

## **FONOAUDIOLOGIA**



Prezado(a) Participante,

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

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Prova.
03. Antes de iniciar a resolução das 50 (cinquenta) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área privativa, na data estabelecida no Anexo III, conforme no subitem 8.19 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Prova e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

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

Boa prova!

Fortaleza, 07 de novembro de 2021.

**Inscrição**

**Sala**

01. D. Maria, moradora do distrito de Flores, identificou um nódulo na mama durante seu autoexame e procurou a Unidade Básica de Saúde para investigação. O médico a examinou e solicitou uma mamografia, que a paciente realizou no município de Águas, vizinho ao distrito onde mora. Ao avaliar o resultado do exame, o médico solicitou uma biópsia, e a usuária foi então encaminhada ao serviço de alta complexidade localizado no município de Cristais, também próximo de sua residência. Semanas após, foi definido o tratamento com quimioterapia, realizado também no município de Cristais. Todas as etapas de investigação, realização de exames complementares e do tratamento foram realizadas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A situação acima descreve a prática de alguns princípios e diretrizes do SUS estabelecidos pelo artigo 7º da Lei Nº 8.080/90. Qual item a seguir contempla um desses princípios atendidos no caso da D. Maria?
- A) Equidade.
  - B) Clínica ampliada.
  - C) Descentralização.
  - D) Controle e regulação.
02. O princípio orientador da estrutura dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), da Organização Mundial de Saúde (OMS), é a igualdade na saúde, considerando que os indivíduos encontram-se na base dos DSS, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. Quais elementos compõem a camada proximal na estrutura dos DSS proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS?
- A) Comportamentos e estilos de vida individuais.
  - B) Condições econômicas, sociais e ambientais.
  - C) Condições de vida e de trabalho.
  - D) Redes comunitárias e de apoio.
03. O programa “Previne Brasil” criado pela Portaria Nº 2.979, em novembro de 2019, substituiu os critérios até então utilizados no Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável para financiamento de custeio da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, o financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) fica constituído por: capitação ponderada; pagamento por desempenho; e incentivo para ações estratégicas. Considerando o município urbano pela classificação no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), qual o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de saúde da família?
- A) 1.000
  - B) 2.000
  - C) 3.000
  - D) 4.000
04. A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Refletindo sobre o eixo de assistência, qual base do cuidado deve ser utilizada no modelo de atenção hospitalar a fim de assegurar o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente?
- A) Clínica ampliada e gestão da clínica.
  - B) Integralidade do paciente.
  - C) Segurança do paciente.
  - D) Atenção humanizada.
05. A educação popular foi pauta da 12ª Conferência Nacional de Saúde no eixo temático Educação Popular em Saúde o que resultou, em 2009, na criação do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) e, em 2013, na Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Considerando os princípios que norteiam a PNEPS-SUS, assinale o item que indica o princípio que preenche a lacuna Diálogo; \_\_\_\_\_; Problemática; Construção compartilhada do conhecimento; Emancipação; e Compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Assinale a alternativa que melhor se adequa.
- A) Dignidade
  - B) Humanidade
  - C) Amorosidade
  - D) Magnanimidade

- 06.** A Educação Permanente em Saúde (EPS) visa a qualificação e o aperfeiçoamento do processo de trabalho, em vários níveis do sistema de saúde, com vistas à melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, foi elaborado o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), via Portaria GM/MS Nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, que tem por objetivo organizar o financiamento e o processo de planejamento das ações de EPS no nível estadual e local. Qual dessas afirmativas é um objetivo do PRO EPS-SUS?
- A) Monitorar e avaliar permanentemente as ações de Educação Permanente em Saúde existentes no território.
  - B) Fortalecer a Atenção Básica e a integração com os demais níveis de atenção para a qualificação dos profissionais e obtenção de respostas mais efetivas na melhoria do cuidado em saúde.
  - C) Contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde.
  - D) Incorporar estratégias que possam viabilizar as ações de EPS nos serviços de saúde, tais como as tecnologias de informação e comunicação e as modalidades formativas que se utilizem dos pressupostos da Educação e Práticas Interprofissionais em Saúde.
- 07.** A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no Brasil. Nesse sentido, ocorreu a formalização da incorporação do tema da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) na agenda nacional e possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional. Qual a linha de ação existente no Plano de Ação para Implementação da EIP?
- A) Incentivo à adoção de ações de EIP nas graduações da área da saúde.
  - B) Fortalecimento da EIP como dispositivo para a reorientação dos cursos de graduação em saúde.
  - C) Apoio às escolas de Medicina, no contexto do Programa Mais Médicos, para efetivação da EIP.
  - D) Inserção da EIP como pauta de discussão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos demais cursos de graduação em saúde.
- 08.** A Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018, instituiu a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) como política pública de Estado e função essencial do SUS. Qual das afirmativas abaixo indica uma diretriz da Vigilância em Saúde?
- A) Cooperação e articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde.
  - B) Utilização da epidemiologia e da avaliação de risco para a definição de prioridades nos processos de planejamento, alocação de recursos e orientação programática.
  - C) Articulação das ações de vigilância em saúde com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir a integralidade da atenção à saúde da população.
  - D) Construção de práticas de gestão e de trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, com a inserção das ações de vigilância em saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde e em especial na Atenção Primária, como coordenadora do cuidado.
- 09.** M.X.N., 40 anos, compareceu à Unidade Básica de Saúde (UBS) para sua primeira consulta após o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. O atendimento foi realizado com a participação do médico, da enfermeira e da nutricionista da Unidade e, ao final da consulta, profissionais e paciente estabeleceram e discutiram o plano de cuidados individualizado, levando em consideração as necessidades, saberes e o contexto social do usuário. O caso acima descreve a implementação de qual princípio descrito na Política Nacional de Humanização?
- A) Ambiência.
  - B) Transversalidade.
  - C) Gestão participativa e estratégica.
  - D) Indissociabilidade entre atenção e gestão.
- 10.** O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral, o que só é possível com a organização do cuidado em rede. Como deve ser estabelecida a relação entre os pontos de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e a Atenção Básica (AB) no cuidado às pessoas com doenças crônicas?
- A) Referência.
  - B) Coordenação do cuidado.
  - C) Relação mediada pelo médico especialista.
  - D) Relação de visitas periódicas de generalistas.

11. Fazendo parte da estrutura periférica da audição, o músculo tensor do tímpano e o músculo estapédio apresentam contração reflexa involuntária. Qual a função desses dois músculos?
- A) Funcionam na ventilação e drenagem.
  - B) Funcionam como base da discriminação de frequências.
  - C) Funcionam como mecanismo de proteção da cóclea mediante uma estimulação sonora excessiva.
  - D) Transmitem a informação sonora codificada da cóclea para os núcleos cocleares e destes para o córtex auditivo.
12. A cadeia ossicular da orelha média une meios de densidades diferentes, através do acoplamento de impedâncias. Que fatores determinam a impedância acústica da orelha média?
- A) Massa, rigidez e força.
  - B) Pressão, força e fricção.
  - C) Massa, rigidez e fricção.
  - D) Pressão, rigidez e fricção.
13. A cóclea é a principal responsável pela função auditiva. Que estruturas a seguir fazem parte da cóclea?
- A) Modíolo, gânglio espiral e tuba auditiva.
  - B) Modíolo, gânglio espiral e lâmina espiral óssea.
  - C) Lâmina espiral óssea, membrana timpânica e tuba auditiva.
  - D) Lâmina espiral óssea, membrana timpânica e gânglio espiral.
14. Criança, 7 meses, atendida na Unidade Básica de Saúde do interior do Ceará. A mãe queixa-se que a criança não se assusta ao barulho e não acorda num ambiente ruidoso. Família não sabe informar se a mesma fez a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), ao nascimento. Na avaliação do comportamento auditivo desse bebê, espera-se qual padrão de resposta a sons instrumentais?
- A) Reação de sobressalto.
  - B) Não localiza fonte sonora.
  - C) Respostas de localização direita e esquerda, para baixo e para cima.
  - D) Respostas de localização (direita e esquerda) e localização indireta para baixo e para cima.
15. A descrição da alteração auditiva conhecida como Espectro da Neuropatia Auditiva (ENA) provocou uma nova reflexão nos procedimentos adotados na Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), e tornou-se por alguns anos o foco de pesquisas e recomendações. Qual a principal característica dos exames eletrofisiológicos de uma criança com ENA?
- A) Presença de resposta medida pelo PEATE, com ausência de EOA e/ou do microfonismo coclear.
  - B) Presença de resposta medida pelo PEATE, com presença de EOA e/ou do microfonismo coclear.
  - C) Alteração ou ausência de resposta medida pelo PEATE, com ausência de EOA e/ou do microfonismo coclear.
  - D) Alteração ou ausência de resposta medida pelo potencial evocado auditivo do tronco encefálico (PEATE), com presença de emissões otoacústicas (EOA) e/ou do microfonismo coclear.
16. Ao nascimento, a cóclea está respondendo praticamente com o seu processo maturacional completo, contudo, o mesmo não acontece com o nervo auditivo e tronco encefálico. Até que idade esses últimos continuam seu desenvolvimento maturacional?
- A) 6 meses
  - B) 12 meses
  - C) 18 meses
  - D) 24 meses

17. Queixas relacionadas a dificuldades de ouvir em ambientes ruidosos e realizar fechamentos auditivos podem ser encontradas em indivíduos com alterações no Processamento Auditivo Central (PAC). De acordo com a queixa mencionada, qual desses testes pode estar alterado na avaliação do PAC?
- A) Testes dicóticos.
  - B) Testes de resolução temporal.
  - C) Testes monoaurais de baixa redundância.
  - D) Testes de ordenação e sequência temporal.
18. Paciente 15 anos, com rinite alérgica, refere sensação de plenitude auricular e zumbido após mergulho em piscina. Na avaliação audiológica, revelou curva timpanométrica caracterizada por pico de máxima admitância deslocado para pressão negativa e ausência de reflexos acústicos. Esse achado é compatível com qual alteração de orelha média?
- A) Disfunção da tuba auditiva.
  - B) Disjunção da cadeia ossicular.
  - C) Aumento da rigidez do sistema.
  - D) Presença de líquido no espaço da orelha média.
19. Na audiometria tonal, ao se testar a via aérea, deve-se sempre mascarar a orelha não testada quando houver uma diferença entre a resposta obtida na via aérea da orelha testada e o limiar da via óssea da orelha não testada numa mesma frequência. De quanto deve ser essa diferença?
- A) Maior ou igual a 20 dB NA.
  - B) Maior ou igual a 40 dB NA.
  - C) Maior ou igual a 60 dB NA.
  - D) Maior ou igual a 80 dB NA.
20. Adulto com queixa de zumbido em orelha direita. Otorrinolaringologista verificou otoscopia normal e solicitou audiometria tonal e vocal, imitanciometria e EOAPD (Emissões Otoacústicas por Produto de Distorção). Imitanciometria: Curvas tipo An e Reflexos acústicos contralaterais presentes em 500 e 1000Hz; EOAPD ausentes. O que se esperar dos limiares psicoacústicos?
- A) Limiares por volta ou maiores que 25 dB NA.
  - B) Limiares por volta ou maiores que 50 dB NA.
  - C) Limiares por volta ou menores que 25 dB NA.
  - D) Limiares por volta ou menores que 50 dB NA.
21. A adaptação de aparelho auditivo com sistema CROS utiliza-se da tecnologia wireless. Esse sistema pode ser indicado para qual perda auditiva?
- A) Perdas auditivas retrococleares.
  - B) Perdas auditivas bilaterais simétricas.
  - C) Perdas auditivas unilaterais profundas.
  - D) Perdas auditivas bilaterais com uma orelha anacúsica.
22. Paciente de 65 anos, sexo feminino, apresentando perda auditiva neurosensorial de grau moderado bilateral simétrica, com recrutamento e redução na área dinâmica da audição. Nesse caso, o que seria recomendado considerar na seleção da prótese auditiva?
- A) O uso de próteses auditivas com microfone direcional.
  - B) O uso de próteses auditivas com circuitos de compressão.
  - C) O uso de próteses auditivas com saída máxima aumentada.
  - D) O uso de próteses auditivas com microfone omnidirecional.
23. O processo de seleção do aparelho auditivo deve se basear nas necessidades auditivas e não auditivas do indivíduo. Isso inclui a definição das características físicas e eletroacústicas das próteses auditivas, de acordo com as necessidades individuais. Aparelhos com tubos finos podem ter receptor interno ou externo. Qual a principal razão para selecionar uma prótese auditiva em adaptação aberta?
- A) Eliminar ou reduzir o efeito de oclusão.
  - B) Aumentar a saída máxima.
  - C) Diminuir o zumbido.
  - D) Aumentar o ganho.

24. O fonoaudiólogo que realiza programação do processador de fala do paciente usuário de Implante Coclear tem como instrumentos clínicos diferentes métodos de avaliação dos ajustes e parâmetros de programação. Quais são as técnicas subjetivas de avaliação mais utilizadas para a programação do processador de fala?
- A) Telemetria de impedância.
  - B) Telemetria de respostas neurais.
  - C) Determinação do limiar eletrofisiológico e mapeamento dos eletrodos.
  - D) Determinação dos níveis mínimos e máximos de estimulação e o balanceamento dos eletrodos.
25. Paciente adulto com perda auditiva sensorineural bilateral de grau severo, pré-lingual, não oralizado, foi submetido a audiometria em campo com AASI e testes de percepção de fala, antes da indicação da cirurgia de implante coclear. A equipe optou pela não indicação da cirurgia. Qual dos seguintes critérios pode ter contraindicado a cirurgia para esse paciente?
- A) Perda auditiva sensorineural bilateral de grau severo.
  - B) Surdez pré-lingual sem código linguístico oral estabelecido.
  - C) Limiares auditivos com aparelhos de amplificação sonora individuais  $\geq 60$  dBNA.
  - D) Escore de percepção de fala  $\leq 60\%$  para sentenças em conjunto aberto no melhor ouvido.
26. Na cirurgia de implante coclear em cócleas ossificadas, o grau de ossificação está intimamente relacionado com os resultados pós-cirúrgicos. Quais as possíveis causas da ossificação coclear?
- A) Otosclerose, infecções virais e presbiacusia.
  - B) Meningite, otosclerose, otite média crônica.
  - C) Meningite, infecções virais e síndrome de Menière.
  - D) Otosclerose, otite média crônica e síndrome de Menière.
27. A prova calórica avalia cada labirinto separadamente e permite reconhecer o lado acometido e caracterizar a intensidade da lesão vestibular. A lesão do sistema nervoso central pode revelar alterações patognomônicas à prova calórica. Qual dessas alterações é patognomônica de alteração central na prova calórica?
- A) Hiperreflexia.
  - B) Hiporreflexia.
  - C) Preponderância direcional.
  - D) Ausência do efeito inibidor da fixação ocular.
28. Paciente, sexo feminino, 40 anos, compareceu à Unidade Básica de Saúde com queixa de tontura ao deitar, e sensação de desequilíbrio que persistiu durante 2 dias. Foi encaminhada para atendimento especializado com otorrinolaringologista, que solicitou avaliação labiríntica. Qual o teste mais importante para o diagnóstico?
- A) Prova calórica.
  - B) Teste de Dix-Hallpike.
  - C) Teste do Impulso da cabeça.
  - D) Manobra de reposição canalítica.
29. A fala é complexa e a sua efetivação envolve aspectos linguísticos, motores e auditivos. Por isso, a integração da informação auditiva, somatossensorial e motora é essencial para que a fonologia da língua seja adquirida adequadamente, de modo a tornar a comunicação eficiente e a fala inteligível. Apesar de ser um distúrbio heterogêneo no que diz respeito à sua manifestação, quais características parecem ser bastante observadas em crianças com Distúrbio Fonológico?
- A) Os processos fonológicos apresentados são semelhantes aos das crianças com desenvolvimento típico, porém se mantêm além do esperado para a idade.
  - B) A combinação de processos fonológicos apresentados pelas crianças com Distúrbio Fonológico é variável e o número médio de diferentes processos fonológicos utilizados é quatro.
  - C) O inventário fonético é reduzido; as vogais, em geral, não estão preservadas; a substituição tende a ser o tipo de erro mais recorrente; pode haver distorções de alguns sons específicos.
  - D) O diagnóstico ocorre predominantemente entre 5 e 9 anos de idade e é mais observado em sujeitos do gênero masculino, porém parece apresentar maior gravidade no gênero feminino.

30. A escolha entre as manobras de reposição canalítica depende de qual manobra diagnóstica foi realizada. Após uma manobra de Dix- Hallpike, encontramos-nos em posição de seguir com qual manobra?
- A) Manobra de Epley.
  - B) Manobra de Gufoni.
  - C) Manobra de Sémont.
  - D) Manobra de Baloh Lempert.
31. A forma mais frequente de VPPB é a do canal posterior. Quais as características do nistagmo provocado pela manobra de Dix-Hallpike em uma VPPB de canal posterior?
- A) Duração de ao menos 30 segundos.
  - B) O nistagmo não inverte à posição sentada.
  - C) Presença de uma fase apenas, decrescendo.
  - D) Latência de mais de 30 segundos para aparecer.
32. A área da Motricidade Orofacial envolve os aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical. Há quase duas décadas, tornou-se uma das especialidades da Fonoaudiologia, segundo a Resolução CFFa 130/95. Contudo, muito antes da criação das especialidades, os fonoaudiólogos no Brasil já trabalhavam nessa área, buscando o equilíbrio morfofuncional do sistema estomatognático. Na avaliação da mastigação, quais aspectos o fonoaudiólogo deve observar?
- A) Corte, incisão, trituração, movimento mandibular, escape anterior e tempo mastigatório.
  - B) Incisão, trituração, padrão mastigatório, posição dos lábios, ruídos e tempo mastigatório.
  - C) Incisão, amassamento, arcadas dentárias, escape anterior, ruídos orais e tempo mastigatório.
  - D) Corte, amassamento, vedamento labial, sialorreia, lateralização, ruídos e tempo mastigatório.
33. O envelhecimento da população humana, em grande parte dos países, tem sido estudado sob vários aspectos. O reflexo desse fenômeno sobre a fonoaudiologia tem se tornado muito evidente. Cada vez mais, a perda da eficiência comunicativa e a degradação natural da voz passam a exigir dos fonoaudiólogos grande atenção e domínio de recursos técnicos. Quanto à presbifonia, quais características funcionais e anatômicas podemos encontrar?
- A) A configuração típica da presbilaringe é o arqueamento de pregas vocais com saliência de processos vocais durante a respiração e fenda fusiforme membranácea durante a fonação, principalmente nos homens. Nas mulheres, há maior ocorrência de edema nas pregas vocais.
  - B) O prejuízo das fibras musculares contribui para a atrofia do músculo tireoaritenóideo, o qual se torna mais fraco e fatigável. Ocorre aumento da espessura da lâmina própria e de depósito de colágeno, e redução de ácido hialurônico na lâmina própria das pregas vocais.
  - C) Há aumento do muco que lubrifica a laringe e também aumento de sua viscosidade. Os nervos periféricos da laringe sofrem alterações a partir da redução dos axônios e fibras mielinizadas, além de ocorrer decréscimo no suporte vascular do órgão.
  - D) Nos idosos, a laringe se posiciona em uma altura mais baixa no pescoço, as cartilagens tendem a se ossificar, as articulações sofrem desgaste das superfícies articulares, porém não reduzem a amplitude de seus movimentos.
34. Os padrões miofuncionais orofaciais vão se modificando de acordo com o crescimento e desenvolvimento craniofacial. A infância e a adolescência caracterizam-se por fases transitórias de acomodação das estruturas de tecidos duros e mole.
- De acordo com a declaração acima, o que podemos afirmar corretamente sobre estes ciclos de vida?
- A) A organização dos aspectos funcionais, especialmente de mastigação, deglutição e fala, referente aos aspectos fonéticos, não depende das mudanças no desenvolvimento dentário e oclusal, assim como do crescimento craniofacial e de controle muscular.
  - B) A mastigação com padrão bilateral alternado, lábios ocluídos, ação de músculos masseter e temporais e movimentos mandibulares rotatórios é descrita como situação ideal por possibilitar a distribuição da força mastigatória, balanço, sincronia e equilíbrio muscular e funcional.
  - C) Os espaços funcionais intraorais podem ser compatíveis com o volume das estruturas de tecido mole. Assim, arcos dentários atrésicos, palato muito profundo e tonsilas palatinas volumosas são agentes dificultadores dos padrões adequados de mastigação, deglutição e articulação da fala.
  - D) Nessa fase de crescimento, o padrão respiratório predominante nasal possibilita a organização da postura oral com os devidos apoios de língua em palato e vedamento labial passivo. Assim, torna-se fator essencial como estímulo favorável de crescimento e de organização miofuncional.

35. As apraxias, em geral, são divididas em apraxia motora, ideomotora e ideatória. Os dois principais tipos são apraxia ideatória e apraxia ideomotora. A primeira consiste na inabilidade de fazer uso de um objeto ou gesto, devido à perda do conhecimento de suas funções. A outra, se refere ao distúrbio na performance dos movimentos necessários para o uso de objetos, para a realização de gestos ou uma sequência de movimentos isolados. A apraxia ideomotora divide-se em três subcategorias. Sobre elas é correto afirmar:
- A) A primeira categoria, chamada limb apraxia, é descrita como uma inabilidade para sequenciar os movimentos dos braços, pernas, mãos e pés durante uma ação voluntária.
  - B) A segunda é a apraxia orofacial, não-verbal ou bucofacial, em que há um déficit na habilidade de sequencialização dos movimentos voluntários verbais da língua, lábios, mandíbula e outras estruturas orais associadas.
  - C) A terceira, denominada apraxia da fala, é definida como um déficit na habilidade de sequenciar comandos motores necessários para o posicionamento correto dos articuladores durante a produção involuntária da fala.
  - D) As condições etiológicas desse distúrbio da fala incluem acidentes vasculares cerebrais, doenças degenerativas, traumas e tumores, desde que essas lesões centrais não se localizem em áreas responsáveis pela sequencialização dos comandos motores da fala.
36. O grupo de doenças conhecidas como “distúrbios do movimento” ou “síndromes extrapiramidais” é caracterizado por movimentos involuntários anormais ou por uma redução dos chamados movimentos normais. Pode ser dividido em dois grandes grupos: as síndromes hipocinéticas e as síndromes hiperkinéticas. A única representante do grupo das síndromes hipocinéticas é a síndrome parkinsoniana, ou parkinsonismo. De que são constituídas as síndromes hiperkinéticas?
- A) Coreia, distonia, mioclonia, tique, tremor e discinesia tardia.
  - B) Atetose, disartria, mioclonia, tique, convulsões e discinesia precoce.
  - C) Coreia, disartria, bradicinesia, tique, convulsões e discinesia precoce.
  - D) Espasticidade, distonia, bradicinesia, tique, tremor e discinesia tardia.
37. Anita Van der Merwe (2009) explicitou um modelo de processamento neuropsicológico da fala, com base em quatro níveis do processamento. Durante a produção de fala, a mensagem é transformada de símbolos linguísticos ajustada a um sistema motor. O processo motor, como um todo, envolve muitas fases ou uma organização hierárquica de níveis. Quais são esses níveis?
- A) Planejamento sensorio-auditivo, Planejamento sensorio-motor, Programação aferente e Execução eferente.
  - B) Planejamento simbólico-sensorial, Planejamento sensorio-neural, Programação motora e Execução motora.
  - C) Planejamento auditivo-linguístico, Planejamento sensorio-neural, Planejamento aferente e Execução eferente.
  - D) Planejamento auditivo-linguístico, Planejamento sensorio-neural, Planejamento aferente e Execução eferente.
38. O câncer, no Brasil, ganha relevância pelo seu perfil epidemiológico, por seu impacto social e peso global decorrentes dos custos econômicos e sociais envolvidos na sua prevenção, tratamento e reabilitação. O conhecimento sobre essa doença possibilita estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva do cenário da população acometida e suscetível a essa etiologia. Dentre os fatores de risco do câncer de cabeça e pescoço, podemos afirmar que:
- A) O tabagismo é o principal fator de risco para o adenocarcinoma e é correlacionado com a intensidade e a duração do hábito de fumar.
  - B) A infecção por Papilomavírus humano (HPV) é de alto risco e representa fator influente em 25% dos casos, principalmente para adenocarcinoma da orofaringe.
  - C) A má higiene oral e consequente formação de placas dentárias e irritação crônica do revestimento da boca são consideradas fatores de risco para o câncer no esôfago.
  - D) O consumo de álcool também é um fator de risco preponderante. Ele age como solvente, aumentando a exposição da mucosa do trato digestivo a agentes carcinogênicos.
39. As disfonias neurológicas compõem as manifestações do subsistema fonatório nas disartrofonias. Esse termo, ao invés de disartria, descreve melhor o comprometimento dos diversos subsistemas nas alterações neurológicas e, mesmo constituindo um grupo heterogêneo de transtornos de fala, apresentam algumas características comuns. Quais são as características comuns as disartrofonias?
- A) Rouquidão, voz tensa e estrangulada.
  - B) Redução na velocidade de fala, diplofonia e voz flutuante.
  - C) Inteligibilidade de fala reduzida, soprosidade e instabilidade vocal.
  - D) Tremores na fala, diminuição de Tempo Máximo de Fonação (TMF) e aspereza.



40. As modificações senescentes da deglutição caracterizam a chamada presbifagia e ocorrem em todas as suas fases, por causa do envelhecimento das estruturas envolvidas na sua realização, inclusive o sistema neurológico. Quais as principais alterações encontradas na fase faríngea da deglutição?
- A) Hipertonia faríngea, com conseqüente diminuição na eficiência de contração.
  - B) Diminuição na elevação laríngea, com aumento da sensibilidade da faringe e da laringe.
  - C) Abertura tardia (se comparada com o jovem) do segmento faringolaríngeo sem, contudo, penetração em vestíbulo laríngeo, ou de microaspirações.
  - D) Além das modificações funcionais, têm sido frequentes alterações de causas mecânicas, como o divertículo faringoesofágico, mais conhecido como divertículo de Zenker, a partir dos 60 anos.
41. Quando a via nasal não possibilita a passagem de ar, este passa a ser captado por meio da boca. Se a respiração nasal não é restabelecida, instala-se a respiração oral por princípio de adaptação patológica. As causas mais frequentes da respiração oral são as obstruções nasais e/ou faríngeas, mas também podem estar associadas a fatores de natureza não-obstrutiva como a amamentação materna insuficiente e hábitos orais prolongados. Quais características um indivíduo com respiração oral pode apresentar?
- A) Aumento da altura da face, simetrias faciais, más oclusões como a mordida aberta anterior e cruzada, alterações na postura corporal, posição anteriorizada de cabeça e qualidade do sono e desempenho escolar prejudicados.
  - B) Os músculos bucinadores, masseteres e zigomáticos podem apresentar flacidez enquanto o músculo mental se apresenta em hiperfunção. Observa-se frequentemente maxila atrésica, palato ogival, protrusão dos dentes incisivos superiores.
  - C) Flacidez de lábios, que pode resultar em lábio superior hiperdesenvolvido e inferior espesso e com eversão, dificultando o selamento labial. A língua pode se apresentar flácida, modificando a postura habitual de repouso, com ineficiência na realização de suas funções.
  - D) Nos quadros de hipertrofia de adenoide, podem apresentar perda auditiva leve e desempenho inferior nas habilidades do processamento auditivo, quando comparados às crianças com padrão respiratório normal, podendo favorecer distúrbios de aprendizagem.
42. A Videoendoscopia da Deglutição (VED), ou FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing), descrita e padronizada em 1988, por Langmore e colaboradores, é um exame endoscópico com o emprego do nasofibrocópio flexível que possibilita visibilizar as características morfológicas da região faringolaríngea e avalia a fase faríngea da deglutição. Sobre o exame de VED, o que podemos considerar?
- A) É um exame de fácil manejo, com emprego de radiação ionizante.
  - B) Exame de difícil realização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou em visitas de *home care*.
  - C) Possibilita avaliação de toda a cavidade nasal, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe e laringe, porém não possibilita teste de sensibilidade.
  - D) Pode ser utilizado para a verificação da terapêutica implementada, principalmente avaliando a funcionalidade e a eficácia das manobras e provas fonoaudiológicas.
43. A fim de se propiciar a melhor decisão terapêutica fonoaudiológica dirigida ao paciente disfágico adulto com doença neurológica, é fundamental a realização de uma avaliação clínica completa. Além disso, cabe uma avaliação instrumental, considerados padrão-ouro de análise da deglutição. A avaliação da deglutição deve auxiliar também na determinação do melhor momento de intervenção terapêutica, bem como da indicação ou não de fonoterapia. Com base nessas informações, podemos afirmar:
- A) A determinação da via oral segura sem riscos pulmonares, para manutenção do estado nutricional, é o principal norteador da reabilitação fonoaudiológica em disfagia. Porém, para que se possam estabelecer programas de intervenção terapêutica, a compreensão da multidimensionalidade do cuidado se faz necessária.
  - B) Após a identificação das condições clínicas da deglutição e do ambiente, o planejamento da intervenção terapêutica poderá ser formulado. A proposta de intervenção terapêutica fonoaudiológica em disfagia pode ser didaticamente dividida em três grandes grupos: estratégias compensatórias, estratégias de reabilitação e estratégias facilitadoras.
  - C) Para o melhor estabelecimento da intervenção fonoaudiológica na disfagia neurogênica, na população adulta e idosa, convém considerar aspectos como etiologia (causa e doença de base), gravidade, história alimentar, fatores psicossociais, cognitivos e condição clínica e financeira do paciente (estável, cooperativo, quadro depressivo etc.).
  - D) A compreensão da fisiopatologia da doença é fundamental para o estabelecimento dos objetivos terapêuticos. A depender da gravidade da disfagia, pode-se afirmar que as doenças não-progressivas, preferencialmente, lançam mão de estratégias compensatórias e as doenças progressivas, prioritariamente, utilizam-se de estratégias reabilitadoras.

44. Sobre as microcirurgias de laringe, o repouso vocal absoluto em período pós-operatório não protege contra a ocorrência de alterações vocais quando comparado à fonoterapia. O repouso vocal simplesmente elimina a função fonatória, quando o objetivo de uma abordagem comportamental, em mau uso e abuso vocal, é modificar esta função. Qual a única condição para repouso vocal absoluto em pós-operatórios de microcirurgias laríngeas?
- A) Hemorragia de prega vocal.
  - B) Paralisia bilateral.
  - C) Cordectomia.
  - D) Leucoplasia.
45. Consideram-se de extrema importância os estudos relacionados com os distúrbios da deglutição em neonatos. Esses distúrbios costumam ser a base dos problemas alimentares e nutricionais, levando-se em conta a morbidade e a mortalidade nesta população. De acordo com a disfagia em neonatos, podemos afirmar:
- A) A deglutição já está presente antes mesmo do nascimento, tendo suas primeiras ocorrências por volta da décima terceira semana de gestação.
  - B) A maturidade neural do recém-nascido, especialmente em prematuros, desequilibra a coordenação entre a respiração e deglutição, com risco de vida.
  - C) Ainda que não esteja completamente desenvolvida no recém-nascido a termo (considerada imaturidade transitória), a deglutição se ajusta em aproximadamente 48 horas.
  - D) Nos bebês pré-termo, o padrão de deglutição assemelha-se ao do recém-nascido a termo, quando o recém-nascido pré-termo alcança 37 a 38 semanas de idade corrigida.
46. A Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA) vem ganhando espaço na atuação fonoaudiológica com indivíduos que apresentam ausência ou comprometimento da linguagem oral e/ou escrita. No Brasil, inicialmente, o trabalho era realizado em clínicas e instituições especializadas. Atualmente, a área vem se expandindo e a CSA passou a figurar também no ambiente hospitalar e principalmente no contexto educacional. Sobre a CSA o que podemos afirmar?
- A) A CSA possibilita significado imediato para a comunicação e apresenta um input auditivo e um output oral, trazendo uma nova conotação de manifestação da linguagem, se apresentando com input visual e output motor.
  - B) A escolha dos símbolos que serão utilizados para a CSA de cada indivíduo depende da compreensão e da habilidade do sujeito no reconhecimento, no uso e no entendimento do relacionamento visual do símbolo e seus referentes, ou seja, de sua iconicidade.
  - C) No caso de usuários em ambientes hospitalares, a inserção da CSA direciona-se efetivamente para solucionar emergências de comunicação diante de transtornos crônicos, como supressão da fala em casos de acidentes vasculares encefálicos e traumatismos cranianos.
  - D) O terapeuta deve sempre enfatizar a imersão em símbolos e delinear um plano de tratamento com atenção para a seleção do semântico (vocabulário), que será representado em símbolos, abrangendo as experiências vividas pelo usuário e seu nível de interesse comunicativo.
47. A afasia pode ser descrita como um distúrbio adquirido decorrente de lesão de áreas de linguagem do sistema nervoso central, tendo como possíveis consequências déficits na linguagem e na comunicação oral e escrita. A avaliação de afásicos é um processo que inclui componentes da comunicação, de forma integrada. Esses componentes são de natureza cognitiva, linguística e pragmática. Em relação às propostas de reabilitação na linha neurobiológica, podemos destacar quatro vertentes. Quais são elas?
- A) A Terapia cognitiva comportamental, a terapia pragmática-semântica, a terapia motivadora intencional e a Terapia Multifatorial.
  - B) A Terapia centrada na cognição e memória, Terapia auditiva-verbal, Terapia de Estimulação sensório-motora e Terapia propositiva semântica.
  - C) A Terapia induzida por treino em bases semânticas, Terapias que acionam hemisfério direito, Terapia induzida por contenção da linguagem e a Estimulação multimodal.
  - D) A Terapia reforçadora da memória auditiva, Terapia sintática-semântica-pragmática, a Terapia melódica com usos de gestos e a Terapia cognitiva comportamental e motivacional.

48. De acordo com os critérios de consenso do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento, da Academia Brasileira de Neurologia, a Demência é uma condição clínica caracterizada pelo comprometimento de funções cognitivas ou comportamentais. Na intervenção fonoaudiológica com esse paciente, devemos orientar familiares e cuidadores para que realizem as atividades cognitivas diariamente, o que potencializa os resultados da terapia. Quanto à comunicação, devemos considerar:
- A) O uso de estratégias específicas de comunicação melhora as expressões espontâneas dos pacientes, sem interferir na qualidade de vida, pois a comunicação não é uma opção adicional para a qualidade de vida, mas vital para o bem-estar.
  - B) Os objetivos para o paciente são aumentar a frequência das interações e a qualidade da comunicação com o mínimo de falhas e reparos efetivos, e melhorar a satisfação do paciente com as tentativas de expressar pensamentos, necessidades, desejos e memórias.
  - C) O uso de pistas efetivas é vital para o sucesso da comunicação. O fonoaudiólogo é o responsável pela identificação das pistas mais efetivas (visual, tátil, verbal, gestual), e, posteriormente, pelo treinamento das outras pessoas que convivem com o paciente a usá-las.
  - D) Deve-se identificar habilidades compensatórias para facilitar o uso de habilidades residuais e compensar déficits de comunicação funcional. Uma vez identificadas, devem ser utilizadas pelo fonoaudiólogo durante as sessões de terapia e também recomendar aos cuidadores e familiares.
49. Com relação às manobras durante a proposta terapêutica para o paciente disfágico, vale ressaltar que a escolha deve ser criteriosa e atribuída diretamente à alteração funcional específica. Assim, torna-se possível sua funcionalidade de maneira correta e eficaz. As manobras são divididas em algumas categorias. Qual opção descreve corretamente a manobra utilizada em atendimento às disfagias?
- A) Manobras de indução da deglutição: colher vazia, colocando-a para uma nova deglutição (utilizada nos casos de estase em cavidade oral ou até em casos de atraso para iniciar a fase antecipatória da deglutição).
  - B) Manobras de limpeza faríngea: deglutição com esforço (apresenta potencial de ação diretamente ligado ao aumento de força, possibilitando uma deglutição mais firme e com maior pressão e sendo utilizada em vários casos de estases em cavidade oral).
  - C) Aumento da força da musculatura laríngea: Mendelsohn – solicitar ao paciente que engula e, quando a laringe se encontrar na posição máxima, segurar por alguns segundos; muitas vezes, essa manobra é de difícil execução, sendo necessária uma orientação mais específica.
  - D) Proteção de vias respiratórias: supraglótica – orientar o paciente a respirar fundo, prender a respiração, engolir forte e tossir logo após a deglutição; supersupraglótica – deve seguir as mesmas orientações anteriores, porém convém realizar o carregamento menor com relação à força.
50. Os conhecimentos sobre a deglutição e os mecanismos de proteção das vias respiratórias contra a aspiração são fundamentais para compreender o processo fisiopatológico da disfagia em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para o diagnóstico funcional e o gerenciamento adequado de cada caso. Sobre esses conhecimentos imprescindíveis ao fonoaudiólogo, podemos afirmar:
- A) A disfagia orofaríngea e a aspiração aumentam o risco de infecções pulmonares, a desnutrição e a mortalidade. Em casos de penetração, definida como presença de saliva ou alimento abaixo do nível das pregas vocais, muitas vezes ocorrem complicações pulmonares e nutricionais elevando o grau de enfermidade e mortalidade nessa população.
  - B) A traqueostomia pode impor limitações morfofuncionais ao processo de deglutição devido à obstrução esofageana, além de redução da pressão respiratória subglótica e da elevação e da anteriorização da laringe. É considerada fator de alto risco para a broncoaspiração, que geralmente é silente; ou seja, sem sinais clínicos, principalmente sem uso de cuff.
  - C) O uso prolongado de ventilação mecânica pode acarretar incoordenação entre deglutição e respiração e prejuízos, como: alteração no trânsito oral e na formação do bolo; retardo do disparo de deglutição; resíduos em faringe e recessos piriformes; aumento da adução glótica durante a deglutição; diminuição da elevação laríngea; dessensibilização da faringe e da laringe.
  - D) A presença do tubo orotraqueal por tempo superior a 48 horas pode alterar mecanorreceptores e quimiorreceptores da mucosa faríngea e laríngea, causando alteração no reflexo de deglutição e transtornos na função laríngea, modificando a competência glótica, comprometendo mecanismos protetores e aumentando o risco de invasão de alimentos e saliva nas vias respiratórias.