

0/0

1
1/100

Residência Profissional 2025

1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa



G G

Profissão 7: Fonoaudiologia



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP

PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – USP 2025

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: 2h. 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

01

Leia o texto a seguir.

Os transtornos psiquiátricos podem se manifestar já a partir da infância, embora se tornem mais frequentes na adolescência e no início da idade adulta, quando passam a causar mais impacto econômico e social. A partir de dados de 159 países coletados de 1990 a 2019, um grupo internacional de pesquisadores liderado pelo psiquiatra brasileiro Christian Kieling, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), estimou a proporção de pessoas no mundo que potencialmente apresentavam ao menos um transtorno mental nas fases iniciais da vida, dos 5 aos 24 anos, justamente o período em que a ocorrência de casos mais cresce em função da idade.

No total, 293 milhões de pessoas dessa faixa etária tinham em 2019 sintomas compatíveis com algum dos 11 transtornos psiquiátricos avaliados – dos mais comuns, como ansiedade e depressão, aos mais raros, a exemplo dos transtornos alimentares ou da esquizofrenia.

Os dados obtidos indicam que a prevalência geral desses problemas varia bastante, principalmente entre a infância e o início da adolescência. Dos 5 aos 9 anos, 6,8% das crianças tinham ao menos um transtorno psiquiátrico. Essa proporção quase dobrou, alcançando 12,4% na faixa dos 10 aos 14 anos, e chegou a valores próximos a 14% nas faixas dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 24, permanecendo estável nas seguintes.

O aumento da prevalência, segundo os autores do estudo, deixa claro que a infância e a adolescência são um período crucial para realizar intervenções com o objetivo de evitar o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos ou, uma vez manifestados, de reduzir sua gravidade e seu impacto na vida e evitar que se tornem crônicos.

Há mais de uma década a medicina e a psicologia deixaram de entender os transtornos mentais apenas como problemas da mente ou de comportamento e passaram a considerá-los também doenças do cérebro, que se instalam à medida que o órgão se desenvolve e amadurece. Maus-tratos físicos e psicológicos repetidos e outros eventos estressantes vividos na infância e na adolescência interagiram continuamente com genes que determinam a vulnerabilidade a problemas psiquiátricos, levando, em certo ponto, ao desenvolvimento desses transtornos.

Ricardo Zorzetto e Felipe Floresti. Revista Pesquisa Fapesp. Edição 338, abr. 2024. Adaptado.

Infere-se do texto:

- (A) Os transtornos alimentares associados a problemas psiquiátricos, mais prevalentes do que a depressão já a partir dos 15 anos, afetam de modo negativo as condições socioeconômicas dos jovens adultos.
- (B) As controvérsias entre as diversas áreas da saúde sobre o que seja saúde mental prejudicam a identificação das alterações sugestivas de doenças psiquiátricas em crianças e adolescentes.
- (C) Os fatores de risco para a saúde mental de crianças e adolescentes são considerados multifacetados e

resultariam da combinação entre predisposição genética e exposição a acontecimentos estressantes.

- (D) A hierarquia entre os aspectos causadores de transtornos mentais em crianças de até 10 anos estabelece, em primeiro lugar, a falta de cuidados afetivos adequados e, em segundo, os fatores socioeconômicos.
- (E) O estigma associado à saúde mental infantil e a falta de financiamento adequado para o setor contribuem para a curva ascendente dos transtornos de ansiedade a partir dos 14 anos, que chegaram a dobrar nos últimos anos.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 02 E 03

A bioética é um conceito particularmente difícil de se apreender, tais as incertitudes de seus contornos. Há quem se interroga mesmo sobre sua existência. Ao longo do tempo, o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia.

A bioética não é, necessariamente, uma disciplina universitária. Ela surge, como nos lembra o filósofo do direito Stéphane Bauzon, como um estudo interdisciplinar de questões éticas colocadas pela medicina e pelas ciências da vida.

Na sociedade pós-moderna, a bioética tornou-se uma preocupação mundial para diferentes autoridades. Questão pública e democrática, ela chama a sociedade a fazer escolhas.

Por definição, a bioética é plural, considerando tratar-se de um espaço de divergências de ideias. O nascimento da bioética está relacionado aos progressos fulgurantes das ciências médicas dos séculos XX e XXI. As novas possibilidades das ciências médicas, se trazem perspectivas de cura ou de atenuação dos sofrimentos humanos inesperados, até agora, podem, igualmente, provocar novos perigos de dominação, manipulação, seleção e subordinação. A bioética obedece à vontade política de não deixar “a ciência sem consciência” para retomar uma fórmula célebre do escritor francês do século XIX, François Rabelais.

Eric Mondielli. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 11, n. 2, Jul./Out. 2010. Adaptado.

02

Depreende-se das ideias apresentadas que a reflexão bioética

- (A) traz, como uma de suas consequências, o aumento das reivindicações do direito individual de acesso à saúde.
- (B) prescinde de legitimidade política, uma vez que o atuante progresso científico deve ultrapassar os limites do processo moral.
- (C) envolve a convicção de que a ambição humana é incompatível com a regulação da ciência.
- (D) visa a conamar a área jurídica a declinar do controle de problemas tecnocientíficos, passando a uma posição passiva, receptora de informações.
- (E) é atualmente indissociável da tomada de consciência das ameaças advindas do avanço tecnológico.



03

Afirma-se no 1º parágrafo que o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia. Nesse sentido, “deontologia” refere-se:

- (A) à aplicação da proteção jurídica à dignidade da pessoa humana.
- (B) às normas e aos procedimentos próprios de uma determinada categoria profissional.
- (C) aos domínios humanos nos quais predomina o hedonismo.
- (D) aos acontecimentos infaustos advindos da união da medicina com a tecnologia.
- (E) ao conjunto das dimensões que concorrem para a sobrevivência da espécie humana e do planeta.

05

A literacia em saúde é um conceito que vem sendo utilizado, de forma crescente e ampla, desde os anos 1990 para definir a capacidade dos indivíduos em buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações, visando ao cuidado de sua própria saúde ou de terceiros.

Estudos sobre a literacia em saúde de indivíduos e grupos, ao redor do planeta, têm demonstrado que quanto mais desenvolvidas forem as habilidades e competências associadas à literacia em saúde, em uma determinada população, melhores são os resultados de saúde observados, individual e coletivamente. O oposto também é destacado nestes estudos, evidenciando situações onde indivíduos e grupos com uma literacia em saúde menos desenvolvida estão mais sujeitos ao manejo inadequado de condições crônicas de saúde, utilizam mais frequentemente os serviços de emergência médica e tendem a apresentar maiores dificuldades de aderir a tratamentos medicamentosos.

Embora amplamente utilizado, nas esferas acadêmicas e de governos - nos Estados Unidos, no Canadá e em diversos países da Europa Ocidental, incluindo Portugal -, o conceito de literacia em saúde ainda é incipientemente trabalhado no Brasil, tendo como foco principal os estudos sobre linguagem e compreensão de informações sobre saúde, ou seja, aqueles circunscritos ao seu domínio fundamental. Igualmente, ainda não está no cerne de políticas públicas de saúde, sobretudo como elemento estratégico para a promoção da saúde, individual e coletivamente.

Frederico Peres. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.02412023>.

Uma das consequências da literacia em saúde é

- (A) a confirmação de um diagnóstico muitas vezes indesejado.
- (B) uma abordagem mais eficiente no tratamento de doenças crônicas, entre outras.
- (C) o aumento da dificuldade em processar informações sobre saúde.
- (D) a falta de comunicação entre cuidador e paciente em cuidados paliativos.
- (E) a substituição da visita ao médico pela navegação na internet.

04

O Japão representa hoje a terceira maior economia do mundo, sendo considerado exemplo em áreas como educação, segurança e tecnologia. Na saúde, o país se destaca pelo seu sistema de saúde universal instituído em 1961, graças ao qual, com sua efetividade e desenvolvimento tecnológico e econômico, foi possível perceber melhora na qualidade e expectativa de vida com o passar das décadas. O sistema de cobertura de saúde japonês possui como principais características: afiliação compulsória; os cidadãos possuem cobertura exclusivamente pelo seguro médico nacional ou seguro social, sendo os beneficiários corresponsáveis pelo pagamento de uma pequena parcela dos gastos; os beneficiários têm acesso garantido aos diversos níveis de atenção, incluindo especialistas; as instituições são reembolsadas pelos gastos dos pacientes. A parcela de coparticipação varia de acordo com a idade, chegando a 20% dos custos para aqueles maiores de 70 anos, e 10% para os maiores de 75 anos.

Disponível em <https://www.revistas.usp.br/>. Adaptado.

No texto,

- (A) contrapõe-se a eficiência do sistema universal de saúde japonês aos altos custos para os beneficiários desse sistema.
- (B) sugere-se que o bom desempenho do Japão no setor da educação tenha como consequência a alta expectativa de vida dos japoneses.
- (C) mesclam-se dados objetivos e considerações subjetivas sobre as condições da saúde pública no Japão, prevalecendo estas sobre aqueles.
- (D) critica-se o caráter compulsório do sistema de saúde japonês, cujos custos são exorbitantes para os japoneses acima de 75 anos.
- (E) relaciona-se o avanço na expectativa de vida no Japão nas últimas décadas à eficiência do sistema de saúde do país.



06

Leia o texto e analise a imagem a seguir.

Ser médico de (sua) família.

Boa parte dos médicos presta cuidados de saúde aos seus familiares. Um estudo americano revelou que 99% dos médicos recebem pedidos de aconselhamento, diagnóstico ou tratamento de seus parentes. Diversos motivos conduzem ao estabelecimento desta singular relação médico-pessoa. O pedido expresso do parente constitui o motivo principal, realçando-se a proximidade familiar como atenuadora de custos e de inconveniências de deslocamento à unidade de saúde. A este fato somam-se o desconforto do médico em solicitar a observação por um colega e a inibição em recusar o uso do seu olhar clínico. O *American College of Physicians* e a *American Medical Association* desaconselham os cuidados prestados aos familiares. O Novo Código de Ética Médica brasileiro não refere este aspecto em seus artigos.

A literatura registra problemas que podem ser produto desta peculiar relação. A natureza informal do ambiente familiar poderá corroer a extensão da coleta de dados feita na anamnese, ao ser marcada pela ausência de registros clínicos e pela hesitação em questionar sobre hábitos nocivos ou sexuais. Tal poderá traduzir-se num menor rigor do diagnóstico. O comprometimento a estes níveis é também interpretado como consequência da interferência do excessivo envolvimento emocional na formulação do raciocínio médico.

Diversas interrogações permanecem perante aquele paciente que é também familiar. Uma delas não será, certamente, rara: não poderá a relação médico-paciente somar-se a uma relação familiar, com benefício para a pessoa, em determinadas situações clínicas? Pergunta-se, portanto, se o afeto existente na relação entre dois familiares e, concomitantemente numa relação médico-paciente, não constituirá, por si só, uma parte do tratamento.

José Agostinho Santos. Disponível em: rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/443.
Adaptado.



Jean Galvão. Disponível no instagram do autor: @jeangalvao.

Depreende-se do texto e da charge que

- (A) a tendência para a ocultação de informações de impacto psicológico negativo da parte do médico-familiar deteriora o desempenho do tratamento.
- (B) as abordagens clínicas de familiares aparecem com frequência no cotidiano do médico, colocando-o, então, diante de diversos dilemas.
- (C) o afeto existente na relação entre familiares que constituam, concomitantemente, um médico e um paciente, já beneficia, por si, o tratamento.
- (D) o caráter imprevisível da observação clínica de familiares permite uma investigação mais acurada sobre hábitos nocivos, como o tabagismo.
- (E) as reivindicações clínicas em família são vistas como desrespeitosas, comprometendo, assim, a relação afetiva entre médico e familiares.

07

Leia o texto a seguir.

Em algum momento, os sintomas da dengue e da gripe podem ser os mesmos: dor de cabeça, dores pelo corpo e nas juntas, febre e mal-estar. Apesar de ambas as doenças serem virais, há outros sinais que as diferenciam, sobretudo aqueles que indicam uma possível evolução para quadros mais graves. Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024, é importante conhecer esses sintomas para ajudar na identificação da enfermidade.

“A principal semelhança entre a dengue e a influenza é a febre de início súbito, geralmente a primeira manifestação das duas doenças, e a dor atrás dos olhos. Já a principal diferença são os sintomas respiratórios que aparecem logo nos primeiros dias de sintomas da influenza, como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor, além das manchas vermelhas na pele que ocorrem tipicamente na dengue por volta de três a cinco dias”, explica o infectologista e gestor médico de Desenvolvimento Clínico do Butantan, Érique Miranda.

A dengue é causada pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Como o *A. aegypti* é vetor dos quatro vírus da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), assim como dos vírus da Zika e Chikungunya, se picar alguém infectado será capaz de transmitir o patógeno para outras pessoas.

A gripe, por sua vez, é causada pelo vírus influenza. Como o influenza sofre mutações frequentemente, todo ano a Organização Mundial da Saúde (OMS) define as três cepas que irão compor os imunizantes para cada hemisfério, de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior.

Disponível em: butantan.gov.br. Adaptado.

Considerando-se o período em que se encontra, estabelece ideia de “causa” o trecho:

- (A) “Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024”.
- (B) “Apesar de ambas as doenças serem virais”.
- (C) “como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor”.
- (D) “de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior”.
- (E) “assim como dos vírus da Zika e Chikungunya”.



CONHECIMENTOS GERAIS**08**

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo humanizar a atenção e a gestão do SUS. Entre seus diversos elementos, essa política busca promover uma proposta prática conhecida como clínica ampliada. Assinale a alternativa que descreve corretamente um de seus aspectos.

- (A) Um compromisso radical com o combate à doença, levando em consideração todo o conhecimento disponível sobre os sintomas e outros aspectos regulares observáveis independentemente das singularidades dos pacientes.
- (B) O estímulo para que especialistas ampliem seu leque de conhecimentos técnicos, de forma a combinar métodos e tecnologias de outras especialidades médicas.
- (C) O desenvolvimento de estratégias para garantir a adesão do paciente ao tratamento mais indicado para casos com o mesmo diagnóstico, potencializando seus resultados.
- (D) O desenvolvimento de propostas terapêuticas articuladas que levem em conta as diferenças individuais de cada paciente, buscando sua participação e valorizando sua autonomia enquanto um sujeito no seu projeto terapêutico.
- (E) Um conjunto de diretrizes para a ampliação e qualificação dos momentos de escuta e acolhimento na prática clínica, com o objetivo de obter detalhes sobre o contexto que provocou o adoecimento e chegar a diagnósticos mais precisos.

09

Considerando as disposições atualizadas da Lei nº 8.080, assinale a alternativa que aborda corretamente as condições de participação da iniciativa privada no sistema de saúde.

- (A) A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, através do pagamento direto ou da intermediação financeira de planos de saúde, sendo vedada a contratação de serviços privados pelo setor público.
- (B) As condições para o funcionamento de serviços privados de assistência à saúde devem seguir princípios éticos e normas expedidas por órgão de direção do SUS.
- (C) Serviços privados podem estabelecer contratos e convênios com o SUS em caráter complementar, desde que as entidades participantes não tenham fins lucrativos.
- (D) O SUS pode estabelecer contratos e convênios com entidades privadas para a prestação de serviços hospitalares, desde que sejam devidamente credenciadas como instituições filantrópicas.
- (E) Participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde é permitida por lei desde 2015, exceto no que concerne a hospitais gerais e hospitais especializados.

10

No campo da Bioética, é comum referir-se a certos princípios básicos propostos pelo Relatório Belmont (1978) no contexto das pesquisas com seres humanos e, posteriormente, estendidos para a prática médica e outras áreas relacionadas à saúde. Um desses princípios é o de autonomia, que versa sobre a liberdade de cada pessoa decidir sobre sua própria vida, exercendo sua autodeterminação, livre de pressões externas ou influência de outras pessoas. Levando em conta as situações descritas pelas alternativas a seguir, assinale aquela em que a autonomia individual está sendo limitada para garantir o prevalecimento de outros princípios bioéticos.

- (A) A proibição de fumar em ambientes fechados e outros espaços públicos.
- (B) O oferecimento de cuidados paliativos para pacientes terminais.
- (C) A realização de pesquisa científica em pacientes após manifestação de consentimento.
- (D) A recusa de um profissional à realização de procedimento por objeção de consciência.
- (E) A prescrição excessiva de antibióticos.

11

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento que a acompanha discorre sobre fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS e o compromisso com seus resultados esperados, tanto sanitários quanto econômicos. Assinale a alternativa que define corretamente um desses fundamentos.

- (A) O conceito de economia de escala, aplicado à RAS, diz respeito às vantagens obtidas pela multiplicação e capilarização de serviços pelo maior número de municípios, otimizando resultados e o uso de recursos assistenciais.
- (B) A integração vertical consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade, para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica.
- (C) A integração horizontal é definida como a articulação não hierarquizada de diversas unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços diferenciados, resultando em um aumento da resolutividade.
- (D) Os processos de substituição devem ser minimizados, evitando alterações e reagrupamentos de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, de maneira a garantir a longo prazo a continuidade nas dimensões da localização, das competências clínicas e da tecnologia.
- (E) O conceito de equidade, uma das dimensões da qualidade, preconiza que características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde.



12

A Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, instituiu novo tipo de incentivo financeiro federal para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). O Pagamento por Desempenho das eMulti valerá para os municípios com equipes que alcançarem os indicadores definidos na portaria, em avaliação quadrienal. Assinale a alternativa que contém indicadores do Pagamento por Desempenho, a serem observados na atuação das eMulti, definidos na portaria.

- (A) Quantidade de ações realizadas, população adscrita cadastrada e satisfação da pessoa atendida.
- (B) Percentual de solicitações respondidas em 72 horas, satisfação das pessoas atendidas e índice de vulnerabilidade social.
- (C) Quantidade de ações realizadas, resolução de ações interprofissionais e satisfação das pessoas atendidas.
- (D) Resolução das ações interprofissionais, população adscrita cadastrada e satisfação das pessoas atendidas.
- (E) Índice de vulnerabilidade social, quantidade de ações realizadas e percentual de atendimentos remotos realizados.

13

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Um dos conceitos fundamentais desse instrumento normativo é a Região de Saúde, definida como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter um mínimo de ações e serviços de saúde. Assinale a alternativa que contém todos os requisitos mínimos para a instituição de uma Região de Saúde.

- (A) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; e vigilância em saúde.
- (B) Atenção primária; vigilância em saúde; atenção ambulatorial especializada; e atenção psicossocial.
- (C) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
- (D) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; atenção psicossocial; e vigilância em saúde.
- (E) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

14

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, pressupõe uma articulação interfederativa, realizada em instâncias próprias, em que todas as esferas de governo compartilham responsabilidades comuns. Porém, a portaria também define responsabilidades específicas para cada esfera. Assinale a alternativa que contém uma responsabilidade de competência exclusiva das Secretarias Municipais de Saúde.

- (A) Gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território.
- (B) Articular instituições de ensino e serviço, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde.
- (C) Definir estratégias de institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica.
- (D) Destinar recursos próprios para o financiamento da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático.
- (E) Analisar os dados gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos.

15

O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Paim et al. (2011) analisam a trajetória do financiamento do sistema público, construindo uma interpretação sobre a sua adequação às necessidades de saúde da população brasileira e os desafios para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Assinale a alternativa em concordância com a análise feita pelos autores no período histórico estudado.

- (A) As fontes de financiamento do SUS, embora sejam bem definidas, não têm sido suficientes para assegurar recursos financeiros adequados.
- (B) Recursos arrecadados especificamente para a saúde foram destinados a despesas de outros setores, em diversos momentos da história recente.
- (C) A proporção pública da despesa com saúde no Brasil é compatível com outros países com sistemas universais, mas nosso país tem um PIB per capita muito baixo.
- (D) A redução da contribuição estadual e municipal para o financiamento do SUS resultou num aumento da participação federal no gasto público com saúde.
- (E) O volume de recursos públicos para o SUS é maior do que o previsto quando ele foi criado, mas as necessidades de saúde da população aumentaram em maior proporção.



FONOAUDIOLOGIA**16**

Adolescente, sexo masculino, 16 anos, foi encaminhado para o fonoaudiólogo devido à queixa de voz. O profissional avaliou e diagnosticou como disfonia funcional, por desajuste muscular do trato vocal que mantém a laringe alta no pescoço. Diante desta descrição, qual é o *pitch* vocal esperado para esse adolescente?

- (A) Agudo para idade e sexo.
- (B) Adequado para idade e agudo para o sexo.
- (C) Grave para sexo e adequado para idade.
- (D) Grave para idade e sexo.
- (E) Adequado para sexo e grave para idade.

17

Criança de 5 anos foi submetida à avaliação da voz e identificou-se tempo maior da fricativa sonora em relação à surda no parâmetro vocal da relação s/z.

Esse achado clínico revela que tipo de alteração fonoaudiológica?

- (A) Incompetência glótica para fonação.
- (B) Perturbações do fluxo expiratório.
- (C) Perturbações do fluxo inspiratório.
- (D) Incoordenação pneumofonoarticulatória.
- (E) Hiperconstrição e esforço fonatório.

18

Qual é a técnica vocal de eleição para aumentar a intensidade da voz e promover o deslocamento vertical da laringe no pescoço?

- (A) Sons vibrantes com vibração de lábios ou língua.
- (B) Esforço com execução de socos no ar.
- (C) Assobios labiais com emissão do fonema [i].
- (D) Fricativos sonoros com emissão do fonema [z].
- (E) Sons nasais com emissão do fonema [m].

19

A mulher idosa pode apresentar modificação da voz em comparação com a sua própria fonação na fase adulta da vida. Diante dessa consideração, é possível observar que a mulher idosa pode apresentar que tipo de voz?

- (A) Bitonal e aguda.
- (B) Grave e rouca.
- (C) Soprosa e gutural.
- (D) Astênica e crepitante.
- (E) Áspera e rugosa.

20

O envelhecimento é um processo natural e irreversível em que há deterioração da função auditiva. A audição deve ser avaliada considerando-se todos os fatores de saúde que podem se alterar no idoso.

Considerando a audição, qual é o impacto mais comum nessa população?

- (A) Tontura e zumbido no período noturno.
- (B) Perda auditiva nas frequências médias, com frequências altas e baixas preservadas.
- (C) Dificuldade de compreensão de fala no ruído.
- (D) Intolerância a sons agudos intensos.
- (E) Perda auditiva para sons graves e vertigem.

21

As emissões otoacústicas evocadas são um exame complementar utilizado na avaliação audiológica que tem diferentes objetivos na prática clínica. Sobre o uso das emissões otoacústicas para o diagnóstico de alterações auditivas, é correto considerar que

- (A) tem custo elevado e trata-se de procedimento complexo.
- (B) sua indicação só é relevante para triagem auditiva neonatal.
- (C) não deve ser considerada na investigação clínica de zumbido.
- (D) pode contribuir para a avaliação clínica de crianças com anemia falciforme.
- (E) está contraindicada em perdas auditivas decorrentes de exposição ao ruído.

22

Processar a informação via sentido da audição exige que os sons sejam detectados, interpretados e transformados em imagens que serão analisadas e integradas pelo sistema auditivo e pelo córtex cerebral. A imagem mental de um evento acústico recebido passa por seleção, organização, classificação e armazenamento para que seja assimilado. A inter-relação processamento auditivo e linguagem ocorre a partir de um passo a passo, e o processamento da informação funciona como redes interativas que colaboram com a identificação e interpretação dos dados.

Em relação ao processamento de informação chamado de *bottom-up*, ou série de dados, entende-se que ele

- (A) garante a assimilação de informações consistentes com a experiência e expectativa do ouvinte.
- (B) garante que o ouvinte seja alertado para informações incompatíveis com a proposta da mensagem.
- (C) predomina na maioria das situações de escuta difícil.
- (D) faz uso da inteligência para interpretar com base no contexto, história e educação.
- (E) utiliza a capacidade do sistema nervoso central para rever a interpretação da mensagem.



23

Homem de 56 anos foi diagnosticado com carcinoma espinocelular de laringe, iniciando tratamento com radioterapia associada à quimioterapia. Foi realizada avaliação fonoaudiológica, com diagnóstico de disfagia orofaríngea mecânica, decorrente das alterações provocadas pela neoplasia, radioterapia e quimioterapia. Para avaliação objetiva, a partir dos resultados da avaliação fonoaudiológica funcional, realizou-se videofluoroscopia da deglutição, que acusou disfagia leve/moderada, com necessidade de prescrição de dieta modificada.

Qual o nível correspondente desse achado clínico na escala de 7 pontos de O’Neil et al., considerando o nível de gravidade?

- (A) Nível 1.
- (B) Nível 2.
- (C) Nível 3.
- (D) Nível 4.
- (E) Nível 5.

24

A avaliação clínica fonoaudiológica da deglutição permite correlacionar sinais e sintomas com a fisiopatologia, observando a biomecânica da função, e identificar que fase do processo está comprometida, dando condições de estabelecer um programa terapêutico de reabilitação fonoaudiológico. Isso proporciona ao paciente com disfagia orofaríngea alimentar-se de forma segura por via oral e receber aporte calórico proteico necessário. A avaliação instrumental complementar favorece esse diagnóstico e o planejamento terapêutico.

Qual avaliação pode dar informações a respeito da sensibilidade laríngea e do número de deglutições necessárias paraclareamento durante a deglutição?

- (A) Avaliação clínica com uso de estetoscópio.
- (B) Avaliação de qualidade de vida.
- (C) Avaliação por videofluoroscopia da deglutição.
- (D) Avaliação acústica do som ao deglutir.
- (E) Avaliação por videoendoscopia da deglutição.

25

Os instrumentos para avaliação complementar da deglutição são importantes e fundamentais para diagnóstico e reabilitação da disfagia orofaríngea. Uma das dificuldades no manejo desses pacientes é identificar as aspirações silentes, que promovem pneumonias aspirativas e comprometimento clínico, com agravamento da sua doença de base.

Qual é a avaliação complementar da deglutição considerada “padrão-ouro” para fazer diagnóstico das aspirações silentes?

- (A) Videoendoscopia da deglutição.
- (B) Videofluoroscopia da deglutição.
- (C) Avaliação clínica funcional.
- (D) Eletromiografia de superfície.
- (E) Manometria faringoesofágica digital.

26

A disfagia refere-se a qualquer alteração na função de deglutição, ou seja, à dificuldade ou inabilidade de transportar o alimento da cavidade oral até o estômago, que pode ocorrer por diversas causas. Deve ser avaliada e tratada de forma multidisciplinar e pode-se lançar mão de vários métodos de avaliação clínica. A respeito da avaliação instrumental, a videofluoroscopia e a videoendoscopia da deglutição são as mais empregadas na prática clínica, muitas vezes de forma complementar.

Em relação à videoendoscopia da deglutição, é correto afirmar que ela

- (A) permite realização em unidade de terapia intensiva.
- (B) possibilita medição de tempo de trânsito faríngeo.
- (C) promove avaliação da dinâmica da fase oral.
- (D) realiza diagnóstico de aspirações silentes.
- (E) emprega radiação ionizante.

27

Diferentes reflexos presentes ao nascimento tendem a desaparecer com o tempo, outros vão surgindo ou se modificam para dar lugar à mastigação e à deglutição. Como é chamado o reflexo desencadeado com o estímulo de pressionar as bochechas, que desaparece entre 3-6 meses de idade?

- (A) Gag.
- (B) Suckling.
- (C) Reflexo de busca.
- (D) Mordida fásica.
- (E) Língua protusa.

28

Quando há comunicação indesejável entre as cavidades oral e nasal, pode ocorrer disfunção velofaríngea. O diagnóstico é essencial para definir a melhor conduta de tratamento das alterações da comunicação e deglutição consequentes.

Em relação ao diagnóstico das disfunções velofaríngeas, é correto afirmar que

- (A) a nasolaringoscopia é o método diagnóstico considerado padrão-ouro.
- (B) a incompetência velofaringea está acompanhada de insuficiência velofaríngea.
- (C) a insuficiência refere-se à alteração do funcionamento velofaríngeo.
- (D) a avaliação perceptivo-auditiva é o método mais preciso para diagnóstico.
- (E) são condições congênitas e não adquiridas e o diagnóstico é médico.



29

O diagnóstico audiológico infantil de acordo com o princípio *cross check* envolve quais procedimentos?

- (A) Fisiológicos: medida de imitância acústica (1000 Hz), resposta auditiva de estado estável.
- (B) Comportamentais: índice de reconhecimento de fala, audiometria lúdica.
- (C) Eletrofisiológicos: pesquisa do efeito inibitório da via eferente, potenciais evocados auditivos de tronco encefálico.
- (D) Fisiológicos: emissões otoacústicas evocadas transientes, limiar de detecção de voz.
- (E) Comportamentais: avaliação das habilidades auditivas, medida de imitância acústica (226Hz).

30

Como podem ser caracterizados os padrões miofuncionais orofaciais nos diferentes ciclos de vida?

- (A) Crianças com dentição decidua e mista apresentam mastigação com padrão bilateral alternado, lábios ocluídos, movimentos mandibulares rotatórios.
- (B) As características esqueléticas craniofaciais são definidas na infância e ocorrem com mudanças estruturais tênues no sexo masculino.
- (C) Do final da infância ao início da puberdade pode ocorrer aumento lento e progressivo de um dos côndilos da mandíbula, que resulta em assimetria facial.
- (D) Entre adolescentes e adultos prevalecem as más oclusões de Classe II, com desorganização da região anterior por apinhamentos dentários.
- (E) Na senescência é frequente a presença de sintomas e sinais relativos às disfunções temporomandibulares (DTM) aliados à respiração oral.

31

O que está previsto na organização da linha de cuidados em saúde auditiva no Sistema Único de Saúde?

- (A) Na Atenção Primária à Saúde (APS): ações de promoção e prevenção de agravos nas gestantes, diagnóstico de audiologia e otologia.
- (B) Na Atenção Especializada (Ambulatorial): serviços de triagem neonatal, ações de promoção e prevenção nos ciclos de vida.
- (C) Na Atenção Especializada (Hospitalar): centros de implante coclear, Centros Especializados em Reabilitação (CER).
- (D) Na Atenção Primária à Saúde (APS): sistemas de informações e ações de vigilância em saúde, Programa Saúde na Escola (PSE).
- (E) Na Atenção Especializada (Hospitalar): serviços de saúde auditiva, serviços de triagem neonatal.

32

As cirurgias de laringe realizadas após o diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço acarretam alterações vocais de acordo com a região afetada. Assinale a alternativa que mostra a correspondência correta entre o tipo de cirurgia e a respectiva característica vocal observada.

- (A) Laringectomia parcial vertical: padrão de voz predominantemente rouco.
- (B) Cordectomia: voz astênica e tensa.
- (C) Laringectomia horizontal supraglótica: alteração do pitch vocal.
- (D) Laringectomia supracricoide: voz tensa e estrangulada.
- (E) Hemilaringectomia: voz bitonal e *loudness* fraca.

33

Os distúrbios da fala de origem fonética são caracterizados por

- (A) aumento ou diminuição da quantidade de saliva, uso de *piercings* linguais, substituição do fonema padrão.
- (B) déficit nos articuladores responsáveis pelos sons da fala.
- (C) desproporções dentofaciais, próteses dentárias, tônus aumentado de língua e lábios.
- (D) maloclusão, respiração oral, distorção assistemática de fricativas.
- (E) distorções, imprecisões e travamentos articulatórios não relacionados a alterações morfofisiológicas.

34

Quais os aspectos considerados nos critérios de exclusão e inclusão para o diagnóstico diferencial dos distúrbios específicos de linguagem (DEL)?

- (A) Os critérios de inclusão referem-se ao baixo desempenho em testes neuropsicológicos padronizados.
- (B) Os critérios de exclusão implicam ausência de perda auditiva, déficit cognitivo/intelectual, déficit linguístico.
- (C) O déficit de memória operacional verbal é específico do DEL.
- (D) Nos quadros de DEL não ocorre discrepância entre o desempenho verbal e o não verbal.
- (E) Prejuízos morfossintáticos refletem a inabilidade em dominar as regras gramaticais e persistem além dos 8 anos.



35

Assinale a alternativa que mostra a correspondência correta entre o tipo de ruído mascarante e a respectiva utilização no procedimento de avaliação audiológica.

- (A) Ruído de banda estreita, ou *narrow band* (NB), utilizado para o mascaramento durante a logaudiometria.
- (B) Ruído branco, ou *white noise*, é um ruído de banda estreita, utilizado durante a audiometria tonal por via aérea e via óssea.
- (C) Ruído de fala conhecido como balbucio ou *multitalker*, utilizado em avaliações do processamento auditivo central.
- (D) Ruído intermitente deve ser utilizado em todas as situações em que houver necessidade de mascaramento.
- (E) Ruído branco filtrado, ou *speech noise*, utilizado na audiometria tonal, abrange uma largura de banda entre as frequências 250 e 8000 Hz.

36

Assinale a alternativa que correlaciona corretamente o sistema de comunicação suplementar e alternativa e suas respectivas características.

- (A) Os sistemas gráficos foram desenvolvidos para facilitar a comunicação dos usuários com distúrbios na linguagem.
- (B) O *Pictogram Ideogram Communication* (PIC) é utilizado com crianças com distúrbios neuromotores e dificuldades de fala.
- (C) O *Blissymbols* (BLISS) usa símbolos pictográficos de fácil compreensão por crianças e adultos.
- (D) O *Picture Exchange Communication System* (PECS), desenvolvido para crianças com múltiplas deficiências, usa pranchas temáticas com estímulos táteis.
- (E) O *Picture Communication Symbols* (PCS) foi desenvolvido para crianças com deficiência intelectual, com dificuldades na discriminação figura-fundo.

37

Assinale a alternativa que correlaciona corretamente a classificação da disfluência e sua respectiva caracterização.

- (A) Comuns ou típicas: ocorrem em momentos estressantes e desaparecem quando a situação termina.
- (B) Psicogênicas: consideradas clinicamente significantes e associadas à gagueira desenvolvimental e à taquifemia.
- (C) Atípicas ou gagas: são raras, aparecem repentinamente na fase adulta associadas a um problema psicológico agudo.
- (D) Adquiridas: decorrentes de danos cerebrais como aneurisma, doença de Parkinson, afasia, apraxia.
- (E) Reativas ao estresse: comuns no desenvolvimento de fala e linguagem, estão associadas a incertezas linguísticas.

38

Pessoas com doença de Alzheimer (DA) perdem progressivamente a habilidade de contar eventos e participar de conversações, além de apresentarem dificuldade para produzir novas ideias de forma coerente. Essas dificuldades estão relacionadas com os distúrbios

- (A) semânticos.
- (B) fonológicos.
- (C) sintáticos.
- (D) pragmáticos.
- (E) prosódicos.

39

Entre os exames complementares para a qualificação do diagnóstico clínico de portadores de alterações auditivas de origem ocupacional é realizado/a

- (A) repetição da audiometria tonal via aérea e via óssea.
- (B) teste de emissões otoacústicas para identificação precoce de lesões na cóclea.
- (C) logoaudiometria para identificar dificuldades na fala.
- (D) potencial evocado auditivo de longa latência para investigação cognitiva.
- (E) imitância acústica para diagnóstico de doenças da orelha média.

40

Os Programas Preventivos em Saúde do Trabalhador, tanto auditivos quanto vocais, devem ser estruturados sob três eixos principais: ações sobre o ambiente de trabalho, monitoramento de saúde e

- (A) ações educativas.
- (B) intersetorialidade.
- (C) equidade.
- (D) interprofissionalidade.
- (E) trabalho colaborativo.



ESTUDO DE CASO

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

Mulher, 73 anos, encaminhada pelo pneumologista devido ao quadro de infecção respiratória que foi agravada por mudanças climáticas e exposição a mofo domiciliar. Na descrição médica há relato de hipoacusia, queixa de disfagia, presença de desorientação temporo-espacial, dificuldade lexical e esquecimento.

Descreva os procedimentos de avaliação a serem realizados pelo fonoaudiólogo, a partir do encaminhamento recebido, em relação aos aspectos referidos nas questões a seguir.

Questão 01

Fala e linguagem.



Questão 02

Audição.

Questão 03

Deglutição.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



Residência Profissional 2025
1^a Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1
1/100

