



PSU-RESMULTI/CE - 2023

EDITAL Nº 04/2022

FONOAUDIOLOGIA

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Prova.
03. Antes de iniciar a resolução das 50 (cinquenta) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área privativa, na data estabelecida no Anexo III, conforme no subitem 8.20 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Prova e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2022.

Inscrição

Sala

- 01.** Em 12 de julho de 2018, foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução Nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS apresenta, como responsabilidades partilhadas entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios: assegurar a oferta de ações e de serviços de vigilância em saúde; estabelecer e garantir a articulação entre os setores responsáveis pelas políticas públicas; desenvolver estratégias para identificar e controlar situações que resultem em risco de agravos à saúde, entre outras. Assinale o item que se refere a definição de Linha de Cuidado para efeito dessa política.
- A) Linha de Cuidado (LC): situação que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.
 - B) Linha de Cuidado (LC): arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.
 - C) Linha de Cuidado (LC): uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.
 - D) Linha de Cuidado (LC): sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.
- 02.** As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Nesse sentido, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propôs, em 2012, a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tendo em vista que a atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. A partir do quadro epidemiológico, foram priorizados na organização da rede eixos temáticos, e nestes, as linhas de cuidado através do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Considerando que o MACC estrutura-se em níveis de intervenções de saúde sobre os determinantes e populações a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato. Assinale o item que indica quantos níveis de intervenção em saúde do MACC estão previstos.
- A) 2
 - B) 3
 - C) 4
 - D) 5
- 03.** A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no País. Neste sentido, foi instituída por meio da Portaria GM/MS Nº 198/20041 e teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS Nº 1.996/20071. Considerando a necessidade de retomar o financiamento e o processo de planejamento das ações de educação permanente em saúde (EPS) no nível estadual e local, a Gestão Federal, lançou o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), via Portaria GM/MS Nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do sistema único de saúde (SUS), a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. Para os estados e Distrito Federal (DF), o repasse do incentivo ficou estabelecido de acordo com o número de regiões de saúde. Qual o valor de repasse, considerando que um Estado possui 18 regiões de saúde?
- A) R\$ 150.000,00
 - B) R\$ 200.000,00
 - C) R\$ 300.000,00
 - D) R\$ 400.000,00

- 04.** A Política Nacional de Humanização (PNH) se propõe a garantir a efetivação dos princípios do SUS, visando a qualidade da atenção e o intercâmbio entre os atores sociais envolvidos. Tendo em vista que para se efetivar a humanização é fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde. Com base nessa concepção, qual dos conceitos abaixo indica a Clínica ampliada e compartilhada?
- A) A intercessão de diferentes campos do saber e das profissões, no processo de construção coletiva a partir de diferentes olhares.
 - B) Organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, tendo como um dos seus dispositivos, a elaboração de Projetos Cogерidos, como proposta de mudança das práticas, dos processos e das relações de trabalho pautada na construção coletiva e participativa.
 - C) Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, colocando os limites necessários, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, como outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.
 - D) Prática interdisciplinar com a proposta de entender o significado do adoecimento e tratar a doença no contexto de vida propõe qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas.
- 05.** A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Sistema Único de Saúde (SUS) é um conjunto de normativas e diretrizes que visam incorporar e implementar as práticas integrativas e complementares (PICS) no SUS. Sobre as PICS, é correto afirmar:
- A) Valorizam a atenção primária, enfatizam o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.
 - B) Visam prevenção de agravos e promoção e recuperação da saúde voltadas à atenção secundária.
 - C) Pouco repercutem na resolutividade dos serviços de saúde e assistência ao paciente.
 - D) Reforçam o cuidado pautado no modelo convencional ante a atuação ampliada.
- 06.** Institucionalizada em 2006, e reelaborada em 2017, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) propõe mudanças no trabalho em saúde com vistas a promover a saúde e a qualidade de vida da população. Como as ações da PNPS podem ser implementadas?
- A) Apoiando a formação e a educação continuada na saúde para direcionar a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde.
 - B) Estimulando a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde por meio da ampliação da cooperação e a articulação intrasetorial e intersetorial.
 - C) Dissociando-se das pesquisas científicas, experiências, conhecimentos e evidências para tomada de decisão autônoma e centrada na Gestão Tripartite.
 - D) Incentivando a gestão centralizadora, a fim de minimizar as ações de corresponsabilidades de sujeitos, coletividades, sociedade civil, instituições e de esferas governamentais.
- 07.** O Plano de Ação de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 descreve o conjunto de atividades a serem executadas e os recursos necessários para a implementação da Visão de Saúde Digital, associados a etapas evolutivas. Quais são as prioridades da Estratégia de Saúde Digital (ESD28)?
- A) Induzir a organização e sistematização do uso dos prontuários físicos, otimizando a gestão hospitalar e os processos de saúde.
 - B) Suporte à melhoria da atenção à saúde, com melhores práticas clínicas de atendimento presencial e físico fortalecendo as unidades com mínima utilização da telessaúde.
 - C) Existência de um Ecossistema de Inovação que aproveite o Ambiente de Interconectividade em Saúde, estabelecendo-se como um grande laboratório de inovação aberta.
 - D) Garantir que a ESD28 seja desenvolvida sob a liderança das Secretarias Municipais de Saúde, incorporando a contribuição ativa dos atores externos que participem das plataformas de colaboração.

- 08.** O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Considerando as ações para segurança do paciente, quais práticas devem ser adotadas pelos profissionais de saúde?
- A) A lavagem de mãos é um protocolo fundamental à segurança do paciente, e deve ser executado corretamente pelo profissional de saúde, e sempre que oportuno apresentado aos pacientes e a seus acompanhantes.
 - B) Organizar sua agenda de trabalho, com horário pré-estabelecidos de refeição, repouso e pausas, agendando o paciente inesperado no próximo momento livre, considerando ainda, que esse paciente possa ser atendido por outro profissional.
 - C) Aplicar seus conhecimentos técnico-científicos frente ao diagnóstico do paciente, dissociando a assistência hospitalar das crenças e valores individuais dos pacientes, garantindo com isso a prática segura e orientada pelos órgãos competentes.
 - D) Ao identificar uma ação que impõe risco à saúde e segurança do paciente, cabe ao profissional de saúde corrigir o erro sem documentar junto ao Núcleo de Segurança do Paciente da unidade, evitando com isso ações punitivas e geração de custos desnecessários.
- 09.** O Programa Nacional de Imunizações do Brasil é um dos maiores do mundo, ofertando 45 diferentes imunobiológicos para toda a população. Há vacinas destinadas a todas as faixas-etárias e campanhas anuais para atualização da caderneta de vacinação. Qual alternativa contempla corretamente o esquema e Política vacinal de Covid-19?
- A) As vacinas aplicadas no Brasil são isentas de efeitos colaterais e adversos, independente das faixas etárias e grupos populacionais.
 - B) As vacinas ofertadas gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde podem ser aplicadas sem restrição a todos os brasileiros em todas as faixas etárias.
 - C) Apesar da cobertura vacinal contra Covid-19 estar aquém da totalidade, pode-se atribuir a ela a redução da incidência de casos graves da doença na maioria da população.
 - D) São ofertadas, desde o início de 2022, para indivíduos de 6 meses a 2 anos as vacinas produzidas pelo Sinovac/Instituto Butantã, Astrazeneca/Fiocruz, Pfizer e Janssen.
- 10.** A atenção domiciliar possibilita a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização. Dessa forma, segundo a Portaria Nº 2.527, de outubro de 2011, a AD constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde”. Considerando que há diferentes modalidades de atenção domiciliar, a que modalidade o trecho a seguir se refere? “atende usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica”.
- A) Atenção domiciliar 1
 - B) Atenção domiciliar 2
 - C) Atenção domiciliar 3
 - D) Atenção domiciliar 4

11. Paciente apresenta dor de garganta, sobretudo no início do ato de deglutição, e refere disfonia progressiva. Ao exame laringoscópico é evidenciado edema, eritema difuso (principalmente na porção vibratória das pregas vocais), dilatação dos vasos submucosos das pregas vocais, especialmente junto às bordas livres e, ainda, formação de muco espesso. Médico explica ao paciente que pode ser resultado de abuso vocal, infecção viral ou bacteriana, inalação de irritantes, como no tabagismo etc. Qual provável diagnóstico laringológico?
- A) Laringite sicca.
 - B) Laringite aguda.
 - C) Candidíase laríngea.
 - D) Tuberculose laríngea.
12. Paciente, 65 anos, fumante há mais de 40 anos, apresenta voz rouca e grave. Após exame laringoscópico, o médico diagnosticou que a paciente apresentava edema de Reinke. Quais os principais possíveis achados no exame laringoscópico dessa paciente?
- A) Presença de lesão mole e pendente como uma “orelha de elefante”, que se movimenta com a passagem do ar durante a inspiração e a expiração.
 - B) A laringoscopia mostra abaulamento submucoso e um aspecto “gravídico” da prega vocal, com conteúdo mucoso transparente.
 - C) Apresenta tecido de granulação localizada na glote posterior, geralmente no processo vocal ou na face medial das aritenoides.
 - D) O exame laringoscópico mostra uma lesão de massa, habitualmente esbranquiçada, de superfície irregular e multi-lobulada.
13. O ato de deglutir é um processo fisiológico complexo que envolve músculos, dentes e ossos e suas respectivas funções anatômicas como respirar e mastigar em um ato automatizado. Os sistemas respiratório e digestório têm a mesma origem embrionária e dividem o mesmo caminho na faringe para passagem de ar e do alimento, com mecanismos fisiológicos distintos e bem elaborados para cada sistema. Sobre a passagem do bolo alimentar, quais as estruturas relacionadas em cada fase?
- A) Dentro do processo normal de deglutição, as cores e o cheiro nos ajudam a fazer as escolhas dos alimentos; pois comemos primeiro com os olhos antes de levar o alimento para a cavidade bucal e, em muitos momentos, já alteramos o mecanismo respiratório para digestivo pois salivamos logo que o alimento chegue a boca.
 - B) A fase oral é uma fase voluntária. Nela, a língua se posiciona da seguinte forma: a ponta da língua apoia-se contra as bordas do alvéolo mandibular ou os incisivos superiores. A parte anterior da língua retrai para conter bolos com grandes volumes. É a língua também que leva o alimento para ser mastigado em ambas as laterais.
 - C) Na fase faríngea, o palato mole se fecha, evitando a passagem do bolo para a nasofaringe. A parede posterior da faringe vem para a frente espremendo o bolo contra o dorso da língua. O alimento não poderá subir, uma vez que o palato mole está fechado, e nem retornar para a boca, uma vez que o dorso da língua está impedindo a passagem para a cavidade oral.
 - D) A fase esofágica envolve contrações musculares que fazem a propulsão do bolo através do esfíncter esofágico inferior até o estômago. A fase esofágica, consiste em uma onda peristáltica automática a qual leva o bolo para o estômago, consequentemente reduzindo o risco de refluxo gastroesofágico ou reentrada de material alimentar do esôfago para dentro da faringe.
14. As tabelas de desenvolvimento da linguagem indicam que há necessidade da presença concomitante de certas habilidades sem as quais não haveria a possibilidade nem terreno fértil para essa linguagem emergir. São, portanto, indispensáveis para o bom desenvolvimento da linguagem. Uma dessas habilidades é a Integridade do Sistema Nervoso central. Qual a opção que apresenta algumas funções dessa habilidade?
- A) Cognição, atenção, capacidade auditiva e de memorização.
 - B) Atenção, concentração, memória passiva e memória dinâmica.
 - C) Cognição, atenção, concentração e capacidade de deambulação.
 - D) Julgamento das relações, raciocínio dedutivo, raciocínio indutivo e sensação tátil.

15. O diagnóstico fonoaudiológico para as alterações miofuncionais é definido como qualquer alteração que envolva a musculatura oral, facial e/ou cervical que interfira no crescimento, desenvolvimento, ou funcionamento das estruturas e funções orofaciais. O processo diagnóstico, assim como a intervenção, através de orientações ou de tratamento miofuncional, propriamente dito, deve iniciar o mais precoce possível, com o intuito de minimizar/sanar as consequências na região orofacial. Quais ações de prevenção o fonoaudiólogo pode realizar?
- A) Atividades que promovam o crescimento maxilar, e estimular o crescimento e o desenvolvimento das estruturas orofaciais.
 - B) Orientações como introdução tardia do copo e eliminação de hábitos orais (chupeta, mamadeira, sucção de polegar, entre outros).
 - C) Orientações precoces que devem objetivar o desenvolvimento da musculatura compensatória, principalmente de perioral e mental.
 - D) Estimulação à alimentação, considerando a consistência alimentar, o incentivo à incisão central e à mastigação bilateral, alternada e sem atipias.
16. O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno do desenvolvimento neurológico caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos. Atualmente, o grande desafio é identificar precocemente os sinais de TEA, se possível dentro do primeiro ou segundo anos de vida, a fim de iniciar a intervenção o mais breve possível e com isso assegurar um melhor prognóstico. Quais são os sinais sugestivos de TEA no primeiro ano de vida?
- A) Aquisição de habilidades como balbucio ou gestos/contato ocular/sorriso social. Não se voltar para sons, ruídos e vozes no ambiente. Interesses não usuais, como fixação em estímulos sensóriovisomotores.
 - B) Apresentar sorriso social. Baixo contato ocular e deficiência no olhar sustentado. Baixa atenção à face humana (preferência por objetos). Irritabilidade no colo e pouca responsividade no momento da amamentação.
 - C) Demonstrar maior interesse por objetos do que por pessoas. Seguem objetos e pessoas próximos, em movimento. Apresentar pouca ou nenhuma vocalização. Apresentar distúrbio de sono moderado ou grave.
 - D) Não aceitar o toque. Não responder ao nome. Imitação pobre. Baixa frequência de sorriso e reciprocidade social, bem como restrito engajamento social (pouca iniciativa e baixa disponibilidade de resposta). Incômodo incomum com sons altos.
17. As dificuldades encontradas pelos fonoaudiólogos no estabelecimento de uma conduta orientada para a diferenciação entre as dificuldades de ordem fonética daquelas de motivação fonológica (ao se avaliar crianças com queixa de trocas de sons na fala), mostra a importância de um criterioso e detalhado processo diagnóstico para o sucesso do planejamento terapêutico. Quais as principais diferenças entre alterações fonéticas e fonológicas, ao se referir à produção dos sons da fala e à organização fonológica destes no sistema linguístico?
- A) Quando há uma produção fonológica, que consiste na perda da diferença semântica, demonstra que a organização fonética não está adequada.
 - B) O impacto da inteligibilidade na fala será maior quanto menor for a variabilidade de produção que a criança apresentar e/ou menor contrastividade do sistema fonológico.
 - C) Alterações fonéticas, que requerem intervenção com enfoque articulatorio, apresentam distorção na produção de sons e impactam na contrastividade de significado das palavras.
 - D) Em relação ao inventário fonético, deve-se avaliar quais sons fazem parte da fala espontânea, se todos os fones esperados são produzidos pelo paciente e se há algum som ou sons faltantes.
18. A Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) destina-se a compensar e facilitar, permanentemente ou não, prejuízos e incapacidades dos sujeitos com graves distúrbios da compreensão e da comunicação expressiva (gestual, falada e/ou escrita). É uma área da prática clínica, educacional e de pesquisa e, acima de tudo, um conjunto de procedimentos e processos que visam maximizar a comunicação, complementando ou substituindo a fala e/ou a escrita. Quais as indicações, permanentes ou não, para utilização da CAA, para as crianças com oralidade restrita ou ausente?
- A) Disartria, traqueostomizados, internações cirúrgicas em geral.
 - B) Transtorno do espectro do autismo, doenças hormonais e metabólicas.
 - C) Encefalopatia crônica não progressiva da infância, síndromes, deficiência intelectual.
 - D) Apraxia e dispraxia oral, distúrbios de linguagem, traumatismos de membros superiores.

19. O desenvolvimento motor é o processo de mudança no movimento da criança que envolve alterações complexas nas quais participam todos os aparelhos e sistemas do organismo. Existem, inicialmente, alguns reflexos primitivos que são respostas automáticas e estereotipadas a um determinado estímulo externo. Estão presentes desde o nascimento, mas devem ser inibidos ao longo dos primeiros meses, quando surgem os reflexos posturais. A sua presença demonstra integridade no sistema nervoso central, porém sua persistência em idades inadequadas pode demonstrar disfunção neurológica. Como exemplo de reflexo primitivo e sua descrição, podemos citar:
- A) Preensão plantar: quando se faz uma pressão na base dos artelhos, observa-se a extensão dos dedos. Deve desaparecer entre 4 e 6 meses.
 - B) Reflexo de busca: desencadeado por estimulação da face ao redor da boca. Observa-se rotação da cabeça na tentativa de “buscar o objeto”.
 - C) Marcha reflexa: quando a criança obtém o apoio plantar, inclinar o tronco do recém-nascido um pouco para frente, quando se observará a extensão das pernas.
 - D) Reflexo de Moro: observa-se a extensão e a adução dos membros superiores, seguida por choro, quando estimulados seus braços ou involuntariamente, também.
20. O uso da estimulação elétrica para induzir a contração do músculo esquelético é amplamente empregado em programas de reabilitação em todo o mundo. Seja para aumentar a força muscular, prevenir atrofia ou facilitar atividades funcionais, a ativação muscular eletricamente induzida representa grande parte do que é mais comumente conhecido como eletroterapia. Quais os principais objetivos da estimulação elétrica para contração muscular?
- A) A Estimulação Elétrica Neuromuscular (EENM) promove ganho de força muscular, mas não previne a perda de força e massa muscular.
 - B) As correntes EENM e a FES são baseadas na estimulação da contração muscular pela aplicação da estimulação elétrica transcutânea, porém os princípios da eletroterapia não se aplicam a ambas.
 - C) O objetivo primário da Estimulação Elétrica Funcional (FES) é promover a função motora pela substituição ou auxílio a uma capacidade voluntária para executar ou controlar as funções prejudicadas.
 - D) A Estimulação Elétrica Funcional (FES) promove contrações musculares que facilitam ou auxiliam no desempenho de algum tipo de atividade funcional que não faz parte do programa de reabilitação.
21. A reabilitação da disartria deve ser considerada como um meio de prover a funcionalidade da comunicação em atividades básicas de vida diária, em seu aspecto motor e de inteligibilidade. Para alcance do sucesso terapêutico (que não necessariamente é atingir a normalidade) é importante traçar os objetivos de forma precisa com relação à prioridade da intervenção, com base na doença, na alteração e grau de acometimento, no impacto na vida social e de acordo com a principal queixa do paciente e dos seus familiares. Além da respiração, outras alterações são encontradas no paciente com disartria. Qual alteração melhor corresponde aos respectivos objetivos para a reabilitação fonoaudiológica?
- A) Prosódia: diminuir o campo dinâmico; adequar a entonação em frases; adequar o ritmo de fala; estabilizar pitch e loudness; promover a variação da frequência fundamental.
 - B) Órgãos fonoarticulatórios: adequar a força muscular e a extensão dos movimentos, quando possível; aumentar a sensibilidade intraoral; coordenar os movimentos.
 - C) Qualidade vocal: adequar a qualidade vocal; estabilizar a produção fonatória; aumentar o esforço à fonação; adequar a loudness e o pitch; equilibrar o uso das caixas de ressonância.
 - D) Articulação: adequar a produção dos sons da fala, em situação dirigida e espontânea; aumentar a inteligibilidade, de modo a haver eficiência, ao menos no âmbito familiar.
22. Paciente, sexo masculino, 50 anos, apresenta ptose palpebral, diplopia, disfagia, disfonia e dispneia, decorrentes do aumento de fraqueza e de fadiga dos músculos estriados voluntários a situações de esforço. Relata que seus sintomas são flutuantes, e que pioram no decorrer do dia, ou mesmo, no decorrer de uma determinada atividade. Às vezes, inicia sua alimentação sem dificuldade, mas não consegue finalizá-la pelo aumento da fraqueza e da fadigabilidade na musculatura mastigatória e/ou faríngea. Qual provável diagnóstico nosológico?
- A) Síndrome de Guillain-Barré.
 - B) Esclerose Lateral Amiotrófica.
 - C) Miastenia Gravis Auto-imune.
 - D) Distrofia miotônica de Steinert.

23. A ressecção da língua pode ser parcial ou total, estendida ou não para outras estruturas da cavidade oral e/ou orofaringe. A disfagia pode ocorrer em uma ou mais fases da deglutição, mesmo que a ressecção seja limitada à língua, visto que o comprometimento de uma fase pode influenciar no desempenho da fase seguinte. Sobre as glossectomias parciais, quais características de disfagia podemos encontrar?
- A) O contato primário do dorso da língua com o palato vai diminuir a pressão intraoral e comprometer a ejeção de alimento para a faringe.
 - B) As glossectomias do terço anterior apresentam dificuldade de realizar movimentos de propulsão, resultando em aumento de tempo do trânsito oral.
 - C) Nas ressecções pequenas e limitadas à língua, a reconstrução geralmente é realizada por fechamento primário e pode apresentar grandes alterações.
 - D) A ressecção da base de língua é a que ocasiona maior prejuízo no mecanismo da deglutição. A perda de tecido na região pode ocasionar retenção de alimento em valécua.
24. A afasia é classificada a partir das manifestações de linguagem observadas em cada indivíduo. A identificação desses sinais e sintomas possibilita o desenvolvimento de um raciocínio clínico, que será importante no momento de selecionar as estratégias terapêuticas para a reabilitação. Qual alteração da linguagem podemos encontrar no paciente afásico?
- A) Agramatismo: é uma alteração do aspecto sintático da linguagem e é uma manifestação muito comum, nos quadros de não fluência. Podem ser identificados devido à ausência de elementos gramaticais, como substantivos, verbos, preposições, artigos e conectivos. O agramatismo também pode estar presente na produção gráfica.
 - B) Anomia: dificuldade para encontrar/resgatar as palavras, é uma alteração bastante incomum e que pode comprometer diversas classes de palavras, como os substantivos, os verbos, conectivos e artigos. Esta manifestação promove pausas e interrupções na conversação dos pacientes afásicos, devido à dificuldade de acessar o léxico apropriado.
 - C) Parafasias: podem ser de vários tipos e ocorrem quando, há uma troca na escolha das palavras que podem ser da mesma categoria semântica, da mesma forma ou trocas sem relações semânticas ou formais. As parafasias fonéticas são caracterizadas por alteração na escolha dos fonemas e as morfêmicas por alteração pela substituição dos morfemas gramaticais das palavras, entre outras.
 - D) Os neologismos costumam estar presentes nos quadros em que a alteração de compreensão não é identificada, mas as palavras se tornam ininteligíveis para o interlocutor. Quando a fala do afásico se apresenta repleta de neologismos, classifica-se como uma fala jargonofásica, ou seja, repleta de combinações fonêmicas, mas não contém conteúdo linguístico.
25. Os feixes nervosos contêm fibras que transmitem um impulso para o sistema nervoso central ou deste para um órgão-alvo (ou célula) no corpo. Os nervos podem ser classificados de acordo com suas duas destinações básicas: os tecidos estruturais ou somáticos (músculos estriados esqueléticos, ossos e pele) e os tecidos de “órgãos” ou viscerais (glândulas, coração, tubo digestório, etc.) e cada tipo de tecido requer uma capacidade de detecção (sensitiva) e reação (motora). Como os nervos podem ser classificados de acordo com sua destinação básica?
- A) Aferentes (fibras sensitivas), que conduzem o impulso elétrico para o sistema nervoso central.
 - B) Eferentes (fibras motoras), que conduzem o impulso elétrico para o sistema nervoso central.
 - C) Eferentes (fibras sensitivas), que conduzem o impulso elétrico para um tecido do corpo.
 - D) Aferentes (fibras motoras), que conduzem o impulso elétrico para um tecido do corpo.
26. A avaliação clínica fonoaudiológica da deglutição é o primeiro passo para o diagnóstico e intervenção junto ao paciente pediátrico com suspeita de disfagia. O estabelecimento de dados fidedignos de avaliação leva à tomada de condutas mais acertadas e à proposição de estratégias terapêuticas mais efetivas e eficazes para cada caso. De acordo com essa afirmativa, quais os sinais clínicos sugestivos de penetração/aspiração na população pediátrica, observados na avaliação fonoaudiológica?
- A) Tosse, engasgo, diminuição do esforço respiratório.
 - B) Palidez, alteração dos sinais vitais, voz sem alterações.
 - C) Ausência de sinais de desconforto respiratório, estridor, cianose.
 - D) Aumento da congestão e sibilos durante ou diretamente após a alimentação.

27. A disartria refere-se a um grupo de distúrbios da fala resultantes de alterações no controle muscular dos mecanismos envolvidos na produção oral decorrentes de uma lesão no sistema nervoso central ou periférico que provoca problemas na comunicação oral devido a uma paralisia, fraqueza ou incoordenação da musculatura da fala. Dentre as diversas classificações encontradas, quais as principais características da Disartria classificada como atáxica?
- A) Voz áspera com esforço, emissão tensa-estrangulada, monotonia, articulação imprecisa das consoantes e hipernasalidade. A musculatura da fala está sempre comprometida nos três níveis: fonatório, ressonantal e articulatório.
 - B) Voz soprosa, monoaltura, articulação imprecisa das consoantes, hipernasalidade, inspiração audível; qualidade vocal rouca; frases curtas; intensidade reduzida, altura grave e vocal Fry, também são características descritas por alguns autores.
 - C) Voz áspera com esforço, qualidade vocal tensa-estrangulada, interrupção articulatória irregular, acentuação excessiva, mas sem diferenciação da sílaba tônica ou do elemento frasal mais importante, excesso de altura assistemática e tremor vocal.
 - D) Voz áspera, distorção na articulação das vogais, interrupção articulatória irregular com variável imprecisão articulatória e alterações prosódicas. Este tipo de disartria é facilmente identificado pela presença de movimentos involuntários.
28. A avaliação das estruturas e funções orofaciais da criança com sinais de disfagia compreende a observação de postura, tônus, mobilidade, sensibilidade, simetria, integridade e conformação de lábios, língua, bochechas, mandíbula, dentes, palato duro e palato mole. Sobre o processo de avaliação, quais fatores importantes podemos encontrar sobre a disfagia?
- A) Na avaliação da deglutição também deve ser observada a reação imediata e espontânea da criança em relação ao clareamento da laringe por meio de tosse ou pigarro, dado que sugere sensibilidade laríngea prejudicada.
 - B) Recomenda-se que os reflexos protetivos de tosse e nauseoso sejam avaliados (presença ou ausência) durante a avaliação da deglutição e também de forma isolada. Esses reflexos geralmente causam grande desconforto, podendo interferir no desempenho da dinâmica da deglutição de alimentos.
 - C) A qualidade vocal deve ser observada somente após a oferta, pois sua alteração pode sugerir comprometimento do mecanismo de proteção das vias aéreas. A presença de voz molhada após a deglutição, por exemplo, sugere a presença de alimento ou de secreções permeando as pregas vocais.
 - D) Durante o exame da cavidade oral, é importante observar a presença de mal oclusões, se há ausência de dentes e, principalmente, o estado de conservação dentária, podendo levar a prejuízos na mastigação e a presença de cáries pode ainda levar à aspiração de saliva contaminada em pacientes com disfagia.
29. Paciente disfágico, restrito ao leito por sequelas de acidente vascular encefálico, que apresenta como principal sintoma da disfagia, a diminuição da força de deglutição e dificuldade de elevação laríngea. A atuação fonoaudiológica ao disfágico, utiliza, além de outros recursos e exercícios preparatórios para a deglutição, as manobras de deglutição. Com o objetivo principal de melhorar a força e a eficiência da musculatura extrínseca da laringe, a qual é responsável por sua elevação, qual a melhor manobra a ser utilizada?
- A) Manobra de Shaker.
 - B) Manobra de esforço.
 - C) Manobra supraglótica.
 - D) Manobra supersupraglótica.
30. Como avaliação fonoaudiológica junto ao leito, o exame clínico estabelece o valor preditivo dos fatores sugestivos da disfunção da deglutição de modo a identificar a importância e a independência desses sintomas e sinais clínicos associados a ela e classificando-os de acordo com o seu grau de comprometimento e estruturas envolvidas. Quais sinais clínicos são identificados na avaliação da disfagia com presença de aspiração larongotraqueal?
- A) Tosse produtiva, voz rouca, padrão respiratório alterado, sialorreia e dificuldades de mastigação.
 - B) Tosse e voz alterada após a deglutição, reflexo de vômito exacerbado, respiração curta, xerostomia.
 - C) Pigarro, tosse persistente e forte, rouquidão, alteração padrão respiratório, hipotensão arterial e hipoglicemia
 - D) Disfonia, disartria, gag anormal, tosse volitiva fraca, tosse durante a deglutição e a voz alterada após a deglutição.

31. A porção periférica do sistema auditivo compreende estruturas da orelha externa, da orelha média, da orelha interna e do sistema nervoso periférico. Que estrutura permite a igualdade de pressão do ar nas faces medial e lateral da membrana timpânica?
- A) Tuba auditiva.
 - B) Membrana timpânica.
 - C) Canal auditivo externo.
 - D) Ossículos martelo, bigorna e estribo.
32. Na orelha interna, ao longo do ducto coclear, sobre a lâmina basilar, situa-se o órgão espiral ou órgão de Corti. Que estruturas fazem parte desse órgão?
- A) Células de sustentação, sáculo e utrículo.
 - B) Células de sustentação, canais semicirculares e sáculo.
 - C) Membrana tectória, canais semicirculares e células ciliadas.
 - D) Membrana tectória, células de sustentação e células ciliadas.
33. Criança de 8 meses, anamnese mostrou histórico de toxoplasmose, fator de risco para perda auditiva. Na avaliação audiológica, observou-se respostas comportamentais. O que sugere esse resultado?
- A) Integridade das vias auditivas e ausência de perda auditiva leve.
 - B) Integridade das vias auditivas e ausência de perda auditiva grave.
 - C) Lesão das vias auditivas e presença de perda auditiva grave.
 - D) Lesão das vias auditivas e presença de perda auditiva leve.
34. O diagnóstico e a intervenção precoces são de fundamental importância no desenvolvimento da linguagem de bebês que apresentam alterações auditivas. Qual é o primeiro passo para o diagnóstico de uma provável perda auditiva e intervenção precoces?
- A) Consulta fonoaudiológica.
 - B) Consulta Otorrinolaringológica.
 - C) Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU).
 - D) Exame Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE).
35. Na prática da avaliação clínica, o mascaramento deve ser muito bem utilizado para se chegar com precisão a um diagnóstico audiológico. Se o mascaramento não for utilizado ou bem aplicado na orelha contralateral, os limiares obtidos na orelha pior, podem representar a audição da orelha melhor. O que pode ocorrer no resultado desse exame?
- A) Curva plana.
 - B) Curva sombra.
 - C) Curva ascendente.
 - D) Curva descendente.
36. Paciente, 80 anos, queixa-se de dificuldade para entender conversa em lugares com muito barulho. Dados de saúde: infarto há 1 ano, hipertensão arterial e diabetes. Audiometria tonal e vocal: perda do tipo sensorineural bilateral a partir de 2 kHz na orelha esquerda e 3 kHz na orelha direita e Índice de Reconhecimento de Fala de 84% na orelha direita e 76% na orelha esquerda. O que estaria indicado para esse paciente?
- A) Implante coclear daqui há 1 ano e acompanhamento audiológico.
 - B) Adaptação de próteses auditivas daqui há 6 meses e acompanhamento audiológico.
 - C) Implante coclear, necessidade do uso de estratégias de comunicação e acompanhamento audiológico.
 - D) Adaptação de próteses auditivas, necessidade do uso de estratégias de comunicação e acompanhamento audiológico.
37. Criança de 2 anos e 2 meses, diagnóstico de perda auditiva sensorineural grau severo a profundo bilateral, encaminhada para equipe de implante coclear para avaliação pré-cirúrgica. O que poderia contraindicar o implante coclear nesse caso?
- A) Agenesia do nervo auditivo.
 - B) Permeabilidade coclear para a inserção cirúrgica dos eletrodos.
 - C) Expectativas familiares adequadas quanto ao resultado do implante coclear.
 - D) Benefício limitado das habilidades auditivas com o uso de aparelhos de amplificação sonora individuais.

38. Mulher, 65 anos de idade, com queixa de dificuldade para entender conversa em ambiente ruidoso, necessidade de fazer uso de leitura orofacial e acredita possuir uma perda de audição leve. Dados gerais de saúde: osteopenia, hipertensão arterial e enxaqueca. Audiometria tonal e vocal: limiares tonais normais e Índice de Reconhecimento de fala de 100% bilateralmente. Avaliação comportamental do processamento auditivo: paciente colaborativa, mas apresentou muita dificuldade para executar os testes empregados, sendo o resultado alterado de grau moderado. Qual a melhor conduta nesse caso?
- A) Orientação e monitoramento auditivo com 1 ano, já que a dificuldade nos testes é normal para a idade.
 - B) Encaminhamento para avaliação global na geriatria e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).
 - C) Orientação e encaminhamento para uma avaliação global na geriatria e para realização de Treinamento Auditivo em cabina.
 - D) Encaminhamento para adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e monitoramento auditivo com 6 meses.
39. A Avaliação do Processamento Auditivo Central (PAC) é reconhecida como um procedimento realizado pelo profissional fonoaudiólogo, com habilidades e competências específicas a essa finalidade. Quais categorias do processamento auditivo devem ser avaliadas no exame?
- A) Processamento temporal, escuta dicótica, percepção de fala com baixa redundância e interação binaural.
 - B) Processamento temporal, escuta dicótica, percepção de fala com baixa redundância e integridade de vias auditivas.
 - C) Processamento temporal, escuta dicótica, percepção de fala com baixa redundância e integridade de células ciliadas internas.
 - D) Processamento temporal, escuta dicótica, percepção de fala com baixa redundância e integridade de células ciliadas externas.
40. Paciente com queixa de plenitude auricular em orelha direita. Otorrinolaringologista verificou otoscopia alterada com retração de membrana timpânica (MT), justificou como provável disfunção da tuba auditiva e solicitou imitancimetria. Qual o provável resultado da curva timpanométrica?
- A) Curva com duplo pico de máxima admitância.
 - B) Curva com pico centrado em pressão mais negativa que -100 daPa.
 - C) Curva plana caracterizada por ausência de pico de máxima admitância.
 - D) Curva com pico de máxima admitância à baixa pressão, mas com amplitude reduzida.
41. Quando comparado aos limiares obtidos na audiometria tonal, o limiar do reflexo acústico em pacientes com perda auditiva pode sugerir a presença do recrutamento auditivo. Em que tipo de perda auditiva é mais comum se observar o recrutamento?
- A) Mista.
 - B) Condutiva.
 - C) Retrococlear.
 - D) Neurosensorial.
42. Paciente de 12 anos encaminhado para o serviço de saúde auditiva. Apresenta malformação craniofacial associada a microtia bilateral. Audiometria revelou perda auditiva condutiva de grau moderado bilateral. Histórico de atraso de linguagem e dificuldade de aprendizagem. Qual a melhor conduta nesse caso?
- A) Sistema FM.
 - B) Implante Coclear.
 - C) Prótese auditiva osteoancorada.
 - D) Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).
43. Paciente com diagnóstico de schwannoma do acústico na orelha direita foi encaminhado para realizar potenciais evocados auditivos de tronco encefálico (PEATE), que evidenciou presença apenas da onda V. O que esperar da diferença interaural das latências absolutas das ondas V?
- A) Maior que 0,3 ms.
 - B) Menor que 0,3 ms
 - C) Maior que 0,5 ms.
 - D) Menor que 0,5 ms.

44. O exame Vectoeletronistagmografia computadorizada (VENG) é bastante utilizado na avaliação das disfunções labirínticas. A pesquisa dos nistagmos pré e pós-calóricos consiste em uma das provas do exame. Essa prova avalia quais dos canais semicirculares?
- A) Laterais.
 - B) Externos.
 - C) Anteriores.
 - D) Posteriores.
45. O fonoaudiólogo utiliza-se de algumas manobras na avaliação e reabilitação labiríntica. O que possibilita a manobra de Dix Hallpike?
- A) Avaliar a integridade do sistema oculomotor.
 - B) Avaliar o efeito inibidor da fixação ocular (Eifo).
 - C) Estabelecer o diagnóstico diferencial de vertigem posicional paroxística benigna (VPPB).
 - D) Avaliar a eficiência do controle do sistema nervoso central sobre os movimentos rápidos dos olhos.
46. O atendimento ao paciente com tontura está correlacionado ao uso de protocolos de reabilitação vestibular com a utilização de algumas manobras de reposição canalítica. Qual manobra é considerada como a que apresenta os melhores resultados para reposição de canais posteriores?
- A) Manobra de Apiani.
 - B) Manobra de Epley.
 - C) Manobra de Gufoni.
 - D) Manobra de Dix-Hallpike.
47. Após receber o diagnóstico de deficiência auditiva, o indivíduo necessita ser inserido em um processo de habilitação e/ou reabilitação auditiva para os casos de perdas auditivas. As próteses auditivas acompanham o avanço da tecnologia. O sistema BICROS pode ser indicado para qual perda auditiva na adaptação de aparelho auditivo?
- A) Perda auditiva unilateral assimétrica, quando uma das orelhas não tem resíduo auditivo utilizável.
 - B) Perda auditiva bilateral assimétrica, quando uma das orelhas não tem resíduo auditivo utilizável.
 - C) Perdas auditivas retrococleares assimétricas.
 - D) Perdas auditivas bilaterais simétricas.
48. O processo de adaptação de aparelho auditivo em bebês e adultos deve contemplar 4 etapas. Quais são elas?
- A) Avaliação, Seleção, Verificação e Validação.
 - B) Avaliação, Seleção, Mapeamento e Validação.
 - C) Avaliação, Pré-moldagem, Verificação e Validação.
 - D) Avaliação, Pré-moldagem, Programação e Validação.
49. A ativação do processador de fala do implante coclear, primeira programação (ou mapeamento), é feita pelo fonoaudiólogo. Quanto tempo após a cirurgia geralmente ocorre a ativação?
- A) 15 dias
 - B) 1 mês
 - C) 3 meses
 - D) 6 meses
50. A pesquisa dos níveis T e C e o balanceamento dos eletrodos são etapas da avaliação subjetiva realizadas durante o mapeamento no implante coclear. O que avalia o nível C?
- A) Nível máximo de estimulação elétrica que provoca desconforto.
 - B) Nível mínimo de estimulação elétrica que permita uma sensação de conforto.
 - C) Nível máximo de estimulação elétrica que permita uma sensação de conforto.
 - D) Nível mínimo de estimulação elétrica necessária para eliciar uma sensação auditiva.