



Processo Seletivo dos Programas de
Residência em Área Profissional da
Saúde - USP 2026

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 G**. 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: 4 horas. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 15 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste concurso.
6. 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.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Fonoaudiologia), com 5 alternativas cada uma, e **1** estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

Interpretação de Texto

01

Disponível em <https://www.instagram.com/>.

A expressão “por conta própria” contribui para o efeito persuasivo da peça ao

- (A) enfatizar o risco da autonomia mal informada, associando a ação individual a possíveis agravamentos do quadro clínico.
- (B) sugerir a existência de alternativas caseiras e autônomas para o tratamento de doenças, relativizando a orientação médica.
- (C) atribuir ao sujeito a responsabilidade exclusiva por sua condição de saúde, reforçando o discurso da culpabilização.
- (D) indicar que a automedicação é aceitável em contextos emergenciais, desde que haja experiência prévia com o remédio.
- (E) transferir para o leitor a responsabilidade institucional pela prevenção da doença, desobrigando o sistema público de saúde.

Texto para as questões de 02 a 04

Bebê *reborn*: o que há por trás do espanto?

Publicar vídeos de partos de bebê *reborn*, trocar fraldas, amamentar, dar nomes, cuidar — tudo isso virou tendência nos últimos tempos. O tema viralizou, gerando debates acalorados sobre a suposta infantilização do adulto, papéis de gênero e a banalização do cuidado real de um recém-nascido. Alguns dizem que o incômodo gerado por essas práticas se refere ao fato de vermos adultos brincando. Mas, quando se estuda o tema a fundo, percebe-se que o impulso de brincar permanece na vida adulta — apenas assume outros formatos. Ele está presente nas piadas entre amigos, nos jogos, nas criações artísticas, nos memes ou no montar legos. Por que, então, o cuidado com o *reborn* parece ultrapassar esse limite?

Talvez porque ele encene um tipo específico de vínculo — não qualquer um, mas aquele socialmente considerado o mais profundo e exigente de todos: o materno. Só que, nesse caso, o bebê não é um sujeito em formação. Não há reciprocidade, nem desafio, nem transformação mútua. É o gesto de cuidar deslocado da presença real de um outro. E isso, por si só, já seria suficiente para causar desconforto. Mas talvez o desconforto maior esteja em algo que vai além. Vivemos tempos em que a fronteira entre fantasia e realidade está cada vez mais diluída. Criamos versões editadas de nós mesmos nas redes, montamos cenários para exibir afetos, performamos relações. O bebê *reborn* surge como símbolo extremo de um fenômeno que, em alguma medida, é familiar: um afeto cuidadosamente encenado para parecer real — e que talvez só se sustente porque pode ser controlado e exibido. Um afeto com apelo estético, ajustado à imagem do que é belo. E, ao mesmo tempo, sem risco, sem contradição, sem frustração.

Elementos dessa mesma lógica também aparecem em outro fenômeno contemporâneo: o de pessoas que desenvolvem vínculos afetivos com inteligências artificiais. Algumas se apaixonam. Outras compartilham segredos. Há quem trate a IA como terapeuta ou melhor amigo. Assim como o *reborn*, a IA apenas simula humanidade. Não sente dor, não se angustia, não ama. Apenas responde — com precisão e sem conflito. Ainda assim, nos relacionamos.

Tauane Paula Gehm. Revista Saúde. Maio de 2025. Adaptado.

02

No texto, o fenômeno dos vídeos sobre bebê *reborn* é utilizado como

- (A) evidência de uma prática infantilizante que deve ser reprimida.
- (B) idealização acrítica da maternidade como forma central de cuidado social.
- (C) substituição imediata dos vínculos reais por simulações digitais automatizadas.
- (D) prova do distanciamento crescente entre adultos e responsabilidades reais.
- (E) ponto de partida para uma reflexão mais ampla sobre afeto e performatividade.

03

Em “afeto com apelo estético, ajustado à imagem do que é belo”, o uso do termo “ajustado” indica

- (A) relação direta entre estética e expressão afetiva.
- (B) naturalização da beleza nos vínculos afetivos.
- (C) tendência espontânea à busca por harmonia emocional.
- (D) simulação de afeto moldada a padrões estéticos.
- (E) anulação do afeto por construções visuais agradáveis.

04

No trecho “Não há reciprocidade, nem desafio, nem transformação mútua” (2º parágrafo), o termo “reciprocidade” contribui para

- (A) suavizar a crítica à ausência de vínculo afetivo, sugerindo equilíbrio emocional.
- (B) reforçar a ideia de que o cuidado encenado não envolve troca real entre sujeitos.
- (C) indicar que a relação com o *reborn* pode ser mais autêntica do que aparenta.
- (D) destacar que o bebê *reborn* impõe exigências similares às de um bebê real.
- (E) apresentar uma exceção à lógica da fantasia, mostrando que o vínculo pode evoluir.

Texto para as questões de 05 a 07

Uma gordura contra a obesidade

As reações do corpo humano à ingestão de dietas ricas em gorduras são complexas e marcadas por aspectos positivos e negativos. O coração é provavelmente o órgão em que os potenciais malefícios e benefícios dessa relação dual são mais conhecidos. Alguns tipos de ácidos graxos tendem a se depositar nos tecidos, elevar a pressão arterial e aumentar os riscos de problemas cardíacos. Esse é o caso das gorduras saturadas, encontradas na carne vermelha, em aves e derivados do leite integral, e das trans, produzidas a partir da modificação de óleos vegetais e usadas em grande parte dos alimentos processados industrialmente. Já outras formas de gordura, como as insaturadas, parecem contribuir para manter baixos os níveis de colesterol e da pressão e relativamente limpos os vasos sanguíneos.

Nas últimas duas décadas, uma relação igualmente intrincada com os diferentes tipos de gordura começou a ser esmiuçada em outro órgão vital – o cérebro. Novos estudos têm levantado indícios de que a obesidade, marcada geralmente por um consumo excessivo de gorduras saturadas e trans como parte de hábitos alimentares e de um estilo de vida pouco saudáveis, produziria uma inflamação contínua no hipotálamo. Os danos a essa região, que fica na base do cérebro e funciona como um sensor de nutrientes, levariam à morte dos neurônios responsáveis por controlar as sensações de fome e de saciedade e o gasto de energia. Assim, o mau funcionamento dos circuitos que regulam o comportamento alimentar – o indivíduo sente fome logo depois de uma farta refeição – contribuiria para perpetuar o ganho de peso. Esse é um dos efeitos deletérios possivelmente ocasionados pelo acúmulo de gorduras saturadas no sistema nervoso central.

Marcos Pivetta. Revista Pesquisa FAPESP. Julho de 2022. Adaptado.

05

A relação entre as diferentes formas de gordura e os órgãos do corpo humano, tal como apresentada no texto, conduz o leitor a compreender que

- (A) os efeitos benéficos das gorduras no cérebro ainda estariam sendo mais bem compreendidos do que os efeitos no coração.
- (B) a oposição entre gorduras saturadas e insaturadas seria baseada em descrições figuradas e subjetivas.
- (C) a obesidade teria como principal causa a ingestão de alimentos ricos em gorduras trans e saturadas.
- (D) a atuação das gorduras no sistema nervoso central poderia afetar mecanismos fisiológicos que agravariam a obesidade.
- (E) os efeitos estéticos do consumo de gorduras estariam sendo priorizados em detrimento das consequências clínicas.

06

O uso do advérbio “geralmente”, no trecho “marcada geralmente por um consumo excessivo”, tem como principal efeito

- (A) mitigar a afirmação, reconhecendo que nem toda obesidade decorre dos fatores mencionados.
- (B) intensificar a argumentação científica ao indicar uma frequência estatística.
- (C) explicitar uma certeza absoluta sobre os mecanismos fisiológicos.
- (D) substituir o papel dos dados empíricos na exposição do problema.
- (E) indicar que a obesidade é um fenômeno invariável no tempo.

07

A utilização do termo “perpetuar”, no final do segundo parágrafo, confere ao texto uma

- (A) indicação de solução futura por meio da correção de hábitos alimentares.
- (B) conotação de continuidade inevitável e reforço da ideia de círculo vicioso na obesidade.
- (C) perspectiva irônica sobre os efeitos neurológicos da alimentação inadequada.
- (D) ruptura semântica com o discurso científico, em favor de uma linguagem mais literária.
- (E) relativização dos danos provocados pelo consumo de gorduras saturadas.

Conhecimentos Gerais

08

O Brasil é um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais. (...) O Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado. (...) A implantação de um sistema de saúde universal no Brasil teve início em um contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva essa reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online] 9 Maio, 2011.

Assinale a alternativa que melhor corresponde aos fatos históricos relativos à trajetória de criação do SUS.

- (A) Um aspecto essencial da Reforma Sanitária no Brasil foi a sua condução ter sido liderada por governos, partidos políticos e entidades internacionais, ignorando a participação da sociedade civil.
- (B) A implementação do SUS buscava reverter o quadro de desigualdades e exclusão do sistema de saúde anterior, que atendia trabalhadores formais e informais. A Lei 8.080/90 detalhou como esse sistema funcionaria.
- (C) Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde confirmou que a saúde é um direito do cidadão. Estabeleceu os princípios do SUS, focando na coordenação, integração e transferência de recursos entre instituições de saúde nos diferentes níveis.
- (D) O movimento por uma reforma sanitária no Brasil desconsiderava a saúde como uma questão social e política. Essa visão destacava a importância de discutir a saúde cientificamente.
- (E) A implementação do SUS começou em 1990, ano em que Fernando Collor de Mello foi eleito presidente, o primeiro escolhido pelo povo após o regime militar, que seguiu uma política neoliberal e focou na reforma da saúde.

09

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assinale a alternativa que melhor define os seus fundamentos.

- (A) Visa a garantir a organização e o funcionamento de serviços de saúde de forma integrada e independente, de acordo com as necessidades da população e as diretrizes do SUS.
- (B) Define a RAS como um sistema autônomo de serviços de saúde, que se organiza em diferentes níveis de atenção para garantir o acesso do usuário e fortalecer a atenção à saúde.
- (C) Estabelece princípios como a centralização da gestão, a regionalização das ações de saúde, a participação da sociedade e a garantia de acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
- (D) Reconhece a regionalização como uma diretriz fundamental do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, orientando a organização da RAS.
- (E) Contribui para a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços de saúde, garantindo um atendimento mais integrado, mas pouco eficiente e resolutivo.

10

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 2004 e caracteriza-se como uma política pública com o objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. Assinale a alternativa que descreve corretamente um de seus aspectos.

- (A) O acesso aos serviços é garantido pela apresentação de uma receita médica ou odontológica, elaborada conforme as leis vigentes, que deve incluir mais de cinco medicamentos do elenco.
- (B) A prioridade para aquisição dos medicamentos do Programa é dada aos laboratórios farmacêuticos privados, complementarmente a aquisição dar-se-á no mercado público.
- (C) É realizado de maneira conjunta, com a participação do Ministério da Saúde e da Fiocruz, que cuida da execução por meio de acordos estabelecidos com os estados, o Distrito Federal, os municípios e as entidades privadas.
- (D) O Programa exige a presença de um farmacêutico responsável, a venda com receituário e o cumprimento das normas sanitárias e da legislação aplicada a estabelecimentos farmacêuticos.
- (E) Destina-se ao atendimento igualitário dos usuários dos serviços públicos de saúde, mas principalmente daqueles que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos prescritos.

11

No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Com a implementação do Plano Nacional de Humanização, trabalhou-se para alcançar resultados englobando as seguintes direções:

- (A) Diminuição das filas e do tempo de espera, com redução do acesso, além de atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco.
- (B) As unidades de saúde devem investir na formação contínua da equipe de saúde e melhorar o ambiente de trabalho, fato que deve ajudar na interação entre trabalhadores e usuários.
- (C) As unidades de saúde precisam aumentar a participação ativa dos usuários sem levar em conta as redes sociais e familiares nas propostas de tratamento, monitoramento e cuidados em geral.
- (D) A valorização dos usuários, trabalhadores e gestores através da participação coletiva na produção de saúde, sem interferência nos processos de gestão.
- (E) A identificação dos profissionais que cuidam dos usuários é prescindível, posto que a rede de serviços se responsabilizará pela atenção integral.

12

A Residência Multiprofissional em Saúde configura-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional.

O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Assinale a alternativa que melhor define a Residência Multiprofissional em Saúde.

- (A) Apresenta uma perspectiva teórico-pedagógica divergente dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação.
- (B) Adequa-se às necessidades locais e regionais, constituindo de um processo de educação permanente em saúde que dificulta a afirmação do trabalhador no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive.
- (C) Essa modalidade de formação pós-graduada pretende aproximar a formação profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem fora do sistema.
- (D) A formação “intercategorias” visa uma formação coletiva inserida no mesmo “campo” de trabalho, anulando os “núcleos” específicos de saberes de cada profissão.
- (E) É considerada uma importante estratégia para a formação de profissionais qualificados para o SUS, promovendo a melhoria da qualidade da atenção à saúde e a integração entre as áreas.

13

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revendo as diretrizes para a organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme essa portaria, a PNAB

- (A) define a atenção básica como a porta de entrada preferencial do SUS, com foco na atenção parcial à saúde da população, abrangendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
- (B) busca garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, com o técnico de enfermagem podendo indicar tratamentos e acompanhar a população adscrita.
- (C) estabelece a composição da Estratégia de Saúde da Família, com a presença de médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, como dentistas e técnicos de saúde bucal.
- (D) define as Unidades Básicas de Saúde como os locais de prestação de serviços de atenção básica, sem citá-las como espaços de educação, formação, pesquisa e inovação.
- (E) estabelece a carga horária máxima por categoria profissional e a necessidade de organização da jornada de trabalho para garantir o acesso, o vínculo e a continuidade do cuidado.

14

As unidades da atenção básica compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. (...) A prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade.

O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Considerando os indicadores necessários para o bom funcionamento das unidades de atenção básica, é correto afirmar:

- (A) Com uma boa estrutura, diminuem as filas nos pronto-socorros e hospitais, o uso excessivo de medicamentos e a utilização indiscriminada de equipamentos avançados.
- (B) Problemas de saúde menos frequentes devem ser tratados nas unidades básicas de saúde, permitindo que os ambulatórios e os hospitais desempenhem suas verdadeiras funções.
- (C) A Unidade de Saúde da Família proporciona assistência contínua em especialidades básicas, dispondo de uma equipe unidisciplinar para acompanhar as orientações da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde.
- (D) O Posto de Saúde tem como objetivo fornecer assistência a uma população específica, seja de maneira planejada ou não, por um profissional de nível médio, com a presença obrigatória do médico.
- (E) A unidade mista oferece atendimento voltado para a atenção básica e integral nas especialidades básicas, incluindo serviços odontológicos e de outras áreas, mas não conta com internação.

15

A Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, instituiu as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), ampliar o acesso e melhorar a qualidade do atendimento, com um foco em equipes multidisciplinares e em articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Acerca dessa Portaria, é correto afirmar:

- (A) Aprimora a estratégia das equipes multiprofissionais, com aumento do cofinanciamento federal, inclusão de novas especialidades médicas e a incorporação de tecnologias de informação e comunicação (TIC).
- (B) Cria as equipes multidisciplinares (eMulti) na Atenção Primária à Saúde, que são compostas por profissionais das mesmas áreas e atuam de forma integrada.
- (C) Estabelece três modalidades de equipes eMulti: Ampliada, Complementar e Estratégica, com cargas horárias iguais, mas diferindo na composição profissional.
- (D) Prevê incentivos financeiros estaduais para custeio e desempenho das eMulti, com o objetivo de fortalecer a APS.
- (E) Reduz a gama de serviços oferecidos e integra práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde e vigilância.

Fonoaudiologia

16

Por que a avaliação clínica da disfagia orofaríngea deve incluir a avaliação da qualidade vocal após a deglutição?

- (A) Para avaliar a coordenação pneumofonoarticulatória do paciente disfágico.
- (B) Porque alterações vocais podem indicar penetração ou aspiração de alimento nas vias aéreas.
- (C) Porque a rouquidão pode ocorrer devido à presença da tosse em disfágicos.
- (D) Porque a alteração de voz indica a necessidade de avaliação médica do paciente disfágico.
- (E) Porque a soproidade da voz indica falta de coaptação das pregas vocais, risco para a deglutição.



17

Quais são as principais estratégias terapêuticas fonoaudiológicas utilizadas na reabilitação da disfagia orofaríngea neurogênica em adultos?

- (A) Exercícios miofuncionais, adaptação de consistências alimentares e manobras posturais.
- (B) Cirurgia de correção anatômica e uso exclusivo de alimentação enteral para ganho ponderal.
- (C) Uso de medicamentos para controle da tosse, pigarro e espasmo laríngeo.
- (D) Suspensão da alimentação oral, indicação de gastrostomia e manobras protetivas.
- (E) Exercícios vocais para fechamento glótico, exercícios respiratórios para prevenir e tratar a função pulmonar.



18

Uma criança de 7 anos apresenta rouquidão persistente e relato de participação em atividades esportivas com gritos frequentes. Qual conduta inicial é mais adequada?

- (A) Encaminhamento ao médico para agendamento da fonomicrocirurgia da laringe.
- (B) Prescrição de medicamentos corticoides para redução do edema e da hiperemia das pregas vocais.
- (C) Terapia vocal baseada em higiene vocal e redução de comportamentos abusivos.
- (D) Avaliação auditiva, inventário vocal para identificação dos abusos vocais e exercício de voz.
- (E) Retirada das atividades esportivas e exercícios de relaxamento cervical para redução da rouquidão.



19

Considere a realização de um planejamento terapêutico para uma criança respiradora oral. Quais componentes o(a) fonoaudiólogo(a) deve incluir para garantir maior eficácia?

- (A) Treino e conscientização da respiração nasal, manobras passivas, exercícios oromiofuncionais e registro da percepção do paciente sobre obstruções nasais.
- (B) Exercícios respiratórios sem manipulação manual, treino da coordenação pneumofonoarticulatória e avaliação da acuidade auditiva.

- (C) Suspensão das atividades orais, encaminhamento para otorrinolaringologista e manipulação manual da musculatura da face, sem exercícios oromiofuncionais.
- (D) Uso de medicamentos para desobstrução nasal e avaliação do ouvido médio por meio da impedânciometria para diagnosticar problemas como otite, disfunção tubária e perda auditiva.
- (E) Exercícios respiratórios, oromiofuncionais, vocais, terapia com manipulação manual e encaminhamento para otorrinolaringologista, devido à respiração oral do paciente.



20

Qual é a manifestação clínica mais característica da disfunção velofaríngea?

- (A) Ininteligibilidade de fala.
- (B) Articulação imprecisa.
- (C) Perda auditiva neurosensorial.
- (D) Rouquidão, soproidade e astenia.
- (E) Hipernasalidade na fala.



21

Qual conceito neurobiológico é fundamental para a recuperação da linguagem em pacientes com afasia?

- (A) Regeneração neuronal.
- (B) Exclusiva ativação do hemisfério direito.
- (C) Impulsos nervosos por excitabilidade neural.
- (D) Estímulos elétricos e químicos no sistema nervoso central.
- (E) Plasticidade cerebral.



22

Na terapia fonoaudiológica de um paciente com demência de Alzheimer, observa-se que ele apresenta dificuldade em compreender instruções complexas. Qual estratégia é mais adequada para favorecer a comunicação funcional desse paciente?

- (A) Leitura oral com foco no *feedback* auditivo e com o uso de dispositivos de realidade virtual.
- (B) Treinamento auditivo para a evolução da comunicação, associado ao uso de canções musicais.
- (C) Aumento da complexidade das tarefas da fala por meio do uso de *softwares* especializados.
- (D) Simplificação das frases e associação de instruções aos gestos.
- (E) Uso de dispositivo auditivo para treinamento da fala, com *feedback* visual.



23

Qual habilidade auditiva central está diretamente relacionada à capacidade de distinguir sons semelhantes para a correta percepção dos fonemas na linguagem?

- (A) Localização sonora.
- (B) Discriminação auditiva.
- (C) Memória auditiva.
- (D) Figura-fundo auditivo.
- (E) Atenção auditiva.

24

No exame Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), a presença de aumento dos intervalos interpicos (I-III, III-V e I-V) sugere

- (A) Alteração central na via auditiva.
- (B) Alteração condutiva.
- (C) Perda auditiva periférica leve.
- (D) Normalidade auditiva.
- (E) Problemas visuais associados.

25

Qual das seguintes alterações auditivas centrais é comum em idosos com presbiacusia?

- (A) Aumento da velocidade de processamento dos sons, especialmente nas frequências agudas.
- (B) Diminuição da discriminação em ambientes ruidosos, acima de 60 decibéis.
- (C) Perda condutiva exclusiva (ou isolada), devido às otites de repetição na história progressiva.
- (D) Lentificação do processamento auditivo central e dificuldade na localização sonora.
- (E) Não há alteração auditiva central em idosos com presbiacusia, exceto nos casos de demências.

26

Qual exame é considerado padrão ouro para avaliação da audição em idosos?

- (A) Emissões otoacústicas evocadas.
- (B) Audiometria tonal liminar.
- (C) Potencial evocado auditivo de tronco encefálico.
- (D) Imitanciometria.
- (E) Avaliação comportamental simples.

27

Qual o papel das manobras comportamentais de deglutição na intervenção da disfagia orofaríngea mecânica?

- (A) Fortalecer os músculos da deglutição, especialmente os músculos mastigatórios.
- (B) Aumentar a produção salivar para melhor organização do bolo alimentar para a deglutição.
- (C) Trabalhar com a plasticidade muscular por meio da adaptação do trato digestivo.
- (D) Modificar o fluxo e a direção do bolo alimentar, além de proteger as vias aéreas inferiores.
- (E) Ativar diferentes sentidos para promover a reorganização sensorial durante a deglutição.

28

Qual o papel do fonoaudiólogo na equipe de avaliação dos transtornos do neurodesenvolvimento de origem genética?

- (A) Realizar o exame físico geral, medidas e proporções antropométricas corporais.
- (B) Investigar a etiologia dos mecanismos genéticos envolvidos na transmissão do fenótipo alterado.
- (C) Caracterizar o fenótipo de linguagem, fala, audição e funções motoras orais de deglutição.
- (D) Solicitar testes laboratoriais e moleculares específicos para diagnosticar as condições genéticas.
- (E) Aplicar testes psicológicos e psiquiátricos específicos para diagnóstico do fenótipo comportamental.

29

A inteligibilidade da fala tem implicações tanto no diagnóstico quanto no monitoramento da intervenção terapêutica nos distúrbios fonológicos. O que influencia e/ou compromete a inteligibilidade da fala?

- (A) A distorção, uma vez que é o tipo de erro fonológico mais recorrente até os sete anos de idade.
- (B) A língua do falante, uma vez que ela tem relação direta com o ritmo de fala.
- (C) A idade e o gênero, dado que sujeitos do gênero masculino com menos de sete anos apresentam maior comprometimento.
- (D) Fatores ambientais, como poluição sonora e uso frequente de fone de ouvido.
- (E) O tipo de processo fonológico, o número de diferentes processos usados e o número total de ocorrências dos processos fonológicos na amostra de fala.

30

A comunicação suplementar e alternativa (CSA) é utilizada com indivíduos que apresentam ausência ou comprometimento da linguagem. Como se caracterizam os sistemas de CSA?

- (A) As pranchas de comunicação fazem parte do sistema sem ajuda.
- (B) O sistema de CSA é multimodal, isto é, o usuário pode utilizar diferentes formas de comunicação funcionais.
- (C) O BLISS é um sistema de símbolos pictográficos de fácil compreensão, pois apresentam semelhança física com o que representam.
- (D) O PCS é um sistema ideográfico desenvolvido para sujeitos com deficiência intelectual.
- (E) O PIC é um sistema de símbolos arbitrários, de fácil compreensão para crianças e adultos com distúrbios neuromotores.

31

O conceito de processamento auditivo refere-se a como o sistema nervoso central usa a informação auditiva recebida pela modalidade sensorial auditiva. O que é correto afirmar sobre o distúrbio do processamento auditivo (DPA)?

- (A) O DPA primário, quando o sujeito tem problemas perceptuais auditivos, é de fácil identificação.
- (B) Podem ocorrer comorbidades entre o DPA e disfunção temporomandibular (DTM).
- (C) O DPA pode comprometer a discriminação entre fonemas surdos e sonoros se envolver a dificuldade de discriminação de direção da fonte sonora.
- (D) O DPA é um prejuízo da audição que não resulta de disfunções de ordem cognitiva, ou de linguagem.
- (E) O DPA é a causa do comprometimento de linguagem em crianças com TDHA e autismo.

32

A vigilância em saúde do trabalhador (VISAT) compreende ferramentas, estratégias, intervenções e práticas em vigilância epidemiológica e ações de vigilância sanitária. De acordo com as Diretrizes de Implantação da VISAT no SUS, qual a atribuição do fonoaudiólogo na atenção primária em saúde (APS)?

- (A) Identificar o perfil de saúde dos trabalhadores e dos processos produtivos no território de abrangência.
- (B) Reabilitar os trabalhadores com perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR).
- (C) Avaliar os efeitos de longo prazo da exposição ao ruído sobre a saúde.
- (D) Estabelecer articulação de referência e contrarreferência com serviços hospitalares e de especialidades.
- (E) Avaliar os efeitos da ototoxicidade de agentes químicos na saúde dos trabalhadores expostos.

33

O que o(a) fonoaudiólogo(a) deverá levar em conta nas tomadas de decisões clínicas relativas à adaptação dos dispositivos eletrônicos de amplificação sonora em idosos?

- (A) A definição do número de bandas de frequências dependerá do modelo do dispositivo indicado.
- (B) Quando houver diagnóstico de perda auditiva bilateral, a principal opção será a adaptação binaural.
- (C) Ao ocorrer o efeito de oclusão, o dispositivo deverá possibilitar ajustes de ganho de sons agudos.
- (D) A quantidade de ganho e saída deverá ser calculada de acordo com o tipo da perda auditiva do indivíduo.
- (E) A escolha do tipo de microfone dependerá do tipo do aparelho e do grau de perda auditiva.

34

A avaliação e terapia da função mastigatória devem considerar que

- (A) a respiração oronasal leva ao aumento do número de ciclos mastigatórios e do tempo mastigatório.
- (B) em condições dentárias favoráveis, a preensão dos alimentos pode ser realizada com os incisivos, com os molares, ou com caninos e pré-molares.
- (C) o tipo e consistência dos alimentos interferem na duração e frequência dos ciclos mastigatórios.
- (D) quanto maior o fluxo salivar, maior a quantidade de ciclos mastigatórios e do tempo mastigatório.
- (E) os padrões corretos de mastigação são o unilateral alternado e o bilateral alternado.

35

Qual a relação entre alterações da deglutição e seus fatores etiológicos?

- (A) Na presença de hipertrofia das tonsilas palatinas, ocorre projeção da língua e contração da musculatura perioral ao deglutir.
- (B) Pacientes com Classe III de Angle deglutem com movimento posteroanterior de língua, interposição do lábio inferior, participação da musculatura perioral e do músculo mental.
- (C) Pacientes com Classe II de Angle deglutem com anteriorização de língua e excessiva participação da musculatura perioral, principalmente do lábio superior.
- (D) Pacientes com mordida profunda deglutem com projeção anterior de língua, esforço do terço posterior, pouca força para ejetar o bolo alimentar.
- (E) Pacientes com mordida profunda, devido à diminuição da altura vertical do terço inferior da face, deglutem com movimentos compensatórios de cabeça para trás.

36

O tratamento fonoaudiológico de pacientes com apneia obstrutiva do sono é complexo porque abrange a abordagem das estruturas e funções estomatognáticas com o intuito de aumentar o espaço respiratório superior. Que aspecto é relevante na terapia miofuncional orofacial?

- (A) Mudança do posicionamento do osso hioide com vistas à sua anteriorização.
- (B) Readequação inicial dos músculos levantador do véu palatino e palatoglosso para melhoria da mobilidade do palato.
- (C) Melhora da mobilidade do filtro nasal para dificultar a abertura bucal noturna e favorecer a respiração nasal.
- (D) Diminuição da altura e largura da língua com ganho da visualização do palato mole, por meio de exercícios isotônicos, isométricos e isocinéticos.
- (E) Estimulação da respiração nasal mediante inspirações nasais e expirações orais curtas e rápidas, em posição deitada.

37

A respeito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), é correto afirmar:

- (A) A estrutura operacional das RAS tem sua base na Atenção Primária à Saúde (APS), é ela que ordena os fluxos e contrafluxos de pessoas e informações ao longo de todos os pontos de atenção.
- (B) Caracteriza-se pela relação vertical entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS).
- (C) Os pontos de atenção à saúde são constituídos pelas unidades básicas de saúde, porta de entrada no sistema.
- (D) As RAS apresentam resultados mais efetivos no cuidado dos problemas agudos, pois dá acesso direto aos serviços de atenção terciária.
- (E) O sistema logístico da rede é constituído por lugares institucionais que prestam serviços de diferentes densidades tecnológicas.

**38**

O que ocorre no desenvolvimento motor oral nos primeiros doze meses de vida da criança?

- (A) No padrão de sucção *suckling*, a língua realiza movimentos da frente para trás, o que facilita a deglutição do leite vertido na cavidade oral.
- (B) Durante a amamentação, a ponta da língua pressiona o mamilo, e ela está posicionada atrás do lábio inferior, que é mais ativo que o superior.
- (C) A passagem do padrão *suckling* para *sucking* garante a preparação oral e favorece a recepção do alimento pastoso com colher.
- (D) Ocorre posteriorização do reflexo de vômito a partir dos 3 meses e inibição total aos 12 meses.
- (E) Os movimentos laterais de língua, dissociados da mandíbula a partir dos 3 meses, sinalizam o início da mastigação.

**39**

Quando se deve mascarar na audiometria tonal liminar?

- (A) Quando houver necessidade de pesquisar limiares tonais por condução óssea, é preciso mascarar a orelha testada durante a apresentação dos estímulos tonais na orelha não testada.
- (B) Durante os testes logoaudiométricos, quando há possibilidade de audição cruzada após a atenuação interaural real calculada.
- (C) Quando o paciente apresentar queixa de zumbido com limiares auditivos normais nas frequências convencionais, mas alterações nas frequências superiores a 8000 Hz.
- (D) Quando a diferença entre os limiares de condução aérea de uma orelha e de condução óssea da orelha contralateral, na mesma frequência sonora, for igual ou maior à atenuação interaural mínima de 40 dB NA.
- (E) Quando a orelha não testada possui limiares de audibilidade muito piores do que a orelha em teste.

40

Sobre os termos frenotomia, frenectomia e frenuloplastia, é correto afirmar:

- (A) Frenuloplastia é a cirurgia para excisão total do frênulo lingual, realizada com anestesia geral, em adultos.
- (B) Frenotomia é uma intervenção cirúrgica realizada com tesoura, em bebês recém-nascidos ou até 1 ano de idade.
- (C) Frenectomia é a cirurgia para excisão parcial do frênulo lingual, realizada com anestesia local.
- (D) A frenectomia é indicada para adolescentes, com alterações nas funções de mastigação, deglutição e respiração oronasal.
- (E) A frenuloplastia é indicada para adultos, com alterações miofuncionais orais, que façam tratamento ortodôntico.

Estudo de caso

Analise o caso descrito para responder às questões dissertativas de 01 a 03.

Mulher de 23 anos, vítima de violência doméstica, foi atendida inicialmente em hospital de referência para trauma, com diagnóstico de trauma cranioencefálico, necessitando de intubação orotraqueal e resolução do quadro agudo. Recebeu alta, consciente, respirando sem traqueostomia e alimentando-se por via oral, no entanto, foi referenciado para Centro Especializado de Reabilitação (CER) com queixa de perda auditiva e engasgos esporádicos para líquidos. Após o diagnóstico clínico e resolução da complexidade do caso, a paciente foi referenciada para a unidade básica de saúde da sua região distrital.

Questão 01 (3,0 pontos)

No CER, foram realizadas a anamnese e os exames audiológicos necessários para o caso clínico. Leia, interprete os resultados e dê a conclusão audiológica a partir da anamnese e diagnóstico audiológico descrito abaixo:

- Anamnese: Queixa de diminuição auditiva bilateral leve, sem zumbido.
- Otoscopia: Membranas timpânicas íntegras, sem sinais de perfuração ou infecção.
- Audiometria tonal: ≤ 25 dB HL, em ambos os ouvidos.
- EOE: Presença de emissões otoacústicas evocadas transientes em ambos os ouvidos.
- PEATE: Latências das ondas I, III e V, sem evidência de lesão retrococlear.
- Timpanometria: Curvas tipo A bilaterais.
- Reflexos acústicos: Presença normal bilateral.

Questão 02 (3,0 pontos)

No CER, foi realizada a avaliação funcional da deglutição. Para a classificação do risco e severidade (intensidade) da disfagia orofaríngea, utilizou-se da Escala de O'Neill (1999). Os resultados foram compatíveis com o Nível 1, disfagia leve, conforme descrição abaixo, do relatório fonoaudiológico. A partir desses achados, qual deve ser a conduta fonoaudiológica para o caso?

- Paciente com deglutição funcional, segura e eficaz.
- Pode apresentar sintomas subjetivos como engasgos ocasionais, mas sem evidência objetiva de penetração ou aspiração.
- Necessita de monitoramento e orientações para prevenção, mas não requer restrições da dieta.

Questão 03 (4,0 pontos)

Considerando que a paciente foi referenciada para a unidade básica de saúde da sua região distrital, descreva o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de forma interdisciplinar, centrado na singularidade da paciente, levando em conta suas necessidades clínicas, emocionais e sociais. A seguir, descreva as principais ações a serem realizadas, fundamentadas na literatura e nas práticas fonoaudiológicas.

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 textos que desrespeitarem os direitos humanos e textos que permitirem, por qualquer modo, a identificação do(a) candidato(a).

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO

NA CORREÇÃO

Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2026

12/10/2025

Profissão 7 - FONOAUDIOLOGIA

Prova G	
01	A
02	E
03	D
04	B
05	D
06	A
07	B
08	C
09	D
10	D
11	B
12	E
13	C
14	A
15	A
16	B
17	A
18	C
19	A
20	E
21	E
22	D
23	B
24	A
25	D
26	B
27	D
28	C
29	E
30	B
31	D
32	A
33	B
34	C
35	A
36	D
37	A
38	C
39	D
40	B

Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2026

12/10/2025

Profissão 7 - FONOAUDIOLOGIA

RESPOSTAS ESPERADAS

Questão 01 (3,0 pontos)

Conclusão audiológica: Audição funcional preservada, sem evidências de perda auditiva neurosensorial ou condutiva (2,0 pontos), apesar do histórico de trauma cranioencefálico e intubação. O resultado da audiometria tonal, porém, pode ser associado à perda auditiva leve, conforme classificações mais recentes. Recomenda-se acompanhamento audiológico periódico devido ao risco potencial de alterações tardias (1,0 ponto).

Questão 02 (3,0 pontos)

Apesar da queixa clínica de engasgos para líquidos, a avaliação funcional da deglutição foi segura e eficaz, sem aspiração ou penetração, caracterizando disfagia leve (1,0 ponto). Recomenda-se acompanhamento fonoaudiológico para monitoramento (1,0 ponto), orientações posturais e estratégias compensatórias simples para prevenção e melhora da percepção da deglutição (1,0 ponto). A resolução da questão deve se amparar principalmente no raciocínio clínico apresentado na avaliação do caso, sem se ater à mera classificação do grau de disfagia.

Questão 03 (4,0 pontos)

1. Acolhimento humanizado (1,0 ponto)

- Estabelecer vínculo terapêutico baseado em escuta ativa, empatia e segurança, criando um ambiente que permita à paciente expressar suas experiências e medos, fundamental para a quebra do silêncio e confiança no tratamento.
- Questionar sobre as queixas relatadas da audição e da deglutição. Propor avaliação clínica fonoaudiológica novamente, se a queixa persistir.

2. Intervenção fonoaudiológica personalizada (0,6 ponto)

- Desenvolver plano terapêutico, com implementação de estratégias para deglutição segura e eficiente, com treinamento de técnicas compensatórias (manobras posturais) e orientação para prevenção de aspiração.
- Encaminhamento para avaliação audiológica periódica, caso permaneça a queixa da audição.

3. Trabalho interdisciplinar e em rede (0,6 ponto)

- Integrar o atendimento com profissionais da saúde mental (psicólogos, médico), assistência social e serviços de proteção à mulher, garantindo suporte emocional, legal e social para a paciente.
- Participar de reuniões multidisciplinares para discussão do caso, alinhamento de estratégias e encaminhamentos, fortalecendo a rede de proteção e cuidado.

4. Envolvimento da família e rede de apoio (0,6 ponto)

- Sempre que possível, envolver familiares e pessoas de confiança no processo terapêutico, promovendo orientações sobre a violência doméstica, suporte emocional e comunicação, fortalecendo o ambiente de proteção e acolhimento.

5. Ações de prevenção e empoderamento (0,6 ponto)

- Desenvolver atividades educativas que promovam o empoderamento da paciente, informação sobre direitos e estratégias para romper o ciclo da violência.
- Estimular a autonomia e a participação ativa da paciente no seu processo de recuperação e proteção.

6. Monitoramento contínuo e adaptação do PTS (0,6 ponto)

- Avaliar periodicamente a evolução clínica e emocional, ajustando as metas terapêuticas conforme as necessidades e conquistas da paciente.
- Garantir continuidade do atendimento, mesmo em situações de dificuldade de frequência, buscando estratégias para manter o vínculo e a adesão ao tratamento.