

QUESTÕES 01 A 20 – Políticas Públicas em Saúde, SUS.

01. Observa-se que vem ocorrendo no Brasil uma transição epidemiológica de forma singular e muito acelerada nas últimas décadas. Em relação à distribuição da morbidade e da mortalidade no País, as principais características da situação epidemiológica, atualmente, são:

- (A) Crescimento das doenças infecto-parasitárias e da desnutrição, estabilidade das condições crônicas e seus fatores de risco e redução das causas externas, principalmente os acidentes de trânsito.
- (B) O predomínio relativo de condições crônicas, e seus fatores de risco, seguido das causas externas ligadas ao uso de drogas de abuso e redução das causas materno-infantis e doenças parasitárias.
- (C) O predomínio relativo das causas externas e violências, crescimento das condições crônicas, seus fatores de risco e doenças infecto-parasitárias, redução das causas materno-infantis.
- (D) O predomínio relativo de condições crônicas e seus fatores de risco, seguido de doenças infecto-parasitárias, desnutrição e causas materno infantil e de causas externas, principalmente violências.

1

02. A modalidade de atenção domiciliar, no âmbito do SUS, estabelecida pela Lei nº 10.424/2002, que alterou a Lei nº 8080/1990 inclui os procedimentos:

- (A) Médicos, de enfermagem e fisioterapêuticos para atendimento e internação, e outros necessários para o cuidado domiciliar preventivo e de reabilitação.
- (B) De equipes multidisciplinares para atendimento domiciliar e procedimentos médicos e de enfermagem para internação e terapêutica domiciliares.
- (C) Médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, e outros necessários ao cuidado domiciliar integral, incluindo atendimento e internação.
- (D) Médicos e de enfermagem para atendimento ambulatorial e internação hospitalar, e outros necessários para atendimento domiciliar terapêutico, de reabilitação e preventivo.

03. A Lei nº 8080/1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, define os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Pode-se afirmar que o princípio doutrinário do SUS que corresponde a “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” é:

- (A) Universalidade de acesso.
- (B) Regionalização e hierarquização da rede de serviços.
- (C) Integralidade de assistência.
- (D) Igualdade da assistência à saúde.

04. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-Port. nº 2488/2011), assinale a alternativa que melhor define os papéis desempenhados pela Atenção Básica (AB) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

- (A) A porta de entrada obrigatória dos usuários no sistema e articuladora do referenciamento para a Média e Alta Complexidade.
- (B) A porta de entrada preferencial dos usuários no sistema e atuar como coordenadora do cuidado à saúde no conjunto das RAS.
- (C) O primeiro nível de atendimento, e é responsável pelas ações de menor complexidade nos serviços públicos de saúde em cada município.
- (D) Articulada com os demais níveis de atenção à saúde por meio das Centrais de Regulação Estaduais, no âmbito das RAS.

05. A transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde é feita na forma de blocos de financiamento. O bloco da Atenção Básica é constituído por uma parte fixa e outra variável. Os recursos fixos, chamados de Recursos *per capita*, transferidos automaticamente, em parcelas mensais do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal (DF) são calculados com base em um valor:

- (A) Variável conforme as ações adotadas em áreas estratégicas por município e pelo DF.
- (B) Em R\$ multiplicado pelo número de atendimentos do município e do DF.
- (C) Fixo em R\$ multiplicado pela população do município e do DF.
- (D) Por procedimentos na prestação de serviços pelo município e pelo DF.

06. Pode-se afirmar que é uma das responsabilidades compartilhadas pelos níveis federal, estaduais e municipais de gestão, no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:

- (A) Instituir o processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, definindo mecanismos de monitoramento e avaliação institucional participativa.
- (B) Organizar um Sistema Nacional de Informação com dados referentes à formação em nível técnico, de graduação e especialização.
- (C) Elaborar o Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde, coerente com os Planos de Saúde estaduais e municipais.
- (D) Articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário mudanças nos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS.

07. O Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), elaborado pelos entes federativos (municípios e estado) de cada Região de Saúde, relaciona as metas anuais a serem pactuadas que são devidamente monitoradas por indicadores universais, específicos e complementares. Os indicadores universais são relativos às metas:

- (A) Obrigatórias para as regiões de saúde onde são identificadas necessidade especiais.
- (B) Obrigatórias somente para o estado coordenador das regiões de saúde.
- (C) Não obrigatórias para todas as regiões de saúde.
- (D) Comuns e obrigatórias para todas as regiões de saúde.

08. “Um sistema de saúde com forte referencial na atenção primária à saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para população, tem menores custos e é mais equitativo - mesmo em contextos de grande inequidade social.” (Bárbara Starfield) Em relação à Atenção Primária à Saúde (APS) e suas características, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, isso exige a adscrição da população às equipes de saúde.
- (B) O primeiro contato (porta de entrada) consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e os trabalhadores da saúde, construindo, ao longo do tempo, um potencial terapêutico.
- (C) A coordenação é um componente fundamental da APS, pois sem ela a continuidade do cuidado perderia seu potencial.
- (D) A integralidade implica que os serviços de atenção primária à saúde sejam capazes de atender todos os tipos de necessidades de saúde, incluindo o encaminhamento para os níveis secundário e terciário.

09. Leia as afirmativas a seguir:

- I. A ESF é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde específico do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em equipes multiprofissionais;
- II. Cada equipe deve coordenar o cuidado dos pacientes na rede de serviços tendo em vista o conhecimento da demanda originária do território sob sua responsabilidade e das áreas adjacentes;
- III. O planejamento e a programação da assistência realizada pelas equipes devem considerar dados epidemiológicos e priorizar as famílias e os grupos com maior risco de adoecer e morrer.

Pode-se afirmar que são afirmativas corretas em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF):

- (A) I e III
- (B) II e III
- (C) I e II
- (D) I, II e III

10. “A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho”. (PNAB, 2011). Entre os pressupostos da Educação Permanente em Saúde, encontra-se o do planejamento/programação:

- (A) Descendente.
- (B) Ascendente.
- (C) Difuso(a).
- (D) Convergente.

11. Sabe-se que "... o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (Min. Saúde, 2011)." Portanto, pode-se afirmar que **NÃO** é um fator que o gestor e as equipes de saúde de uma unidade devam considerar em um processo de implantação ou reestruturação de práticas de acolhimento da demanda espontânea:

- (A) Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso.
- (B) Postura, atitude e tecnologia de cuidado.
- (C) Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe.
- (D) Ferramenta para burocratizar o fluxo do usuário na unidade.**

12. "Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família" (PNAB, 2011). Em relação aos profissionais que podem compor o NASF, associe aos parênteses (V) para os verdadeiros e (F) para os falsos e assinale a alternativa que corresponde ao preenchimento em ordem descendente dos parênteses.

3

- () Médico acupunturista e Cirurgião Dentista.
 - () Médico do Trabalho e Fisioterapeuta.
 - () Médico homeopata e Profissional/Professor de educação física.
 - () Médico veterinário e Terapeuta Ocupacional.
 - () Médico ginecologista/obstetra e Profissional com formação em arte e educação (arte educador).
- (A) V – V – V – F – F
(B) F – V – V – V – V
(C) F – V – F – V – F
(D) V – F – F – V – F

13. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O objetivo da RAS é prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutiva, de forma regionalizada, com integração entre os diversos pontos de atenção que, de fato, atenda às necessidades da população adscrita. A partir da Portaria GM/MS n. 4.279/2010, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas entre os gestores do SUS para serem implantadas nas regiões de saúde do país. A primeira delas foi a Rede:

- (A) De Urgência e Emergência.
- (B) Cegonha.**
- (C) De Cuidados à Pessoa com Deficiências.
- (D) De Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

14. Leia as afirmativas a seguir:

- I. A ampliação do acesso e aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem crescido nos últimos anos, por meio de programas como o Programa de Saúde na Escola (PSE), o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab).
- II. Algumas linhas de cuidado consideradas prioritárias na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas foram: a prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade; a doença renal crônica; o tabagismo, alcoolismo e uso de outras drogas e a prevenção e controle do câncer.
- III. A Atenção Domiciliar, também chamada de Melhor em Casa, é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências, tendo como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados.

É correto afirmar, em relação à implantação das RAS:

- (A) II e III
- (B) I e II
- (C) I e III**
- (D) I, II e III

15. “A *Atenção Domiciliar (AD)* é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. Ela está organizada em três modalidades (1, 2 e 3), sendo a determinação da modalidade atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.” (BRASIL, 2016). São considerados elegíveis para a Atenção Domiciliar 2, os usuários que, com a finalidade de abreviar ou evitar hospitalização, apresentem:

- (A) Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos enterais, nutrição parenteral e/ou de reabilitação.
- (B) Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico diário, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário.
- (C) Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal.
- (D) Necessidade de cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

16. Uma das possíveis definições de “acolhimento” em serviços de saúde diz respeito a uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores da saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas que buscam os serviços de saúde. Sobre o acolhimento na atenção básica, é CORRETO afirmar que o acolhimento deve ser:

- (A) Um mecanismo de amplificação e facilitação do acesso, priorizando grupos populacionais de interesse e agravos mais prevalentes.
- (B) Um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, funcionando principalmente como mecanismo de triagem para atendimento médico.
- (C) Um mecanismo de amplificação e facilitação do acesso, devendo contemplar adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea.
- (D) Um dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe, sendo responsabilidade de enfermeiros e técnicos de enfermagem definir como cada profissional participará do acolhimento.

17. A Lei nº 8142/90 dispõe, entre outros temas, sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), também conhecida como Controle Social. É uma característica do funcionamento do Controle Social:

- (A) As conferências de saúde deverão acontecer a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde, acontecendo exclusivamente no nível municipal.
- (B) Cada esfera de gestão (união, estados e municípios) deve contar com Conselhos de Saúde de caráter deliberativo, cujas decisões se sobrepõem aos atos do poder Legislativo de cada esfera.
- (C) Sanções e punições podem ser aplicadas ao chefe de poder legalmente constituído em cada esfera de governo em casos de não cumprimento das deliberações do controle social.
- (D) Os conselhos de saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e presentes em todos os níveis de gestão, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários.

18. A Lei 8.080 de 1990 afirma que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, e que esta poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS) em caráter complementar. Sobre os serviços privados de saúde e sua participação no SUS, conforme a alteração da Lei 8.080/90, feita pela Lei 13.097 de 2015, é INCORRETO afirmar que:

- (A) O SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir cobertura assistencial à população de uma determinada área.
- (B) É vedada a participação direta ou indireta de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde.
- (C) É atribuição da União, Estados e Municípios elaborar normas para regular as atividades dos serviços privados de saúde.
- (D) Os critérios e valores para a remuneração de serviços privados e os parâmetros de cobertura assistencial são estabelecidos pelo próprio SUS.

19. Em relação à Política Nacional de Promoção da Saúde, redefinida por meio da Portaria 2.446 de 11 de novembro de 2014, são valores fundantes em seu processo de efetivação:

- (A) Seletividade, focalização e hierarquização.
- (B) Bioética, equidade e proporcionalidade.
- (C) Solidariedade, ética e humanização.
- (D) Universalidade, seguridade e fraternidade.

20. Leia as afirmativas a seguir:

- I. Para alcançar as finalidades pretendidas, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) inclui noções de justiça, participação social e intersetorialidade, apresentando como tema estratégico a identificação de diferenças nas oportunidades de vida e alocação de recursos para a redução das desigualdades injustas e evitáveis.
- II. A PNPS traz em sua base um conceito ampliado de saúde, voltando-se à promoção da equidade e melhoria das condições e modos de viver, buscando reduzir as vulnerabilidades e os riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Pode-se afirmar que:

- (A) Ambas são verdadeiras e a segunda não é justificativa correta da primeira.
- (B) A primeira é verdadeira e a segunda é falsa.
- (C) Ambas são verdadeiras e a segunda é justificativa correta da primeira.
- (D) Ambas são falsas.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. O implante coclear é um dispositivo eletrônico biomédico, biocompatível durável, indicado para pacientes com perda auditiva de grau severo a profundo. Ele é contraindicado para pacientes que tiveram como causa da perda auditiva:

- (A) Neuropatia auditiva
- (B) Agenesia da cóclea
- (C) Ototoxicidade
- (D) Traumatismo.

22. O conhecimento dos componentes e das características eletroacústicas dos aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) é essencial para o fonoaudiólogo. Portanto, pode-se afirmar que o:

- (A) amplificador realiza a transformação do sinal elétrico em onda sonora.
- (B) microfone direcional capta os sons vindos de qualquer direção de forma equivalente.
- (C) termo omnidirecional refere-se aos microfones que captam os sons vindos de uma determinada direção, reduzindo os sons que vem de outras direções.
- (D) microfone é responsável pela transformação da onda sonora em energia elétrica.

23. A adaptação binaural pode proporcionar ao usuário de AASI um ambiente acústico original e até uma aproximação de experiências auditivas normais. São benefícios da adaptação binaural:

- (A) Melhor localização do som, somação binaural, eliminação do efeito sombra da cabeça e melhor reconhecimento de fala no ruído.
- (B) Melhor localização do som, somação binaural, eliminação do efeito sombra da cabeça e melhora da localização do som unilateralmente.
- (C) Eliminação do efeito sombra da cabeça, melhor reconhecimento de fala no ruído, melhora da estética do paciente e piora da relação figura-fundo na audição.
- (D) Melhor reconhecimento de fala no ruído, eliminação do efeito sombra da cabeça e piora da discriminação auditiva.

24. A Eletrococleografia (ECoG) é um Potencial Evocado Auditivo de curta latência, no qual se evidenciam alguns eventos. Identifique a alternativa correta.

- (A) Potencial que ocorre entre 5 e 10 milissegundos (ms), que compreende o Microfonismo Coclear, o Potencial de Somação e o Potencial de Ação do nervo auditivo.
- (B) Potencial que ocorre até 5 milissegundos (ms), que compreende o Potencial de Somação do nervo auditivo e a resposta do tronco encefálico.
- (C) Potencial que ocorre entre 5 e 10 milissegundos (ms), que compreende o Potencial de Ação do nervo auditivo e resposta do tronco encefálico.
- (D) Potencial que ocorre até 5 milissegundos (ms), que compreende o Microfonismo Coclear, o Potencial de Somação e o Potencial de Ação do nervo auditivo.

25. As sete ondas do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) são geradas por estruturas localizadas no Sistema Auditivo Central (SAC). Identifique a alternativa que contemple, corretamente, a sequência dos geradores destas ondas.

- (A) Nervo Auditivo (porção distal e proximal ao tronco encefálico, respectivamente), Núcleo Coclear, Complexo Olivar Superior, Lemnisco Lateral, Colículo Inferior, Corpo Geniculado Medial.
- (B) Nervo Auditivo (porção distal e proximal ao tronco encefálico, respectivamente), Núcleo Coclear, Lemnisco Lateral, Complexo Olivar Superior, Colículo Inferior, Corpo Geniculado Medial.
- (C) Nervo Auditivo (porção distal e proximal ao tronco encefálico, respectivamente), Núcleo Coclear, Lemnisco Lateral, Colículo Inferior, Complexo Olivar Superior, Corpo Geniculado Medial.
- (D) Núcleo Coclear, Nervo Auditivo (porção distal e proximal ao tronco encefálico, respectivamente), Complexo Olivar Superior, Lemnisco Lateral, Colículo Inferior, Corpo Geniculado Medial.

26. O Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) permite realizar a pesquisa do limiar eletrofisiológico da audição e a pesquisa da integridade da via auditiva. Esta última é analisada segundo alguns aspectos. Identifique quais são eles.

- (A) Intensidade forte e variável, latência absoluta e interpicos.
- (B) Intensidade forte e fixa, latência absoluta da onda V.
- (C) Intensidade forte e variável, latência absoluta da onda V.
- (D) Intensidade forte e fixa, latência absoluta e interpicos.

27. Os Potenciais Evocados Auditivos (PEA) são classificados segundo a latência, em precoces, médio ou tardios. Identifique a alternativa que apresenta a latência desses potenciais, respectivamente.

- (A) 0 (zero) a 10 milissegundos (ms), 10 a 60 ms, 80 a 600ms.
- (B) 0 (zero) a 10 milissegundos (ms), 10 a 90 ms, 100 a 600ms.
- (C) 0 (zero) a 10 milissegundos (ms), 10 a 120 ms, 120 a 750ms.
- (D) 0 (zero) a 10 milissegundos (ms), 10 a 80 ms, 80 a 900ms.

28. Os Potenciais Evocados Auditivos (PEA) de Média Latência refletem a atividade cortical envolvida nas seguintes habilidades de audição primária e não primária:

- (A) Reconhecimento, Discriminação, Figura-fundo, Atenção seletiva, Sequência auditiva, Integração auditiva / visual.
- (B) Reconhecimento, Discriminação, Fechamento auditivo, Figura-fundo, Atenção seletiva, Memória auditiva, Integração auditiva / visual.
- (C) Discriminação, Fechamento auditivo, Figura-fundo, Atenção, Memória auditiva, Integração auditiva / visual.
- (D) Discriminação, Reconhecimento, Fechamento, Figura-fundo, Atenção seletiva, Sequência auditiva, Integração auditiva / visual.

29. Em relação às Emissões Otoacústicas, analise as afirmativas a seguir.

- I. As Emissões Otocústicas avaliam a integridade do nervo auditivo.
- II. As Emissões Otoacústicas Transientes são evocadas por um estímulo de breve duração, clique ou *tone burst*.
- III. As Emissões Otoacústicas Produto-distorção são evocadas por um sinal contínuo de fraca intensidade.

Assinale:

- (A) Se apenas a afirmativa I estiver correta.
- (B) Se apenas a afirmativa III estiver correta.
- (C) Se apenas as afirmativas II e III estiverem corretas.
- (D) Se apenas a afirmativa II estiver correta.

30. As Emissões Otoacústicas podem ser utilizadas para avaliar o Sistema Olivo-Coclear Eferente através da pesquisa do efeito de supressão das Emissões Otoacústicas. Nesta avaliação, compara-se os níveis de respostas das Emissões Otoacústicas com e sem ruído. Em indivíduos que apresentam integridade do Sistema Eferente Olivo-coclear Medial a resposta esperada é:

- (A) Aumento do nível de resposta das Emissões Otoacústicas evocadas quando realizada na presença de ruído.
- (B) Ausência das Emissões Otoacústicas evocadas na presença de ruído.
- (C) Diminuição do nível de resposta das Emissões Otoacústicas evocadas quando realizada na presença de ruído.
- (D) Níveis de respostas das Emissões Otoacústicas evocadas iguais com e sem ruído (Ausência de supressão).

31. Homem, 30 anos, queixa-se, há mais de 2 anos, de perda auditiva com zumbido, moderada na orelha esquerda, além de tontura não rotatória e sem equilíbrio para andar em linha reta. Nega algiacusia e cefaléia. Avaliação audiométrica revelou: perda sensorineural de moderada à severa na orelha esquerda e normoacusia na orelha direita. O diagnóstico mais provável é:

- (A) Presbiacusia.
- (B) **Neurinoma do Acústico.**
- (C) Doença de Ménière.
- (D) Otosclerose.

32. Ainda sobre o caso da questão anterior, na logaudiometria (IPRF), a discriminação da orelha pior, pode estar:

- (A) Ausente, apresenta uma perda moderada à severa na área da fala.
- (B) **Muito prejudicada, devido à patologia.**
- (C) Pouco prejudicada, porque o ouvido normal compensa a perda.
- (D) Sem alteração, porque o ouvido normal compensa a perda.

33. A curva timpanométrica e o resultado da pesquisa do reflexo acústico ipsilateral esperadas para as duas orelhas do caso da questão 31 é:

- (A) "A" na OE e tipo "Ad" na OD; reflexo acústico ausente na OE e na OD.
- (B) **"A" na OE e tipo "A" na OD; reflexo acústico ausente na OE e presente na OD.**
- (C) "Ar" na OE e "C" na OD; reflexo acústico presente na OE e ausente na OD.
- (D) "Ad" na OE e "A" na OD, reflexo acústico presente na OE e na OD.

34. A avaliação das disartrias segue parâmetros que consideram cada um dos sistemas da fala. Pode-se afirmar que são considerados para a avaliação da prosódia:

- (A) Inteligibilidade de fala através da leitura de textos, ritmo e ênfase, qualidade vocal e apropriação das pausas.
- (B) Modulação, ritmo, ênfase, qualidade vocal e respiratória através da fala espontânea e contagem.
- (C) **Velocidade de fala, modulação, ritmo, ênfase na sílaba, palavra ou frase e apropriação das pausas.**
- (D) Articulação, com ênfase nas distorções fonéticas, ritmo, tamanho da frase e pausas inapropriadas.

35. As contrações musculares mioclônicas são consideradas involuntárias, abruptas, súbitas e insustentadas e estão presentes nas hipercinesias:

- (A) **Rápidas.**
- (B) Mistas.
- (C) Lentas.
- (D) Espásticas.

36. As lesões cerebelares estão associadas a danos neuromotores de natureza progressiva ou não progressiva. Nesse contexto, os desvios de dimensão de fala predominantes são:

- (A) Disfunção velofaríngea pela insuficiência fonatória e distorção severa de vogais.
- (B) **Imprecisão articulatória, excesso prosódico e insuficiência fonatória-prosódica.**
- (C) Normalidade prosódica, insuficiência respiratória severa e distorção de fonemas.
- (D) Velocidade aumentada, insuficiência articulatória e fonética e hipernasalidade.

37. As disartrias mistas são transtornos motores da fala que se manifestam em decorrência de distúrbios neurológicos diversos que acometem vários níveis do sistema nervoso. São exemplos de etiologias desse grupo de disartrias:

- (A) Miastenia Gravis e Síndrome de Guillain-Barré.
- (B) Esclerose Múltipla e Discinesia Tardia.
- (C) Paralisia Bulbar Progressiva e Coreia de Huntington.
- (D) **Esclerose Lateral Amiotrófica e Doença de Wilson.**

38. Considerando os mecanismos de proteção das vias aéreas dependentes de pressão (de ação local), a laringectomia vertical que apresenta impacto de menor intensidade na função de deglutição é a:

- (A) Frontal, em virtude do estreitamento do ádito laríngeo ser maior do que nas demais laringectomias verticais.
- (B) Hemilaringectomia, em virtude de apenas um lado estar prejudicado, diferentemente das demais laringectomias verticais.
- (C) **Frontal, em virtude da adução glótica ser menos prejudicada do que nas demais laringectomias verticais.**
- (D) Hemilaringectomia, em virtude da preservação das pregas vestibulares e uma prega vocal, diferentemente das demais laringectomias verticais.

39. Qual aspecto da dinâmica da deglutição pode impossibilitar a visualização do momento da deglutição (fase do clarão) na avaliação videoendoscópica da deglutição?

- (A) **Constricção faríngea adequada**
- (B) Constricção faríngea alterada
- (C) Adução das pregas vocais e pregas vestibulares adequada
- (D) Adução das pregas vocais e pregas vestibulares alterada.

40. Em relação ao teste do corante azul (*blue dye test*), para avaliação da deglutição, podem interferir na confiabilidade do resultado negativo:

- (A) **intervalo de tempo para aspiração endotraqueal e status do cuff (insuflado ou desinsuflado).**
- (B) adaptação da válvula de fala ou oclusão da cânula de traqueostomia.
- (C) consistência e volume da dieta corada utilizada no teste.
- (D) reflexo de tosse e nível de consciência.

41. O esfíncter esofágico superior ou transição faringoesofágica é um segmento que apresenta, respectivamente, inserção e classificação muscular:

- (A) Na rafe cremastérica do constritor inferior da faringe em direção anteroposterior das lâminas laterais da cartilagem tireoide, tipo liso unitário.
- (B) **Na rafe posterior da faringe em direção as bordas posterolaterais da cartilagem cricoide, tipo estriado esquelético.**
- (C) Na borda pterigopalatina em direção retrolateral do recesso piriforme, tipo misto de faixa alternada.
- (D) Na borda transversa do músculo cricofaríngeo em direção sagital a região retroaritenóidea, tipo subaponeurótico de faixa única.

42. A videofluoroscopia da deglutição é considerada como o “método ouro” na avaliação da dinâmica deglutiória. Dentre suas inúmeras vantagens, existe a possibilidade de diagnóstico de condições altas como:

- (A) Doença do refluxo gastroesofágico e paralisia vestibular.
- (B) Acalasia e pólipos faríngeos angiodisplásicos.
- (C) **Barra faríngea e divertículo laringofaríngeo medial distal.**
- (D) Osteófito cervical e fístula traqueoesofágica.

43. As técnicas de reabilitação das disfagias orofaríngeas podem gerar inúmeros efeitos fisiológicos. São exemplos de abordagens que, na ação conjunta dos efeitos, podem auxiliar no fechamento do recesso piriforme e redução de estase do mesmo, assim como, no treinamento da musculatura suprahióidea e melhora da abertura da transição faringoesofágica:

- (A) **Rotação da cabeça e exercício de Mendelsohn.**
- (B) Inclinação do pescoço e manobra supersupraglótica.
- (C) Queixo para baixo e exercício de Shaker.
- (D) Extensão cervical e manobra de Masako.

44. Abordagens de modificação da dieta podem interferir nas condições fisiológicas da deglutição. Neste sentido a consistência néctar, em comparação a consistência líquida fina, pode produzir:

- (A) Intensificação dos componentes da fase oral, maior facilidade de condução do bolo até a faringe e maior velocidade na transferência.
- (B) Aumento no transporte do bolo, maior dificuldade no controle motor da transição faringoesofágica.
- (C) Diminuição da retração da base da língua, maior dificuldade no comando sensorio-motor da faringe.
- (D) **Redução do fluxo do alimento, maior facilidade de propulsão do bolo e melhor controle na proteção das vias aéreas.**

45. Na sociedade contemporânea a comunicação pessoal e profissional foi alçada à categoria de arma de gestão, ampliando a assertividade do profissional com diversos públicos. Pode-se afirmar que identifica corretamente os aspectos importantes ao trabalho de aprimoramento vocal: (KYRILLOS, 2005)

- (A) **Harmonizar a expressividade do gestos e da fala com qualidade vocal não desviada.**
- (B) Dominar as técnicas de oratória, manter a velocidade de fala e ter boa qualidade vocal.
- (C) Definir a intenção de fala e adequar o discurso ao público ouvinte.
- (D) Ter boa coordenação pneumofono-respiratória e bom ritmo de fala.

46. A posição da prega vocal paralisada é um tema controverso, determinada por uma combinação de fatores anatômicos e neuropatológicos. Destes, podemos destacar como correta a seguinte combinação:

- (A) Inervação residual, fibrose nos músculos denervados, retração muscular.
- (B) Grau de reinervação, nível de abaulamento de PPVV, retração muscular.
- (C) Abaulamento de PPVV, qualidade vocal rouco-soprosa, dificuldade respiratória.
- (D) Vibração passiva da mucosa, vibração ativa do TA, atrofia muscular.

47. Nas paralisias de prega vocal a posição da prega vocal paralisada decorre de determinados fatores de comprometimento.

É **INCORRETO** afirmar que:

- (A) Quanto maior o comprometimento neural mais afastada da linha mediana.
- (B) Nas paralisias completas (superior e inferior) a reabilitação pode solicitar a ação do músculo cricótireóideo.
- (C) Nas paralisias unilaterais com lesão do nervo laríngeo recorrente, a prega vocal situa-se em posição mediana ou paramedianas.
- (D) Nas paralisias com lesão de nervos laríngeos superior e inferior, a prega vocal apresenta maior afastamento, dificultando o prognóstico de reabilitação.

48. Os transtornos vocais de ordem neurológica são relativamente constantes na clínica de voz e a natureza do déficit corresponde ao local em que ocorre a lesão. Nesse sentido, as lesões do X par craniano podem causar:

- (A) Paralisia do nervo faríngeo.
- (B) Paralisia do nervo laríngeo inferior.
- (C) Paresia ou paralisia do nervo laríngeo superior.
- (D) Paresia ou paralisia em qualquer lugar do seu trajeto.

49. A laringomalácia corresponde a um quadro clínico de incompetência glótica. Assinale a resposta que melhor configura esse quadro:

- (A) Anomalia congênita de desenvolvimento e maturação do sistema laríngeo.
- (B) Hipertonia das funções musculares e cartilaginosas da laringe.
- (C) Déficit organofuncional das estruturas laríngeas.
- (D) Disfagia leve a moderada na fase orofaríngea.

50. A comunicação não se restringe a fala e a escrita. A Linguagem perpassa a condição social e cultural do homem. Do ponto de vista fonoaudiológico da comunicação, a linguagem se manifesta por vários canais. A combinação de aspectos que melhor define o fenômeno da comunicação humana é:

- (A) Os gestos corporais contradizem a comunicação verbal.
- (B) Os aspectos verbais são recursos imprescindíveis para a comunicação efetiva.
- (C) O gesto acompanha a palavra, como elemento semanticamente paralelo às unidades linguísticas da fala.
- (D) O gesto e fisionomia dificilmente podem ser considerados expressões emocionais.