



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE
SAÚDE – USP 2022**

31/10/2021

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Fonoaudiologia), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas exclusivamente nos quadros destinados a elas. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **2h30**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

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

ASSINATURA

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

INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 01 A 03

Descrito há pouco mais de um século, o Alzheimer apaga a memória e reduz a capacidade de planejar e realizar as tarefas do dia a dia. Todavia, esses sinais são típicos dos estágios avançados da doença. Muito antes, ela pode se manifestar de modo dissimulado, fazendo-se confundir com problemas como a depressão, a ansiedade ou alterações súbitas no padrão de sono e apetite.

Sabe-se que esses distúrbios psiquiátricos são mais frequentes nas pessoas que desenvolvem Alzheimer do que na população idosa saudável. Parte dos especialistas defende, com base em estudos populacionais, que a depressão e a ansiedade surgiriam primeiro, em decorrência das dificuldades impostas pelo próprio envelhecimento, e, se não tratadas, aumentariam o risco de Alzheimer. Contudo, surgem evidências de que, ao menos em parte dos casos, o oposto pode acontecer: as manifestações psiquiátricas seriam consequência dos danos neurológicos dos estágios iniciais do Alzheimer.

Em um trabalho conduzido pela neuropatologista brasileira Lea Tenenholz Grinberg, observou-se que, após surgirem as primeiras lesões neurológicas do Alzheimer, o risco de problemas psiquiátricos aumenta. “Esses resultados indicam que, em parte desses casos, a doença de Alzheimer já está instalada em áreas que modulam a atividade cerebral quando as primeiras manifestações psiquiátricas surgem”, afirma Lea.

Os novos achados podem representar dois avanços para a pesquisa e o tratamento do Alzheimer. O primeiro é que a identificação precoce de sinais psiquiátricos pode auxiliar no teste de novos medicamentos. Além disso, a manifestação psiquiátrica do Alzheimer talvez torne possível iniciar mais cedo o uso de medicações já disponíveis.

“Uma importância do estudo coordenado por Lea é mostrar que a depressão no idoso pode não ser de origem primária, causada por fatores sociais ou ambientais, mas resultado de degeneração de regiões cerebrais”, afirma a psiquiatra Paula Villela Nunes, professora da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Isso não significa que seria mais fácil tratar essas pessoas. Especializada em psiquiatria geriátrica e pesquisadora do Instituto de Psiquiatria (IPq) da USP, Paula suspeita que a depressão decorrente do Alzheimer responda pior aos antidepressivos por causa das lesões degenerativas no cérebro. “Tratar esses casos de depressão talvez seja tão desafiador quanto tratar as demências”, diz Paula.

Dezenas de compostos já foram testados para tentar deter ou retardar o Alzheimer. Atualmente, os especialistas apostam que a saída é buscar formas de identificar as lesões no início ou antes de começarem e usar compostos que evitem os danos antes de surgirem os sinais clínicos da doença.

Há urgência para encontrar tratamentos eficazes contra o Alzheimer. Os compostos usados para retardar a perda de memória agem sobre o neurotransmissor acetilcolina, aumentando a atenção. Eles, no entanto, funcionam por, no máximo, alguns anos. Além disso, a doença vem se tornando mais frequente à medida que as pessoas vivem mais. A Organização Mundial da Saúde calcula que existam quase 50 milhões de pessoas com demência no mundo, de 60% a 80% dos casos provocados por Alzheimer. Esse número deve triplicar até 2050.

Ricardo Zorretto. **Revista Fapesp**. Edição 273, nov. 2018. Adaptado.

01

O objetivo principal do artigo é apresentar evidências de que

- (A) alterações no padrão de sono e apetite relacionadas ao Alzheimer acometem com mais frequência pessoas que já apresentavam histórico de depressão e ansiedade.
- (B) testes promissores de novos medicamentos contra o Alzheimer, elaborados a partir de ensaios clínicos em pessoas em estágio avançado da doença, estão em curso.
- (C) idosos com predisposição à depressão devido a fatores ambientais e psicológicos têm maior probabilidade de desenvolver o Alzheimer.
- (D) problemas psiquiátricos podem ser indícios de que os danos neurológicos dos estágios iniciais do Alzheimer já estão instalados.
- (E) medicamentos já usados no tratamento das demências podem ajudar a tratar a depressão associada ao Alzheimer.

02

Depreende-se corretamente do texto que o autor

- (A) expõe uma contradição a respeito do diagnóstico do Alzheimer em “Todavia, esses sinais são típicos dos estágios avançados da doença” (1º parágrafo).
- (B) assinala uma condição para o aumento do risco do desenvolvimento do Alzheimer em “em decorrência das dificuldades impostas pelo próprio envelhecimento” (2º parágrafo).
- (C) ressalta que a doença deve triplicar até 2050 para corroborar o argumento exposto em “Há urgência para encontrar tratamentos eficazes contra o Alzheimer” (7º parágrafo).
- (D) introduz um argumento que ratifica a afirmação imediatamente anterior em “Eles, no entanto, funcionam por, no máximo, alguns anos” (7º parágrafo).
- (E) estabelece noção de causa e consequência, respectivamente, em “a doença vem se tornando mais frequente à medida que as pessoas vivem mais” (7º parágrafo).

03

A afirmação de que o Alzheimer “pode se manifestar de modo dissimulado” (1º parágrafo) significa, no contexto, que os sintomas da doença podem

- (A) fazê-la progredir de modo desfavorável quando não tratados.
- (B) variar bastante de um paciente para outro.
- (C) ser erroneamente associados aos de outras condições.
- (D) deixar de responder a determinados medicamentos.
- (E) apresentar maior gravidade em determinado grupo etário.

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 04 A 06

Dentro do campo mais amplo da Psicologia, os analistas do comportamento adotam um conjunto de pressupostos e orientações presentes em uma proposta epistemológica específica, denominada behaviorismo radical. Essa proposta foi inicialmente apresentada pelo psicólogo estadunidense B. F. Skinner (1904-1990).

A fundamentação no behaviorismo radical faz com que os analistas do comportamento compartilhem formas específicas de caracterizar e pesquisar os fenômenos psicológicos e também de intervir sobre eles. Na análise do comportamento, há uma ligação estreita entre essas atividades – caracterizar, pesquisar e intervir.

Em certa ocasião, Skinner afirmou que o comportamento humano é “possivelmente o mais difícil objeto já submetido à análise científica”. A forma como os analistas do comportamento caracterizam e estudam seu objeto produz um conjunto singular de conhecimentos, que permite intervir de maneiras efetivas sobre o comportamento de pessoas e grupos em seu cotidiano.

As intervenções realizadas pela análise do comportamento derivam diretamente dos conhecimentos científicos produzidos pelos analistas do comportamento dedicados à pesquisa. Isso dá aos analistas do comportamento a confiança de que suas intervenções têm fundamentação científica sólida.

Assim, os analistas do comportamento são especialmente céticos em relação a propostas psicológicas que não descrevam claramente seus conceitos, suas evidências empíricas e métodos utilizados para produzi-las. Auxiliar as pessoas a mudar comportamentos demanda quantidade considerável de conhecimento, tempo e trabalho. Esse é um campo em que é fácil encontrar pessoas sem preparo profissional adequado vendendo soluções mágicas por meio de teorias vagas. Basta pensar nas tantas promessas de que é possível “mudar sua vida” praticando certos rituais ou comprando certos produtos. No campo mais amplo dos estudos do comportamento, a aplicação de métodos científicos constitui a exceção, não a regra. A disciplina Análise do comportamento faz parte da exceção.

O objetivo primordial do analista do comportamento é descobrir por que uma pessoa, ou grupo de pessoas, faz o que faz, da maneira como faz. Analisar o comportamento é identificar relações funcionais entre aspectos do ambiente e aspectos do comportamento das pessoas. Essa identificação não é baseada apenas no que o analista do comportamento “acha” que pode afetar o comportamento. As relações funcionais precisam ser descritas empiricamente, por meio de métodos experimentais que permitam verificar com clareza os efeitos de variáveis ambientais sobre o comportamento do indivíduo (Cooper et al., 2007; Johnston; Pennypacker, 2009; Sidman, 1960).

Alexandre Dittrich. Bruno Angelo Strapasson. In: Sella, Ana Carolina; Ribeiro, Daniela Mendonça (Org.). *Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista*. Curitiba: Appris, 2018. Capítulo 4. “Bases Filosóficas da Análise do Comportamento Aplicada”, edição digital. Adaptado.

04

Segundo o texto, o analista do comportamento

- (A) lida com um campo de estudos subjetivo, cujo maior desafio é testar na prática suas propostas de intervenção comportamental.
- (B) dedica-se ao funcionamento das relações sociais, com o intuito primordial de descrevê-las.
- (C) desvenda aspectos da personalidade de determinado indivíduo, oferecendo-lhe a possibilidade de autocohecimento.
- (D) atua com o intuito de influir sobre o comportamento de indivíduos ou grupos, a partir do trabalho de caracterização e pesquisa.
- (E) investiga o impacto do meio social nas atitudes de indivíduos e grupos, com o objetivo de propor soluções cabíveis a determinada sociedade.

05

O termo sublinhado em “Assim, os analistas do comportamento são especialmente céticos em relação a propostas psicológicas que não descrevam claramente seus conceitos” (5º parágrafo) introduz uma

- (A) concessão.
- (B) comparação.
- (C) condição.
- (D) oposição.
- (E) conclusão.

06

A afirmação de que a Análise do comportamento “faz parte da exceção” (5º parágrafo) baseia-se na premissa de que essa disciplina

- (A) atua sobre o comportamento a partir de fundamentos científicos.
- (B) identifica influências do ambiente sobre o indivíduo.
- (C) revela as estruturas inconscientes responsáveis pelo comportamento.
- (D) desvenda processos mentais responsáveis por determinado comportamento.
- (E) propõe-se a investigar problemas comportamentais que sejam prejudiciais ao conjunto da sociedade.

07

Observe o cartaz a seguir:



Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/o-que-e-hanseníase/>.

A campanha veiculada no cartaz alerta sobre

- (A) as principais formas de transmissão da hanseníase.
- (B) o preconceito contra o paciente acometido pela hanseníase.
- (C) os efeitos da falta de adesão ao tratamento da hanseníase.
- (D) a importância da adesão aos métodos de prevenção da hanseníase.
- (E) a necessidade de controlar a propagação da hanseníase.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

Conforme o Decreto 7.508 de 2011, é correto afirmar que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa

- (A) na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.
- (B) na provisão de cuidados de saúde em serviços públicos e privados, conforme a pactuação consensual entre os entes federativos.
- (C) na conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta.
- (D) no acesso universal e igualitário nos diferentes serviços de saúde ordenados pela atenção primária, dentro de uma Rede de Atenção à Saúde.

- (E) na oferta de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de oferecer assistência à saúde.

09

De acordo com a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, o trabalho é uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores de saúde. De acordo com essa Portaria, em que reside o trabalho vivo?

- (A) Nas relações estabelecidas no ato de cuidar que são os vínculos, a escuta, a comunicação e a responsabilização pelo cuidado integral em saúde.
- (B) Nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar; é o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização do cuidado.
- (C) Na superação do cuidado fragmentado que se fundamenta das ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionado a partir da oferta.
- (D) Na valorização do espaço de trabalho em saúde dos profissionais comprometidos em realizar a clínica ampliada, comprometendo-se com o cuidado integral.
- (E) Na ampliação do objeto de trabalho em saúde, compreendendo os problemas de saúde, ou seja, entendendo as situações de risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

10

Os cientistas Louis Pasteur e Robert Koch iniciaram uma nova fase na evolução da ciência na área da saúde: a descoberta e o estudo dos microrganismos. A partir dessas descobertas, podemos atribuir uma mudança de foco dos profissionais que

- (A) se preocupam mais com as doenças e seu estudo do que com o doente e a consequência das doenças para o doente.
- (B) não consideram a pessoa humana em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, social ou moral e espiritual.
- (C) perdem o entendimento de que o paciente é uma pessoa única e que deve ser considerado em sua totalidade.
- (D) defendem que o conceito de autonomia ficou enfraquecido, pois só os mais fortes conseguirão expressar e exercer a sua liberdade.
- (E) entendem que a busca da supressão da dor e a extensão do prazer se tornou o único referencial para todas as ações.

11

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), é correto afirmar que Clínica Ampliada consiste em

- (A) Ajudar o sujeito em seu problema de saúde, realizando o diagnóstico de maneira ética, solicitando exame complementar para se comprovar determinada doença, prescrevendo remédio e terapias alternativas.
- (B) Ter um compromisso radical em realizar o diagnóstico da doença do sujeito, reconhecer seus limites e possibilidades para adquirir os medicamentos prescritos, trabalhando com as restrições de suas possibilidades.
- (C) Perguntar e ouvir do sujeito o que ele entendeu sobre o diagnóstico realizado de modo que possa seguir as orientações oferecidas a fim de obter êxito no tratamento.
- (D) Assumir responsabilidade sobre o usuário do serviço com um compromisso ético profundo, considerando a singularidade do sujeito, e buscar ajuda em outros setores, a que se dá o nome de intersectorialidade.
- (E) Orientar os sujeitos a entender seus problemas de saúde e, de uma maneira ética, buscar ajuda de outros setores para realizar o diagnóstico e exames de acordo com as possibilidades do sujeito.

12

O trabalho em saúde com a Clínica Ampliada “pode ser comparado a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos. Se a corrente é quase toda de aço, mas um elo é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a do plástico e não a do aço.” Essa metáfora demonstra:

- (A) A qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores em escutar o sujeito e produzir vínculos e afetos sem os quais não se produz o trabalho ancorado na Clínica Ampliada.
- (B) A qualidade da atenção e a satisfação do trabalhador no diálogo com a gestão, a fim de que o gestor possa ser seu representante entre os profissionais do serviço.
- (C) A equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população, com uma gestão de referência facilitando o vínculo específico entre um grupo de profissionais.
- (D) Trabalho cooperativo, com certa divisão de trabalho na atenção à saúde dos usuários, e gestor mediando o diálogo entre os trabalhadores e os demais serviços, possibilitando a integração do cuidado.
- (E) A interdependência do trabalho em saúde é válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços.

13

As reformas previstas e defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, estavam na contramão naquele período porque

- (A) a concepção política e ideológica do movimento defendia a saúde como uma questão exclusivamente social.
- (B) havia estabilidade econômica com a retração dos movimentos sociais, pois os trabalhadores ganhavam poder de compra.
- (C) permitiram que maior número de atores participasse do processo de tomada de decisão e implementação da política de saúde.
- (D) recebeu apoio do presidente da República que não seguia a agenda neoliberal e se comprometeu com a reforma sanitária.
- (E) as reformas difundidas naquela época no resto do mundo questionavam a manutenção do estado de bem-estar social.

14

Ancorado em um quadro teórico, Peduzzi (2001) construiu uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe. Assinale a alternativa que caracteriza a tipologia da Equipe Integração:

- (A) Justaposição das ações; agrupamento dos agentes.
- (B) Articulação das ações; agrupamento dos agentes.
- (C) Justaposição das ações; interação dos agentes.
- (D) Articulação das ações; interação dos agentes.
- (E) Articulação das ações; articulação dos agentes.

15

No documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, são apresentados os atributos da qualidade para a segurança do paciente. O atributo “Oportunidade” é definido como:

- (A) Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado, que tem como objetivo ajudá-los.
- (B) Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
- (C) Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
- (D) Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.
- (E) Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.

FONOAUDIOLOGIA

16

As disfonias organofuncionais correspondem a lesões de laringe, nas quais o comportamento vocal tem maior ou menor envolvimento na gênese da alteração. Assinale a alternativa que representa, em ordem decrescente de importância, a participação do comportamento vocal no desenvolvimento da disfonia.

- (A) Edema de Reinke, leucoplasias, granulomas, cisto vocal, pólipos e sulco vocal.
- (B) Cisto vocal, sulco vocal, nódulos, úlcera de contato, granulomas e leucoplasias.
- (C) Edema de Reinke, leucoplasias, cisto vocal, sulco vocal, pólipos e nódulos.
- (D) Nódulos, pólipos, edema de Reinke, úlcera de contato, granulomas e leucoplasias.
- (E) Úlcera de contato, granulomas, cisto vocal, sulco vocal, pólipos e nódulos.

17

A avaliação e a reabilitação das disfagias neurogênicas em adultos requerem conhecimentos específicos para a realização das intervenções. Sobre esses casos, é correto afirmar:

- (A) A maioria dos pacientes neurológicos apresentam queixa clínica de alteração em pelo menos duas fases da deglutição.
- (B) A análise do prontuário de um paciente internado deve considerar se foi necessária intubação orotraqueal, traqueostomia, presença de doenças contagiosas, medicações utilizadas.
- (C) É indicada a avaliação dos órgãos fonoarticulatórios de modo ativo para permitir a observação da higiene oral.
- (D) Ruídos encontrados na ausculta cervical apresentam baixos índices de concordância com exames objetivos de deglutição.
- (E) O atendimento fonoaudiológico deve começar 24 horas após extubação, pois a intubação orotraqueal pode causar redução da sensibilidade de orofaringe e atraso para o início da fase faríngea da deglutição.

18

A atuação fonoaudiológica em avaliação e diagnóstico das linguagens oral e escrita deve levar em conta correlações entre múltiplos aspectos. Nesse contexto, é correto afirmar:

- (A) Fatores desencadeantes e de causalidade de uma situação constituem a ideia-problema central do processo avaliativo.

- (B) A compreensão do desvio de linguagem de um indivíduo é circunscrita e baseada no comportamento e em processos típicos observados na maioria dos indivíduos.
- (C) Procedimentos de coleta de informações podem ocorrer em observações diretas mediante descrição do comportamento feita pela escola ou pela família.
- (D) Os erros observados na leitura oral têm correspondência com a escrita, do ponto de vista sintático, uma vez que revelam que as regras gramaticais não foram assimiladas.
- (E) O desenvolvimento de linguagem oral e escrita varia entre os indivíduos, pois ocorre na inter-relação de características constitucionais e circunstanciais próprias a cada um.

19

A prevenção de perdas auditivas induzidas por ruído (PAIR) deve considerar um conjunto de conhecimentos científicos e legais relacionados ao ambiente laboral. Sobre a prevenção de PAIR, é correto afirmar:

- (A) O protetor auditivo mais eficiente e efetivo é do tipo *plug* de inserção, com espuma automoldável, controle ativo do ruído e acoplado ao capacete.
- (B) A exposição concomitante ao ruído e a agentes químicos deve ser considerada isoladamente, pois os efeitos produzem perdas auditivas com características específicas.
- (C) O limite de Tolerância de ruído é entendido como a intensidade máxima, relacionada ao tempo de exposição ao som, que causará danos à saúde do trabalhador.
- (D) A exposição ao ruído excessivo pode gerar efeitos adversos, como elevação da pressão arterial, estresse, dificuldades no sono, zumbido, perda auditiva temporária e perda auditiva induzida por ruído.
- (E) O protetor auditivo tipo concha deve ser lavado diariamente com água e sabão neutro, enxaguando e deixando secar completamente antes do uso.

20

Assinale as práticas condizentes com a atuação fonoaudiológica no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

- (A) Matriciar e empoderar as Equipes da Saúde da Família; desenvolver atividades com a saúde da família nos diversos equipamentos sociais, como escola e creches; realizar terapia individual somente nos casos de baixa complexidade, devendo referenciar os demais casos.
- (B) Divulgar as práticas fonoaudiológicas junto ao Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio de cartazes, jornais e informativos, já que a fonoaudiologia não pode colaborar com o Projeto Terapêutico Singular, pois este profissional não está previsto na equipe do NASF.
- (C) Promover discussões junto as Equipes da Saúde da Família para definir os casos de baixa complexidade a serem

reabilitados individualmente. São exemplos de casos de baixa complexidade: disfonia, respirador bucal, presbiopia, presbiacusia.

- (D) Possibilitar a construção de projetos de detecção precoce em voz, bem como desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde da comunicação. As ações devem incluir as orientações de saúde vocal, aquecimento vocal e terapia individual para professores.
- (E) Realizar visita domiciliar individual ou compartilhada para avaliação, orientação terapêutica e monitoramento de fatores gerais e de risco relacionados a comunicação humana, conforme a necessidade dos usuários atendidos pelas Equipes da Saúde da Família.

21

De acordo com Carvallo e Sanches (2014), métodos eficazes utilizados na avaliação da função da orelha média aumentam a precisão no diagnóstico de doenças que provocam alterações auditivas por condução. Acerca desses métodos, é correto afirmar:

- (A) A timpanometria tem vantagens em relação à reflectância de banda larga por não depender de pressurização do canal auditivo e não ocasionar distorção no canal.
- (B) A imitância acústica é uma das medidas da timpanometria e tem por objetivo verificar a energia emitida pela membrana timpânica para a orelha média numa ampla faixa de frequência.
- (C) A reflectância de banda larga, a timpanometria em multifrequência e a timpanometria em multicomponentes aumentam o valor preditivo na identificação de alterações da orelha média.
- (D) Modificações na mobilidade do sistema tímpano-ossicular, ocasionadas pelos efeitos de massa ou rigidez, podem alterar as medidas de reflectância obtidas mediante realização da timpanometria em multifrequências.
- (E) Crianças com ausência de Emissões Otoacústicas Transientes (EOAT) apresentam altura timpanométrica ampliada e predomínio de alteração na orelha interna.

22

O traumatismo cranioencefálico (TCE) caracteriza-se por uma agressão ao cérebro, causada por uma força física externa, que acarreta lesão anatômica e/ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo. Em relação aos casos de TCE, é correto afirmar:

- (A) A lesão encefálica definitiva é o resultado de mecanismos fisiopatológicos que se iniciam com o acidente e estendem-se por até 30 dias após o TCE.
- (B) O termo concussão cerebral é utilizado para se referir à perda temporária da consciência associada ao TCE com lesão do tipo focal.

- (C) Os distúrbios da comunicação independem da gravidade da lesão, podendo ser encontrados inclusive nos TCEs leves.
- (D) Nos serviços de emergência, para avaliação do grau de gravidade do TCE, é utilizada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, que se baseia em três critérios: abertura dos olhos, prejuízo das habilidades neuropsicológicas, melhor resposta motora.
- (E) Os objetivos e estratégias utilizados na reabilitação fonoaudiológica de pacientes pós-TCE, em fase subaguda, compreendem: adequar orientação espacial e temporal; adequar atenção auditiva e visual; estimular a memória; adequar raciocínio lógico matemático.

23

Considere os seguintes achados clínicos na fase oral: problemas de mastigação, atrofia dos músculos labiais, hipertrofia lingual por aumento de gordura e diminuição de massa muscular e na produção de saliva. Esses fatores são características da deglutição em que fase da vida?

- (A) Neonatal.
- (B) Infantil.
- (C) Adolescência.
- (D) Adulta.
- (E) Senescência.

24

Com relação à avaliação clínica da disfagia orofaríngea infantil à beira de leito, é correto afirmar:

- (A) A avaliação da sucção não nutritiva (SNN) deve ser utilizada como estratégia terapêutica e não como avaliação clínica funcional.
- (B) Na vigência de via de alimentação e de traqueostomia, deve ser suspensa a avaliação da deglutição de crianças acima de 1 ano de idade.
- (C) A avaliação da qualidade vocal antes e após a oferta da prova alimentar não é uma estratégia utilizada para análise de penetração.
- (D) Na ausculta cervical é importante atentar-se aos ciclos de sucção, respiração e deglutição e à mudança do som respiratório após a deglutição.
- (E) Havendo tosse no momento da oferta alimentar, o fonoaudiólogo deve suspeitar de alteração na sensibilidade laríngea para a deglutição.

25

O fonoaudiólogo que atua em unidade neonatal tem como foco o desenvolvimento oromotor do bebê e deve levar em consideração:

- (A) O padrão de sucção inicial (*sucking*) é caracterizado pela anteriorização da língua.
- (B) Do nascimento ao 3º mês de vida, as funções de sucção, deglutição e respiração não apresentam coordenação.
- (C) O número de sucções por grupo pode variar em função da forma de alimentação (seio materno ou mamadeira), da fome, consistência e temperatura.
- (D) O canolamento de língua para movimentação do bolo alimentar para a parte posterior da cavidade oral é observado a partir do 4º mês de vida.
- (E) A partir do 6º mês de vida, a respiração nasal pode se tornar mista em função de alguma alteração anatômica e/ou funcional.

26

Considere o seguinte caso clínico: menino de 7 anos foi encaminhado para a avaliação fonoaudiológica devido a queixa de fadiga vocal. No laudo do fonoaudiólogo consta a descrição do tipo de voz como: “esforço fonatório, *pitch* mais elevado, apresenta quebra de frequência e evidência de esforço facial e postura anteriorizada de cabeça”.

Qual é o tipo de voz caracterizado no laudo fonoaudiológico?

- (A) Rouca.
- (B) Soprosa.
- (C) Astênica.
- (D) Tensa.
- (E) Gutural.

27

Considerando os resultados de estudos brasileiros com a técnica do som basal, é possível mencionar os seguintes efeitos após a sua realização:

- (A) Houve piora do tipo de voz, mas melhora da intensidade e *pitch* vocal, em mulheres com fenda em ampulheta.
- (B) Constatou-se aumento da frequência fundamental e melhora da coaptação glótica, em laringectomia parcial vertical.
- (C) Houve constrição vestibular mediana e anteroposterior e aumento da hipernasalidade, em homens sem queixa vocal.
- (D) Laringe participa da tarefa, mas sem vibração de pregas vocais, há diminuição do esforço fonatório e da intensidade.
- (E) Houve maior fechamento do esfíncter velofaríngeo e diminuição da nasalidade, em portadores de fissura palatina.

28

Considere o seguinte caso clínico: homem de 72 anos, diagnosticado com doença de Parkinson. Apresenta-se emagrecido, sem febre, entretanto, tem história de pneumonia de repetição. Na avaliação fonoaudiológica, foi observada alteração na fase oral da deglutição. O profissional tem dúvida sobre a biodinâmica da deglutição orofaríngea desse paciente e pretende pedir uma avaliação instrumental. Qual deve ser o exame complementar a ser solicitado para esse paciente?

- (A) Videoendoscopia, que possibilita a avaliação da cavidade oral, a presença de escape nasal e a existência de penetração e aspiração laringotraqueal.
- (B) Videoendoscopia, que possibilita a avaliação da câmera de pressão intraoral, fechamento velofaríngeo e escape prematuro do alimento para a faringe.
- (C) Videodeglutograma, que possibilita a investigação de todo o trânsito alimentar, permite análise da fisiologia do pulmão, do esôfago e do estômago.
- (D) Videodeglutograma, que fornece a visualização da anatomia da cavidade oral, faringe, laringe, permite a análise da sensibilidade de todo o aduto da laringe.
- (E) Videodeglutograma, que possibilita a avaliação da cavidade oral, o tempo de deglutição, a existência de penetração e/ou aspiração laríngea.

29

Bilton, Roque e Suzuki (2014) descrevem que as causas da aspiração laringotraqueal em idosos são

- (A) força do movimento de ejeção do alimento diminuída e escape prematuro, diminuição da tonicidade da faringe, presença de estase em valéculas.
- (B) ausência dentária, dificuldade na mastigação de alimentos sólidos, resíduo alimentar em cavidade oral e incompetência do véu palatino.
- (C) falta de higienização oral, proliferação de fungos e bactéria na cavidade oral, perda prematura anterior e posterior, refluxo nasal de líquido.
- (D) ausência dentária, incontinência do tensor do véu palatino, aumento do tônus de língua, bucinador e lábios, incompetência do véu palatino.
- (E) presença de reflexo nauseoso exacerbado, perda do paladar, baixa produção de saliva, dificuldade na organização do bolo alimentar na cavidade oral.

30

A fala é decorrente de um processo complexo que envolve e depende da integridade das estruturas neurológicas e musculoesqueléticas, responsáveis pelo planejamento e pela execução das sequências de movimentos coordenados e

precisos. Se houver acometimento neurológico com alterações fonéticas na fala, o quadro clínico é denominado disartria. Nesses casos, necessariamente os parâmetros a serem avaliados são:

- (A) Resistência vocal, articulação, intensidade, estabilidade do *pitch* e prosódia.
- (B) Respiração, fonação, ressonância, articulação e prosódia.
- (C) Fonação, coordenação pneumofonoarticulatória, ressonância e velocidade de fala.
- (D) Ressonância, fonação, respiração, velocidade e ritmo de fala.
- (E) Intensidade vocal, articulação, coordenação pneumofonoarticulatória e ritmo de fala.

31

A atuação fonoaudiológica, no que diz respeito à saúde mental, pode envolver aspectos como:

- (A) Orientações sobre o cuidado com a saúde auditiva, evitando o estresse pelo uso contínuo de sons altos nos fones de ouvidos.
- (B) Desenvolvimento de ações com enfoque educativo, visando à diminuição da ansiedade, incoordenação respiratória e crise disfônica.
- (C) Programas de identificação e apoio a crianças e adolescentes com risco de dificuldades escolares.
- (D) Orientações e informações das pessoas com quadro psiquiátrico, cuidadores e familiares para serem agentes de resgate e inclusão.
- (E) Maternagem, dar ênfase ao vínculo entre mãe e o bebê com o objetivo de promover a Rede de Cuidados.

32

O implante coclear é um dispositivo eletrônico biocompatível e durável, desenvolvido para realizar a função das células ciliadas que estão danificadas ou ausentes, possibilitando percepção auditiva dos sons da fala, e está indicado como modalidade padrão ouro de reabilitação auditiva em crianças com deficiência auditiva pré-lingual. Qual das situações relacionadas a seguir atende aos critérios de seleção e indicação para implante coclear?

- (A) Criança com 3 meses de idade, apresentando deficiência auditiva neurosensorial de grau severo, com limiares auditivos tonais superiores a 70 dBNA a partir da frequência de 1000 Hz.
- (B) Criança com 12 meses de idade, apresentando deficiência auditiva neurosensorial de grau severo, com permeabilidade coclear para inserção cirúrgica dos eletrodos.
- (C) Criança com 6 meses de idade, apresentando deficiência auditiva neurosensorial de grau profundo, com limiares

auditivos tonais inferiores a 70 dBNA a partir da frequência de 1000 Hz.

- (D) Criança com 12 meses de idade, apresentando deficiência auditiva neurosensorial de grau profundo, com permeabilidade coclear para inserção cirúrgica dos eletrodos.
- (E) Criança com 6 meses de idade, apresentando deficiência auditiva neurosensorial de grau severo, com limiares auditivos tonais superiores a 70 dBNA a partir da frequência de 1000 Hz.

33

Há uma variação evidente quanto ao desempenho e ao sucesso com o uso do implante coclear. A indicação correta, obedecendo a critérios bem definidos e técnicas adequadas de inserção e reabilitação, pode favorecer melhores resultados. Diante disso, quais dos critérios relacionados podem ser considerados como contraindicação para o implante coclear?

- (A) Deficiência auditiva neurosensorial de grau severo e/ou profundo bilateral em crianças e comprometimentos neurológicos graves associados à deficiência auditiva.
- (B) Infecção ativa da orelha média e deficiência auditiva sensorioneural progressiva em adultos.
- (C) Baixo índice de reconhecimento auditivo em testes de percepção da fala com amplificação.
- (D) Expectativas familiares adequadas quanto ao resultado do implante coclear e condições clínicas que contraindiquem a cirurgia.
- (E) Comprometimentos neurológicos graves associados à deficiência auditiva e deficiência auditiva causada por agenesia da cóclea ou de nervo auditivo.

34

O desenvolvimento e a maturação auditiva de um lactente com audição normal seguem uma sequência padronizada de comportamentos que evoluem desde o nascimento até os dois anos de idade. A hierarquia das habilidades auditivas inclui etapas. Em relação às habilidades auditivas,

- (A) a detecção é a primeira habilidade e ocorre logo ao nascimento.
- (B) a discriminação permite diferenciar sons e se desenvolve a partir do quarto mês.
- (C) a localização sonora permite identificar de onde vem o som e envolve o tronco encefálico e o córtex.
- (D) a localização sonora ocorre primeiro no eixo longitudinal e depois horizontal.
- (E) o reconhecimento auditivo surge a partir dos 2 anos.

35

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é um problema de saúde pública que traz graves consequências, e seu tratamento é fundamental. Em relação às características clínicas observadas na SAOS, é correto afirmar que

- (A) ocorre preferencialmente em mulheres na quarta década de vida.
- (B) caracteriza-se pela presença de ruído respiratório oriundo da vibração de tecidos da faringe sem a ocorrência de eventos respiratórios (apneia e hipopneia), dessaturação da oxiemoglobina ou despertares.
- (C) caracteriza-se por limitação ao fluxo aéreo e aumento da resistência da via aérea superior, levando à fragmentação do sono e à sonolência excessiva, na ausência de apneias, hipopneias e/ou dessaturação significativa da oxiemoglobina.
- (D) a obesidade, por aumentar a pressão extra luminal da faringe, é um dos mais importantes fatores de risco no adulto.
- (E) aumenta o risco de isquemia coronariana, acidente vascular cerebral, mas não está associada ao desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica.

36

A função velofaríngea depende da integridade da musculatura palatofaríngea. Qual músculo tem a função de movimentar o véu palatino para baixo e para frente?

- (A) Músculo tensor do véu palatino.
- (B) Músculo elevador do véu palatino.
- (C) Músculo palatofaríngeo.
- (D) Músculo constritor superior da faringe.
- (E) Músculo palatoglosso.

37

A insuficiência velofaríngea é diagnosticada clinicamente, confirmada pela avaliação instrumental. A respeito do diagnóstico e tratamento da insuficiência velofaríngea, qual das alternativas a seguir está correta?

- (A) No fechamento velofaríngeo coronal, há maior participação das paredes laterais da faringe.
- (B) A hipernasalidade é avaliada com espelho de Glatzel.
- (C) A combinação da videofluoroscopia e da nasolaringoscopia possibilita avaliação estática e dinâmica na fala e deglutição.
- (D) A insuficiência velofaríngea não tem indicação de tratamento cirúrgico.
- (E) A terapia fonoaudiológica somente traz benefício em casos leves de insuficiência velofaríngea.

38

Na literatura, encontram-se inúmeras classificações das fissuras labiopalatinas. No Brasil, a mais difundida e utilizada atualmente é a classificação de Spina (1972), tomando-se por base o forame incisivo. De acordo com essa classificação, qual das fissuras compromete palato mole, sem afetar lábio, alvéolo e palato duro?

- (A) Pré-forame incompleta.
- (B) Pré-forame completa.
- (C) Pós-forame completa.
- (D) Pós-forame incompleta.
- (E) Transforame.

39

O desempenho do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) em situações de ruído, a clareza do som amplificado, o conforto com sons fortes e a qualidade da própria voz (relacionada ao efeito de oclusão) estão entre os principais fatores que influenciam a satisfação do usuário. A tecnologia dos AASIs avançou muito nas últimas décadas, disponibilizando diferentes soluções para atingir esses objetivos, podendo ser citados, por exemplo, os algoritmos digitais de redução do ruído e microfonia e a expansão. De modo geral, as estratégias digitais para redução da microfonia podem ser agrupadas em duas: redução de ganho e cancelamento da microfonia, sendo estas últimas preferenciais. Em qual das condições a seguir está indicado algoritmo de cancelamento da microfonia?

- (A) Casos de perda auditiva leve e/ ou audição bastante preservada em frequências baixas.
- (B) Casos em que haja relato de incômodo com a percepção de ruídos de fraca intensidade em ambientes silenciosos.
- (C) Indivíduos com estilo de vida dinâmico, que utilizem o AASI em diferentes situações acústicas.
- (D) Indivíduos que não necessitem utilizar ventilações com diâmetro muito grande.
- (E) Perdas auditivas descendentes com audição utilizável em alta frequência e que necessitem de maior ganho nesta região.

40

A exposição de crianças a níveis de pressão sonora elevados (NPSE) pode levar a perda auditiva, zumbido e intolerância a sons. A legislação brasileira determina, no Anexo 2 da Norma Reguladora 15 (NR 15), os limites de exposição a sons intensos em ambiente ocupacional. Para ruídos de 90 dB, o limite de tempo de exposição por dia deve ser de:

- (A) 7 minutos.
- (B) 45 minutos.
- (C) 4 horas.
- (D) 8 horas.
- (E) 16 horas.

ESTUDO DE CASO

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

RTP, 51 dias, nascido a termo (segundo informações colhidas), sexo feminino, história pregressa da mãe refere ter tido sífilis durante a gestação. O parto foi normal, realizado por parteira em casa. A mãe não teve acompanhamento no pré-natal. Após o nascimento, a criança não se alimentava no peito e apresentava estridor respiratório. Na unidade básica de saúde, os pais e o bebê foram acolhidos, receberam orientações, agendamento com equipe de saúde e encaminhamento para o hospital de referência. O pediatra encaminhou o bebê para avaliação funcional da deglutição, pois se encontrava abaixo do peso, com estridor respiratório e choro fraco. O otorrinolaringologista pediátrico constatou, por avaliação nasolaringoscópica, a presença de laringomalácia, fator causal das manifestações laríngeas. Na triagem auditiva neonatal, realizada pelo fonoaudiólogo, o resultado encontrado foi “falha” na orelha esquerda.

01

Descreva o(s) possível(is) exame(s) que deverão ser realizados na investigação da acuidade auditiva e as hipóteses dos achados audiológicos.

RASCUNO

02

Descreva, de maneira detalhada, a avaliação funcional da deglutição e a sua conduta para o caso.

03

Com relação ao NASF, descreva as possíveis ações que podem ser realizadas com a família.

