

EINSTEIN

Hospital Israelita

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL
PROCESSO SELETIVO 2026

005. PROVA ESCRITA OBJETIVA (TEÓRICA)

FONOAUDIOLOGIA

Residência Multiprofissional: Reabilitação Física | Gerontologia

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 40 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato

RG

Inscrição

Prédio

Sala

Carteira

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 01.** Assinale a alternativa que apresenta 3 pares de nervos cranianos que são diretamente responsáveis pela produção da voz e da fala.
- (A) VI; VII; VIII.
(B) V; VII; IX.
(C) IV; VI; IX.
(D) III; IV; V.
- 02.** O reflexo de engasgo é innervado pelas fibras sensoriais do nervo
- (A) vago.
(B) facial.
(C) hipoglosso.
(D) glossofaríngeo.
- 03.** Com relação aos músculos da respiração, é correto afirmar que o diafragma é um músculo que tem por função(ões)
- (A) elevar as costelas na inspiração e aumentar a dimensão vertical do tórax.
(B) deprimir as costelas na expiração, dando uma maior dimensão vertical.
(C) sustentar e comprimir as vísceras e deprimir o tórax na expiração.
(D) elevar as costelas na inspiração e comprimir a parede abdominal anterior.
- 04.** Músculo laríngeo que a literatura descreve como único músculo abductor das pregas vocais, permitindo a respiração e que, por isso, é denominado músculo da vida. Tal descrição refere-se ao músculo
- (A) cricotireoideo.
(B) tireoartenoideo.
(C) cricoaritenóideo posterior.
(D) cricoaritenóideo lateral.
- 05.** Assinale a alternativa que descreve a função das cartilagens aritenóideas da laringe.
- (A) Consideradas a unidade funcional da laringe pela sua importância nas funções fonatória e respiratória, com variabilidade pequena entre os sexos.
(B) Protegem vias aéreas inferiores pelo abaixamento e fechamento do ádito laríngeo; movimentam-se bastante na produção da fala, contudo, participam muito pouco na produção vocal.
(C) Servem como a borda mais baixa da laringe e podem ter relação com a fenda glótica posterior constitucional.
(D) Variam consideravelmente entre os sexos, e essa variação gera grande impacto na fisiologia vocal e na definição da frequência vocal emitida.
- 06.** Um dos músculos da respiração tem a seguinte função na expiração: as porções laterais e posterior desse músculo contraem-se e abaixam a caixa torácica sobre as costelas, ou seja, as porções desse músculo, ao longo das laterais e da parte de trás da caixa torácica, puxam-na para baixo, sobre as costelas.
- Assinale a alternativa que nomeia esse músculo.
- (A) Peitoral maior.
(B) Intercostais internos.
(C) Oblíquo interno do abdome.
(D) Reto do abdome.
- 07.** Os pulmões possuem volume que se estendem para além de uma inspiração e uma expiração normais. Um adulto típico possui um volume de reserva de ar inspiratório (VRI) de, aproximadamente,
- (A) 900 cc.
(B) 1.000 cc.
(C) 1.100 cc.
(D) 2.500 cc.
- 08.** O músculo palatoglosso faz parte da musculatura constritora da faringe e atua na fase faríngea da deglutição.
- A ação desse músculo é para
- (A) aproximar os arcos palatinos, fechando a cavidade oral, isolando-a da cavidade faríngea.
(B) elevar o palato mole, tracionando-o posteriormente e fechando a comunicação da rinofaringe com a orofaringe.
(C) aproximar os arcos palatofaríngeos, para ocasionar a oclusão do istmo faríngeo.
(D) enrijecer o palato mole, elevando a úvula e auxiliar no fechamento da tuba auditiva.

- 09.** A literatura tem mostrado que o tempo de duração de fechamento da via aérea durante a fase faríngea da deglutição é maior nos pacientes idosos, quando comparados aos pacientes adultos. Esse evento está relacionado com um vagaroso processo de deglutição orofaríngea, que resulta em
- (A) alguns sinais evidentes durante a deglutição, como escape de alimento pelo nariz ou o alimento que retorna à cavidade oral na mesma condição.
 - (B) sintomas como refluxo gastroesofágico, ardor ao deglutir, tosse, pigarros e acúmulo de saliva na faringe, decorrentes das alterações orofaríngeas.
 - (C) uma compensação fisiológica de manutenção do fechamento da via aérea associado à segurança da deglutição.
 - (D) sinais como escape labial do alimento e/ou espalhamento do alimento pela boca e acúmulo de saliva na faringe, sem alimento.
- 10.** Considere a aspiração laringotraqueal definida como a entrada de material nas vias respiratórias, abaixo do plano das pregas vocais, como principal parâmetro para rastreamento de sinais de comprometimento funcional relacionado à segurança alimentar, por ser preditora do risco de pneumonia aspirativa. A aspiração pode ocorrer antes, durante ou depois da fase faríngea.
- É correto afirmar que, quando a aspiração ocorre durante a fase faríngea, pode ser indicativa ou resultante:
- (A) da perda do controle do bolo alimentar.
 - (B) de paralisia, paresia ou incoordenação da prega vocal.
 - (C) atraso na deglutição na faringe e presença de resíduos na laringe.
 - (D) do atraso na deglutição na faringe por doenças neurológicas.
- 11.** João, 61 anos, está em avaliação clínica da deglutição e, no laudo do exame de videofluoroscopia, consta: redução da excursão vertical da laringe, limitando o contato das cartilagens aritenóides contra a epiglote com redução do fechamento laríngeo e entrada de material contrastado no vestíbulo laríngeo abaixo da epiglote e acima do nível das pregas vocais.
- Esses dois achados significam que João apresenta as seguintes alterações na fase faríngea da deglutição:
- (A) estase na constrição faringoesofágica e aspiração.
 - (B) estase nas valeculas e nos seios piriformes e penetração laríngea.
 - (C) redução da elevação laríngea e penetração laríngea.
 - (D) redução do contato da língua contra a faringe e aspiração.
- 12.** Homem, 60 anos, em avaliação ambulatorial, foi encaminhado para fonoaudiologia com indicativos de disfagia com comprometimento de fase faríngea, que repercute em fase oral, pois, na avaliação instrumental de esofagograma, foi evidenciada alteração na abertura faringoesofágica por disfunção cricofaríngea. A história clínica do paciente refere perda de peso, recorrências de pneumonia aspirativa, regurgitação de alimentos não digeridos, halitose, engasgo e tosse.
- Tais dados podem ser indicativos de que a possível causa dessa alteração estrutural seja
- (A) divertículo de Zenker.
 - (B) paresia ou paralisia faringolaríngea.
 - (C) doença de Parkinson.
 - (D) esclerose múltipla.
- 13.** No exame clínico dos distúrbios temporomandibulares, deve ser feita a palpação dos músculos da face e cabeça, a fim de se pesquisar a assimetria dos tecidos moles e hipertrofias musculares relacionadas aos músculos masseter, temporal, pterigoideos lateral e medial.
- Assinale a alternativa que descreve corretamente a palpação do músculo masseter.
- (A) Palpar toda a face lateral partindo do pescoço, bilateralmente, e procurar a sensibilidade de dor nessas áreas.
 - (B) Da borda da mandíbula até o arco zigomático, palpar bilateralmente exercendo a mesma pressão e marcar as regiões sensíveis.
 - (C) Palpar toda a região da maxila, seguindo até a parte interna da mandíbula, e palpar intra-oral bilateralmente.
 - (D) Durante a protusão e retrusão da maxila e mandíbula, fazer a palpação intra-oral bilateralmente.
- 14.** Na avaliação da videofluoroscopia, foram observados os seguintes sinais: estase moderada na faringe, clareada por orientação; estase moderada na cavidade oral, limpa por orientação; penetração no nível das pregas vocais, sem tosse, com 2 consistências; aspiração com uma consistência, sem tosse.
- Considerando tais evidências, as orientações para o paciente quanto à assistência na alimentação e ao tipo de dieta/consistência alimentar poderiam ser:
- (A) dieta modificada com restrição da consistência de líquido, com supervisão intermitente, e supervisão esporádica.
 - (B) suspender via oral, iniciar nutrição não oral com máxima assistência, podendo ter estratégias específicas, com supervisão por via oral parcial.
 - (C) restrição a 1 ou 2 consistências de alimentos, com supervisão intermitente-assistemática, sugerindo disfagia discreta/moderada.
 - (D) restrição a 2 ou mais consistências, total assistência com supervisão e estratégias, sugerindo disfagia moderada.

15. Considerando que um programa terapêutico para a reabilitação em disfagia orofaríngea no adulto deve eleger procedimentos que causem efeitos benéficos na dinâmica da deglutição, uma das estratégias utilizadas é pedir ao paciente para deglutir várias vezes, consecutivas, após ingerir o alimento (deglutições múltiplas).

É correto afirmar que essa técnica pode ser utilizada para

- (A) aumentar o limiar de excitabilidade do reflexo de deglutição.
- (B) eliminar as estases alimentares na região da hipofaringe.
- (C) aumentar a força empregada pela língua nos alimentos viscosos.
- (D) melhorar o fechamento das vias aéreas antes da deglutição.

16. Nos exames de videofluoroscopia da deglutição, a interpretação dos achados é classificada em alterações das fases preparatória, oral e faríngea da deglutição.

É correto afirmar que algumas alterações das fases preparatória e oral que podem ser evidenciadas são:

- (A) penetração e aspiração antes da deglutição e resíduo na cavidade oral.
- (B) aspiração e penetração durante a deglutição e penetração nasal.
- (C) redução do contato da base da língua com a parede posterior da faringe.
- (D) presença de resíduo na orofaringe e penetração após a deglutição.

17. João, 58 anos, profissão de vendedor, fumante desde os 22 anos, com queixa de refluxo gastroesofágico, apresenta as seguintes características laringoscópicas: áreas esbranquiçadas, rasas com rebordo, de aparência áspera; borda livre da prega vocal apresenta-se irregular e rugosa; redução da vibração da mucosa na área lesionada e imediatas adjacentes, porém, com mucos de vibração normal nas outras áreas. Dados de avaliação fonoaudiológica revelam voz rouca-áspera, predominantemente com aspereza, presença de bitonalidade, frequência aguda e ataque vocal soproso. Refere fadiga vocal constante e falta de resistência ao uso da voz.

De acordo com o exposto, a provável causa da disфонia de João é

- (A) pólipos vocais.
- (B) leucoplasia.
- (C) granuloma.
- (D) úlcera de contato.

18. As alterações fisiológicas do aparato respiratório dos idosos, homens ou mulheres, tais como a redução da medida de capacidade vital e mudanças na flexibilidade dos tecidos pulmonares podem impactar a voz.

Nesse contexto, em idosos, as alterações respiratórias podem ocasionar

- (A) alterações de ressonância e diminuição dos harmônicos.
- (B) aumento da frequência da voz nos homens idosos.
- (C) decréscimo da frequência fundamental em mulheres.
- (D) diminuição na velocidade da fala.

19. Considere a presbifonia como um conjunto de manifestações típico de envelhecimento vocal, com algumas diferenças entre homens e mulheres. Nos homens, a literatura relata que a configuração glótica pode apresentar:

- (A) aumento da espessura da camada da lâmina própria.
- (B) edema de pregas vocais.
- (C) fenda fusiforme membranária durante a fonação.
- (D) aumento do muco que lubrifica a laringe.

20. Com relação às alterações vocais dos pacientes com a doença de Parkinson, os achados mais comumente associados à percepção auditiva referem-se a uma voz com característica:

- (A) áspera; distorção das vogais; interrupção articulatória irregular com variável imprecisão articulatória.
- (B) áspera com esforço; qualidade vocal tenso-estrangulada com acentuação excessiva sem diferenciar a sílaba tônica.
- (C) soproso; tenso-estrangulada com ataque vocal com a evolução da doença, apresentando tremor vocal e variação na prosódia.
- (D) hipofônica; monótona, soproso, eventualmente trêmula com grau de alteração vocal relacionado ao estágio evolutivo da doença.

21. Considere um paciente submetido à laringectomia parcial vertical que, após a cirurgia, teve perda da função esfíncterica da laringe, aumento da fenda glótica e consequente falta do controle de fluxo respiratório.

Devido a essas alterações, é provável que a voz desse paciente se apresente

- (A) com soprosoidade.
- (B) com rouquidão.
- (C) com astenia.
- (D) crepitante.

22. Para pacientes com laringectomia total, a prótese traqueoesofágica (PTE) tem sido descrita como uma solução com vantagens. Trata-se de uma válvula multidirecional inserida por meio de uma punção traqueoesofágica conectando a traqueia e o esôfago.

Dentre as vantagens da PTE, está correto destacar:

- (A) o fato de ser um recurso de fácil manutenção e higiene e que exige poucos cuidados com a manipulação.
- (B) pacientes com estenose ou estreitamento da região do esfíncter esofágico superior podem obter uma boa voz.
- (C) por utilizar o ar pulmonar, leva a um aumento da fluência e maior extensão vocal e voz natural.
- (D) o fato de ser uma técnica de fácil treinamento e de natureza fisiológica, pois utiliza o ar esofágico para a produção da fala.

23. Pedro, 61 anos, com tumor de língua, foi submetido a hemiglossectomia e ressecção em borda de língua; e nesse caso, é esperado que Pedro apresente imprecisões articulatórias, dentre elas:

- (A) comprometimento dos fonemas posteriores /k/ e /g/ sendo compensado com golpe de glote.
- (B) comprometimento dos fonemas linguodentais /t/ e /d/ e preservação de vogais.
- (C) distorções dos fonemas bilabiais /p/, /b/ e /m/ e posteriores /k/ e /g/.
- (D) predomínio de distorções nos fonemas fricativos /s/, /z/, /j/.

24. Nos distúrbios vocais/disfonia em adultos, causados por lesões na junção do terço anterior e terço médio da prega vocal, denominado de nódulos, a literatura descreve as seguintes características vocais mais frequentes, que resultam em uma voz:

- (A) rouco-soprosa, rouquidão molhada ou seca com frequência dicrótica, incoordenação pneumofonoarticulatória.
- (B) rouco-soprosa, grau discreto a extremo, ataques vocais bruscos, ressonância baixa e quebras de *pitch*.
- (C) grave, fluida, crepitante, com disfonia silente, fadiga vocal com odinofonia e odinofagia.
- (D) soprosa nas lesões enormes, disfonia silente e dor associada a qualquer movimento laríngeo.

25. Nas afasias e em outros distúrbios de linguagem adquiridos, podem acontecer manifestações de linguagem nas quais o paciente faz trocas de palavras. Duas das manifestações que têm sido relatadas são: a parafasia verbal, na qual ocorre a troca da palavra-alvo por outra da língua, sem relação quanto à forma ou ao conteúdo, e a parafasia morfêmica que é a substituição dos morfemas gramaticais das palavras.

São exemplos de parafasia verbal e morfêmica, as seguintes trocas de palavras, respectivamente:

- (A) “chapéu” por “maçã” e “andamos” por “andar”.
- (B) “calça” por “blusa” e “vaca” por “leite”.
- (C) “batata” por “banana” e “beleza” por “bezela”.
- (D) “caneta” por “é para escrever” e “meninas” por “menina”.

26. De acordo com literatura sobre afasias, a classificação de Boston divide os quadros afásicos em dois grandes grupos, tendo como principal divisor a fluência do discurso, sendo primeiramente classificadas em fluentes e não fluentes. Um dos quadros afásicos se caracteriza por uma fala esparsa, pronunciada lentamente, com esforço aumentado, prosódia prejudicada, erros articulatórios, redução da gramaticabilidade pela dificuldade de emissão de frases com todos os elementos frasais, fala lentificada com uma predominância de palavras de conteúdo e presença de estereotípias, e uma compreensão relativamente boa.

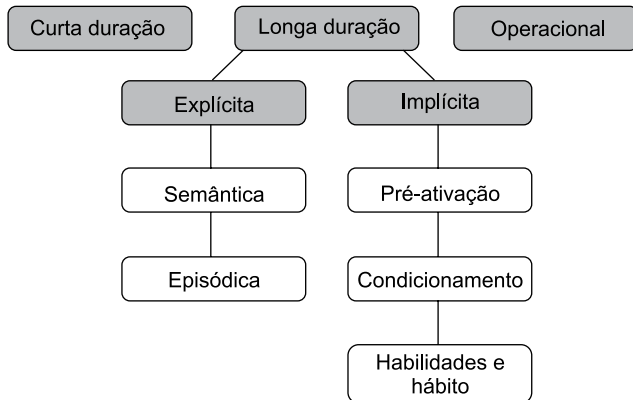
Por todo esse contexto, o quadro descrito é considerado como afasia não fluente,

- (A) de Wernicke.
- (B) transcortical sensorial.
- (C) de Broca.
- (D) global.

27. Pacientes diagnosticados com afasia transcortical motora apresentam na fala espontânea dificuldades de evocação de palavras, que se assemelham a uma gagueira, pois a fala é com esforço, simplificada e com presença de agramatismos. Além disso, pacientes com afasia transcortical motora podem apresentar

- (A) um discurso fluente, com algumas trocas, mas sem sentido coerente com a situação.
- (B) capacidade de repetições de palavras, frases e até de sequências conhecidas, sem erros.
- (C) uma exacerbação de discursos sem respeitar a troca de turnos e sem perceber as alterações.
- (D) erros gramaticais sintáticos e semânticos com palavras sem sentido na produção escrita.

28. No que se refere à memória, considere a divisão que a literatura estabelece: existem três sistemas de memória: curta duração, longa duração e operacional, sendo que a memória de longa duração divide-se em memória explícita e implícita que, por sua vez, também tem subdivisões como demonstrado no quadro a seguir.



(Ortiz. *Distúrbios neurológicos adquiridos – linguagem e cognição* - 2010)

Assinale a alternativa relacionada à memória implícita.

- (A) É um sistema de conhecimento em que a informação específica e factual é armazenada de forma passível de referência verbal, refere-se à lembrança consciente de experiência prévias.
- (B) Refere-se às informações aprendidas em um contexto temporal e específico, incluindo a memória autobiográfica.
- (C) É independente do contexto e contém informações sobre relações lógicas entre eventos do ambiente, linguagem, fatos e regras de funcionamento do mundo.
- (D) Expressa-se por meio de desempenho; a informação é adquirida e armazenada lentamente pela repetição; tende a ser inflexível e está relacionada à situação de aprendizagem.
29. Com relação a transtornos de fala adquiridos, tem-se como característica pertinente à apraxia de fala adquirida o fato de que ela evidencia alterações
- (A) na articulação e na prosódia com maior dificuldade quando há aumento da complexidade articulatória e da velocidade de fala.
- (B) tais como fraqueza, lentidão, incoordenação dos músculos da fala tanto nos movimentos reflexos quanto automáticos.
- (C) que englobam as bases motoras de fala: respiração; fonação; ressonância; articulação e prosódia.
- (D) na qualidade vocal, redução da *loudness* e hipernasalidade e as mesmas dificuldades de fala independentemente da complexidade.

30. Assinale a alternativa que descreve, respectivamente, a localização da lesão e algumas características de fala da disartria espástica que pode ser causada por acidente vascular cerebral.

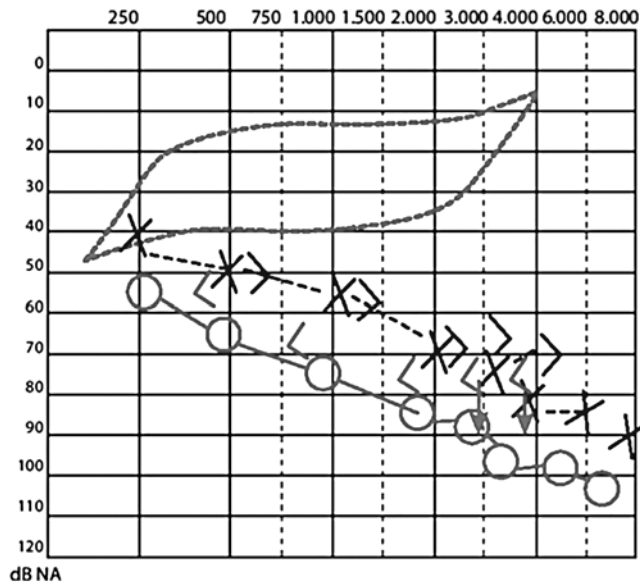
- (A) Cerebelo – consoantes imprecisas, voz áspera, quebras articulatórias irregulares e intervalos prolongados entre os fonemas.
- (B) Circuito de controle dos gânglios da base – voz áspera ou soprosa, *monopitch*, *monoloudness*, dificuldade para iniciar a fala.
- (C) Neurônio motor inferior – imprecisão articulatória das consoantes, incompetência fonatória, frases curta, *monopitch*.
- (D) Neurônio motor superior bilateralmente – consoantes imprecisas, voz áspera ou tensa-estrangulada, *monopitch*, *monoloudness* e hipernasalidade.

31. Pacientes com alterações motoras do nervo facial podem apresentar, como uma das consequências, dificuldades no fechamento labial.

Assinale a alternativa que descreve, segundo a literatura, alterações na deglutição e na fonoarticulação decorrentes do não vedamento labial.

- (A) *Deficit* na ejeção oral, perda prematura do bolo alimentar, penetração antes da deglutição e imprecisões articulatórias com voz pastosa.
- (B) Perda de pressão intra-oral e imprecisões articulatórias durante a emissão de consoantes bilabiais /p/, /b/, /m/ e labiodentais /f/ e /v/.
- (C) Dificuldade para manter os alimentos entre os dentes durante a mastigação e sigmatismo lateral com escape de ar nas emissões.
- (D) Alteração na manipulação oral por dificuldade da abertura da boca, hipernasalidade e prejuízos na projeção vocal.

32. Analise o seguinte audiograma na média tonal entre 500 Hz, 1 kHz, 2kHz e 4kHz:



(Lopes, et. al. *Novo Tratado de fonoaudiologia*. Manole: São Paulo, 2013)

Com base na classificação do grau das perdas auditivas referenciado pelo *Bureau International d'AudioPhonologie* (BIAP, 1996), é correto afirmar que esse audiograma representa uma situação na qual a orelha direita apresenta perda auditiva de grau

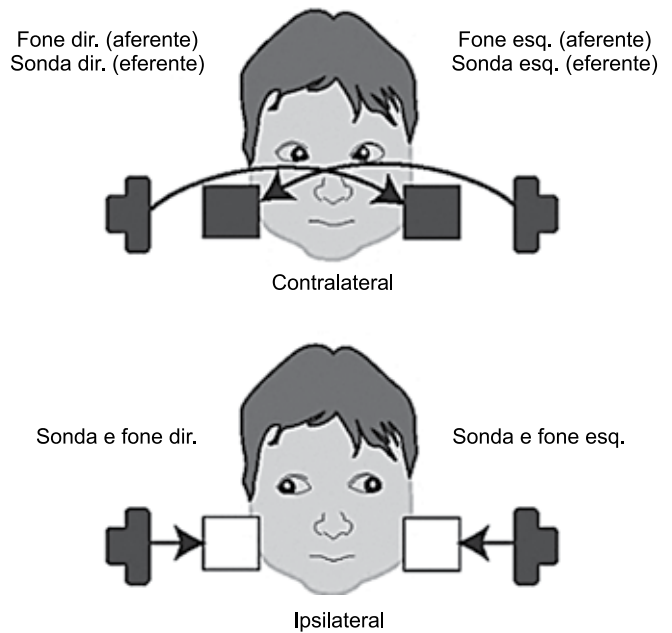
- (A) moderado.
 (B) moderadamente severo.
 (C) muito severo.
 (D) severo.
33. Dentre as provas de equilíbrio estático, dinâmico e sinais cerebelares, a prova de Romberg consiste em solicitar ao indivíduo avaliado que
- (A) permaneça em pé, com um pé adiante do outro, em linha reta, diminuindo a base de sustentação.
 (B) execute movimentos da marcha com os braços estendidos à sua frente, sem sair do lugar, com olhos abertos e fechados.
 (C) permaneça em pé, com os pés juntos, os braços estendidos ao longo do corpo e com olhos abertos e depois fechados, durante 1 minuto.
 (D) caminhe 5 passos para diante e 5 passos para trás, alternadamente, primeiramente com olhos abertos e, a seguir, com olhos fechados.

34. A literatura descreve que a via auditiva central se estende do complexo nuclear coclear até o córtex auditivo primário. A primeira estação a receber as informações ipso e contralaterais, com a função de integrar e interpretar de forma binaural os sinais sonoros, é

- (A) complexo olivar superior.
 (B) corpo geniculado medial.
 (C) colículo inferior.
 (D) leminisco lateral.

35. Na avaliação do reflexo do músculo do estribo, quando não são encontrados os reflexos contralaterais mas são encontrados reflexos ao estímulo ipsilateral, define-se tal configuração como sendo uma configuração horizontal, conforme ilustrado na figura a seguir, com a seguinte legenda:

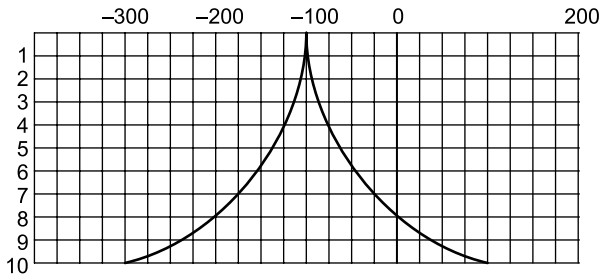
- reflexo presente
 reflexo ausente



(Lopes, et. al. *Novo Tratado de fonoaudiologia*. Manole: São Paulo, 2013)

- Esse tipo de configuração é encontrada em casos de
- (A) lesão sensorineural não recrutante em uma orelha.
 (B) lesão sensorineural com limiar em torno de 85 dB NA.
 (C) lesão de tronco encefálico.
 (D) paralisia facial periférica.

36. Analise a seguinte curva de timpanometria e assinale a alternativa que descreve corretamente o tipo de curva e a provável causa.



(Lopes, et al. Novo tratado de fonoaudiologia. Manole: São Paulo, 2013)

- (A) Curva tipo A – indicativa de mobilidade normal do sistema tímpano-ossicular.
- (B) Curva tipo AS – indicativa de baixa mobilidade do sistema tímpano-ossicular.
- (C) Curva tipo B – indicativa de otite média secretora.
- (D) Curva tipo C – indicativo de mau funcionamento da tuba auditiva.
37. O teste do Weber audiométrico é fundamental para verificar a presença de *gap* aéreo-ósseo, sendo mais eficaz para baixas frequências. Deve ser realizado com o vibrador ósseo posicionado na linha média da frente do paciente e testado em todas as frequências na intensidade de
- (A) 15 dB acima do limiar de via aérea, na frequência a ser testada.
- (B) 15 dB acima do limiar de via óssea, na frequência a ser testada.
- (C) 25 dB acima do limiar de via aérea, na frequência a ser testada.
- (D) 25 dB acima do limiar de via óssea, na frequência a ser testada.

38. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), para a perda auditiva de grau moderadamente severo em adultos, o limiar auditivo na média tonal entre 500 Hz, 1 kHz, 2 kHz e 4kHz é assim estabelecido:

- (A) de 65 a menor que 80 dB, com extrema dificuldade em ouvir e participar de uma conversa em ambientes silenciosos.
- (B) de 65 a menor que 80 dB, com dificuldade em ouvir e participar de uma conversa em ambientes ruidosos.
- (C) de 50 a menor que 65 dB, com extrema dificuldade em ouvir e participar de uma conversa em ambientes silenciosos.
- (D) de 50 a menor que 65 dB, com dificuldade em ouvir e participar de uma conversa em ambientes ruidosos.

39. Considere os seguintes símbolos audiométricos:



Eles representam, correta e respectivamente:

- (A) na via óssea frente – ausência de resposta e ausência de resposta não mascarada.
- (B) na via aérea fones – ausência de resposta não mascarada e ausência de resposta mascarada.
- (C) na via óssea mastoide – ausência de resposta não mascarada e ausência de resposta mascarada.
- (D) em campo livre – ausência de resposta e ausência de resposta inespecífica.
40. Na prática clínica, a audiometria de altas frequências possibilita a identificação precoce das alterações auditivas causadas por fatores tais como idade, ototoxicidade e investigação complementar em pessoas com queixa de zumbido. Na faixa etária de 60 a 69 anos, na frequência de 9 kHz, a média de liminares auditivos nas altas frequências (Rodríguez-Valiente *et al.* 2014) corresponde a:
- (A) 52,34 dB.
- (B) 36,43 dB.
- (C) 23,13 dB.
- (D) 16,6 dB.

