



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 2024

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 ou preta**. 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 DE 01 A 05.

Conforme compreensão de Peter Conrad, a medicalização é um processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido como doença, sendo delegada à profissão médica a autorização para ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento.

Nesse contexto, a singularidade dos pacientes tenderia a não ser respeitada. Além disso, ao buscar deter o monopólio do conhecimento e do tratamento sobre o sofrimento e a doença, a Medicina desconsideraria saberes leigos e propostas alternativas e/ou complementares de cuidado à saúde. Os médicos, enquanto destacado grupo ocupacional dos serviços de saúde, tornaram-se objeto de exacerbada crítica, sendo considerados agentes ativos e centrais da medicalização devido às posturas e práticas autoritárias com que muitas vezes exercem sua profissão.

Analisando as consequências políticas, sociais e pessoais da naturalização, hospitalização e institucionalização da doença, Illich reafirmou a “heteronomia” imposta pela cultura médica moderna. A crítica illicheana sobre a iatrogênese cultural é, nesse contexto, impactante em relação ao monopólio médico-científico, que alienaria, objetiva e subjetivamente, as doenças de seus portadores, particularmente no que diz respeito à destruição do cabedal cultural outrora capaz de propiciar ação autônoma das pessoas para cuidar da própria saúde.

Illich defende, em sua instigante radicalidade, a ideia de que esse fenômeno deveria ser entendido como uma forma de expropriação da saúde, organizada e assegurada pela Medicina, a qual passaria a ser “uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano”.

Conforme afirma Foucault em *O Nascimento da Clínica*, a Medicina moderna produziu a doença – tendo como referência o normal e o patológico – mas, acima de tudo, fabricou um corpo-sujeito que contém as doenças.

O sujeito, nessa concepção, não constitui um *a priori*. Isso se deve ao fato de que, desde o século XVIII, nos países desenvolvidos, a Medicina vem cumprindo um papel constitutivo na produção das pessoas. Uma vez que a Medicina foi um dos primeiros conhecimentos científicos transformados em “*expertise*”, forjou-se como porta-voz da autoridade sobre os seres humanos através de uma fala afirmativa de sua cientificidade.

A Medicina se entrelaça, nesse processo, com novos modos de governar as pessoas, individual e coletivamente, de tal modo que os *experts* médicos, em aliança com outros profissionais de saúde e autoridades políticas, buscam gerir modos de existência com o intuito de minimizar a doença e promover a saúde individual e coletiva.

Essa “invenção” do homem moderno pela Medicina se deve a pelo menos três eixos de atuação. O primeiro faz alusão à “sanitarização”, que diz respeito à produção de práticas de saneamento que criaram corpos disciplinados em

relação à saúde. O segundo eixo refere-se à influência da Medicina no campo da linguagem e da produção de sentidos. Um dos exemplos disso é o uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde, especialmente sociológicos e políticos. O terceiro faz referência à composição da Medicina com outras formas de *expertise*, que têm como objeto a enfermidade/saúde, formando um arranjo composto por médicos, urbanistas, sanitaristas, arquitetos, trabalhadores sociais, psicólogos, administradores, religiosos etc. *Experts* estes que, segundo Rose, são diferentes ao longo de distintos momentos históricos, o que faz com que os resultados de suas intervenções também sejam distintos:

“Não há dúvida que haja muito a se criticar. No entanto, a medicalização produziu um efeito ainda mais profundo nas nossas formas de vida: ela nos tornou quem realmente somos (ROSE, 2007)”.

Sérgio R. Carvalho. Camila de O. Rodrigues. Fabrício D. da Costa. Henrique S. Andrade. “Medicalização: uma crítica (im)pertinente?”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1269, 2015.
Adaptado.

01

Com relação aos cuidados com a saúde, depreende-se do texto:

- (A) As práticas médicas forjadas a partir do século XVIII incentivaram a automedicação, especialmente em países com sistemas de saúde mal estruturados.
- (B) O conhecimento acumulado de forma social prescinde da interferência de profissionais da saúde na promoção do bem-estar físico e psíquico.
- (C) As ações micropolíticas do profissional da área da saúde impactam negativamente a adesão do paciente aos tratamentos propostos.
- (D) A medicalização incorpora ao aparato da medicina problemas que, de outro modo, não seriam considerados como doenças.
- (E) A interferência da *expertise* na medicalização se consagrou a partir da necessidade de promover o estado de saúde global de toda uma população.

02

Segundo as ideias de Illich expostas no texto,

- (A) a obsessão pela saúde resulta do efeito social da doença iatrogênica.
- (B) a prática da medicina moderna contribui para a falta de autonomia do indivíduo nos cuidados com a saúde.
- (C) a naturalização da doença pode ser revertida pela aliança entre profissionais da saúde e autoridades governamentais.
- (D) os profissionais da saúde obedecem a um sistema de ética em que se considera o indivíduo como responsável por seu próprio bem-estar físico e mental.
- (E) a erradicação da doença pressupõe a limitação da profissão médica ao campo da saúde.



03

A relação entre o sujeito e a prática da medicina, na perspectiva de Michel Foucault, exposta no texto, permite afirmar que

- (A) a hegemonia do corpo-sujeito se constitui independentemente do discurso da medicina.
- (B) a medicina prescinde da intermediação com a constituição social do sujeito.
- (C) a influência da constituição do sujeito na prática médica é pouco explorada pelos estudiosos.
- (D) a prática da medicina atua no campo da linguagem e da construção de sentido da realidade do sujeito.
- (E) o discurso libertário da medicina opõe-se a práticas médicas que perpetuam a opressão do paciente.

04

O “uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde” (8º parágrafo) comumente produz linguagem metafórica, como a que se encontra em:

- (A) A sintonia com o sofrimento é parte da prática médica.
- (B) A prevenção de futuras vicissitudes demanda olhar atento ao corpo saudável.
- (C) O sujeito autônomo deve se tornar empresário de si mesmo.
- (D) Vírus escondidos no corpo podem ser reativados.
- (E) O racismo é um câncer social.

05

Pretende-se, na modernidade, moldar os modos de vida do sujeito com o intuito de promover a saúde individual e coletiva. Um exemplo desse tipo de prática, conforme o texto, é

- (A) a sanitização.
- (B) a iatrogenia.
- (C) o individualismo.
- (D) a heteronomia.
- (E) o altruísmo.

TEXTO PARA A QUESTÃO 06.

Dizem que existem três ondas da qualidade na área da saúde. A primeira onda é claramente tecnológica, um progresso inegável que vai dos modernos recursos diagnósticos e terapêuticos até os prontuários eletrônicos. A segunda onda da qualidade é representada por processos, medidas e avaliações: não basta incorporar a técnica, é preciso saber utilizá-la de modo correto. Protocolos e códigos de alerta, o caminho das pedras bem delimitado que evita criatividades incompetentes, dificulta comodismos, aumenta a segurança. Porém, existe a terceira onda da qualidade: aquela que é capaz de chegar na pessoa e transformá-la. A pessoa como um todo – cabeça, habilidades, conhecimento, emoções, atitudes. Quer dizer, uma onda educativa e formadora. Algo difícil de medir, que requer uma paciência análoga à educação na família. Essa terceira onda está toda por construir. Os projetos de humanização da saúde acabam ficando na periferia do problema, mas não chegam na

pessoa – que é o núcleo de qualquer processo humanizante – porque simplesmente não sabem como fazê-lo.

Pablo González Blasco, Maria Auxiliadora C. De Benedetto, Graziela Moreto. “Humanismo em Saúde: Percorrendo os Caminhos da Humanização”. Revista de Medicina. V. 102 N. 2 (2023). Adaptado.

06

Observa-se no texto que a busca pela qualidade na área da saúde ainda precisa suplantar dificuldades de ordem

- (A) técnica.
- (B) processual.
- (C) educacional.
- (D) vocacional.
- (E) financeira.

TEXTO PARA A QUESTÃO 07.

Não há consenso na literatura científica sobre quanto seria beber com parcimônia, algo como um padrão de consumo com impactos quase desprezíveis na saúde física e mental.

Nas últimas décadas, alguns estudos sugeriam que o consumo de pequenas doses de álcool, geralmente vinho tinto, poderia ser benéfico ao coração. Contudo, o tema permanece polêmico e hoje é contestado por muitos trabalhos. O pouco que se ganharia em termos de proteção cardiovascular seria anulado pelo aumento da probabilidade do surgimento de outras doenças.

A conclusão dominante de um conjunto de estudos e recomendações mais recentes é a de que não há dose, por pequena que seja, com risco zero à saúde. Quanto menor for a ingestão de álcool, menor o risco de desenvolver doenças relacionadas a esse hábito, como problemas no coração, alguns tipos de câncer, cirrose hepática, distúrbios mentais e alcoolismo, sofrer ou provocar acidentes e se envolver em violência física. Essa é a mensagem central da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de boa parte dos trabalhos científicos atuais.

“Álcool é uma substância psicoativa, não é remédio”, diz o psiquiatra Arthur Guerra Andrade, supervisor chefe do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP). “Pessoas bebem há milhares de anos e esse hábito provavelmente não vai desaparecer das sociedades humanas no futuro. Mas não se sabe com que frequência e em que medida seria seguro ingerir álcool”.

Marcos Pivetta. Revista Pesquisa Fapesp. Ed. 327, mai. 2023. Adaptado.

07

Depreende-se do texto que

- (A) o risco associado ao consumo parcimonioso de álcool é desprezível.
- (B) a ingestão recreativa de bebidas alcoólicas configura-se como um fenômeno sociocultural, caracterizando uma prática segura.
- (C) o consumo de qualquer quantidade de álcool apresenta risco à saúde.
- (D) o consumo moderado de álcool protege o sistema cardiovascular.
- (E) os riscos de acidentes associados ao consumo de álcool suplantam os benefícios associados à ingestão de bebidas alcoólicas.



CONHECIMENTOS GERAIS**08**

A Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, define como uma das atribuições da Atenção Básica a “coordenação do cuidado”. Assinale a alternativa que contém a descrição correta desse conceito.

- (A) Gerenciamento de filas e agendas em serviços de saúde de sua competência para otimização do acesso.
- (B) Planejamento da distribuição da oferta de serviços assistenciais no território a partir do mapeamento de suas necessidades de saúde.
- (C) Centralização do processo de tomada de decisão clínica na Equipe de Saúde da Família responsável por cada paciente.
- (D) Articulação entre pontos de atenção da rede de serviços para encaminhamento e acompanhamento de pacientes.
- (E) Padronização de protocolos clínicos na Atenção Básica, considerando as características socioeconômicas e epidemiológicas de cada território.

09

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi introduzida no SUS em 2010, com o objetivo de centralizar os princípios éticos a partir dos quais deve ocorrer o processo de produção de saúde no sistema de saúde brasileiro. Dentre as diretrizes da PNH, está o “acolhimento”. Assinale a alternativa que descreve corretamente esse conceito.

- (A) Abordagem humanizada do processo de triagem, com aplicação do princípio do cuidado centrado no paciente para a priorização de casos agudos e a organização dos fluxos de atendimento.
- (B) Prática dos médicos e enfermeiros, que se responsabilizam por promover a escuta qualificada, a empatia e a valorização dos saberes e experiências dos usuários.
- (C) Técnica de produção de saúde baseada no diálogo com o paciente, realizado no momento de sua admissão no serviço, para informar adequadamente a equipe sobre o seu perfil.
- (D) Prática de escuta qualificada do paciente, por parte do profissional da atenção básica, para direcioná-lo à especialidade médica mais adequada à resolução das necessidades de saúde externadas.
- (E) Abordagem de trabalho em saúde baseada na responsabilização do profissional pela garantia de atenção integral, resolutive e responsável, a ser aplicada em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

10

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), introduzidas pela Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde, o contrato de gestão pode ser definido como:

- (A) Acordo formal entre os gestores de diferentes unidades de saúde, estabelecendo diretrizes para a integração de serviços e o compartilhamento de recursos físicos e humanos entre eles.
- (B) Acordo firmado entre gestores de diferentes serviços para definir os fluxos de referenciamento de pacientes, a ser utilizado como referência pelas centrais de regulação.
- (C) Mecanismo de financiamento compartilhado entre diferentes unidades de saúde, por meio do qual os recursos são repassados de acordo com o atingimento de indicadores de desempenho previamente pactuados.
- (D) Documento legal que estabelece metas e responsabilidades pactuadas entre o gestor de uma unidade de saúde e suas equipes, buscando aprimorar a qualidade dos serviços prestados.
- (E) Ato que formaliza a contratação de prestadores de serviço por parte dos gestores da rede, considerando as necessidades da população a ser atendida e dos demais serviços com os quais haverá articulação.

11

Uma Equipe de Saúde da Família acompanha há anos um paciente diabético que, apesar de realizar o devido acompanhamento clínico e de ter passado por esquemas terapêuticos distintos, demonstra grandes dificuldades na adesão ao tratamento prescrito por seu médico de família. Assinale a alternativa que descreve a aplicação adequada do apoio matricial nesse contexto, segundo definido na cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” do Ministério da Saúde (2007).

- (A) Intensificação do fluxo de visitas domiciliares por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, para monitoramento de padrões comportamentais e subsídio da formulação de novas estratégias de intervenção.
- (B) Mobilização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para avaliação conjunta do caso com a equipe de referência e elaboração de um Plano Terapêutico Singular.
- (C) Encaminhamento do paciente para realização de atendimento individual com profissionais especializados do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de acordo com suas principais demandas.
- (D) Encaminhamento do paciente a serviços da Rede de Atenção Psicossocial, para auxílio na identificação e superação das dificuldades que o impedem de aderir ao tratamento.
- (E) Convocação da família e/ou rede social do paciente para participação nas consultas, como forma de estimular seu envolvimento ativo no processo terapêutico e garantir apoio emocional ao paciente.



12

A Lei nº 8.080/1990 estabelece princípios, diretrizes organizativas e outros elementos que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o conteúdo da Lei, assinale a alternativa correta.

- (A) As portas de entrada do SUS e seus mecanismos de regulação devem priorizar o atendimento a pacientes de baixa renda e/ou sem cobertura por planos de saúde.
- (B) As ações no âmbito da saúde do trabalhador destinam-se à promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas registradas em vínculos de trabalho formal.
- (C) As redes de atenção devem concentrar serviços em grandes centros urbanos para facilitar o acesso da população.
- (D) O estabelecimento de normas e padrões de qualidade e segurança para pacientes devem estar sob responsabilidade de órgãos públicos externos ao SUS.
- (E) Um dos princípios do SUS é promover a descentralização político-administrativa dos serviços para municípios.

13

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, apresenta diversas diretrizes para a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Acerca dessas diretrizes, assinale a alternativa correta.

- (A) O Decreto define a regionalização como uma das diretrizes do SUS, devendo os municípios serem agrupados em regiões de saúde para fins de planejamento e gestão do sistema.
- (B) O Decreto estabelece que a participação da iniciativa privada na gestão do SUS é fundamental para o alcance de seus objetivos, devendo ser incentivada pelo poder público.
- (C) O Decreto determina que os serviços de saúde devem ser organizados em Redes de Atenção especializadas por função (promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação), de forma a evitar sobreposições e potencializar a efetividade das ações.
- (D) O Decreto prevê que a gestão do SUS deve ser centralizada, com a União exercendo o papel de coordenação e execução das ações e serviços de saúde em todo o território nacional.
- (E) O Decreto regulamenta que, nas Redes de Atenção à Saúde, são portas de entrada apenas a atenção primária e serviços de urgência e emergência, devendo as demais ações e serviços ter seu acesso referenciado por essas portas.

14

O trabalho em equipe é um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde. É motivada por múltiplos fatores, como o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população e mudanças do perfil epidemiológico, com o crescimento das doenças e condições crônicas. Considerando os fundamentos conceituais apresentados por Peduzzi *et al.* (2020), assinale a alternativa correta.

- (A) O trabalho em equipe interprofissional é uma forma de atuação coletiva que busca minimizar os efeitos do agir instrumental no processo de trabalho, substituindo-o gradualmente pelo agir comunicativo.
- (B) O trabalho em equipe não é a única forma possível de trabalho interprofissional, mas se destaca entre as demais por valorizar a intensa interdependência das ações, o alto grau de integração entre agentes e um senso de identidade compartilhado.
- (C) Um dos fundamentos teóricos do trabalho em equipe é que a colaboração interprofissional deve estimular a maior padronização das ações de cuidado, a partir da combinação de saberes técnicos especializados.
- (D) Para reduzir a fragmentação da atenção decorrente da divisão social do trabalho, o trabalho em equipe deve fortalecer hierarquias bem definidas entre trabalhos especializados e interesses individuais dos agentes envolvidos.
- (E) É desejável que o trabalho interprofissional em equipe estabeleça relações dialógicas com usuários e famílias para potencializar o cuidado, mas não deve interferir em questões comunitárias externas ao serviço de saúde.

15

Sobre os fundamentos e princípios da bioética, qual das afirmações a seguir está correta, conforme Junqueira (2010)?

- (A) No contexto da assistência à saúde, as dimensões biológica e psicológica da pessoa humana devem ser priorizadas em relação às dimensões moral e espiritual.
- (B) O princípio da objeção de consciência sustenta que pacientes não devem ter autonomia para fazer escolhas que causem dano ou prejuízo a outras pessoas.
- (C) O princípio da autonomia diz respeito à liberdade do paciente para tomar suas próprias decisões de saúde, mesmo que em alguns casos isso possa ser considerado prejudicial à sua saúde.
- (D) Para respeitar o princípio da autonomia, os profissionais de saúde não devem fornecer informações detalhadas sobre sua proposta de tratamento, para não suggestionar a escolha do paciente.
- (E) O princípio da justiça defende que todas as pessoas devem utilizar igualmente os recursos e tratamentos de saúde, independentemente de suas necessidades de saúde e de sua condição social ou econômica.



FONOAUDIOLOGIA**16**

Melhora na coaptação glótica, redução da frequência vocal e maior fechamento do esfíncter velofaríngeo são resultados obtidos pela realização de qual técnica vocal?

- (A) Vibração sonorizada de língua.
- (B) Som basal.
- (C) Sons fricativos.
- (D) Empuxo.
- (E) Sons nasais.

17

Considerando a classificação das categorias de abordagens de tratamento fonoaudiológico das disfonias, qual é o método que se baseia em diversos ajustes musculares laringeos para favorecer a coaptação glótica adequada?

- (A) Método de fala e de voz.
- (B) Método de sons facilitadores.
- (C) Método de ativação vocal.
- (D) Método de competência glótica.
- (E) Método dos órgãos fonoarticulatórios.

18

Favorecem a proteção de vias respiratórias, facilitam o trânsito do bolo alimentar e contribuem para qualidade vocal menos desviada, as técnicas vocais

- (A) de escala musical, de esforço, do “b” prolongado e de deglutição incompleta sonorizada.
- (B) de deslocamento lingual, voz salmodiada, de abertura de boca, de ataque vocal.
- (C) de movimentos corporais, massagem digital da laringe, de emissão de cabeça abaixada, de “sniff”.
- (D) de manobras musculares, de sons nasais, de estalo de língua no vestibulo, de voz sussurrada.
- (E) de sons disparadores, de mudança de posição de cabeça com sonorização, de sons nasais, de *vocal fry*.

19

As modificações senescentes nas fases da deglutição caracterizam a presbifagia. Assinale a alternativa que apresenta fatores que podem levar à disfagia em idosos e que os associa à fase da deglutição alterada.

- (A) Perdas dentárias ou próteses mal adaptadas, hipertrofia dos músculos labiais e atrofia lingual, na fase oral.
- (B) Hipotonia faríngea e diminuição do fechamento do véu palatino, na fase faríngea.
- (C) Ausência do controle motor e sensitivo da deglutição, ocasionando a perda prematura do alimento, na fase faríngea.
- (D) Diminuição de produção salivar devido a diminuição da hidratação, na fase oral.
- (E) Diminuição na força lingual e diminuição na elevação da laringe, na fase faríngea.

20

Em que momento da avaliação da deglutição a ausculta cervical deve ser realizada?

- (A) Somente antes da oferta do alimento.
- (B) Somente após a oferta do alimento.
- (C) Durante e após a oferta do alimento, somente.
- (D) Somente durante a oferta do alimento.
- (E) Antes, durante e após a oferta do alimento.

21

Qual é o nervo responsável pela motricidade dos músculos da mastigação?

- (A) Facial (VII).
- (B) Trigêmeo (V).
- (C) Hipoglosso (XII).
- (D) Vago (X).
- (E) Glossofaríngeo (IX).

22

Considerando o nível máximo de pressão sonora produzido pelos aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), medido em decibel, qual dos componentes ou características do aparelho deve ser analisado pelo fonoaudiólogo?

- (A) Microfone.
- (B) Ganho por frequência.
- (C) Resposta de frequência.
- (D) Saída máxima.
- (E) Faixa de frequência.

23

Sobre a sucção não nutritiva (SNN), é correto afirmar:

- (A) Leva à adequação da musculatura oral desde que associada à sucção nutritiva (SN).
- (B) Leva a menor oxigenação após as mamadas, com queda de saturação.
- (C) Altera os estados de vigília e deve ser associada à hora das mamadas.
- (D) Deve ser realizada com o bebê em decúbito lateral esquerdo enquanto recebe leite por sonda nasogástrica.
- (E) É mais eficaz quando realizada sem o dedo enluvado, uma vez que proporciona estímulos táteis semelhantes ao mamilo.



24

O desempenho do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) em situações de ruído, a clareza do som amplificado, o conforto com sons fortes e a qualidade da própria voz (relacionada ao efeito de oclusão) estão entre os principais fatores que influenciam a satisfação do usuário. Há diferentes soluções para atingir esses objetivos, dentre eles, a redução do ruído e da microfonia. Qual a principal característica que uma estratégia digital para redução da microfonia deve apresentar?

- (A) Propiciar diminuição do ganho máximo estável.
- (B) Ter alta suscetibilidade aos sons tonais.
- (C) Sacrificar o ganho.
- (D) Introduzir artefatos e distorções.
- (E) Reduzir picos suboscilatórios na resposta de frequência.

25

A maioria dos aparelhos de amplificação sonora individual (AASIs) digitais disponíveis no mercado incorpora um sistema de redução digital do ruído (RDR). O termo “redução digital do ruído” descreve o processamento do AASI que tem como objetivo fornecer, em uma região de frequência específica, menor amplificação para o ruído do que para a fala. Quais as principais indicações de utilizar algoritmos que promovam a RDR?

- (A) Indivíduos com estilo de vida dinâmico, que utilizem o AASI em diferentes situações acústicas.
- (B) Indivíduos que necessitem utilizar ventilações com diâmetro muito grande.
- (C) Indivíduos que estejam frequentemente expostos a sinais transientes.
- (D) Casos em que a área de dinâmica de audição esteja bastante reduzida.
- (E) Casos em que o ruído não é identificado, entretanto, existe em diferentes locais.

26

Os efeitos do envelhecimento na audição podem ser observados a partir dos 30 anos, o que pode prejudicar de forma impactante a comunicação interpessoal e as atividades de vida diária dos indivíduos. Em relação à presbiacusia, assinale a alternativa correta.

- (A) Acomete 80% dos indivíduos a partir de 60 anos.
- (B) É mais frequente em mulheres do que em homens.
- (C) Promove perda neurossensorial simétrica.
- (D) A perda auditiva unilateral é observada 90% dos casos.
- (E) Está associada às perdas de grau severo.

27

Na audiolgia, a tecnologia do implante coclear (IC) permitiu que pessoas com deficiência auditiva de grau severo e/ ou profundo conseguissem ter acesso ao mundo sonoro. Vários aspectos interferem nos resultados obtidos com o implante coclear, tanto em adultos como em crianças. Qual fator proporciona melhores resultados do implante coclear?

- (A) Menor tempo de privação sensorial auditiva.
- (B) Hipoplasia do nervo auditivo.
- (C) Síndromes genéticas.
- (D) Cócleas ossificadas.
- (E) Malformações cocleares.

28

A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) caracteriza-se pela obstrução parcial ou total da via aérea superior durante o sono. Sobre a sua fisiopatologia e tratamento, é correto afirmar:

- (A) É mais comum em jovens, devido a condição motora e sensitiva da região.
- (B) Ocasionalmente causa dessaturação da oxiemoglobina e fragmentação do sono.
- (C) Associa-se ao colapso da laringe, devido à obstrução observada.
- (D) Tem na hipertensão arterial seu fator causal, uma condição hereditária e alimentar.
- (E) Pode ser resolvida com mioterapia funcional para musculatura dos lábios, da língua e úvula.

29

A disfunção temporomandibular (DTM) promove alterações em todo sistema estomatognático. Diante disso, todas as funções podem estar envolvidas. Considerando avaliação e a intervenção fonoaudiológica na DTM, assinale a alternativa correta.

- (A) A flacidez de musculatura de bochechas pode ser encontrada na avaliação estomatognática.
- (B) O principal objetivo da terapia é diminuir a dor, não atuando na motricidade oral.
- (C) A deglutição deve ser abordada geralmente com terapia direta, sem manobras posturais associadas.
- (D) O tratamento fonoaudiológico está contraindicado, sem a prévia atuação médica.
- (E) A fala não está comprometida, somente a condição neuromuscular da DTM.



30

A audição por condução óssea é um fenômeno complexo que envolve componentes das orelhas externa, média e interna. A esse respeito, é correto afirmar que

- (A) o efeito de inércia dos fluídos é necessário para que a audição por condução óssea ocorra em orelhas saudáveis.
- (B) o efeito de inércia da orelha média pode influenciar na audição por condução óssea em frequências altas.
- (C) o som irradiado do meato acústico externo aberto, devido à estimulação por condução óssea, contribui para a audição nas frequências abaixo de 2 kHz.
- (D) a compressão da parede coclear contribui para a audição por condução óssea nas frequências baixas.
- (E) o ligamento entre o martelo e a articulação temporomandibular transmite vibração por condução óssea da mandíbula para a orelha média.

31

As funções executivas (FE):

- (A) São sistemas que codificam, armazenam e recuperam informação.
- (B) Apresentam relação com a compreensão e a expressão verbal.
- (C) São responsáveis pelo armazenamento de estímulos verbais e acústicos.
- (D) Possibilitam o armazenamento temporário de lembranças de curto e médio prazo.
- (E) Influenciam o processamento linguístico quando há déficits na alça fonológica.

32

A atuação do fonoaudiólogo na Saúde do Trabalhador prevê sua inserção em programas de prevenção, promoção à saúde, reabilitação e vigilância, tais como

- (A) o Programa de Preservação Auditiva (PPA), que tem por objetivo o desenvolvimento de ações educativas.
- (B) o Programa de Saúde do Trabalhador (PST), que é destinado à realização de exames audiológicos admissionais e demissionais.
- (C) a reabilitação das habilidades comunicativas do trabalhador, com abrangência de seus familiares, colegas de trabalho e instituições.
- (D) a prevenção de distúrbios vocais relacionados ao trabalho mediante a utilização do Protocolo DVRT, que propõe medidas individuais de intervenção.
- (E) o monitoramento e registro no CAT (Comunicação de Acidentes de Trabalho) dos distúrbios vocais de trabalhadores com diversidade de vínculos empregatícios, como trabalho domiciliar e rural.

33

Em relação ao Método Canguru (MC), é correto afirmar:

- (A) Prevê a alta hospitalar dos bebês prematuros e/ou baixo peso ao nascer quando atingem 3.000 g e não dependem de sonda para se alimentar.
- (B) É uma política pública intersetorial implantada a partir da Norma de Atenção Especializada ao recém-nascido de baixo-peso.
- (C) Favorece o controle do sono/vigília, do estresse, a alta precoce e a transição da sonda para o peito, embora não melhore as taxas de amamentação exclusiva.
- (D) Tem três etapas: acolhimento ao bebê e sua família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, permanência da mãe com o bebê em posição Canguru o maior tempo possível, acompanhamento após alta hospitalar do bebê e sua família.
- (E) Prevê a avaliação fonoaudiológica e aplicação de técnicas de transição da sonda para a via oral mediante o uso de seringa ou copinho anterior à amamentação no peito.

34

Quais os conceitos e práticas preconizados pelas políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange à atenção à saúde no cuidado hospitalar?

- (A) A prática deve ser pautada no acolhimento, na humanização do processo de produção da saúde e na responsabilização do vínculo.
- (B) Hospitais são conceituados como instituições complexas de, no mínimo, 30 leitos, e dimensionados para uma população de 40000 habitantes.
- (C) O acolhimento dos usuários envolve o atendimento direcionado para o tratamento da doença durante o tempo de internação.
- (D) As ações devem ser verticalizadas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores na reorientação dos processos de trabalho e cuidado.
- (E) O incentivo à aquisição de novos hábitos de autocuidado e autonomia é indicado durante o seguimento dos usuários no pós-alta.

35

Quais as características do distúrbio específico de linguagem (DEL)?

- (A) O perfil da alteração linguística não varia entre diferentes crianças e pode modificar-se na mesma criança com o avanço da idade.
- (B) É típico que crianças com DEL ao redor dos 5 anos usem frases compostas coordenadas e que tenham dificuldade para usar artigos e pronomes.
- (C) Presença de atraso de 6 meses em relação à linguagem expressiva e de 12 meses em relação à receptiva; sem diferença de entre idade mental e linguística.



(D) Presença de alteração persistente no desenvolvimento da linguagem não atribuída a limitações de inteligência, perda auditiva, falta de oportunidades sociais e educacionais.

(E) Presença de dificuldades cognitivas em grau igual ou maior às dificuldades em linguagem.

36

Os processos de determinação social exercem grande influência na saúde das coletividades. Considerando a relação entre determinantes sociais e saúde da comunicação humana, é correto afirmar:

(A) As iniquidades em saúde impactam de forma atenuada a saúde do idoso, pois ele se adapta aos fenômenos ocorridos ao longo da vida, associados ao processo de envelhecimento.

(B) Alterações auditivas são frequentes entre crianças, independentemente do poder aquisitivo.

(C) Maior tempo de aleitamento materno não é determinado pelo nível de escolaridade da mãe, nem pela presença de rede de esgoto na casa.

(D) Tempo de atuação como agente comunitário da saúde, estresse, tabagismo e consumo de álcool não são determinantes de alterações vocais.

(E) Os professores compõem o grupo de maior risco para manifestar enfermidades profissionais da voz, pois sofrem a influência de condições insalubres nos ambientes de trabalho, estresse, jornada excessiva.

37

A presença de alterações funcionais básicas do processamento auditivo tem consequências na linguagem, manifestando-se da seguinte forma:

(A) Discriminação de direção da fonte sonora: resulta em prejuízo da discriminação entre fonemas surdos e sonoros.

(B) Processamento temporal: acarreta prejuízo nas habilidades auditivas de figura-fundo e/ou fechamento.

(C) Percepção da frequência sonora no córtex primário: prejudica a discriminação de fonemas oclusivos de fricativos.

(D) Atenção seletiva em tarefa monótica e dicótica: compromete o desenvolvimento da linguagem quanto à análise e síntese fonêmica.

(E) Discriminação de direção da fonte sonora: compromete a linguagem expressiva.

38

Os Programas de Prevenção de Perdas Auditivas (PPA) referem-se a um conjunto de ações com o objetivo de minimizar e gerenciar os riscos ambientais à audição, evitando o desencadeamento e/ou agravamento de perdas auditivas relacionadas ao trabalho. O PPA envolve medidas coordenadas, dentre as quais estão a seleção e utilização dos

protetores auditivos. O que é importante considerar nesse programa?

(A) O conforto e a aceitação do usuário independentemente das características do ambiente.

(B) O protetor auditivo deve basear-se na dose de ruído à qual o sujeito está exposto durante sua jornada de trabalho.

(C) O custo baixo do dispositivo para atender as exigências das empresas.

(D) A garantia de superproteção contra o ruído, ainda que a comunicação verbal fique limitada durante seu uso.

(E) A orientação coletiva quanto à importância da troca semestral do dispositivo.

39

Quais as causas e consequências da respiração oral?

(A) Consequências: alterações da postura corporal, cabeça em extensão, lábio superior hiperdesenvolvido e inferior invertido.

(B) Consequências: os músculos bucinadores, masseteres e temporais apresentam tônus aumentado e o músculo mental apresenta hiperfunção.

(C) Causas: cornetos nasais hipertróficos e tonsila faríngea hipertrófica contribuem para a obstrução nasal, enquanto o septo nasal desviado gera adaptações no fluxo aéreo nasal sem obstruir o nariz.

(D) Consequências: posição anteriorizada de língua em fonemas linguodentais (/t/, /d/, /n/, /l/); presença de ceceo anterior ou lateral.

(E) Consequências: mastigação ineficiente, ruidosa, lenta, com lábios entreabertos; duração do tempo mastigatório aumentado e aumento do número de golpes mastigatórios; preferência por alimentos consistentes.

40

Como se caracteriza o desenvolvimento da deglutição?

(A) No padrão infantil, observa-se o posicionamento da língua entre as gengivas e contração da musculatura orofacial ao deglutir.

(B) No padrão maduro, observa-se a mandíbula estabilizada pela contração dos músculos levantadores da mandíbula e contração da musculatura perioral.

(C) O período limite da maturação da deglutição ocorre quando a língua alcança seu tamanho máximo, aos cinco anos de idade.

(D) As diferenças entre deglutição infantil e madura são explicadas pelas características de consistência dos alimentos ingeridos em cada fase.

(E) Na deglutição infantil, a fase oral é inconsciente e involuntária.



ESTUDO DE CASO

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

Homem, 80 anos, com dificuldade para entender conversa em lugares com muito barulho, alega voz de fraca intensidade e reclama que as pessoas não conseguem entendê-lo. Refere engasgos constantes durante a ingestão de líquido. Tem como história pregressa cirurgia cardíaca após um infarto, diabetes e hipertensão arterial.

Apresenta os seguintes exames complementares:

- **Videolaringoscopia:** laudo médico de paralisia de prega vocal unilateral à direita, em posição paramediana.
- **Triagem fonoaudiológica da voz:** identificou-se loudness fraca, emissão prolongada de [s] de 20 segundos e [z] de 10 segundos, relação S/Z de 2 segundos.
- **Audiometria tonal de vocal:** perda do tipo sensorioneural bilateral a partir de 2kHz na orelha esquerda e 3kHz na orelha direita e Índice de Reconhecimento de Fala de 84% na orelha direita e 76% na orelha esquerda.

01

Descreva a avaliação fonoaudiológica clínica da deglutição.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



02

Descreva a conduta audiológica.

03

Cite as possíveis técnicas terapêuticas para a reabilitação da voz do paciente em relação à paralisia de prega vocal unilateral.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



Residência Profissional 2024
1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1

1/100

