



Universidade de São Paulo
Brasil



CONCURSOS ÁREA DA SAÚDE USP
FONOAUDIÓLOGO – EDITAL RH Nº 102/2023

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **5 (cinco) horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **2 (duas) horas** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento das folhas de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **70 (setenta)** questões objetivas, com 5 (cinco) alternativas cada e **2 (duas)** questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha as folhas de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. As folhas de respostas **não serão substituídas** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução das folhas de respostas acompanhadas 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.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 01 E 02

People have been laughing a lot after a woman shared how her sleep-talking reveals a lot about her job.

In a TikTok video, Sabrina Lod got over 616,000 views as she shared the recordings of her talking in her sleep.

While sleep-talking is relatively common, Lod's recordings bring a corporate twist as she appears to be saying common customer-service phrases.

"So let me know if you need anything and have a great day," said her voice in one part of the recording.

Sabrina Lod revealed that she works in customer service, explaining why she might be uttering the phrases more commonly heard in a workplace setting.

Theresa Schnorbach, a psychologist and sleep scientist said: "Two out of three people talk in their sleep. Sleep-talking is a fairly common abnormal sleep activity—what we call parasomnia."

There is little research into the causes, but some theories say that it may be caused by lack of sleep or disruption in the environment, such as temperature or light.

"Sleep-talking appears to be more common in those with underlying mental-health conditions and it is thought to occur more frequently in those suffering from post-traumatic stress disorder," said Schnorbach.

<https://www.newsweek.com/woman-records-herself-sleep-talking-no-one-can-believe-1826379>. Acesso em 13/10/23. Adaptado.

01

Segundo o texto, o vídeo compartilhado por Sabrina Lod nas redes sociais indica que ela

- (A) demonstra alívio em relação à rotina estressante.
- (B) parece estar trabalhando enquanto dorme.
- (C) sofre de manifestações neurológicas há anos.
- (D) fica incomodada por usar linguagem agressiva.
- (E) rebate as críticas de usuários do TikTok.

02

De acordo com o texto, a especialista Theresa Schnorbach afirma que o hábito da pessoa falar enquanto dorme

- (A) possui aspectos equivalentes ao sonambulismo.
- (B) aciona o despertar do cérebro antes do corpo.
- (C) tende a desencadear episódios de insônia.
- (D) tem relação com condições mentais subjacentes.
- (E) pode provocar sensações de medo e alucinações.

TEXTO PARA A QUESTÃO 03

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo refletir sobre a educação em saúde, enfatizando a educação popular em saúde (EPS) como proposta metodológica e sua utilização na rede básica de saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família. Para tanto, foi realizada revisão bibliográfica sobre educação em saúde, prática educativa nos serviços de saúde e educação popular em saúde. Observou-se que, ainda hoje, as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais, não privilegiando a criação de vínculo entre trabalhadores e população.

ABSTRACT

This study evaluated health education, and particularly popular health education, as a methodological approach used in the Brazilian basic healthcare network and in the Family Health Strategy, a family health program of the Brazilian government. The literature on health education, educational practices in healthcare services, and popular health education was reviewed. We found that educational practices in healthcare services follow traditional methods and do not prioritize the establishment of links between healthcare workers and the population.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>. Acesso em: 25/10/23. Adaptado.

03

Consideremos o resumo de uma pesquisa nas versões em português e inglês. A tradução para o inglês do trecho "Observou-se que, ainda hoje, as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais..."

- (A) mantém a neutralidade da observação.
- (B) adota abordagem menos formal.
- (C) deixa de atribuir a ação a um sujeito.
- (D) preserva cada termo do texto original.
- (E) reflete escolhas linguísticas inusitadas.



TEXTO PARA AS QUESTÕES 04 E 05

Começo o ano adoentado. Não será bom começo, mas penso que é assunto adequado. Há muita gente na cama, em casa e nos hospitais, e que passa o tempo lendo jornal. Como eu: leio jornal, ouço rádio, soluciono as palavras cruzadas da Manchete. Na hora de tomar injeção, torno-me irascível e exijo que me sirvam pílulas. Aproveito o tempo restante para fazer um exame de consciência. Tempo, com efeito, é o que um acamado tem de sobra.

Longe da fumaça dos bares, das discussões boêmias, da caça às mulheres, sinto que até hoje não passo de uma criança. Em outras palavras, não tomo juízo. Meu estilo é o de Ipanema: responsável, apaixonadamente interessado nos assuntos populares e sem responsabilidade alguma nos negócios particulares. Irresponsável quer dizer: despreparado, ingênuo, canhestro. Vejo na televisão os ingleses andando de charrete por causa da falta de gasolina e outras dificuldades coletivas. Se tal futuro estivesse reservado a toda a humanidade, neste fim de século, eu me sentiria imensamente feliz. A sociedade de consumo raramente me pega. Nunca desejei possuir um automóvel, como nunca aprendi a andar de bicicleta. Sou brilhante, imbatível mesmo, apenas como datilógrafo.

A projeção do meu ser ideal se torna mais fácil se imaginarmos tenha eu recebido o grande prêmio da Loteria Esportiva. Seria eu, então, um homem livre e poderoso; poderia fazer o que bem quisesse. Pois bem, que faria eu? Como todo mundo, já fruí muitas vezes tal sonho, de modo que colocarei em ordem as diversas providências que tomaria:

1. *Checkup*. Ficaria no hospital, rodeado de sumidades médicas, estudando meu organismo em todos os aspectos. Finalidade: sair dali tinindo para a nova vida.
2. Uns 30 dias, não menos e talvez mais, de silêncio rigoroso. Não abriria a boca para falar com ninguém. Finalidade: expurgar de minha consciência o máximo de palavras inúteis. No fim desse período de incomunicabilidade, poderia vangloriar-me de ser um poeta.

Projetos vãoos, José Carlos Oliveira

<https://cronicabrasileira.org.br/cronicas/17814/projetos-vaos>. Acesso em 23/10/2023. Adaptado.

04

Na crônica de José Carlos Oliveira, o trecho que melhor representa o desejo do narrador de conquistar a liberdade é

- (A) “Na hora de tomar injeção, torno-me irascível e exijo que me sirvam pílulas.”
- (B) “Aproveito o tempo restante para fazer um exame de consciência.”
- (C) “Vejo na televisão os ingleses andando de charrete por causa da falta de gasolina e outras dificuldades coletivas.”
- (D) “A projeção do meu ser ideal se torna mais fácil se imaginarmos tenha eu recebido o grande prêmio da Loteria Esportiva.”
- (E) “Ficaria no hospital, rodeado de sumidades médicas, estudando meu organismo em todos os aspectos.”

05

No texto, ao afirmar “Sou brilhante, imbatível mesmo, apenas como datilógrafo”, o narrador

- (A) enaltece as pessoas que possuem senso pragmático na vida.
- (B) lamenta por não ter conseguido conquistar estabilidade financeira.
- (C) faz uma autoavaliação bem-humorada de suas próprias habilidades.
- (D) pretende buscar maneiras de se atualizar no mercado de trabalho.
- (E) mostra seu apreço por atividades de cunho psicológico.

06

Ana é a enfermeira-chefe de um setor que, organizacionalmente, é dividido em seções. Uma das seções é coordenada por Maria, uma enfermeira especializada e dedicada ao estudo de sua área de atuação. Em uma reunião com Marcos, dirigente do departamento e superior hierárquico de ambas, Ana não consegue explicar adequadamente o que se passa na seção coordenada por Maria. Marcos sugere, então, que Maria seja chamada para relatar a situação da seção. Ana se opõe, preferindo inteirar-se das atividades da seção para relatar a Marcos, em outra oportunidade, o estágio do serviço ali prestado. Ana é uma pessoa branca e possui o título de especialista. Maria é uma pessoa negra de cor preta e terminou recentemente seu mestrado sobre gestão de setores, como os chefiados por Ana.

Com base nos conceitos trabalhados por Cida Bento em *O pacto da branquitude*, é possível afirmar que o receio de Ana se deve a uma “lacuna moral”, conceito que a autora empresta de Edith Piza, e que pode ser definido como

- (A) um marcador das relações de dominação enquanto uma consciência da usurpação, que está na base da vivência do privilégio, mas que não altera o posicionamento do usurpador.
- (B) uma forma de relacionamento que privilegia a afeição humana na medida em que exclui a vivência de privilégios, alterando as posições de comando numa estrutura produtiva.
- (C) um marcador de perversidade das organizações, que legitima o modo de exercício de uma cadeia de comando baseada no conceito de mérito, conhecido como “meritocracia”.
- (D) uma forma de convívio saudável nas organizações, que legitima as cadeias de comando estruturadas segundo padrões de *discriminem* baseados nos conceitos de tradição e formas de privilégio.
- (E) um marcador das relações de gestão em que a consciência da legitimidade está na base da vivência do privilégio, capaz de alterar o posicionamento do usurpador, que passa de comandante a comandado.



07

“As dietas mediterrâneas, de regiões que englobam o Sul da Espanha, a França, a Itália e Grécia, têm sido muito estudadas quanto aos seus impactos na saúde. Quando em associação com outros hábitos, são reconhecidas como aliadas no controle da obesidade e doenças relacionadas. Parte da culinária local, o *sofrito* é um refogado de tomate preparado com azeite de oliva extravirgem, cebola e alho.



Ao ser ofertado a ratos em experimento científico, o preparo foi capaz de alterar o metabolismo dos animais, restringindo o ganho de peso. Segundo a pesquisa, o efeito pode estar associado a um composto identificado como butanodiol, encontrado no fígado dos camundongos.

Publicado na revista *Antioxidants*, o estudo foi conduzido por pesquisadores do Centro de Pesquisas em Alimentos (*Food Research Center — FoRC*), sediado na Faculdade de Ciências Farmacêuticas (FCF) da USP; da Universidade Internacional da Catalunha, da Universidade de Barcelona e do Instituto de Saúde Carlos III, na Espanha; e da Fundação Edmund Mach, da Universidade de Parma, na Itália.”

Fonte: <https://jornal.usp.br/ciencias/refogado-mediterraneo-altera-metabolismo-e-restringe-ganho-de-peso-em-ratos/> (adaptado)

O refogado de tomate típico da dieta da população brasileira apresenta semelhança com o *sofrito*. Considerando o cotidiano da maioria das famílias brasileiras, em lugar do azeite extravirgem, usa-se de forma mais recorrente o óleo de

- (A) algodão.
- (B) amendoim.
- (C) canola.
- (D) girassol.
- (E) soja.

08



Fonte: Jornal da USP

A Universidade de São Paulo foi criada em 1934, como consequência direta

- (A) do término da Primeira Guerra Mundial.
- (B) da eclosão da Segunda Guerra Mundial.
- (C) das consequências do *crash* da Bolsa de Nova York.
- (D) do término da Revolução Constitucionalista.
- (E) do declínio da Primeira República, conhecida como a República do café com leite.

09



Fonte: G1

A região de Essequibo ou a Guiana Essequiba é uma área territorial disputada, há mais de 100 anos pela Venezuela e pela Guiana e, anteriormente, _____ (1). Trata-se de uma região de _____ (2), o que arrefeceu a disputa por décadas. No entanto, a _____ (3), em 2015, reacendeu o conflito entre as duas nações.

Assinale a alternativa que indica as expressões que preenchem, corretamente, as lacunas indicadas por (1), (2) e (3), respectivamente.

- (A) pelo Reino Unido – densa floresta – descoberta de petróleo.
- (B) pelo Reino dos Países Baixos – densa floresta – descoberta de petróleo.
- (C) pelo Reino Unido – produção salina – descoberta de carvão mineral.
- (D) pelo Reino Unido – produção salina – descoberta de petróleo.
- (E) pelo Reino dos Países Baixos – densa floresta – descoberta de carvão mineral.



10

“Algumas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) não necessariamente vão apresentar sintomas diretamente ligados ao homem. Nesse sentido, a falta de conhecimento que os homens têm da própria saúde sexual pode acarretar uma responsabilidade indireta sobre as mulheres na hora de identificar algum problema que ela venha a sofrer.

Segundo o professor associado da Divisão de Urologia do Departamento de Cirurgia e Anatomia, Carlos Augusto Fernandes Molina, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da USP, o papilomavírus humano (HPV) deve receber mais atenção, pois se apresenta frequentemente na forma de verruga, a qual pode acontecer em outras regiões do corpo, tratado usualmente como problema estético. ‘No entanto, na mulher, o HPV genital está intimamente relacionado ao câncer de colo uterino, sendo a grande causa da ocorrência dessa doença em mulheres adultas jovens’, explica”.

Fonte: <https://jornal.usp.br/campus-ribeirao-preto/desconhecimento-dos-homens-sobre-sua-saude-sexual-pode-impactar-as-mulheres/> (adaptado)

A respeito da prevenção do papilomavírus, é correto afirmar que a vacinação

- (A) é inexistente, dificultando a prevenção.
- (B) é recomendável apenas para pessoas do sexo feminino, a partir da menarca.
- (C) é compulsória para os adultos de ambos os sexos a partir dos 21 anos e recomendável para todos a partir dos 12 anos.
- (D) é recomendável a partir dos 9 anos para pessoas do sexo feminino e dos 11 para pessoas do sexo masculino.
- (E) é recomendável apenas para pessoas do sexo masculino, a partir do início da vida sexual ativa.

11

A deglutição é definida como um processo sinérgico composto por fases intrinsecamente relacionadas, sequenciais e harmônicas, divididas em diferentes etapas. Assinale a alternativa que define corretamente a fase antecipatória da deglutição.

- (A) Compreende uma etapa cognitiva e involuntária, na qual são realizadas as escolhas dos alimentos, incluindo as preferências, ritmo e postura diante de um determinado contexto alimentar.
- (B) Compreende uma etapa cognitiva e voluntária, na qual são realizadas as escolhas dos alimentos, incluindo as preferências, ritmo e postura diante de um determinado contexto alimentar.
- (C) Compreende uma etapa voluntária que consiste na fase de percepção e classificação do bolo alimentar na cavidade oral para produzir respostas motoras adequadas ao seu preparo e envio para a faringe.
- (D) Compreende uma etapa involuntária que consiste na fase de percepção e classificação do bolo alimentar na cavidade oral para produzir respostas motoras adequadas ao seu preparo e envio para a faringe.

- (E) Compreende uma etapa involuntária que consiste nas escolhas alimentares e na percepção e classificação do bolo alimentar na cavidade oral para produzir respostas motoras adequadas ao seu preparo e envio para a faringe.

12

O tronco cerebral contém os núcleos dos nervos cranianos envolvidos nas diferentes fases da deglutição. Assinale a alternativa que indica corretamente o par craniano responsável pela contração da musculatura da mastigação e pela sensibilidade dos dois terços anteriores da língua e da mucosa da cavidade oral.

- (A) V par - trigêmeo.
- (B) X par - vago.
- (C) IX par - glossofaríngeo.
- (D) VII par - facial.
- (E) XII par - hipoglosso.

13

Qual alternativa contém uma manifestação provocada por lesão no nervo hipoglosso?

- (A) Perda da sensibilidade e paladar da região posterior da língua.
- (B) Redução da sensibilidade da face.
- (C) Alteração da elevação do véu palatino.
- (D) Perda do reflexo nauseoso.
- (E) Alteração da mobilidade da língua.

14

A mastigação é uma etapa importante da fase preparatória oral da deglutição. Considerando o padrão de normalidade da mastigação, assinale a alternativa que contém todos os músculos que são envolvidos nesse processo.

- (A) Milo-hióideos, masseter, digástrico e hipoglosso.
- (B) Digástrico, masseter, pterigoideo lateral, pterigoideo medial.
- (C) Milo-hióideos, digástrico, masseter e pterigoideo lateral.
- (D) Temporal, masseter, pterigoideo lateral, pterigoideo medial.
- (E) Milo-hióideos, pterigoideo lateral, pterigoideo medial.



15

Os mecanismos de proteção das vias aéreas referem-se aos processos que previnem a aspiração. Assinale a alternativa que contém a descrição correta de um mecanismo de proteção que ocorre durante a fase faríngea da deglutição.

- (A) Adução das pregas vocais.
- (B) Abdução das pregas vocais.
- (C) Fechamento do esfíncter esofágico superior.
- (D) Abaixamento do osso hioide.
- (E) Elevação da epiglote.

16

Dentre as mudanças na fisiologia da deglutição que ocorrem no processo de envelhecimento, é correto citar:

- (A) Aumento da velocidade das ondas peristálticas.
- (B) Aumento da produção de saliva.
- (C) Aumento da força dos músculos da deglutição.
- (D) Aumento da sensibilidade na cavidade oral.
- (E) Aumento do tempo de trânsito faríngeo.

17

Uma das sequelas mais frequentes após o acidente vascular encefálico (AVE) é a disfagia, presente especialmente na fase aguda da lesão. A gravidade e caracterização da disfagia diferem quanto ao local da lesão no sistema nervoso central. Assinale a alternativa correta quanto à gravidade e manifestação da disfagia, de acordo com o local de lesão.

- (A) Lesões no tronco encefálico geralmente causam disfagia mais leve do que lesões corticais.
- (B) Lesões no hemisfério esquerdo geralmente causam disfagia mais grave do que lesões no tronco cerebral.
- (C) Lesões no hemisfério direito geralmente causam disfagia mais grave do que lesões no tronco cerebral.
- (D) Lesões no hemisfério esquerdo geralmente comprometem mais a fase oral da deglutição.
- (E) Lesões no hemisfério direito geralmente comprometem mais a fase oral da deglutição.

18

A disfagia é uma manifestação comum nos pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA) e pode, inclusive, ser a manifestação clínica inicial da doença. Sobre o quadro de disfagia na ELA, é correto afirmar:

- (A) Os pacientes com comprometimento da musculatura bulbar tendem a apresentar alterações da deglutição que pioram com o decorrer da doença.
- (B) Geralmente os pacientes não apresentam alterações na fase oral da deglutição.
- (C) Geralmente os pacientes não apresentam alterações na fase faríngea da deglutição.
- (D) Não há indicação de gastrostomia para pacientes com ELA, independentemente do grau da disfagia e fase da doença.
- (E) A broncoaspiração não é uma causa comum de óbito na doença.

19

Paciente de 82 anos, sexo masculino, diagnosticado com demência vascular há 10 anos, encontra-se na fase avançada da doença. O paciente está internado por pneumonia decorrente de broncoaspiração, em uso exclusivo de sonda nasoenteral, alternando entre momentos de alerta e sonolência. Na avaliação fonoaudiológica, apresentou tosse e pigarro para todas as consistências ofertadas, inclusive para deglutição de saliva. Em relação à conduta fonoaudiológica inicial mais adequada para esse caso, é correto afirmar que o fonoaudiólogo deve iniciar o processo de reabilitação

- (A) a partir de técnicas de terapia indireta.
- (B) a partir de técnicas de terapia direta.
- (C) a partir das manobras voluntárias de deglutição.
- (D) a partir das manobras posturais de cabeça.
- (E) apenas quando o paciente não apresentar mais broncoaspiração de saliva.

20

As manobras voluntárias de deglutição (também chamadas de facilitadoras) são frequentemente utilizadas na reabilitação das disfagias. Para a execução correta da Manobra de Mendelsohn, o paciente deve

- (A) inspirar, realizar apneia, deglutir e tossir imediatamente após a deglutição.
- (B) inspirar, realizar apneia, deglutir com força e tossir imediatamente após a deglutição.
- (C) deglutir com força, de preferência com a língua pressionada contra o palato.
- (D) manter a laringe alta por alguns segundos ao deglutir.
- (E) deglutir com força com a língua entre os dentes.



21

As manobras posturais de cabeça são estratégias frequentemente utilizadas durante a reabilitação da deglutição, pois requerem habilidade mínima e exigem menos esforço por parte do paciente. A seguir, apresentam-se quatro manobras posturais e seus objetivos:

MANOBRAS

- I - Manobra de rotação cervical.
- II - Manobra de inclinação cervical.
- III - Manobra de cabeça abaixada (ou manobra de flexão de pescoço).
- IV - Manobra de cabeça inclinada para trás (ou manobra de extensão cervical).

OBJETIVOS

- a- Tem o objetivo de prevenir o escape prematuro do bolo alimentar, especialmente em casos de permeação das vias aéreas antes da deglutição. Tal posicionamento da cabeça causa uma acomodação morfofuncional de estreitamento da região supraglótica e aumento do espaço valecular.
- b- Utilizada em casos de paresia ou paralisia unilateral de faringe ou prega vocal. Tem o objetivo de promover a aproximação da prega vocal móvel até a prega paralisada ou parética para um melhor fechamento glótico.
- c- Tem por objetivo potencializar o deslocamento do alimento com auxílio da gravidade e é utilizada pelos pacientes que têm dificuldades de ejeção oral. Com a ajuda da gravidade, o alimento é encaminhado à câmara faríngea.
- d- Tem o objetivo de favorecer a descida do bolo alimentar pelo lado não afetado da faringe, com a ajuda da gravidade. É recomendada para pacientes com alterações unilaterais da faringe.

Assinale a alternativa que relaciona corretamente as manobras posturais aos seus respectivos objetivos.

- (A) IV-a, I-b, III-c, II-d.
- (B) III-a, II-b, IV-c, I-d.
- (C) III-a, I-b, IV-c, II-d.
- (D) I-a, II-b, III-c, IV-d.
- (E) IV-a, II-b, III-c, I-d.

22

Qual seria o momento ideal para iniciar o acompanhamento fonoaudiológico em pacientes sob cuidados paliativos?

- (A) No final dos cuidados, idealmente no estágio terminal da doença.
- (B) No início dos cuidados, idealmente antes do agravamento do quadro clínico.
- (C) Apenas quando o paciente estiver apresentando disfagia.
- (D) Apenas quando o paciente estiver apresentando alterações cognitivas graves.
- (E) Apenas quando o paciente necessitar de comunicação alternativa.

23

As medidas de conforto em cuidados paliativos visam o controle dos sintomas, alívio e bem-estar do paciente, como também o suporte aos familiares e cuidadores. Qual alternativa fornece uma medida adequada de dieta de conforto para pacientes sob cuidados paliativos?

- (A) Alimentação por sonda nasoenteral para evitar broncoaspiração.
- (B) Alimentação por gastrostomia para evitar broncoaspiração.
- (C) Ofertar o menor volume possível de alimento para evitar a broncoaspiração.
- (D) Ofertar o maior volume possível de alimento para melhorar o aporte calórico.
- (E) Ofertar o volume aceito pelo paciente, independentemente da necessidade calórica.

24

Assinale a alternativa correta sobre a atuação do fonoaudiólogo nas desordens de linguagem em pacientes sob cuidados paliativos.

- (A) A avaliação da linguagem deve sempre ser informal e curta para evitar desconforto do paciente, independentemente do estágio da doença.
- (B) A terapia da linguagem deve sempre auxiliar o paciente a manter a funcionalidade da comunicação, podendo ser realizada por meio de estratégias focadas no déficit, estratégias compensatórias ou estratégias mistas.
- (C) A avaliação da linguagem deve ser focada somente na capacidade de emissão oral, pois é a ausência da fala que afeta a comunicação com os familiares e a equipe.
- (D) Devem ser utilizados somente protocolos formais para avaliação dos diferentes processamentos linguísticos para posterior implementação de terapias focadas no déficit.
- (E) A terapia da linguagem é realizada apenas para adaptação de comunicação suplementar e alternativa, pois os pacientes sob cuidados paliativos têm grande dificuldade de expressão oral.



25

A Resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) nº 644, de 2021, dispõe sobre a atuação fonoaudiológica na assistência domiciliar. De acordo com essa Resolução, o fonoaudiólogo que atua na assistência domiciliar pode realizar procedimento de terapia

- (A) somente em pacientes com disfagia.
- (B) somente em pacientes com alterações de linguagem.
- (C) em pacientes com qualquer demanda fonoaudiológica.
- (D) somente em pacientes com alterações graves.
- (E) somente em pacientes com alterações leves.

26

Paciente do sexo feminino, 75 anos, possui hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2. Reside com o marido de 80 anos, dois filhos, uma nora e dois netos. Há cerca de 1 ano sofreu um acidente vascular encefálico e possui sequelas motoras e cognitivas. Apresenta úlceras de pressão por estar acamada e está em uso de sonda nasointestinal, porém os familiares referem que ofertam alguns alimentos. Em relação à atuação fonoaudiológica no contexto de assistência domiciliar juntamente com equipe multidisciplinar (por exemplo, Núcleo de Apoio à Saúde da Família), assinale a alternativa correta.

- (A) O fonoaudiólogo não atua neste caso, já que não faz parte da equipe multidisciplinar.
- (B) O acompanhamento é centralizado no médico, pois este gerencia a equipe, sendo responsável por todas as ações.
- (C) O acompanhamento é centralizado no fisioterapeuta, pois são as sequelas motoras que limitam a vida da paciente.
- (D) O fonoaudiólogo deve encaminhar a paciente a um Centro Especializado em Reabilitação, para tratamento da disfagia, devido à complexidade do caso.
- (E) O fonoaudiólogo deve atuar junto à equipe multidisciplinar, em ações conjuntas de reabilitação e orientações para manejo e prevenção de agravos.

27

No contexto da assistência domiciliar em equipe multidisciplinar, o projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de condutas e ações,

- (A) de caráter clínico ou não, que dialogam com as necessidades de saúde do paciente, geralmente em situações mais complexas, construídas a partir da discussão com uma equipe multidisciplinar.
- (B) de caráter não clínico, que dialogam com as necessidades de saúde do paciente, geralmente em situações muito simples, construídas a partir da discussão com uma equipe multidisciplinar.
- (C) de caráter clínico ou não, que dialogam com as necessidades de saúde do paciente, geralmente em situações mais complexas, construídas somente a partir da conduta médica.

- (D) de caráter não clínico, que dialogam com as necessidades de saúde do paciente, geralmente em situações muito simples, construídas somente a partir da conduta médica.
- (E) de caráter clínico ou não, que dialogam com as necessidades de saúde do paciente, geralmente em situações muito simples, construídas a partir da discussão com a equipe de enfermagem.

28

Em relação às alterações de linguagem observadas nas afasias, assinale as manifestações que ocorrem mais frequentemente na afasia de Wernicke.

- (A) Alteração leve da compreensão oral, fala fluente com anomias, prosódia preservada, repetição preservada.
- (B) Alteração grave da compreensão oral, fala fluente com neologismos, prosódia preservada, repetição alterada.
- (C) Alteração grave da compreensão oral, fala não fluente com parafasias fonêmicas, prosódia alterada, repetição preservada.
- (D) Alteração leve da compreensão oral, fala não fluente com anomias, prosódia alterada, repetição alterada.
- (E) Alteração grave da compreensão oral, fala fluente com redução, prosódia preservada, repetição preservada.

29

Paciente do sexo feminino, 59 anos, com ensino médio completo, destra, com queixa de dificuldade de fala após quadro de acidente vascular encefálico. Durante a avaliação, foram observadas as seguintes manifestações: alteração leve da compreensão oral, parafasias fonêmicas, agramatismo, anomias, perseveração, apraxia de fala e repetição alterada, com manifestações semelhantes à fala espontânea. Assinale a alternativa que contém a hipótese diagnóstica sindrômica mais provável.

- (A) Afasia de Broca.
- (B) Afasia de Wernicke.
- (C) Afasia global.
- (D) Afasia de condução.
- (E) Afasia transcortical motora.

30

Em relação aos princípios de terapia nas afasias, é correto afirmar que as estratégias devem ser

- (A) sempre simplificadas para que o paciente forneça somente respostas corretas durante a terapia.
- (B) sempre complexas para que o paciente seja estimulado além das suas capacidades atuais.
- (C) realizadas de forma pouco frequente para que ocorra o processo de plasticidade.
- (D) realizadas de forma frequente para que ocorra o processo de plasticidade.
- (E) realizadas apenas na fase crônica da lesão.



31

A apraxia de fala adquirida é definida como uma alteração no planejamento motor da fala após um dano no sistema nervoso central. Sobre a apraxia de fala decorrente de um acidente vascular encefálico, é correto afirmar que a maioria dos quadros ocorre

- (A) de forma isolada.
- (B) em comorbidade com as afasias emissivas.
- (C) em comorbidade com as afasias receptivas.
- (D) em comorbidade com as disartrias flácidas.
- (E) em comorbidade com as disartrias atáxicas.

32

A doença de Parkinson é um distúrbio do movimento cujos sintomas motores são tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. A disartria é frequente na doença e se caracteriza pela intensidade vocal reduzida, voz monótona, qualidade vocal rouco-soprosa, alterações na fluência, imprecisão articulatória, monoaltura e ressonância hipernasal. Qual alternativa apresenta o tipo de disartria mais comum na doença de Parkinson?

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

33

As disartrias apresentam diferentes manifestações, de acordo com o local acometido no sistema nervoso. A seguir, apresentam-se tipos de disartria e locais de lesão/disfunção.

DISARTRIAS

- I- Disartria flácida.
- II- Disartria espástica.
- III- Disartria hipocinética.
- IV- Disartria atáxica.

LOCAIS

- a- Neurônio motor superior bilateral.
- b- Cerebelo.
- c- Núcleos da base.
- d- Neurônio motor inferior.

Assinale a alternativa que relaciona corretamente os tipos de disartria e seus respectivos locais de lesão/disfunção.

- (A) I-a, III-b, II-c, IV-d.
- (B) IV-a, I-b, III-c, II-d.
- (C) II-a, IV-b, III-c, I-d.
- (D) III-a, I-b, II-c, IV-d.
- (E) II-a, III-b, I-c, IV-d.

34

A doença de Alzheimer é o tipo mais comum de demência e as alterações de linguagem podem estar presentes em todas as fases da doença, associadas a déficits em outros domínios cognitivos como a memória. Assinale a alternativa que contém as manifestações de linguagem mais frequentes na fase leve da doença de Alzheimer.

- (A) Parafasias fonéticas e dificuldade de compreensão de textos.
- (B) Agramatismo e dificuldade de compreensão oral de frases.
- (C) Agramatismo e dificuldade de compreensão oral de palavras.
- (D) Anomias e dificuldade de compreensão de textos.
- (E) Anomias e dificuldade de compreensão oral de palavras.

35

Pacientes destros com lesão no hemisfério direito tipicamente apresentam alterações de linguagem relacionadas

- (A) à apraxia de fala.
- (B) ao processamento fonológico.
- (C) às rotas de leitura.
- (D) ao processamento pragmático-inferencial.
- (E) ao processamento morfossintático.

36

A Triagem Auditiva Neonatal tornou-se obrigatória em todos os hospitais e maternidades do Brasil a partir da lei federal 12.303/2010. Sobre a Triagem Auditiva Neonatal, é correto afirmar:

- (A) Deve ser realizada apenas nos recém-nascidos que apresentam risco para deficiência auditiva pré-natal.
- (B) Deve ser realizada apenas nos recém-nascidos que apresentam risco para deficiência auditiva perinatal.
- (C) Deve ser realizada em todos os recém-nascidos, independentemente da presença de risco para deficiência auditiva.
- (D) Deve ser realizada preferencialmente após a primeira semana de vida.
- (E) Deve ser realizada preferencialmente após o primeiro mês de vida.



37

De acordo com as recomendações do Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA), assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial preconizada para neonatos com baixo risco de perda auditiva que apresentaram falha nas Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) na Triagem Auditiva Neonatal.

- (A) Realizar reteste com Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) em até 30 dias.
- (B) Realizar reteste com Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) em até 60 dias.
- (C) Realizar Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) em até 30 dias após a alta hospitalar.
- (D) Realizar Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) em até 60 dias após a alta hospitalar.
- (E) Realizar audiometria comportamental, logaudiometria e imitanciometria.

38

Segundo o Programa de Triagem Auditiva Neonatal Universal preconizado pelo Comitê Profissional em Saúde Auditiva (COMUSA), assinale a alternativa que apresenta a conduta para neonatos com alto risco de perda auditiva que falharam no teste e reteste com Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE).

- (A) Aguardar de 30 a 60 dias para novo reteste com Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE).
- (B) Aguardar de 30 a 60 dias para novo reteste com Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE)
- (C) Adaptar aparelho de amplificação sonora individual ou realizar cirurgia de implante coclear, dependendo do grau da perda auditiva.
- (D) Realizar audiometria tonal, logaudiometria e imitanciometria.
- (E) Encaminhar imediatamente para diagnóstico médico otorrinolaringológico e avaliação fonoaudiológica completa.

39

São objetivos dos procedimentos de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) e de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), respectivamente:

- (A) Identificação de perdas auditivas cocleares de até 35 dBNA; identificação de perdas auditivas cocleares e retrococleares.
- (B) Identificação de perdas auditivas cocleares e retrococleares; identificação de perdas auditivas cocleares de até 35 dBNA.
- (C) Identificação de perdas auditivas cocleares de até 35 dBNA; identificação de perdas auditivas condutivas.
- (D) Identificação de perdas auditivas cocleares e retrococleares; identificação de perdas auditivas condutivas.
- (E) Identificação de perdas auditivas cocleares de até 35 dBNA; identificação de perdas auditivas mistas.

40

Assinale a alternativa que contém um fator de alto risco para a deficiência auditiva em neonatos.

- (A) Internação de até 5 dias em enfermaria.
- (B) Apgar neonatal de 6 a 8.
- (C) Nascimento entre 37 e 39 semanas de gestação.
- (D) Hiperbilirrubinemia.
- (E) Peso de nascimento entre 2.000 e 2.500 gramas.

41

O teste de corante azul, originalmente chamado de *Blue Dye Test (BDT)*, foi descrito por Cameron et al. (1973) para ser aplicado em pacientes traqueostomizados, com o intuito de avaliar a dinâmica da deglutição. Esse teste consiste em gotejar o corante azul no dorso da língua do paciente e, posteriormente, realizar o procedimento de aspiração endotraqueal em intervalos de

- (A) 4 horas, durante 72 horas.
- (B) 2 horas, durante 48 horas.
- (C) 4 horas, durante 24 horas.
- (D) 4 horas, durante 48 horas.
- (E) 2 horas, durante 24 horas.



42

A avaliação fonoaudiológica do paciente traqueostomizado conectado à ventilação mecânica (VM) requer anuência da equipe médica e atuação conjunta com a equipe de fisioterapia, uma vez que é necessário realizar ajustes no ventilador durante a adaptação da válvula de fala. Quando se trata da atuação fonoaudiológica para reintrodução de dieta por via oral no paciente traqueostomizado conectado à VM:

- (A) O paciente precisa manter-se confortável, do ponto de vista respiratório, com o *cuff* parcialmente desinsuflado, para que, então, seja possível adaptar a válvula de fala e realizar o *Blue Dye Test*.
- (B) A realização do *Blue Dye Test* Modificado com *cuff* insuflado é mandatória e sempre deve anteceder o *Blue Dye Test* nos pacientes cuja ventilação com pressão de suporte ventilatório (PSV) supere 20 cmH₂O.
- (C) O paciente precisa manter-se confortável com o *cuff* totalmente desinsuflado e não apresentar vias aéreas pérvias. Só assim, será possível adaptar a válvula de fala e iniciar o treino por via oral.
- (D) A desinsuflação do *cuff* para o treino de via oral nos pacientes dependentes da ventilação mecânica não é recomendada, uma vez que o *cuff* insuflado impedirá a broncoaspiração dos alimentos.
- (E) O paciente precisa manter-se confortável, do ponto de vista respiratório, com o *cuff* totalmente desinsuflado, para que seja possível manter a válvula de fala adaptada e iniciar o treino por via oral.

43

Paciente G.C.A., 62 anos, deu entrada em um hospital de referência para realizar cirurgia de revascularização do miocárdio. Após intercorrências durante o procedimento cirúrgico, o paciente permaneceu intubado por 15 dias e, devido ao difícil desmame ventilatório, foi traqueostomizado. Após 48 horas de nebulização contínua, a avaliação fonoaudiológica foi realizada. Ao adaptar a válvula de fala na cânula de traqueostomia, o paciente apresentou: desconforto respiratório seguido de aumento da frequência respiratória, *air trapping* e afonia, que inviabilizaram a manutenção da válvula de fala e a avaliação funcional da deglutição. Tendo em vista o tempo de intubação orotraqueal e as manifestações do paciente diante da adaptação da válvula de fala, qual (is) poderia(m) ser a(s) justificativa(s) para tal desconforto?

- (A) Paralisia de pregas vocais bilaterais em abdução, por lesão no ramo inferior do X par craniano.
- (B) Estenose traqueal e paresia de prega vocal unilateral em posição paramediana, por lesão no ramo inferior do IX par craniano.
- (C) Estenose traqueal e edema supraglótico decorrentes do tempo de intubação.
- (D) Paralisia bilateral de prega vocais em adução, por lesão no ramo superior do XI par craniano.
- (E) Edema supraglótico e paralisia bilateral de pregas vocais em adução, por lesão no IX par craniano.

44

A avaliação clínica da deglutição é dividida em etapas: anamnese, avaliação do sistema sensorio motor oral, avaliação da função mastigatória, da deglutição e da fonarticulação. Há uma correlação direta entre a função da deglutição, a voz e a articulação, visto que as estruturas que desempenham tais funções são praticamente as mesmas. Qual alternativa melhor representa a correlação entre alterações na qualidade vocal ou no padrão articulatório, com possível repercussão na deglutição?

- (A) Sopro e tempo máximo fonatório reduzido podem estar associados com falha na coaptação glótica e, portanto, risco de penetração/aspiração laríngea durante a deglutição.
- (B) Voz de característica hipernasal pode estar associada à falha da abertura do esfíncter velofaríngeo e pode ter relação com refluxo nasal do alimento, principalmente da consistência líquida.
- (C) Pacientes que apresentam alterações em atingir tons agudos podem apresentar alteração da elevação da laringe e, com isso, aumentar o risco de permanência de estase na base da língua, após a deglutição.
- (D) Pacientes com tipo articulatório fechado devido à redução da abertura bucal (trismo) podem apresentar redução do tempo de trânsito oral, com atraso para iniciar a deglutição faríngea para todas as consistências.
- (E) Fala imprecisa, velocidade de fala aumentada ou diminuída e voz de qualidade pastosa podem sugerir lesões glóticas pós intubação orotraqueal prolongada e, portanto, aumentar os riscos de penetração/aspiração de líquidos após a deglutição.



45

A intubação orotraqueal é um fator de risco para disfagia muito citado na literatura. De acordo com De Larminat V., et. al. (1995) de 20 a 83% dos pacientes que permaneceram por mais de 48 horas sob intubação orotraqueal apresentaram alterações na biodinâmica da deglutição. Quais alterações podem ser encontradas nos pacientes submetidos à intubação orotraqueal prolongada?

- (A) Fraqueza da musculatura da língua e da laringe, falha nos receptores sensoriais presentes no vestibulo anterior e laríngeo e redução do tempo para a adução glótica.
- (B) Fraqueza da musculatura da língua e da faringe, hipertonia dos músculos extrínsecos da laringe e falha nos receptores sensoriais presentes na mucosa jugal e epiglote.
- (C) Fraqueza da musculatura de língua, lábios e faringe, falha nos receptores sensoriais da laringe, aumento do contato da base de língua com parede posterior de faringe e redução do tempo para a adução glótica.
- (D) Fraqueza da musculatura da língua e da faringe, falha nos receptores sensoriais presentes na base da língua e na parede posterior da faringe e falha no reflexo de deglutição.
- (E) Fraqueza da musculatura da língua e da faringe, falha nos receptores sensoriais presentes na base da língua e na parede posterior da faringe e falha no fechamento da transição faringo-esofágica.

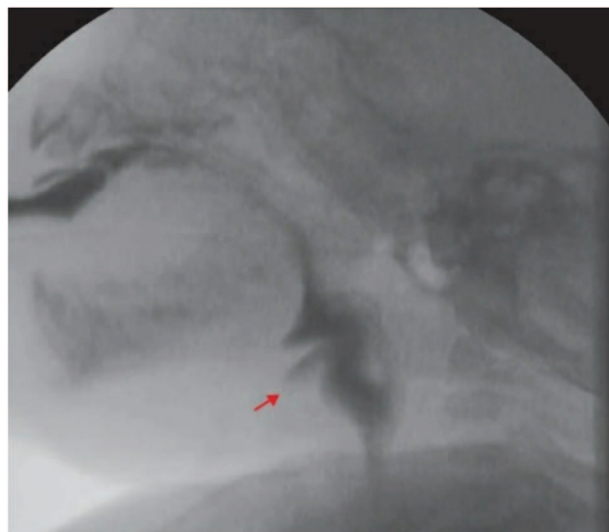
46

A disfagia infantil pode comprometer uma ou mais fases da deglutição, e seus sintomas podem variar de acordo com a idade da criança. Como consequência, a disfagia infantil pode levar ao desenvolvimento de doenças pulmonares crônicas induzidas pela aspiração e desnutrição. Qual alternativa corresponde às alterações encontradas na fase faríngea da deglutição na população pediátrica?

- (A) Sialorreia, batimento da asa do nariz, dificuldade de iniciar a deglutição e quadros pulmonares de repetição.
- (B) Tosse durante a deglutição, taquipneia, dificuldade de iniciar a deglutição e desidratação.
- (C) Tosse durante a deglutição, apneia, dispneia, náuseas e sialorreia.
- (D) Taquipneia, apneia, estridor laríngeo e quadros pulmonares de repetição.
- (E) Tosse durante a deglutição, dispneia, náuseas, sialorreia e regurgitação nasal.

47

A figura a seguir apresenta a videofluoroscopia da deglutição de um neonato.



Qual é o achado correspondente à seta em destaque?

- (A) Escape precoce anterior durante a deglutição.
- (B) Penetração supraglótica durante a deglutição.
- (C) Estase em valécula após a deglutição.
- (D) Aspiração traqueal durante a deglutição.
- (E) Penetração supraglótica após a deglutição.

48

A válvula de fala é um dispositivo terapêutico empregado na reabilitação fonoaudiológica de pacientes com traqueostomia. Seu uso é recomendado não apenas para pacientes com capacidade de comunicação durante a ventilação mecânica, mas também pode ser benéfica para restaurar a fisiologia da deglutição. Quais os benefícios da válvula de fala na fisiologia da deglutição?

- (A) Restabelecer a pressão subglótica negativa, favorecendo o aumento do fluxo de tosse, da limpeza das vias aéreas e da redução da aspiração traqueal.
- (B) Promover a restauração da pressão subglótica positiva, permitindo a limpeza das vias aéreas inferiores por meio do reflexo de tosse.
- (C) Permitir a restauração da pressão subglótica negativa, favorecendo a sensibilização laríngea e a redução da aspiração traqueal.
- (D) Promover a restauração da pressão subglótica positiva, permitindo a limpeza das vias aéreas inferiores por meio das manobras de proteção das vias aéreas.
- (E) Permitir a restauração da pressão subglótica negativa, permitindo a limpeza das vias aéreas inferiores por meio das manobras de proteção das vias aéreas.



49

A ocorrência e a reabilitação das disfagias em pacientes com tumores de hipofaringe e laringe estão diretamente relacionadas ao tipo de indicação cirúrgica. Os achados da deglutição e os métodos de reabilitação das disfagias variam entre pacientes submetidos à laringectomia com ressecção horizontal ou vertical. Assinale a alternativa que correlaciona adequadamente os achados da deglutição e as abordagens terapêuticas com o tipo de ressecção realizada.

- (A) Nas laringectomias do tipo horizontal, tais como supraglótica, supracrícoidea ou supratraqueal, a ocorrência de disfagia no pós-operatório é alta. A terapia deve ser iniciada no pós-operatório recente e deve envolver manobras de deglutição associada a volumes reduzidos.
- (B) Nas laringectomias parciais verticais, tais como laringectomia vertical frontal e frontolateral, a ocorrência de disfagia no pós-operatório é alta, principalmente se não houver a preservação da aritenóide. A terapia deve ser iniciada no pós-operatório tardio devido ao risco de perdas de retalhos.
- (C) Nas laringectomias do tipo horizontal, tais como laringectomia frontolateral e hemilaringectomia, a ocorrência de disfagia no pós-operatório é alta. A terapia deve ser iniciada no pós-operatório recente e deve envolver estímulos sensoriais e manobras de deglutição.
- (D) Nas ressecções parciais verticais da laringe, tais como na laringectomia vertical frontal ou frontolateral, a disfagia é transitória. A terapia intensiva inclui estímulos sensoriais, e a reintrodução da dieta por via oral de forma exclusiva pode levar até 30 dias após a cirurgia.
- (E) Nas laringectomias do tipo horizontal, tais como supraglótica, supracrícoidea ou supratraqueal, a ocorrência de disfagia no pós-operatório é baixa e o comprometimento vocal é alto. A terapia deve ser iniciada no pós-operatório recente e deve envolver manobras de deglutição associada a volumes reduzidos.

50

Exames de videofluoroscopia e manometria revelaram que pacientes submetidos à laringectomia total apresentam redução na pressão do segmento faringoesofágico, incoordenação do cricofaríngeo e alterações na força de contração esofágica. O que pode ser afirmado sobre os achados da deglutição, processo terapêutico e a liberação da dieta por via oral para esses pacientes?

- (A) Refluxo nasal, sensação de alimento parado na garganta e “voz molhada” são queixas comuns. Manobras de proteção de vias aéreas, associadas a manobras de deglutições múltiplas, auxiliarão na liberação da dieta pastosa.
- (B) Necessidade de engolir várias vezes e sensação de alimento parado na garganta são queixas comuns. Estratégias que visam o aumento da tensão da musculatura cervical, associadas à manobra de flexão de pescoço, auxiliarão na liberação da dieta sólida.

- (C) Refluxo nasal e necessidade de engolir várias vezes são queixas comuns. Exercícios que envolvem aumento da força e mobilidade de língua, associados a manobras de deglutições múltiplas e alternância de consistências, favorecem a liberação de dieta com alimentos liquidificados homogêneos.
- (D) Necessidade de engolir várias vezes e sensação de alimento parado na garganta são queixas comuns. Estratégias que visam a redução da tensão da musculatura cervical, associadas às manobras de proteção de vias aéreas e posturais, favorecerão a liberação dos líquidos.
- (E) Refluxo nasal e sensação de alimento parado na garganta são queixas comuns. A aplicação de toxina botulínica no músculo cricofaríngeo e a dilatação esofágica são suficientes para a liberação da dieta pastosa e posterior progressão de consistências.

51

A disfagia na população pediátrica pode implicar a entrada de alimentos nas vias aéreas, resultando em tosse, asfixia, problemas pulmonares, aspiração e até recusa alimentar. Na fonoterapia é necessário considerar algumas particularidades dessa faixa etária, tais como: crescimento e desenvolvimento, aprimoramento dos reflexos oromotores e maturação do comportamento alimentar. Quais técnicas terapêuticas podem ser utilizadas em crianças disfágicas de até 3 anos?

- (A) Flexão de cabeça, independentemente da condição anatômica do paciente, já que tal manobra propicia maior proteção das vias aéreas.
- (B) Modificação dos líquidos com espessantes alimentícios e manobras de flexão de pescoço.
- (C) Manobras posturais, tais como flexão de pescoço e rotação cervical, e manobras de proteção de vias aéreas, tais como a manobra supraglótica e super supraglótica.
- (D) Manobras de deglutições múltiplas com alternância entre colher com alimento e colher vazia, uso de diferentes utensílios e de estratégias de estimulação sensorial.
- (E) Manobra de flexão de pescoço e *capital flexion*, já que tais manobras propiciam o aumento do deslocamento do complexo hiolaríngeo e, portanto, protegem as vias aéreas inferiores.



52

O tratamento das disfagias na população neonatal será efetivo a partir da definição de condutas adequadas, desde a intervenção, a orientação e o acompanhamento até a alta hospitalar. O fonoaudiólogo deve avaliar e tratar o recém-nascido pré-termo de forma individual, responsável e criteriosa. Os recém-nascidos pré-termo e de risco podem se beneficiar de quais recursos terapêuticos?

- (A) Estimulação tátil utilizando o copinho com volume durante a terapia indireta.
- (B) Estratégias de manuseio global adequando a postura e a estimulação não nutritiva utilizando o copinho com pouco volume.
- (C) *Tapping*, massagens, estímulos gustativos e sucção não nutritiva durante a alimentação por sonda.
- (D) *Tapping*, massagens e estimulação não nutritiva utilizando a mamadeira com leite espessado e pouco volume.
- (E) Estratégias de manuseio global adequando a postura e organização corporal e a estimulação não nutritiva utilizando o copinho com leite espessado.

53

O tratamento cirúrgico dos tumores de cavidade oral e de hipofaringe podem provocar edema em boca e faringe, dificuldades na voz, fala, mastigação e deglutição, além de redução da mobilidade do pescoço. A avaliação clínica da deglutição nos pacientes com ressecção de tumores na região de cavidade oral e hipofaringe pode sinalizar:

- (A) Controle motor oral reduzido, com risco de escape anterior do alimento, tempo de trânsito oral aumentado, atraso para iniciar a deglutição faríngea e penetração/aspiração antes da deglutição devido às estases em base de língua.
- (B) Dificuldade na propulsão do alimento, redução da pressão intra-oral, limitação na abertura de boca e a penetração/aspiração antes da deglutição, por falta de controle motor oral.
- (C) Controle motor oral reduzido, com risco de escape anterior do alimento, tempo de trânsito oral reduzido, justificado pela falta de controle motor oral e estase em cavidade oral após a deglutição devido à redução de elevação laríngea.
- (D) Dificuldade na propulsão do alimento, aumento da pressão intraoral, limitação na abertura de boca e a penetração/aspiração antes da deglutição, por falta de controle motor oral, principalmente nas cirurgias que compreendem a hipofaringe.
- (E) Controle motor oral reduzido, com risco de escape posterior do alimento, tempo de trânsito oral aumentado, justificado pela falta de controle motor oral e estase em cavidade oral após a deglutição devido à redução da abertura do músculo cricofaríngeo.

54

A causa mais comum do parkinsonismo é a doença de Parkinson (DP), cuja base fisiopatológica decorre da depleção de dopamina produzida pela parte compacta da substância negra. É mais frequente em homens e clinicamente surge de maneira insidiosa, com tremor de repouso, que pode acometer os lábios. A prevalência da disfagia varia de 11 a 81% (Takizawa C. et.al.;2016), com alterações de fase oral e faríngea. Quais achados da avaliação complementar por meio do videodeglutograma caracterizam alterações na fase faríngea da deglutição nos pacientes com DP?

- (A) Movimentação anteroposterior da língua que contribui com a ejeção antecipada do alimento e estases em valéculas após a deglutição.
- (B) Desorganização no controle motor oral do bolo e estases em recessos piriformes após a deglutição.
- (C) Escape extra-oral anterior, redução do controle motor oral e redução da elevação e sustentação do complexo hiolaringeo.
- (D) Ejeção antecipada do alimento, redução do controle motor oral e penetração/aspiração laringotraqueal.
- (E) Redução da elevação do complexo hiolaringeo, redução do ângulo de eversão da epiglote, penetração e aspiração laringotraqueal.

55

Nas disfagias pediátricas, as doenças estruturais abrangem qualquer processo que envolve alteração anatômica da orofaringe e esôfago (congenita ou adquirida) e as doenças que comprometem o córtex cerebral podem impedir a passagem voluntária do alimento para a faringe. Sobre as causas da disfagia na infância, é correto afirmar:

- (A) Fissura labial e Síndrome de Pierre-Robin comprometem somente cavidade oral e orofaringe.
- (B) Hipóxia cerebral, meningomielocele e miastenia gravis são doenças que comprometem o sistema nervoso central.
- (C) Atresia do esôfago é uma anormalidade adquirida do esôfago que pode vir acompanhada de fistula traqueoesofágica.
- (D) Síndrome de Guillain-Barré, poliomielite e malformação de Chiari são doenças que comprometem o sistema nervoso central.
- (E) Fissura labial e Síndrome de Pierre-Robin comprometem cavidade oral, orofaringe e esôfago.



56

Em todos os tipos de paralisia cerebral observam-se manifestações consideradas fatores de risco para alterações da deglutição. O trabalho de reabilitação deve ser iniciado o mais cedo possível e deve ser conduzido por uma equipe multiprofissional. As alterações na biodinâmica da deglutição mais frequentemente observadas em crianças com paralisia cerebral incluem:

- (A) Alteração de reflexos orais, redução da movimentação das partes anterior e dorsal da língua, com pobre amplitude desta e conseqüentemente diminuição no contato de base de língua com a parede posterior de faringe.
- (B) Ausência de atraso para iniciar a deglutição faríngea e aumento da peristalse faríngea.
- (C) Escape extra-oral, aumento do tempo de trânsito oral, xerostomia, ausência de atraso para iniciar a deglutição faríngea e aumento do contato de base de língua com parede posterior de faringe.
- (D) Redução da elevação do complexo hiolaríngeo, estase em cavidade oral e em hipofaringe, aumento da peristalse faríngea e hipotonia do esfíncter esofágico superior.
- (E) Redução da movimentação das partes anterior e dorsal da língua, com pobre amplitude desta e conseqüentemente aumento no contato de base de língua com a parede posterior de faringe e hipotonia do esfíncter esofágico superior.

57

A traqueostomia oferece vantagens em relação à intubação orotraqueal, já que não apresenta risco de lesão das pregas vocais e facilita a fonação e o retorno à nutrição por via oral. No entanto, a traqueostomia pode afetar a biodinâmica da deglutição em relação aos seguintes aspectos:

- (A) Alterar a sensibilidade laríngea em decorrência do aumento do reflexo glótico e do tempo reduzido de fechamento do vestibulo laríngeo.
- (B) Alterar o trânsito faríngeo e esofágico, especialmente nos pacientes que fazem uso de cânulas metálicas fenestradas com *cuff* desinsuflado.
- (C) Reduzir a abertura do músculo cricofaríngeo em decorrência da redução do tempo do fechamento do vestibulo laríngeo e da melhora da elevação laríngea.
- (D) Diminuir a elevação laríngea e, conseqüentemente, reduzir a abertura do esfíncter esofágico superior.
- (E) Aumentar o tempo de trânsito oral e reduzir o tempo de início da deglutição faríngea, em decorrência da redução da sensibilidade glótica.

58

Dentre os exames complementares para avaliação da deglutição, qual deles é capaz de proporcionar informações detalhadas sobre a fisiologia da deglutição, permitindo uma análise minuciosa do momento da aspiração?

- (A) Avaliação clínica da deglutição à beira leito.
- (B) Eletromiografia laríngea.
- (C) Videofluoroscopia da deglutição.
- (D) Videoendoscopia da deglutição.
- (E) Manometria faríngea de alta resolução.

59

Qual(is) a(s) principal(is) indicação(ões) para a realização da videofluoroscopia da deglutição?

- (A) Paciente candidato à reabilitação da deglutição e com necessidade de informações específicas para o tratamento.
- (B) Possibilidade de realizar uma ampla avaliação anatômica, sensitiva e motora das estruturas presentes na cavidade oral e na supraglote.
- (C) Dificuldade isolada para a ingestão de comprimidos, sem outras queixas associadas.
- (D) Possibilidade de avaliar qualidade vocal e competência do esfíncter velofaríngeo, por meio da visão ântero-posterior.
- (E) Possibilidade de substituir a avaliação clínica da deglutição, principalmente nos casos de aspiração maciça de alimentos.

60

Sobre a realização da videofluoroscopia da deglutição na população pediátrica, é necessário considerar que

- (A) o tempo total de exposição à radiação não deve exceder 10 minutos.
- (B) realizar uma avaliação clínica detalhada antes do exame é dispensável, já que este é considerado padrão ouro para avaliação da deglutição.
- (C) a oferta do sulfato de bário puro, em diversos volumes, é suficiente para investigar a biodinâmica da deglutição para todas as consistências.
- (D) possíveis alterações na motilidade faríngea e esofágica não são observadas neste exame.
- (E) a instabilidade clínica, recusa alimentar e agitação excessiva são contra-indicações para a realização do exame.



61

A videoendoscopia da deglutição é um bom exame rastreador do mecanismo da deglutição. É uma técnica validada para a avaliação da fase faríngea da deglutição, evidenciando sensibilidade e especificidade equivalentes à videofluoroscopia da deglutição. Qual a sequência correta de procedimentos para a realização da videoendoscopia da deglutição?

- (A) Avaliação estrutural do trato aerodigestivo baixo, avaliação funcional com alimentos corados com anilina azul comestível e avaliação esofágica.
- (B) Avaliação estrutural do trato aerodigestivo alto, avaliação funcional com alimentos corados com sulfato de bário, seguida da avaliação traqueal e esofágica.
- (C) Avaliação estrutural do trato aerodigestivo alto, avaliação funcional com alimentos corados com anilina azul comestível, classificação das disfagias e propostas terapêuticas.
- (D) Avaliação estrutural do trato aerodigestivo baixo, avaliação funcional com alimentos corados com anilina azul comestível, classificação das disfagias e propostas terapêuticas.
- (E) Avaliação estrutural do trato aerodigestivo alto, avaliação funcional com alimentos corados com anilina azul comestível, propostas terapêuticas e avaliação da motilidade esofágica.

62

A videoendoscopia da deglutição possibilita a observação da eficácia da deglutição e da integridade dos mecanismos de proteção das vias aéreas durante a administração de alimentos. No entanto, esse exame apresenta algumas desvantagens que devem ser levadas em consideração. Uma dessas desvantagens é:

- (A) O procedimento pode ser realizado em qualquer ambiente, tanto na unidade de terapia intensiva quanto em ambulatório.
- (B) A impossibilidade de detectar a aspiração laringotraqueal durante a deglutição.
- (C) A necessidade de sedação para garantir o resultado imediato.
- (D) A utilização de contraste baritado azul.
- (E) A impossibilidade de detectar a aspiração laringotraqueal antes da deglutição.

63

A simultaneidade entre respiração e alimentação por meio da mamadeira ou seio materno exige uma coordenação sequencial dos músculos envolvidos em ambas as atividades. No recém-nascido a termo, a complexa coordenação desse comportamento é perfeitamente desenvolvida, entretanto, para os recém-nascidos pré-termo ou a termo com disfunção do sistema nervoso central ou respiratório, a alimentação por

via oral pode ser arriscada. É(são) sinal (is) de alteração(ões) na fase faríngea da deglutição nos neonatos:

- (A) Incoordenação de língua.
- (B) Falta de ritmo de sucção e sucção fraca.
- (C) Atraso para iniciar a resposta de sucção.
- (D) Aversão oral.
- (E) Regurgitação nasofaríngea.

64

A avaliação e o tratamento de recém-nascidos e lactentes com distúrbios de alimentação e deglutição diferem da proposta de intervenção com a população adulta, devendo-se considerar as peculiaridades inerentes a estas faixas etárias. Considerando a singularidade da situação de alimentação do neonato, a avaliação da sucção é um procedimento fundamental e deve incluir:

- (A) A indução dos automatismos orais ausentes ou incompletos/inconsistentes por meio de técnicas, como o *tapping*.
- (B) A avaliação da sucção não-nutritiva, por meio da oferta do leite no copinho, em casos de dificuldade de sucção.
- (C) A estimulação sensório-motora-oral por meio do *tapping* e a oferta do leite no copinho.
- (D) A avaliação do grau de força da sucção, movimentação de língua e de mandíbula.
- (E) A avaliação da sucção nutritiva, exclusivamente por meio da oferta do leite na mamadeira.

65

Em vários centros hospitalares, os médicos encaminham bebês com dificuldades de deglutição e alimentação para avaliação fonoaudiológica. No entanto, muitas vezes os encaminhamentos são feitos tardiamente devido à ausência de um fonoaudiólogo integrado na equipe hospitalar, o que poderia permitir a identificação precoce dos bebês que necessitam de avaliação, reduzindo a possibilidade de atrasos no início de intervenções terapêuticas, quando necessárias. Quais fatores podem justificar uma avaliação fonoaudiológica precoce?

- (A) Xerostomia, desidratação e ganho de peso.
- (B) Subnutrição, baixo peso e tempo de alimentação de até 5 minutos.
- (C) Alteração inferior a 5% nos sinais vitais durante a alimentação e baixo peso.
- (D) Prematuridade, tempo de alimentação de até 10 minutos e engasgos.
- (E) Vômitos, refluxo nasal, prematuridade e baixo peso.



66

As abordagens terapêuticas para reabilitação da sucção e deglutição em neonatos de risco devem incorporar técnicas terapêuticas respaldadas por evidência científica, sempre levando em consideração as particularidades de cada caso. Qual recurso é utilizado no tratamento fonoaudiológico das disfagias na população neonatal?

- (A) Sucção no seio materno com esgotamento de leite prévio para garantir o prazer e o contato mãe e bebê.
- (B) Adequação da postura à alimentação, buscando a hiperextensão cervical.
- (C) Sucção não-nutritiva por meio do *suckling* e do *finger-feeding*.
- (D) Estimulação tátil térmica gustativa, com uso do estímulo gelado nos recém-nascidos pré-termo.
- (E) Adequação do ritmo e pausas por meio do espessamento do leite com espessante industrializado, para evitar escape precoce anterior em caso de risco de aspiração traqueal.

67

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso em contato com a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Com relação às normas gerais do Método Canguru, é correto afirmar:

- (A) O Método Canguru visa uma mudança na abordagem de recém-nascidos de baixo peso, sem necessidade de hospitalização.
- (B) O Método Canguru é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal e das incubadoras.
- (C) O Método Canguru visa uma mudança na abordagem de recém-nascidos de baixo peso, com necessidade de hospitalização.
- (D) O Método Canguru visa fundamentalmente economizar recursos humanos e recursos técnicos, já que é um substituto de incubadoras.
- (E) A atenção adequada ao recém-nascido é realizada somente após o parto, momento em que o baixo peso é identificado.

68

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método Canguru. São membros da equipe multiprofissional que participam desse método:

- (A) Médicos, fonoaudiólogos, enfermeiros, assistentes sociais e dentistas.
- (B) Médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e auxiliares de enfermagem.
- (C) Médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas e dentistas.
- (D) Médicos, fonoaudiólogos, enfermeiros e fisioterapeutas.

- (E) Médicos, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e farmacêuticos.

69

A participação efetiva do fonoaudiólogo no Método Canguru enriquece o trabalho da equipe multiprofissional, principalmente nos casos de dificuldades orais na amamentação. Alguns recém-nascidos pré-termo apresentam alterações na coordenação dos reflexos orais, denominadas disfunções orais (SANCHES, 2004), necessitando de alguns dias de prática para desenvolver um padrão mais organizado. Frequentemente são encontrados os seguintes padrões de disfunção oral nos recém-nascidos de baixo peso:

- (A) Padrão mordedor, com a mandíbula realizando movimentos repetitivos de cima para baixo, causando abertura e fechamento da boca.
- (B) Redução do tônus da musculatura perioral que dificulta a abertura ampla da boca.
- (C) Padrão mordedor, com os lábios e língua realizando movimentos repetitivos de cima para baixo, causando abertura e fechamento da boca.
- (D) Reflexo de procura débil e sucção preservada.
- (E) Sucção preservada e redução do tônus da musculatura perioral que dificulta a abertura ampla da boca.

70

As implicações negativas, tanto em termos funcionais quanto estéticos, resultantes do tratamento cirúrgico de tumores avançados de cabeça e pescoço, levaram ao desenvolvimento de protocolos de radioquimioterapia. Mesmo em casos de tumores localizados apenas na laringe, pacientes submetidos à radioquimioterapia podem experimentar impactos na fase oral da deglutição. Quais são os efeitos da radioterapia e como esses efeitos podem afetar a biodinâmica da deglutição?

- (A) A xerostomia e a mucosite alteram a formação do bolo e impactam a excursão do complexo hiolaríngeo, porém, sem riscos de aspiração laringotraqueal.
- (B) A mucosite e o edema alteram a amplitude dos movimentos do complexo hiolaríngeo, provocando estases no dorso da língua antes da deglutição.
- (C) A xerostomia e o aumento da produção de muco, associados à restrição na mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios, alteram a formação do bolo, impactando a sua ejeção e justificando as estases.
- (D) A diminuição na produção de muco e o desenvolvimento de candidíase oral afetam a sensibilidade da orofaringe e da laringe, aumentando o risco de estenose esofágica, o que pode resultar em um maior potencial de aspiração silenciosa durante e após a deglutição.
- (E) A xerostomia impacta a fase oral da deglutição, e a fibrose dos tecidos moles impacta somente a fase esofágica, devido ao aumento da peristalse faríngea e da contração esofágica.



QUESTÕES DISSERTATIVAS**01**

Paciente do sexo masculino, 57 anos, destro, ensino médio completo, sofreu um acidente vascular encefálico isquêmico há 5 dias, com extensa lesão frontotemporo-parietal em artéria cerebral média à esquerda, apresentando disfagia e afasia global. Discuta a conduta fonoaudiológica de avaliação e reabilitação para esse caso.

02

Paciente de 65 anos, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), fibrose pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), diabetes e artrite reumatoide, dá entrada no pronto-socorro (PS) com dispneia, febre alta e tosse intensa. Ainda no PS, o paciente evolui com insuficiência respiratória e necessidade de ventilação mecânica não invasiva (máscara não-reinalante, 10 L/min). Com a piora da evolução do quadro respiratório, o paciente é submetido à intubação orotraqueal. Permanece intubado e sedado por 25 dias e, em seguida, é traqueostomizado. Após nebulização contínua, a equipe médica solicita a avaliação fonoaudiológica. Diante do exposto:

- a) Quais os fatores de risco para disfagia e quais os possíveis achados da avaliação do sistema sensório-motor oral e da deglutição?
- b) Qual(is) proposta(s) para o planejamento terapêutico?

Instruções:

- As respostas deverão ser redigidas de acordo com a norma padrão da língua portuguesa.
- Escreva com letra legível e não ultrapasse o espaço de linhas disponíveis da folha de respostas.
- Receberão nota zero as respostas que permitirem, por qualquer modo, a identificação do candidato.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



Área Saúde DRH 2024
1ª Fase – Objetiva e Dissertativa

0/0

1

1/100

