

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

01. O estudo *Carga Global de Doença (GBD) 2015* para o Brasil analisou os indicadores de saúde, entre 1990 e 2015, que corresponde a grande parte do período de existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar das melhorias importantes nas condições de saúde e na ampliação da vida saudável da população brasileira no período analisado, os principais desafios ainda a serem enfrentados pelo SUS são:

- a) A mortalidade materno-infantil, a magnitude da prevalência do tabagismo, das doenças imunopreveníveis e das doenças transmissíveis.
- b) O controle das doenças imunopreveníveis, a expansão da Estratégia de Saúde da Família e do acesso a medicamentos.
- c) **As novas epidemias, as doenças negligenciadas, o controle dos vetores, a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis e da violência.**
- d) A violência interpessoal e as doenças sexualmente transmissíveis, a expansão das ações de emergência e de promoção da saúde.

02. A Lei 8142/1990 define as instâncias colegiadas de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Assinale a opção abaixo que enuncia corretamente a obrigatoriedade de existência dessas instâncias, segundo as esferas de gestão:

- a) Conselho de Saúde na esfera federal e Conferências de Saúde nas esferas estadual e municipal.
- b) **Conselho de Saúde e Conferência de Saúde nas três esferas de gestão.**
- c) Conselhos de Saúde em todas as esferas de gestão e Conferência de Saúde na esfera federal.
- d) Conferência de Saúde na esfera federal e Conselhos de Saúde nas esferas estadual e municipal.

03. Em relação ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), segundo a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, pode-se afirmar que:

- a) Constitui a porta de entrada do sistema para os usuários, e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela atenção básica.
- b) É constituído por equipes multiprofissionais e interdisciplinares que atendem em ambulatórios de especialidade mediante encaminhamento das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).
- c) Constitui uma estratégia de garantia de acesso do usuário, no nível da Atenção Especializada para complementar as ações da Atenção Básica, incluindo procedimentos ambulatoriais e hospitalares.
- d) **É constituído por equipes multiprofissionais e interdisciplinares de diferentes áreas para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das Equipes Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).**

04. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com a Portaria nº 4.279, de 30/12/ 2010 são caracterizadas como:

- a) Arranjos organizativos de serviços de Atenção Básica, que integradas por contratualização com a rede de Atenção Especializada conveniada ao SUS, buscam garantir a integralidade do cuidado.
- b) Conjunto das ações e serviços do Sistema Único de Saúde, de diferentes densidades tecnológicas, hierarquizados verticalmente nos níveis de Atenção Básica e Atenção Especializada, que buscam garantir a universalidade do atendimento.
- c) Conjunto de serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde, coordenados pela Atenção Básica municipal e pela Atenção Ambulatorial e Hospitalar estaduais, buscando garantir a equidade do acesso.
- d) **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.**

05. As redes temáticas prioritárias pactuadas em 2011 e 2012 na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a partir dos referenciais da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, foram:

- a) Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Domiciliar (RAD), Rede de Atenção à População em Situação de Rua, Rede de Saúde Bucal.
- b) Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
- c) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Domiciliar (RAD), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
- d) Rede de Promoção da saúde, Rede Cegonha, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Saúde bucal, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

2

06. Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. (SANTOS-PRECIADO *et al.*, 2003) Essa transição epidemiológica singular dos países em desenvolvimento, claramente manifestada no Brasil, faz-se de forma singular e muito acelerada. Essa complexa situação epidemiológica foi definida como tripla carga de doenças por envolver, ao mesmo tempo:

- a) Infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; doenças crônicas e seus fatores de risco e, forte crescimento da violência e das causas externas.
- b) Causas maternas e perinatais; parte significativa das doenças infecciosas e, condições agudas, expressas nas doenças parasitárias.
- c) Doenças infecciosas e doenças crônicas; desnutrição e enfermidades emergentes e, doenças reemergentes, como a Dengue e Febre Amarela.
- d) Doenças do aparelho circulatório e neoplasias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e, doenças infecciosas e parasitárias, como HIV e Tuberculose.

07. A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. No componente da Atenção Básica em Saúde, estão incluídos os seguintes serviços/programas:

- a) UPA 24 horas; Leitos de saúde mental em hospital geral; Unidade de acolhimento e Samu 192.
- b) Serviços residenciais terapêuticos; Serviço de atenção em regime residencial; unidades básicas de saúde e Projeto olhar Brasil.
- c) Programa Saúde na Escola; Práticas Integrativas e Complementares; Centros de Atenção Psicossocial e Academias da Saúde.
- d) Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios na Rua e Centros de Convivência e Cultura.

08. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. Esta importante política do SUS é orientada por seis princípios, dentre os quais se estaca o princípio de construção compartilhada do conhecimento, que consiste:

- a) No encontro de conhecimentos construídos historicamente e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.
- b) Na ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.
- c) Em processos coletivos e compartilhados nos quais pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.
- d) Em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

09. As mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, a evolução das pesquisas e das tecnologias em saúde, implica no melhor monitoramento de doenças e agravos e integração de ações e serviços de saúde. No que se refere à Vigilância em Saúde, à luz dos determinantes sociais da saúde, podemos afirmar que:

- a) A estrutura e o funcionamento efetivo de um sistema de vigilância em saúde são irrelevantes para o pleno funcionamento do SUS.
- b) As vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, que compõem o sistema de Vigilância, devem atuar de forma independente, articulando-se com a Atenção Básica apenas em situação de emergência epidemiológica.
- c) A integração entre a Vigilância em saúde e a Atenção Básica estabelece processos de trabalho baseado na integralidade, numa atuação intra e intersectorial visando o planejamento e implementação de medidas de saúde pública promotora e protetora da saúde.
- d) A organização e coordenação das ações e serviços de vigilância em saúde são de competência da Atenção Básica.

10. Acerca do processo de organização do SUS, está estabelecido no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, a instituição de mecanismos de regionalização e hierarquização da atenção à saúde, através de:

- a) Porta de entrada única do SUS, por meio dos serviços de urgência/emergência.
- b) Atuação da população na regulação dos serviços de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde.
- c) Regiões de Saúde, que reúnem ações e serviços de saúde organizados em rede de atenção.
- d) Centrais de regulação em nível Estadual, pactuado e coordenado com os municípios.

11. A efetiva articulação interfederativa no SUS é considerada fundamental na Pactuação Intergestores e para promoção de equidade na saúde. Tendo como referência o no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, à Comissão Intergestora Tripartite (CIT) compete, entre outras:

- a) Pactuar critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde.
- b) Definir a composição da CIT e estabelecer normas de funcionamento.
- c) Identificar as necessidades de saúde locais e regionais.
- d) Estabelecer estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços.

12. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece seu processo de trabalho fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS. Sendo assim, as principais características do trabalho na PNAB são:

- a) Clientela específica, atendimento por demanda espontânea, acolhimento com classificação de risco e atendimento por especialidade médica.
- b) Acesso, integralidade, regionalização, hierarquização da assistência, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma e ecomapa.
- c) Acolhimento, classificação de risco, atendimento multiprofissional, Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação e Formação em Saúde.
- d) Territorialização, adscrição da clientela, vínculo, acesso, acolhimento, entrada preferencial ao SUS e responsabilização sanitária.

13. A participação paritária da comunidade na gestão do SUS, garantida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada em outros dispositivos legais, é efetivada quando ocorre a:

- a) Organização de entidades para reivindicar melhorias para pacientes ou categorias profissionais.
- b) Participação dos representantes na definição dos gestores da saúde para ocupar cargos de comando no SUS.
- c) Atuação dos representantes nas instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo.
- d) Coesão de movimentos populares de bairro com associações profissionais e sindicatos.

14. Os princípios e diretrizes da PNAB são elementos orientadores da organização das ações e dos serviços da Atenção Básica (AB) no âmbito municipal. O significado de LONGITUDINALIDADE do cuidado, considerando sua definição na legislação:

- a) Consiste na utilização de diferentes tecnologias de cuidado, individual e coletivo, com construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde.
- b) É o processo de vinculação de pessoas e/ou famílias a profissionais/equipes, com o objetivo de promover a participação da comunidade na gestão do SUS.
- c) É um elemento fundamental na coordenação do cuidado, por promover vínculo e responsabilidade entre usuários e profissionais de forma permanente.
- d) Trata-se do estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupondo uma lógica de organização e gestão das redes de ações e serviços de saúde.

15. A Constituição Federal de 1988 é uma conquista da população brasileira, garantidos pelo Estado direitos sociais fundamentais ao desenvolvimento de uma sociedade justa e igualitária. Acerca do direito universal à saúde, podemos afirmar que:

- a) Abrange oferta de ações e serviços que promova, proteja e recupere a saúde da população, garantindo melhor qualidade de vida.
- b) Garante assistência básica, sendo vedados o acesso aos serviços de alta complexidade e alto custo.
- c) Trata-se da garantia de acesso a serviços de assistência médico-hospitalar para população de área urbana.
- d) Garante assistência à saúde no território nacional e em outros países que tenham sistemas de saúde universais.

16. Considerando os três princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), correlacione as manchetes da Imprensa apresentadas na segunda coluna de acordo com a primeira.

(1) Universalidade	() Em dois anos, planos de saúde perdem 80 mil usuários no Estado. Crise econômica leva à redução de quase 3% do número de beneficiários no país. Como consequência, procura por serviços do SUS deve aumentar (ZH Notícias, 05 mar. 2017).
(2) Integralidade	() Em todo o país, a cada mil nascidos vivos, 15 morrem antes de completar 12 meses de vida. Maranhão é o último Estado do ranking, com 24,7/1000 mortos. E o Estado com a menor taxa é Santa Catarina, com mortalidade infantil de 10,1/1000. Diante destes fatos, o Ministério da Saúde deve empregar mais esforços e investimentos na política de nutrição e pré-natal, parto e puerpério no Estado do Maranhão. (Revista Exame.com, 12 mar. 2015)
(3) Equidade	() “Faz-se necessário um sistema de referência e contra referência que funcione de forma a promover a integração entre os serviços, para que em rede possam oferecer uma assistência de qualidade ao usuário.” (Repositório Institucional UNESP, 2010).

Assinale a alternativa que corresponde ao preenchimento descendente dos parênteses.

- a) 1; 2; 3
- b) 2; 3; 1
- c) 1; 3; 2
- d) 3; 2; 1

17. A Lei nº 8080, que completou 29 anos no último dia 19 de setembro, regula as ações e serviços de saúde. Considerando os princípios e diretrizes do SUS apresentado na lei, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O acesso universal aos serviços de saúde fica assegurado se for respeitada porta de entrada pela Atenção Básica.
- b) A integralidade da assistência garante que os indivíduos e coletivos sejam atendidos com base em suas múltiplas demandas e considera os Determinantes Sociais da Saúde.
- c) A participação da comunidade é necessária e deverá ter instâncias organizadas e formais para ser assegurada.
- d) Reconhecer o direito à informação sobre a sua saúde, a toda e qualquer pessoa assistida nos serviços.

18. Consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (BRASIL, 2014). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade no mundo, sendo as principais causas dessas doenças os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011j). Sendo assim, a linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é a de/da:

- a) Prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade.
- b) Pessoa com Doença Renal Crônica.
- c) Cuidado, prevenção e controle do câncer.
- d) Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio.

19. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Neste sentido, a PNPS tem por objetivo geral:

- a) Estimular a cooperação e a articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.
- b) Apoiar a formação e a educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável.
- c) Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.
- d) Organizar os processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e responsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais.

20. O objetivo precípua das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual transição epidemiológica e demográfica do País, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas. A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes, dentre os quais estão os sistemas logísticos, dos quais fazem parte:

- a) Os sistemas de governança; o centro de comunicação e os pontos de atenção à saúde secundários e terciários.
- b) Os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; os modelos de atenção à saúde e os sistemas de informação em saúde.
- c) O registro eletrônico em saúde; os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde.
- d) Os sistemas de teleassistência; os sistemas de assistência farmacêutica e os determinantes de vulnerabilidade social.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. A avaliação vocal vem se desenvolvendo e aperfeiçoando a cada ano, muitos estudos procuram reduzir a subjetividade, com treinamentos e criação de novos protocolos. Desta forma, podemos considerar como padrão ouro na avaliação vocal:

- a) **Avaliação Perceptivo- Auditiva.**
- b) Auto Avaliação Vocal.
- c) CAPE-V.
- d) Avaliação Acústica do Sinal Sonoro.

22. Frequência habitual, gama tonal e harmônicos são alguns parâmetros analisados na:

- a) Avaliação Perceptiva Auditiva.
- b) **Avaliação Acústica do Sinal Sonoro.**
- c) Auto Avaliação Vocal.
- d) Avaliação Espectrográfica.

23. Ao recebermos um paciente encaminhado pelo Otorrinolaringologista, com diagnóstico de Fenda Fusiforme, com contato entre as aritenóides, não devemos adotar a seguinte técnica em seu plano terapêutico:

- a) Sons Fricativos.
- b) **Empuxo e soco no ar.**
- c) Sons Vibrantes.
- d) B prolongado.

24. Quanto às alterações vocais provocadas pelas ressecções de laringe, espera-se alteração do padrão ressonantal da voz, com predomínio de ressonância *cul de sac* na laringectomia:

- a) Frontal anterior.
- b) **Supraglótica.**
- c) Frontolateral.
- d) Frontolateral ampliada.

25. A pelvectomia total apresenta impactos funcionais semelhantes à ressecção total de:

- a) Mandíbula.
- b) Palato.
- c) Linfonodos cervicais.
- d) **Língua.**

26. Em relação à voz esofágica, o método de introdução de ar no esôfago que apresenta como desvantagem a possibilidade de lentidão da fala é:

- a) Aspiração.
- b) Injeção por pressão glossofaríngea.
- c) Injeção consonantal.
- d) **Deglutição.**

27. O nervo faríngeo é uma ramificação do nervo vago. É responsável pela inervação do(s):

- a) Músculo tensor do véu palatino.
- b) **Músculos constritores da faringe e dos músculos do palato mole.**
- c) Músculos tensores da prega vocal.
- d) Músculo abductor da prega vocal.

28. A aspereza implica em rigidez de mucosa, que também causaria irregularidade vibratória dependendo da presença ou não de fenda glótica com efeito perceptivo e acústico diverso. Em análise acústica, quando há soprosidade associada, estas vozes estão caracterizadas por apresentarem:

- a) Presença de ruídos em alta frequência.
- b) Presença de ruídos em baixa frequência.
- c) Presença de ruídos sibilantes.
- d) Redução dos harmônicos superiores.

29. A técnica de som hiperagudo tem como um dos objetivos:

- a) Relaxar os músculos cricotireóideos.
- b) Tensionar os músculos tiroaritenóideos.
- c) Relaxar os músculos tiroaritenóideos.
- d) Anular os músculos cricotireóideos.

30. As técnicas vibratórias apoiadas no gargarejo, com a cabeça inclinada para trás, são efetivas para:

- a) Abaixamento de laringe.
- b) Redução da mobilidade da mucosa das pregas vocais.
- c) Mobilização da mucosa das pregas vocais.
- d) Lateralização da laringe.

31. Os implantes cocleares atuais apresentam um sistema de comunicação bidirecional de dados, chamado de Telemetria, que por meio de radio frequência estabelece comunicação entre o sistema de propagação e os componentes do implante, as mais utilizadas são de:

- a) impedância dos eletrodos e de respostas neurais.
- b) registro do potencial de ação e composto do nervo auditivo.
- c) limiares de reflexos estapedianos eliciado eletricamente.
- d) potenciais evocados auditivos eletricamente.

32. A utilização de equipamentos para Mensuração com microfone-sonda tem sido muito utilizado para verificação das características de amplificação do AASI em uso pelo indivíduo. A diferença de decibel, em função da frequência entre a resposta com e sem AASI, obtidas no mesmo ponto de mensuração no meato acústico externo e para as mesmas condições em campo livre, é chamada de:

- a) Resposta com aparelho de amplificação na orelha (REAR).
- b) Ganho com aparelho de amplificação na orelha (REAG).
- c) Ganho de inserção (REIG).
- d) Resposta da orelha não ocluída (REUR).

33. A timpanometria é um procedimento eletroacústico que contribui para identificação de alterações de orelha média. O registro da mobilidade do sistema tímpano ossicular quando submetido a variações de pressão será diferente conforme a própria mobilidade, sendo representado por curvas, dentre elas a tipo Ad, caracterizada por curva:

- a) caracterizada por pico de máxima admitância deslocado para pressão negativa.
- b) caracterizada por um pico de máxima admitância à baixa pressão, mas com amplitude reduzida.
- c) aberta.
- d) com duplo pico de máxima admitância.

34. Uma mulher de 35 anos com queixa de vertigem de curta duração ao mudar de posição de cabeça com presença de zumbido e plenitude auricular realizou vectoletronistagmografia. O resultado do exame indicou presença de alteração vestibular periférica. Em relação a avaliação realizada, assinale V para afirmativa verdadeira e F para falsa.

- () A manobra de Dix Hallpike apresentou-se positiva com presença de nistagmo e vertigem para a direita.
- () A pesquisa do Nistagmo semi-espontâneo apresentou presença de nistagmo multidirecional.
- () A prova calórica apresentou presença de Efeito Inibidor da Fixação Ocular (EIFO) em todas as estimulações realizadas.

As afirmativas são respectivamente:

- a) V - V - V
- b) V - F - V**
- c) V - F - F
- d) F - F - V

35. Processamento auditivo central (PAC) refere-se aos mecanismos e processos realizados pelo sistema auditivo responsável pelos seguintes fenômenos comportamentais: localização sonora, discriminação sonora, reconhecimento -auditivo, dentre outros. Considerando os estudos sobre processamento auditivo e suas desordens, analise as afirmações a seguir:

I - Crianças com diversos problemas de aprendizagem inclusive dificuldade de aprender a ler e escrever podem apresentar alteração de processamento auditivo central, sendo essa alteração frequentemente sugerida como a causa da dificuldade de aprendizagem.

II - O uso de testes comportamentais e eletrofisiológicos para demonstrar a eficácia do treinamento auditivo nas DPAC tem sido demonstrado em vários estudos, evidenciando que o aprimoramento da função auditiva é decorrente do treinamento auditivo administrado.

III - Técnicas específicas de treinamento auditivo podem influenciar positivamente os processos auditivos temporais de indivíduos que apresentam distúrbios de aprendizagem e de linguagem. Estão **CORRETAS** as afirmativas:

- a) I, II e III**
- b) I
- c) II
- d) II e III

36. Um menino de 3 anos de idade com queixa de falar errado e atraso de linguagem foi encaminhado pelo médico pediatra para avaliação auditiva infantil. Além da alteração de fala, foi constatado durante a anamnese, que ele apresentava respiração oral diurna e noturna e ainda fazia uso de chupeta e mamadeira. Pode-se pensar como hipótese diagnóstica e resultados da audiometria tonal, vocal e imitanciometria, os seguintes resultados respectivamente:

- a) Otite média serosa. Perda auditiva condutiva leve bilateralmente. Audiometria vocal compatível com os limiares tonais. Curvas timpanométricas do tipo B com ausência de reflexos acústicos contralaterais bilateralmente.**
- b) Sinusite crônica. Perda auditiva mista leve bilateralmente. Audiometria vocal com leve prejuízo na discriminação. Curvas timpanométricas do tipo C com presença de reflexos acústicos contralaterais bilateralmente.
- c) Disfunção da tuba auditiva. Perda auditiva condutiva moderada bilateralmente. Audiometria vocal com leve prejuízo na discriminação. Curvas timpanométricas do tipo As com ausência de reflexos acústicos contralaterais bilateralmente.
- d) Hipertrofia de adenóide. Perda auditiva neurossensorial leve bilateralmente. Audiometria vocal compatível com os limiares tonais. Curvas timpanométricas do tipo C com ausência de reflexos acústicos contralaterais bilateralmente.

37. Os testes de Processamento Temporal avaliam o processamento do Estímulo acústico ao longo do tempo e são testes comportamentais de grande importância para a avaliação do Processamento Auditivo. Escolha dentre os itens abaixo os que possuam apenas testes que avaliam a ordenação e a resolução temporal.

- a) Teste Gaps in Noise (GIN), Teste SSW e teste RGDT (Random gap detection).
- b) Teste de Padrão de frequência, teste RGDT (Random gap detection) e teste Gaps in Noise (GIN).
- c) Teste SSW, Teste de Padrão de frequência e teste Gaps in Noise.
- d) Testes PSI, Teste de Padrão de frequência, teste RGDT (Random gap detection).

38. A Emissão Otoacústica Evocada é um importante instrumento para avaliação objetiva do Sistema Auditivo Periférico e vem demonstrando nas últimas décadas muitas utilidades clínicas. Dentro as aplicações clínicas das Emissões Otoacústicas, assinale a opção **FALSA**.

- a) Triagem Auditiva Neonatal e Escolar.
- b) Triagem Auditiva Escolar.
- c) Pesquisa dos limiares de via aérea.
- d) Identificação da Neuropatia auditiva.

39. No exame de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), ao analisarmos as variáveis relacionadas aos traçados dos registros obtidos em intensidade forte, podemos indicar o tipo de alteração auditiva, em combinação com outros procedimentos. É correto afirmar que latências absolutas:

- a) das ondas e dos intervalos interpicos aumentadas e/ou diferença interaural maior que 0,3 ms, mais alteração ou normalidade na ATL, mais EOA sem alteração, indicativo de alteração coclear.
- b) dentro da normalidade e diferença interaural menor ou igual a 0,3 milissegundos (ms), mais alteração no exame de ATL e nas EOA, indicativo de alteração retrococlear.
- c) das ondas e dos intervalos interpicos aumentadas e/ou diferença interaural menor que 0,3 ms, mais alteração ou normalidade na ATL, mais EOA sem alteração, indicativo de alteração coclear.
- d) dentro da normalidade e diferença interaural menor ou igual a 0,3 milissegundos (ms), mais alteração no exame de Audiometria Tonal Liminar (ATL) e nas Emissões Otoacústicas (EOA), indicativo de alteração coclear.

40. Até doze meses de idade, os testes linguísticos que avaliam a percepção auditiva da fala podem indicar como está a acuidade da criança. Pode-se afirmar que crianças com desenvolvimento:

- a) atípico, entre seis e 13 meses de idade, apresentam níveis de detecção de voz em 30 a 35 decibel Nível de Audição (dBNA).
- b) normal, entre seis e 13 meses de idade, apresentam níveis de detecção de voz em 30 a 35 decibel Nível de Audição (dBNA).
- c) normal, entre seis e 13 meses de idade, apresentam níveis de detecção de voz em 50 a 60 decibel Nível de Audição (dBNA).
- d) normal, entre dez e 13 meses de idade, apresentam níveis de detecção de voz em 30 a 35 decibel Nível de Audição (dBNA).

41. Em pessoas idosas, sem histórico clínico de alterações neurológicas, podem ser observados problemas no controle com saliva e alimentos, alterações vocais e articulatórias sistemáticas. No contexto destes pacientes pode-se, de forma geral e sob a ótica da interface entre as funções de fala e deglutição, esperar alterações fonéticas e comprometimento da segurança da deglutição relacionado a:

- a) Redução da propulsão de língua e atraso na resposta da sequência de deglutição.
- b) Imprecisão articulatória e comprometimento sensório-motor dos músculos envolvidos na fase faríngea deglutição.
- c) Qualidade vocal fraca e molhada com alterações perceptivas fonético-fonológicas.
- d) Alteração do planejamento de fala e inadequações nos estágios de captação, qualificação e preparo do bolo.

42. A coréia de Huntington é hereditária com traço dominante autossômico e progressivo. Manifesta alterações de fala com características da disartria:

- a) **hipercinética, sendo o núcleo caudado o mais envolvido.**
- b) hipocinética, sendo considerada síndrome parkinsoniana.
- c) hipercinética esporádica com envolvimento maior do putamen.
- d) mista, com força muscular intacta e contração muscular anormal.

43. São consideradas características da disartria flácida a hipernasalidade acentuada, respiração contínua na fala e inspiração audível. Nesse contexto, a degeneração cística lentamente progressiva no tronco encefálico inferior, região do quarto ventrículo, é manifestada na:

- a) poliomielite.
- b) paralisia bulbar progressiva.
- c) síndrome de Wallemberg.
- d) **seringobulbia.**

44. A Paralisia Pseudobulbar está associada a distúrbios neurológicos diversos que rompem bilateralmente as conexões do neurônio motor superior com os nervos cranianos bulbares. Nesta condição, o principal distúrbio articulatorio evidenciado na fala dos pacientes, caracteriza-se por:

- a) ausência de distorção das vogais, velocidade considerada inalterada e discreta hipernasalidade.
- b) **produção de consoantes imprecisas, velocidade lenta e possível distorção das vogais em casos graves.**
- c) emissão de consoantes com variação discreta correspondentes às lesões que envolvem o núcleo ambíguo.
- d) hipernasalidade acentuada apesar de não corresponder a distúrbios no território de neurônio motor inferior.

45. A avaliação perceptiva da disartria norteia a abordagem terapêutica. A prosódia é uma base motora importante nessa avaliação e deve ter as seguintes dimensões avaliadas:

- a) precisão consonantal e de vogais, extensão do fonema e comprimento frasal.
- b) **pitch, loudness, intervalos prolongados, velocidade e padrão geral de ênfase.**
- c) precisão de vogais, pitch, loudness, padrão de ênfase e comprimento frasal.
- d) nasalidade, pitch, interrupção irregular, intervalos prolongados e velocidade.

46. O esfíncter esofágico superior é considerado como sede da interação digestivo-respiratória. Neste contexto é possível afirmar, respectivamente, que este segmento possui zona de alta pressurização constituída por fibras, seu fechamento é de natureza e tem auxílio na ampliação da laringofaringe por meio do músculo do(s) fascículo(s):

- a) cricofaríngeo; ativa e com gasto de energia; salpingofaríngeo.
- b) **cricofaríngeo, tireofaríngeo e circulares do esôfago; passiva e sem gasto de energia; estilofaríngeo.**
- c) tireofaríngeo; ativa mas sem gasto de energia; palatofaríngeo.
- d) palatofaríngeo, estilofaríngeo longitudinais do esôfago; passiva mas com gasto de energia; pterigofaríngeo.

47. O músculo gênio-hioídeo apresenta, respectivamente, como ação, inervação e pode ter como sugestões terapêuticas para o produto final de sua função na transição faringoesofágica durante a deglutição:

- a) movimento anterior do osso hioide; fibras nervosas do plexo C2; exercício de Shaker e inclinação da cabeça.
- b) movimento superior do osso hioide; fibras nervosas do plexo C3; exercício de Masako e flexão da cabeça contra uma resistência.
- c) deslocamento horizontal e principalmente vertical do osso hioide; fibras nervosas do nervo X; manobra de Mendelsohn e treino muscular expiratório.
- d) **deslocamento vertical e principalmente horizontal do osso hioide; fibras nervosas do nervo XII; rotação da cabeça e treino de resistência de língua.**

48. A fase ou estágio de colapso do esfíncter esofágico superior está, respectivamente, relacionada aos músculos e possui como sugestão de técnica de reabilitação:

- a) estiloglosso e pterigofaríngeo; manobra de Masako.
- b) palatoglosso e ceratofaríngeo; manobra de Shaker.
- c) hioglosso e bucofaríngeo; manobra de Mendelsohn.
- d) genioglosso e condrofaríngeo; manobra de Valsava.

49. A redução da excursão do complexo hiolaríngeo é transtorno comum em pacientes com disfagia orofaríngea. Este problema pode estar relacionado à estase em:

- a) valéculas, que são estruturas circulares e lateralmente delimitadas pela mucosa da face interna da porção faríngea da cartilagem epiglote.
- b) recessos piriformes, que são estruturas longitudinais e lateralmente delimitadas pela mucosa da face interna da membrana tireo-hioideia.
- c) recessos piriformes, que são estruturas circulares e anteriormente delimitadas pela mucosa da face externa das pregas ariepiglóticas.
- d) valéculas, que são estruturas longitudinais e anteriormente delimitadas pela mucosa da face externa da porção lingual da cartilagem epiglote.

50. Paciente, sexo feminino, 55 anos, acometida de acidente vascular. A mesma refere dificuldade para falar e engolir (SIC). Durante avaliação específica foi identificada hipernasalidade, voz de baixa intensidade e dificuldades em excursão laríngea. Seria possibilidade terapêutica, visando impacto positivo nos sinais e sintomas descritos a indicação de:

- a) treinamento de pressão e resistência de língua.
- b) ataque vocal brusco e abertura mandibular com resistência (JOAR).
- c) emissão de fricativos e flexão do pescoço contra resistência (CTAR).
- d) treinamento de força muscular expiratória.