fonação, ataque vocal brusco, dificuldade em manter a estabilidade durante a emissão quanto à qualidade vocal, à intensidade, à frequência e à articulação.

**21**

Considerando a relação s/z para avaliação da voz em crianças é correto afirmar:

- (A) Valores maiores de emissão da fricativa surda /s/ sugerem incoordenação pneumofonoarticulatória e são comuns nos casos de nódulos vocais.
- (B) Valores iguais de emissão das fricativas /s/ e /z/ sugerem alteração no tempo máximo de fonação e são comuns na muda vocal incompleta.
- (C) Valores mais baixos de emissão da fricativa sonora /z/ em relação à surda /s/ sugerem alteração ao nível da fonação e são comuns na fenda glótica.
- (D) Valores mais altos de emissão da fricativa surda /s/ em relação à sonora /z/ sugerem incoordenação pneumofonoarticulatória e são comuns em meninos que fazem esforço vocal contínuo.
- (E) Valores iguais de emissão das fricativas /s/ e /z/ sugerem alteração no tempo máximo de fonação e são comuns em meninas com hiperconstricção de laringe.

---

**22**

Assinale a alternativa correta, considerando o mecanismo velofaríngeo (MVF):

- (A) O fechamento velofaríngeo é essencial para a produção dos sons nasais.
- (B) O fechamento velofaríngeo é essencial para a produção dos sons orais.
- (C) O MVF não tem ação durante as funções vegetativas, tais como tosse, riso e pigarro.
- (D) O termo insuficiência remete à alteração no funcionamento velofaríngeo.
- (E) O MVF não interfere na função da deglutição de saliva, pastoso ou sólido.

---

**23**

São ações de promoção à saúde na fonoaudiologia:

- (A) Desenvolver habilidades auditivas e comunicativas em escolares.
- (B) Avaliação vocal em crianças, adultos e idosos de comunidade carente.
- (C) Avaliação auditiva comportamental em crianças de orfanato.
- (D) Desenvolver a deglutição funcional em idosos institucionalizados.
- (E) Estimular a mobilidade da musculatura de língua de crianças respiradoras orais.

**24**

Com base na Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS, assinale a ação fonoaudiológica condizente com a complexidade:

- (A) Trabalho em equipe para a promoção da saúde e da qualidade de vida de gestantes e de crianças de 0 a 24 meses.
- (B) Construção de protocolos de atendimento e balizadores terapêuticos para intervenção fonoaudiológica.
- (C) Compreensão do processo comunicativo como eixo para construção da cidadania e estratégias de enfrentamento da violência.
- (D) Contribuição para a promoção da cidadania e inclusão social para pessoas com deficiência motora e intelectual.
- (E) Contribuição para o monitoramento de casos de risco de disfonia de professores das redes públicas de ensino.

---

**25**

A indicação do implante coclear e os critérios de seleção dos candidatos estão bem definidos nas diferentes faixas etárias. Diante disso, pode-se afirmar que

- (A) a idade na cirurgia não influencia na obtenção dos benefícios com o implante coclear.
- (B) o tempo de privação sensorial auditiva não interfere para que a criança com implante coclear obtenha melhor percepção da fala e desenvolvimento da linguagem oral.
- (C) o período ideal para implantação coclear em uma criança com deficiência auditiva pré-lingual está dentro dos primeiros 3,5 anos de vida, quando as vias auditivas centrais apresentam plasticidade neuronal máxima.
- (D) a implantação realizada após os 7 anos de idade está contraindicada, pois existe diminuição expressiva da plasticidade neuronal auditiva a partir dessa idade.
- (E) a implantação coclear antes do primeiro ano de vida está contraindicada.

**26**

As doenças neuromusculares compõem um grupo de desordens que afetam o corpo celular do neurônio motor. Dentre as doenças do neurônio motor, está a esclerose lateral amiotrófica (ELA), caracterizada pelo envolvimento tanto dos neurônios motores superiores quanto inferiores. Em relação às características clínicas, pode-se afirmar que a ELA

- (A) tem alta prevalência familiar, por ser comumente herdada geneticamente.
- (B) afeta predominantemente mulheres jovens.
- (C) acomete progressivamente a musculatura bulbar, resultando em disartria, dispneia, disfagia e disfonia.
- (D) gera disfagia e a intervenção fonoaudiológica é indicar via alternativa de alimentação pela sonda nasoenteral, para evitar aspiração laringotraqueal.
- (E) causa disartria caracterizada por fala elaborada, com qualidade vocal tensa e ataque brusco, quando há predomínio de manifestação decorrente do acometimento do neurônio motor inferior.

**27**

As desordens da deglutição são frequentes em doenças neurológicas e exigem condutas fonoaudiológicas. Acerca da disfagia neurogênica, é correto afirmar:

- (A) Pacientes que sofreram acidente vascular encefálico apresentam disfagia na fase aguda em quase metade dos casos, com melhora substancial do quadro disfágico após o primeiro mês.
- (B) A disfunção da motricidade da musculatura cricofaríngea é a causa mais frequente de alteração encontrada em pacientes que sofreram acidente vascular encefálico.
- (C) Pacientes com doença de Parkinson apresentam alterações de motricidade de língua, porém, o disparo do reflexo da deglutição está preservado.
- (D) Pacientes com doença de Parkinson são acometidos por redução da elevação laríngea, fechamento glótico completo e peristalse esofágica aumentada.
- (E) Tumores de tronco encefálico, como gliomas, causam disfagia, e os tumores extrínsecos, ao redor do tronco cerebral, como os meningiomas, não causam disfagia.

**28**

A indicação do implante coclear consiste em um processo complexo e multidimensional, envolvendo critérios multifatoriais e a necessidade de avaliação dos candidatos em equipe interdisciplinar. Tanto adultos como crianças usuários de implante coclear unilateral apresentam resultados impressionantes quanto às habilidades auditivas de percepção da fala, com uso mínimo da leitura orofacial em situações de comunicação, e muitos alcançam a habilidade máxima de compreensão auditiva.

São considerados fatores para a indicação do implante coclear em adultos:

- (A) deficiência auditiva sensorineural de grau severo a profundo ou profundo pós-lingual bilateral e comprometimentos neurológicos graves associados à deficiência auditiva.
- (B) deficiência auditiva causada por agenesia da cóclea, de nervo auditivo ou lesões centrais e surdez pré-lingual com código linguístico oral estabelecido.
- (C) comprometimentos neurológicos graves associados à deficiência auditiva e deficiência auditiva causada por agenesia da cóclea, de nervo auditivo ou lesões centrais.
- (D) ausência de benefício com aparelhos de amplificação sonora individuais: limiares auditivos com aparelhos de amplificação sonora individuais  $\geq 60$  dBNA nas frequências da fala, escore de percepção de fala  $\leq 60\%$  para sentenças em conjunto aberto no melhor ouvido e  $\leq 50\%$  no ouvido a ser implantado e infecção ativa da orelha média.
- (E) surdez pré-lingual com código linguístico oral estabelecido e ausência de benefício com aparelhos de amplificação sonora individuais: limiares auditivos com aparelhos de amplificação sonora individuais  $\geq 60$  dBNA nas frequências da fala, escore de percepção de fala  $\leq 60\%$  para sentenças em conjunto aberto no melhor ouvido e  $\leq 50\%$  no ouvido a ser implantado.

**29**

Segundo Alvarenga e Corteletti (2006), na prática clínica, o som utilizado para o mascaramento é o ruído. Neste contexto, é correto afirmar:

- (A) Os três tipos de ruído mais utilizados (ruído branco, ruído de faixa estreita e ruído de fala) diferenciam-se pela eficiência, faixa de frequência, nível efetivo e nível de sensação.
- (B) As frequências do ruído mais próximas da frequência do estímulo teste apresentam menor eficiência para provocar o mascaramento.
- (C) O ruído de fala possui, em seu espectro, frequências responsáveis pela inteligibilidade de fala, de 250 a 4000Hz.
- (D) O nível efetivo de ruído é determinado na intensidade em que o sinal teste é mascarado pelo ruído.
- (E) A mais forte intensidade de ruído que altera a resposta da orelha testada é denominada mascaramento máximo.

---

**30**

Segundo Sousa, Piza, Alvarenga e Cósper (2008), a utilização adequada das Emissões Otoacústicas (EOA) na rotina clínica segue algumas recomendações, dentre as quais se encontram:

- (A) O nível de ruído do local deve, preferencialmente, ser de 55 dBNPS ou menos.
- (B) A sonda utilizada para a pesquisa das emissões otoacústicas evocadas transientes (EOAT) não pode ser utilizada para a pesquisa das emissões otoacústicas evocadas por produto de distorção (EOAPD), mas o inverso é verdadeiro.
- (C) O procedimento não deve ser realizado quando há perfuração de membrana timpânica ou tubo de ventilação.
- (D) A intensidade e a frequência devem ser definidas previamente para realização do teste das EOA.
- (E) A relação Estímulo / Resposta (E/R) muito baixa decorre da contaminação de ruído concomitantemente à presença de células ciliadas externas.

**31**

Ribeiro e col. (2015) discorrem sobre os indicadores de risco para a deficiência auditiva (IRDA) e concluem que

- (A) a triagem auditiva neonatal universal (TANU) deve ser direcionada para as crianças com IRDA ao nascimento.
- (B) devem ser estudados quais os IRDA que sugerem a realização do PEATE-a após seis meses da alta hospitalar, por maior probabilidade de perdas auditivas retrococláreas.
- (C) a história familiar e malformação craniofacial não são riscos preditivos para a deficiência auditiva pós-natal, enquanto o peso muito baixo ao nascer constitui risco preditivo.
- (D) estratégias de inclusão da Atenção Básica no programa de TANU podem facilitar a efetividade do programa no rastreamento e monitoramento de crianças com ou sem IRDA.
- (E) o banco de dados para gerenciamento da qualidade e efetividade da TANU aponta que a consanguinidade é indicador de risco para perdas auditivas em 69% das crianças triadas.

---

**32**

Segundo Xavier (2013), a avaliação e estimulação fonoaudiológica de bebês hospitalizados com dificuldades de deglutição e alimentação devem levar em conta:

- (A) O trabalho de sucção não nutritiva (SNN) deve ser iniciado a partir da melhora do quadro respiratório.
- (B) Na transição para a alimentação por via oral (VO) com bebês cardíacos, mamadas longas favorecem o ganho de tono e a coordenação respiração-sucção-deglutição.
- (C) O balanço calórico (BC) de 215 cal/kg/dia é critério para iniciar o trabalho de SNN com o recém-nascido (RN).
- (D) A SNN leva a uma perda de peso quando o bebê recebe a mesma quantidade calórica.
- (E) Quando os bebês evoluem na SNN, deve-se iniciar a alimentação por VO para adequar o padrão de sucção.

**33**

Segundo Madureira e Silva (2013), a ausculta cervical, na prática clínica,

- (A) consiste no uso do estetoscópio colocado na parte lateral da junção da faringe com a laringe, buscando obter a melhor relação sinal/ruído.
- (B) permite identificar a ocorrência de broncoaspiração quando se ouve um som estridor após a deglutição.
- (C) é capaz de prever episódios de penetração laríngea e/ou aspiração traqueal durante a avaliação clínica.
- (D) é realizada com uso do estetoscópio na fase faringo-esofágica da deglutição, visando determinar a integridade dos mecanismos de proteção das vias aéreas superiores e inferiores.
- (E) é pouco preditiva em relação à ocorrência de aspiração traqueal, quando comparada com a avaliação objetiva da deglutição.

**34**

De acordo com Bhatnagar (2004), a associação entre tipo de afasia e caracterização da linguagem está corretamente apresentada em:

	Aspecto da linguagem	Tipo de afasia e caracterização
(A)	Fala espontânea	Broca: não fluente
		Wernicke: não fluente
		Global: fluente
		de Condução: não fluente
(B)	Nomeação de objetos	Broca: parafásica
		Wernicke: comprometida
		Global: comprometimento variável
		de Condução: deficiente
(C)	Compreensão oral	Broca: levemente comprometida
		Wernicke: deficiente
		Global: deficiente
		de Condução: intacta
(D)	Repetição	Broca: intacta
		Wernicke: intacta
		Global: comprometida
		de Condução: comprometida
(E)	Escrita	Broca: pode estar comprometida
		Wernicke: deficiente
		Global: comprometida
		de Condução: pode estar intacta

**35**

Zamberlam-Amorim e col. (2014) discutem a atenção integral à saúde no cuidado hospitalar, na perspectiva de práticas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pautadas em ações visando

- (A) responsabilização, vínculo e envolvimento dos usuários, trabalhadores e gestores de forma verticalizada, para que atuem na prevenção e cura das doenças.
- (B) procedimentos centrados no modelo médico-hegemônico baseados em práticas curativas de quadros agudos.
- (C) diagnóstico fonoaudiológico e reabilitação nas áreas de especialidade em audiologia e motricidade oral.
- (D) seguimento ambulatorial do usuário no próprio hospital, no pós-alta junto a diferentes equipes.
- (E) acolhimento, humanização, responsabilização e vínculo entre equipe, usuário e seus familiares.

**36**

Segundo Wertzner e col. (2014), entre as principais características presentes em crianças com distúrbio fonológico (DF), é observado que

- (A) os processos fonológicos apresentados diferem dos processos de crianças com desenvolvimento típico.
- (B) a substituição tende a ser o tipo de erro mais recorrente.
- (C) o número médio de diferentes processos fonológicos utilizados é cinco.
- (D) o diagnóstico ocorre predominantemente entre 5 e 7 anos de idade.
- (E) sujeitos do gênero masculino apresentam DF com maior gravidade.

**37**

De acordo com Ortiz e col. (2014), as memórias são sistemas que codificam, armazenam e recuperam a informação. Assinale a alternativa que indica um critério de classificação de memória e as categorias dele derivadas:

- (A) Modalidade de entrada de informação sensorial: auditiva, visual, gustativa, olfativa, tátil, proprioceptiva, focal.
- (B) Conteúdo armazenado: memórias explícitas, implícitas, declarativas e não declarativas.
- (C) Modalidade semântica: memórias linguísticas e procedimentais.
- (D) Modalidade cognitiva: memórias associativas, integrativas e reflexivas.
- (E) Tempo de duração do armazenamento: memória sensorial, memória de curto prazo, memória de longo prazo.

**38**

Segundo Xavier e col. (2013), nas últimas décadas, o ronco e a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) têm sido alvo de estudos que apontam:

- (A) As principais consequências da SAOS são as alterações cardiovasculares, sonolência diurna excessiva, alterações do humor, alterações neurocognitivas e alterações metabólicas.
- (B) A SAOS ocorre em homens e mulheres na mesma proporção, entre a 4<sup>a</sup> e a 5<sup>a</sup> décadas de vida.
- (C) A SAOS caracteriza-se por limitação ao fluxo aéreo e aumento da resistência da via aérea superior (VAS), associados a despertares, levando à fragmentação do sono e à sonolência excessiva, sem dessaturação significativa.
- (D) O ronco primário é caracterizado pela presença do ruído respiratório oriundo da vibração de tecidos da faringe, com ocorrência de dessaturação e despertares.
- (E) A polissonografia juntamente com a tomografia computadorizada são considerados os testes padrão ouro para o diagnóstico da SAOS.

---

**39**

Medeiros, citada em Levy e col. (2014), considera como fatores de risco para os distúrbios alimentares em recém-nascidos:

- (A) Anomalias craniofaciais; tempo de alimentação superior a 15 minutos; soluço.
- (B) Tosse/engasgo durante a alimentação; ventilação mecânica por mais de 10 dias; distúrbios metabólicos da mãe ou do recém-nascido.
- (C) Refluxo gastroesofágico; idade gestacional de 39 semanas; movimentos de procura.
- (D) Alterações no estado fisiológico durante/depois da alimentação; uso de drogas ilícitas pela mãe; presença de grupos de sucção.
- (E) Escape oral esporádico; levar as mãos à linha média; preensão palmar.

**40**

Segundo Bhatnagar (2004), a associação entre caracterização clínica e distúrbios do sistema vestibular está corretamente expressa em:

- (A) Cinetose: tonteira, vertigem objetiva, nistagmo.
- (B) Otosclerose: vertigem subjetiva, náuseas, vômitos.
- (C) Labirintite: prolongado período de vertigem, paciente tende a cair para o lado contrário da lesão, nistagmo.
- (D) Doença de Menière: zumbido, perda auditiva, surdez.
- (E) Disfunção do labirinto: desequilíbrio, além de prolongado período de vertigem.

## ESTUDO DE CASO

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

Mulher, 44 anos, professora do ensino médio há 20 anos, refere rouquidão de longa data. Procurou atendimento no posto de saúde para acompanhamento pré-natal, pois estava na 8<sup>a</sup> semana de gestação. Na 38<sup>a</sup> semana, a gestante sofreu um impacto emocional grande em sala de aula. Dois alunos, sob efeito do crack, agrediram-se e destruíram as carteiras e as cadeiras da sala de aula. Imediatamente, a gestante foi encaminhada para o pronto atendimento de urgência por apresentar contrações uterinas e elevação da pressão arterial. Foi realizada cesárea, e o recém-nascido nasceu com peso de 3,175 kg, permaneceu em intubação orotraqueal na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, apresentando, em sua história clínica, os seguintes indicadores de risco: asfixia neonatal e uso de ventilação mecânica por tempo prolongado. Na triagem auditiva no PEATE-a para 45 dB, falhou bilateralmente. Em avaliação audiológica complementar, apresentou ausência de ondas no PEATE para o estímulo clique, presença de microfonismo coclear e presença de emissões otoacústicas por transientes, além de curva timpanométrica do tipo A e ausência de reflexos acústicos.

**01**

Discuta a atuação fonoaudiológica junto à Rede Cegonha e no Berçário de alto risco.

**RASCUNHO**

**O que estiver escrito nesta folha não será considerado na correção**

## 02

Discorra sobre o trabalho do fonoaudiólogo no contexto escolar e na saúde do trabalhador (voz profissional).

## 03

Qual o diagnóstico fonoaudiológico a partir dos resultados encontrados? Qual conduta é esperada para o caso?

