



CADERNO DE QUESTÕES

ÁREA PROFISSIONAL: **FONOAUDIOLOGIA**

DATA: 08/12/2019

HORÁRIO: das 08 às 11 horas

LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O CADERNO DE QUESTÕES

- ✘ Verifique se este CADERNO contém um total de 40 (quarenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de resposta cada, das quais, apenas uma é correta. Se o caderno não estiver completo, solicite ao fiscal de sala um outro caderno. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ✘ As questões estão assim distribuídas:
 - SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS: 01 a 10
 - CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL: 11 a 40
- ✘ O candidato não poderá entregar o **caderno de questões** antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✘ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta** ou **azul escrita grossa**.
- ✘ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

LEGISLAÇÃO DO SUS E SAÚDE PÚBLICA

01. Segundo a lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, as ações e serviços públicos de saúde e de serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos princípios:

- I. Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- II. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- III. Organização dos serviços públicos de modo a ter duplicidade de meios para fins idênticos;
- IV. Participação complementar dos serviços privados.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Os itens I e IV são verdadeiros.
- (B) Os itens I, II e IV, apenas, são verdadeiros.
- (C) Os itens I e II, apenas, são verdadeiros.
- (D) Os itens I, III e IV, apenas, são verdadeiros.
- (E) Apenas o item I é verdadeiro.

02. Tomando como base as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), avalie os itens abaixo como Verdadeiros (V) ou Falsos (F).

- () Continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.
- () Garantia da qualidade da atenção hospitalar e da segurança do paciente.
- () Regionalização da atenção hospitalar, com abrangência municipal e populacional, em consonância com as pactuações regionais.
- () Gestão de tecnologia em saúde, de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS.

Assinale a opção que apresenta a sequência CORRETA.

- (A) V, V, V, V
- (B) V, V, F, V
- (C) F, V, F, V
- (D) F, F, V, V
- (E) V, F, F, V

03. Analise as assertivas acerca da Política Nacional de Atenção Hospitalar no que se refere especificamente ao Eixo de Assistência Hospitalar e assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F).

- () O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, apenas por demanda referenciada, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.
- () O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegurem o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.
- () A auditoria clínica interna periódica será realizada, no mínimo, a cada 1 (um) ano, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar.
- () Cabe ao hospital identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços.

Assinale a opção que apresenta a sequência CORRETA.

- (A) V, V, F, V
- (B) F, V, F, V
- (C) V, V, V, V
- (D) F, V, V, V
- (E) V, F, F, V

04. A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por essa doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Nesse sentido, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Na Política Nacional de Atenção Oncológica, a Atenção Hospitalar é composta pelos hospitais habilitados como UNACON e CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e de densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados, considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde.
- (B) Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido.
- (C) O hospital habilitado como UNACON realiza o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis.
- (D) Componente Regulação da rede de atenção oncológica é responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer, com atuação de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.
- (E) Na hipótese das UNACON e dos CACON, não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, esses serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados.
05. Segundo as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS, relacione as sentenças abaixo e assinale a opção com a correspondência CORRETA.
- | | | |
|----------------------------|-----|--|
| I. Rede de Atenção à Saúde | () | Consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e por serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo). |
| II. Linhas de Cuidado | () | Arranjos organizativos de ações e de 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. |
| III. Integração Horizontal | () | Uma forma de articulação de recursos e de práticas de produção de saúde orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. |
| IV. Integração Vertical | () | Articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. |
- (A) III – II – I - IV
 (B) III- I – II – IV
 (C) IV – I – II – III
 (D) IV – II – I – III
 (E) III – IV – I - II
06. A Portaria de Consolidação nº 03/2017 trata das redes temáticas de atenção à saúde, no que tange aos fundamentos da rede de atenção à saúde, informa que, para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados:
- (A) Qualidade, Suficiência, Linha de cuidado, Acesso e Disponibilidade de Recursos.
 (B) Economia de Escala, Qualidade, Gestão do cuidado, Acesso e Comodidade.
 (C) Qualidade, Suficiência, Gestão do cuidado, Acesso e Disponibilidade de Recursos.
 (D) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.
 (E) Economia de Escala, Gestão de cuidado, Linha de cuidado, Acesso e Comodidade.

07. A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, no capítulo da competência e atribuição, são atribuições comuns a União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, em seu âmbito administrativo, EXCETO:
- (A) Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde.
 - (B) Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano.
 - (C) Organização e coordenação do sistema de informação de saúde.
 - (D) Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador.
 - (E) Elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.
08. Com relação às características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde, analise as assertivas a seguir e marque a INCORRETA.
- (A) Em um sistema de saúde fragmentado, a forma de organização é hierarquia.
 - (B) O sistema Rede de Atenção à Saúde (RAS) é organizado de forma hierárquica.
 - (C) O sistema de redes de atenção é voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS.
 - (D) A forma da ação do sistema fragmentado é reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias.
 - (E) Planejamento do sistema de redes de atenção à saúde é realizado levando em conta necessidades da população, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências.
09. Segundo a Portaria de Consolidação nº 02/2017, as ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação. Dentre elas temos a que é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população. Essa dimensão é denominada de:
- (A) Regulação de atenção à saúde.
 - (B) Regulação do acesso.
 - (C) Regulação de sistemas de saúde.
 - (D) Regulação do Acesso à Assistência.
 - (E) Regulação suplementar.
10. O decreto presidencial nº 7.059, de 28 de junho de 2011 que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços, EXCETO:
- (A) Serviços de atenção primária.
 - (B) Serviços de atenção hospitalar especializada.
 - (C) Serviços de atenção de urgência e emergência.
 - (D) Serviços de atenção psicossocial.
 - (E) Serviços especiais de acesso aberto.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL

11. De acordo com o Código de Ética da Fonoaudiologia aprovado na 145ª Sessão Plenária Ordinária de 18 de Fevereiro de 2016 e regulamentado pela resolução CFF nº 490/2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, páginas 196 a 198, dia 07/03/2016. Analise os itens abaixo e marque a opção com os itens, que, conforme código de Ética constituem princípios gerais éticos e bioéticos do Fonoaudiólogo.
- I. Promoção da solidariedade e da cooperação;
 - II. Realizar estudos e pesquisas com liberdade, de forma a atender à legislação da Plataforma Brasil e CONEP, caso haja necessidade de instâncias superiores;
 - III. Utilizar tecnologias de informação e comunicação de acordo com a legislação em vigor, independente de cursos realizados;
 - IV. Requerer desagravo junto ao Ministério da Saúde de sua jurisdição, quando atingido no exercício da atividade profissional.
- (A) Apenas I e III.
 - (B) Apenas I e II.
 - (C) Apenas III.
 - (D) Apenas I.
 - (E) Apenas II e III.
12. Qualquer lesão, independente de sua etiologia (desmielinização, trauma) que acometem os nervos localizados no tronco cerebral baixo, sendo sua emergência bulbar ou bulbo-pontina, pode causar alteração de deglutição. Dentre os nervos relacionados com a deglutição, os que podem causar maior sintomatologia, quando lesados, são:
- (A) IX, X, XII
 - (B) IX, XI, XII
 - (C) V, VII, IX
 - (D) V, X, XII
 - (E) VII, IX, X
13. A Síndrome de Guillain-Barré é uma neuropatia imunológica grave, também conhecida como polirradiculoneurite inflamatória desmielinizante aguda, é frequentemente associada com uma infecção viral. Sobre o quadro clínico desta Síndrome, é CORRETO afirmar:
- (A) Tremores musculares ascendente, de caráter progressivo.
 - (B) Tremores musculares ascendente, de caráter não progressivo.
 - (C) Fraqueza muscular ascendente de caráter não progressivo.
 - (D) Fraqueza muscular ascendente de caráter progressiva.
 - (E) Nunca evolui para insuficiência respiratória.
14. A Válvula de Fala (VF) é um dispositivo utilizado durante a avaliação e reabilitação do paciente traqueostomizado, além de ser útil como auxiliar para a fala, decanulação e proteção das vias aéreas inferiores. Esse recurso terapêutico é contraindicado:
- (A) Quando apresenta vias aéreas superiores pérvias.
 - (B) Quando apresenta condições para tolerar a completa desinsuflação do cuff.
 - (C) Quando estão conscientes, acordados, clinicamente estáveis.
 - (D) Quando perfaz 48 a 72h pós traqueostomia, dependendo da permeabilidade das vias aéreas.
 - (E) Quando apresenta estenoses laríngeas e/ou traqueais.
15. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS) vem elaborando programas para mobilização dos profissionais de saúde para implementar ações que proporcionem segurança ao paciente, isto é, prevenção e redução de eventos adversos e danos aos pacientes, decorrentes dos processos de cuidados à saúde. Algumas dessas ações são relativas no que se refere à cultura de segurança do paciente.
- (A) Estabelecer ambiente favorável à mudança e cultura colaborativa.
 - (B) Organizar reuniões para discussões clínicas fundamentadas nos resultados de pesquisa e publicações de casos.

- (C) Levantar riscos potenciais.
 (D) Promover desenvolvimento, disponibilização e a revisão periódica de diretrizes clínicas interdisciplinares aplicáveis ao cenário prático.
 (E) Promover a comunicação na passagem de plantão, melhorar a higienização das mãos para prevenir infecções associadas aos cuidados.
16. Fraturas no terço médio da face incluem fraturas que afetam a maxila, o zigoma, os ossos nasais e podem ocorrer de forma isoladas ou combinadas. Foram classificadas em: Le Fort I, Le Fort II, Le Fort III, fratura do complexo naso-orbitomaxilar, fratura do complexo zigomático-maxilar e fratura do arco zigomático. O osso abaixo em que NÃO há articulação direta com a maxila é:
- (A) Osso Palatino
 (B) Osso Nasal
 (C) Osso Mandíbula
 (D) Osso Esfenoide
 (E) Osso Etmoide
17. A perda auditiva na infância, de forma recorrente, gera alteração na aquisição de fala e repercussão na linguagem escrita. O ensurdecimento de plosivas/fricativas é comprovado na transcrição da palavra
- (A) travessa → [pa'tɛsa]
 (B) nariz → ['naiS];
 (C) dedo → [tetu];
 (D) cruz → ['kuS]
 (E) navio → ['naviw]
18. “É um tipo de afasia não fluente, cuja principal característica é a redução de fala. O paciente apresenta uma linguagem espontânea extremamente reduzida, e sua expressão é marcadamente lenta e breve. Como toda afasia transcortical, a repetição é boa e, especificamente neste caso, é muito melhor do que a emissão oral observada durante a fala espontânea. A compreensão geralmente está preservada. Na escrita pode-se observar a mesma falta de iniciativa/inércia observada na fala, e a leitura está normal ou pouco comprometida.
- (A) Afasia de Wernicke
 (B) Afasia Transcortical Sensorial
 (C) Afasia Transcortical Motora
 (D) Afasia de Condução
 (E) Afasia de Broca
19. Atualmente, há certo consenso no que tange às especializações hemisféricas de diferentes funções cognitivas. O hemisfério esquerdo é reconhecidamente considerado o responsável pelo conhecimento e pensamento linguísticos, pelo raciocínio analítico, assim como pelo funcionamento da memória verbal e de aspectos de expressão e recepção da linguagem. Em contrapartida, o hemisfério direito está relacionado
- (A) à percepção visoespacial.
 (B) ao cálculo matemático.
 (C) à percepção da dor.
 (D) à sintaxe.
 (E) ao *Buffer* semântico.
20. O molde da prótese auditiva é um dispositivo confeccionado individual, normalmente de acrílico ou silicone, que adapta o aparelho à orelha do paciente, conduzindo o som amplificado, através do meato acústico externo, em direção à membrana do tímpano. Modificações no molde, tamanho e localização conferem melhor qualidade do estímulo dependendo da forma como são orquestradas suas modificações. Fisiologicamente o Bakke-Horn:
- (A) Oferece condução do som amplificado do aparelho auditivo ao meato acústico externo, atuando como um elemento de transmissão do sinal acústico.
 (B) Oferece fixação do aparelho auditivo ou do receptor à orelha do paciente funcionando como um “acoplador físico”.
 (C) Vedação satisfatória da circulação de ar entre a cavidade e o meio ambiente, impedindo a ocorrência do “feedback” acústico e promovendo adequadas condições acústicas de transmissão e conseqüentemente maior e melhor aproveitamento da adaptação do aparelho.

- (D) É usado em aparelhos de caixa ou convencionais onde o receptor é acoplado através de uma arruela de metal com mola de pressão.
- (E) Produz o chamado efeito corneta que enfatiza a amplificação em frequências agudas.
21. A ventilação nos aparelhos auditivos consiste na abertura de um canal, normalmente paralelo ao canal onde está inserido o tubo plástico, que estabelece uma ligação entre o meio ambiente e a cavidade na frente da membrana do tímpano. Os sons graves refletem-se com maior facilidade, havendo então escape pela ventilação. É indicado o uso de ventilação nos moldes de aparelhos auditivos, EXCETO:
- (A) Perda maior em frequências altas (audiograma tipo “rampa de ski”).
- (B) Mais indicado quando o material for silicone, o que confere maior conforto ao paciente, melhor polimento, maior durabilidade e melhor higienização.
- (C) Quando existe sensação de eco, ressonância da própria voz e/ou sensação da orelha tampada pelo chamado “efeito de oclusão”.
- (D) Quando existe necessidade de aeração da orelha como em caso de perfuração da membrana do tímpano, secreção, cavidades radicais e outros.
- (E) Perda leve em frequências baixas.
22. “O mais superficial dos músculos peribucais. De formato triangular, origina-se na base da mandíbula e se insere nas fibras do ângulo da boca, onde se entrelaça com os outros músculos da mímica facial. É responsável pelas rugas na porção inferior da bochecha”. Estamos falando do músculo:
- (A) Orbicular dos lábios.
- (B) Elevador do ângulo da boca.
- (C) Abaixador do ângulo da boca.
- (D) Abaixador do lábio inferior.
- (E) Mirtiforme.
23. A preceptoria pode ser definida como um método simultâneo de ensino-aprendizagem usado pelas profissões da área da saúde no ensino de estudantes em contextos clínicos, com foco em seu desenvolvimento clínico e ético. O preceptor é um profissional com formação generalista ou especialista, cuja função é:
- (A) Atuar na revisão da prática profissional.
- (B) Guiar e facilitar o processo de ensino aprendizagem centrado no aluno.
- (C) Observar o exercício de determinada atividade, zelar pelo profissional e ter a certeza de que ele exerce bem a atividade.
- (D) Ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas a fim de integrar valores e conceitos da escola e do trabalho.
- (E) Guiar, orientar e aconselhar na realização dos objetivos pessoais, buscando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional.
24. Para a deglutição, a coordenação precisa dos processos respiratórios e de deglutição garante proteção adequada das vias aéreas. As vias aéreas são protegidas durante a deglutição, pois o alimento ou líquido e o ar compartilham uma passagem comum e a aspiração deve ser evitada. Os mecanismos de proteção das vias aéreas durante a deglutição incluem inibição respiratória, fechamento das pregas vocais, elevação da laringe e fechamento velofaríngeo. O método de tratamento das disfonias que também pode ser concebido como método de tratamento nas disfagias, no tocante à maior eficiência de proteção de via aérea é:
- (A) Método dos Sons facilitadores
- (B) Método de Fala
- (C) Método Corporal
- (D) Método dos Órgãos fonoarticulatórios
- (E) Método da Competência glótica

25. Sabe-se que os hormônios têm um grande impacto na qualidade da voz. Embora vários hormônios sejam produzidos no corpo, as evidências mostraram que os hormônios sexuais e os hormônios da tireoide afetam diretamente a voz. A partir desta hipótese diagnóstica nosológica, a hipótese diagnóstica fonoaudiológica provável é:
- (A) Disfonia Funcional primária.
 - (B) Disfonia Funcional Secundária.
 - (C) Disfonia Funcional Psicogênica.
 - (D) Disfonia Organofuncional.
 - (E) Disfonia Orgânica.
26. A modificação de dieta para a primeira ingestão segura por via oral dos pacientes disfágicos neurogênicos em UTI segue normalmente as consistências de baixo risco de aspiração laringotraqueal. Essas consistências normalmente são espessas e homogêneas. No entanto, o grau de espessamento, o volume e a viscosidade dessa dieta devem seguir as indicações da biomecânica de cada paciente. A oferta de alimento para paciente traqueostomizados dependente de ventilador mecânico invasivo é:
- (A) Possível, desde que os parâmetros ventilatórios sejam favoráveis, o paciente tenha nível cognitivo adequado, permeabilidade das vias aéreas e indicação pela Fonoaudióloga e Médico intensivistas para iniciar treino de deglutição, independente da consistência.
 - (B) Possível, desde que os parâmetros ventilatórios sejam favoráveis, o paciente tenha nível cognitivo adequado, permeabilidade das vias aéreas e indicação pela Fonoaudióloga e Médico intensivistas para iniciar treino de deglutição, sendo possível apenas para alimentos de consistência pastosa homogênea.
 - (C) Possível, desde que os parâmetros ventilatórios sejam favoráveis e tenha indicação da Fonoaudióloga e Médico intensivistas para iniciar treino de deglutição, sendo possível apenas para alimentos de consistência pastosa homogênea.
 - (D) Não indicada, uma vez que a própria ventilação mecânica invasiva pode alterar o fluxo ins e expiratório, sendo um risco iminente de penetração e/ou aspiração laringotraqueal.
 - (E) Não indicada, uma vez que é preciso reestabelecimento adequado da respiração espontânea do paciente para que ele consiga realizar voluntariamente a apneia da deglutição (coordenação pneumofonodeglutitória).
27. Atualmente, existem escalas disponíveis que os profissionais de saúde possam utilizar para subjetivamente qualificar o nível de disfagia em populações adultas. No entanto, a confiabilidade dessas medidas é desconhecida e não há nenhum correlato ao objetivo por desempenho. Esta é a motivação básica para a criação das escalas em disfagia. A escala DOSS (*Dysphagia Outcome and Severity Scale*) é diferenciada das outras por:
- (A) Apresentar 7 níveis e considerar o uso de vias alternativas de nutrição e modificações na dieta como qualificadores no grau de comprometimento da deglutição.
 - (B) Apresentar 7 níveis e considerar o nível de independência do paciente, nível de nutrição e modificações na dieta como qualificadores no grau de comprometimento da deglutição.
 - (C) Apresentar 7 níveis e considerar o nível de nutrição e modificações na dieta como qualificadores no grau de comprometimento da deglutição.
 - (D) Apresentar 5 níveis e considerar o nível de independência do paciente e modificações na dieta como qualificadores no grau de comprometimento da deglutição.
 - (E) Apresentar 5 níveis e considerar o uso de vias alternativas de nutrição e modificações na dieta como qualificadores no grau de comprometimento da deglutição.
28. Paciente FER, 59 anos, apresentou AVCi há 2 meses e teve alta do hospitalar com queixa de disfagia. Na avaliação fonoaudiológica foi observado pela Fonoaudióloga: redução do tempo de excursão e resistência laríngea, estase referida em compatível com o segmento faringoesofágico, queixa de estase alimentar em região compatível com recessos piriformes bilaterais e alteração na qualidade vocal. Uma manobra que pode ser efetiva na redução de todos os sintomas supracitados simultaneamente é:
- (A) Manobra de Deglutição com esforço.
 - (B) Manobra de Flexão de pescoço.
 - (C) Manobra de Masako.
 - (D) Manobra de Shaker.
 - (E) Manobra CTAR.

Com base nas informações do caso clínico abaixo, responda às questões de 29 a 35.

Paciente JFSS, 45 anos é pedreiro, hipertenso, diabético, ex-tabagista (carga tabática 40anos/maço) compareceu a este nosocômio com a queixa de: “boca torta e dificuldade em alimentar” (SIC). Na história pregressa da moléstia atual a acompanhante (esposa) refere que paciente iniciou há 1 ano apresentou quadro de cefaleia frontal intensa diária, associado a obstrução nasal, espirros e tonturas. Foi diagnosticado com otomastoidopatia e sinusopatia complicada e realizou cirurgia dia 10 de setembro de 2019 (tubercotomia, microcirurgia otológica, timpanotomia, antróstomia maxilar, sinusotomia). Relata que 1 mês depois da cirurgia evoluiu com piora dos sintomas e presença de novos sintomas de tontura, febre, disfagia, vômitos recorrentes, disartria, cegueira de olho esquerdo, drenagem de secreção por ouvido esquerdo e redução da acuidade auditiva. Internado no Hospital das Flores com abscesso, sendo tratado com Tazocin e Ceftriaxona por 21 dias e reavaliado pela otorrinolaringologia e neurocirurgia que não indicaram nova abordagem. Após 10 dias em casa, foi reinternado, desta vez no hospital local (Hospital Carombola do Sul) com sintomas de paralisia facial à direita e disfagia importante, sendo transferido para seguimento de tratamento. Durante a internação no HU-UFPI seguiu consciente, contactuante, com queixa de cefaleia e dor em região cervical em pontadas, sono reparador, diurese por sonda vesical de demora e evacuações ausentes por 20 dias.

Quanto aos exames externos: realizou Ressonância Magnética (RM) de Pescoço em 16 de outubro de 2019, com laudo: *“Tecido heterogêneo comprometendo os ápices petrosos, principalmente o direito, com extensão para duramater junto aos contornos posteriores dos ossos temporais e extensão até os forames jugulares e canais dos nervos hipoglossos, neste último principalmente a esquerda, achados inespecíficos porém que podem estar relacionados a alteração de natureza inflamatória/infeciosa na base do crânio (OSTEOMIELEITE), porém não foi possível descartar completamente outras possibilidades diagnósticas. Sinais de Pansinusopatia + Otomastoideopatia secretora bilateral.”* No dia 30 de outubro foi realizada RM de crânio, com laudo: *“Área de encefalomalácia/gliose sequelar nas regiões frontobasais, mais evidente à direita.”*

No parecer da Otorrinolaringologia, dia 05 de novembro, foi evidenciada: *“Otoscopia está dentro da normalidade em ouvido direito e mostra secreção purulenta, fluida, em ouvido esquerdo, que foi aspirada, sendo observado presença de tubo de ventilação pérvio, bem posicionado. Realizamos videonasolaringoscopia, que não mostrou alterações em fossa nasal direita, com secreção mucopurulenta em fossa nasal esquerda, mas com visualização inadequada de meato médio em função de sonda nasoenteral (rinossinusite crônica agudizada?). Laringe mostra mobilidade normal de pregas vocais, com retenção de secreção mucopurulenta em região retrocricóide, junto à sonda. Conduta: Otocirax (receita entregue para a acompanhante).”*

29. A Otite Média Crônica (OMC) como um processo inflamatório da mucosa da orelha média acometendo desde a membrana timpânica (MT) até cavidades anexas à tuba auditiva que dura mais de 3 meses e é acompanhada de secreção atrás de uma MT intacta ou otorreia associada com perfuração de MT. Considerando os sintomas apresentados pelo paciente e os sintomas otoneurológicos decorrentes da complicação da OMC, destaca-se:

- (A) VPPB
- (B) Migrânea vestibular
- (C) Labirintite serosa
- (D) Doença de Ménière
- (E) Fístula perilinfática

30. Considerando estabilidade clínica do paciente, indicação do médico otorrinolaringologista para a realização da bateria audiométrica, os sintomas supracitados e a avaliação da orelha média, as curvas timpanométricas bem como a resposta dos reflexos estapedianos será:

- (A) Curva timpanométrica do tipo “Ar” à direita e curva timpanométrica do tipo B à esquerda, com presença de reflexos estapedianos ipsilaterais bilaterais e ausência de reflexos contralaterais bilateralmente.
- (B) Curva timpanométrica do tipo “A” à direita com presença de reflexos estapedianos ipsilaterais e contralaterais à direita em níveis diminuídos; e, curva timpanométrica do tipo “B” à direita com presença de reflexos estapedianos ipsilaterais e ausência de reflexos contralaterais à esquerda.
- (C) Curva timpanométrica do tipo “C” à direita e curva timpanométrica do tipo “Ad” à esquerda, com presença de reflexos estapedianos ipsilaterais bilaterais em níveis normais e ausência de reflexos contralaterais bilateralmente.
- (D) Curva timpanométrica do tipo “C” bilateralmente, com presença de reflexos estapedianos ipsilaterais bilaterais em níveis normais e ausência de reflexos contralaterais à esquerda.

- (E) Curva timpanométrica do tipo A à direita com ausência de reflexos estapedianos ipsi e contralateral; e, curva timpanométrica do tipo “B” na orelha esquerda com ausência de reflexos estapedianos ipsi e contralateral.
31. Pensando nos limiares auditivos tonais e vocais compatíveis com o caso mencionado anteriormente, marque a opção CORRETA.
- (A) Curvas audiométricas simétricas; perda auditiva sensorineural, de grau leve e configuração horizontal bilateralmente; SRT e IPRF compatíveis com a média tritonal bilateralmente.
- (B) Curvas audiométricas simétricas; perda auditiva mista, de grau leve e configuração horizontal bilateralmente; SRT e IPRF compatíveis com a média tritonal bilateralmente.
- (C) Curvas audiométricas assimétricas; do tipo horizontal à direita e ascendente à esquerda, com limiares tonais auditivos dentro da normalidade à direita e perda auditiva do tipo condutiva à esquerda de grau moderado. LRF compatível com a média tritonal bilateralmente e IPRF incompatível com a média tritonal bilateralmente.
- (D) Curvas audiométricas assimétricas; do tipo descendente à direita e ascendente à esquerda, perda auditiva do tipo sensorineural à direita de grau moderado e perda auditiva do tipo condutiva à esquerda de grau moderado. LRF e IPRF compatíveis com a média tritonal bilateralmente.
- (E) Curvas audiométricas assimétricas; do tipo horizontal à direita e descendente à esquerda, limiares tonais auditivos dentro da normalidade à direita e perda auditiva do tipo mista à esquerda de grau moderado. LRF e IPRF incompatíveis com a média tritonal à direita e compatíveis à esquerda.
32. O núcleo facial é constituído por um componente ventral e dorsal e combina inervação bilateral com inervação contralateral. Os músculos da metade superior da face, supridos pela porção ventral, são muito mais inervados bilateralmente do que os músculos da metade inferior da face, supridos pela porção dorsal do núcleo motor e recebem mais inervações contralaterais. A paralisia facial apresentada é:
- (A) Periférica à direita e central à esquerda, uma vez que a moléstia apresentada ocorre após a decussação das pirâmides.
- (B) Periférica à direita somente, uma vez que a moléstia apresentada ocorre após a decussação das pirâmides.
- (C) Central à direita e há normalidade na hemiface esquerda, uma vez que a moléstia apresentada ocorre antes a decussação das pirâmides.
- (D) Central à esquerda e há normalidade na hemiface direita, uma vez que a moléstia apresentada ocorre antes a decussação das pirâmides.
- (E) Central bilateral, uma vez que a moléstia apresentada ocorre antes a decussação das pirâmides.
33. É clássico o conhecimento de que lesões subcorticais podem afetar os aspectos motores da fala, produzindo disartria. Entre os circuitos córtico-subcorticais, uma alça motora envolve os córtices motor e pré-motor e os gânglios da base. A informação motora final é veiculada pelas porções do trato piramidal que se iniciam nas áreas do córtex motor correspondentes à face, língua, faringe e laringe. A Disartria esperada para esta caso é:
- (A) Neurônio motor unilateral
- (B) Hiperkinética
- (C) Hipocinética
- (D) Espástica
- (E) Flácida
34. No relato do residente médico há a menção a disfagia importante. Considerando os achados do caso, o senhor JFSS:
- I – Apresenta dificuldade de deglutir alimentos líquidos por causa de episódios de engasgos e tosses
- PORQUE**
- II – Há comprometimento da fase oral e faríngea da deglutição, já que há comprometimento de vários nervos cranianos.
- (A) As duas assertivas são verdadeiras e se complementam.
- (B) As duas assertivas são verdadeiras e não se complementam.
- (C) A assertiva I é verdadeira e a II é falsa e não se complementam.
- (D) A assertiva I é falsa e a II é verdadeira e não se complementam.
- (E) As duas assertivas são falsas e se não se complementam.

35. A dinâmica da deglutição é complexa e muito sensível, qualquer alteração em um órgão fonoarticulatório pode influenciar diretamente nas funções estomatognáticas por ele desempenhadas. Pensando clinicamente neste caso, a(s) fase(s) da deglutição que estará(ão) alterada(s) será(ão):
- (A) Preparatória oral, oral propriamente dita e faríngea.
 - (B) Preparatória oral, oral propriamente dita.
 - (C) Oral propriamente dita e faríngea;
 - (D) Oral propriamente dita.
 - (E) Preparatória oral.
36. M. M. S. L, 32 anos, com 22 semanas de gestação, chega ao consultório fonoaudiológico com a solicitação médica para realizar exame de audiometria e imitanciometria e com o histórico de diminuição auditiva gradativa bilateral e zumbido. No exame clínico a meatoscopia está normal, com membrana timpânica íntegra. A audiometria mostra perda auditiva condutiva e o timpanograma com curva tipo A e ausência de reflexo estapediano. Os achados clínicos sugerem como patologia:
- (A) Otite Média.
 - (B) Disfunção tubária.
 - (C) Otite externa.
 - (D) Otosclerose.
 - (E) Neurinoma do acústico.
37. Segundo Furkim e Rodrigues (2014) o trabalho fonoaudiológico com pacientes dependentes de ventilação mecânica é possível levando em consideração a escolha do modo ventilatório utilizado pelo paciente no momento da avaliação e/ou terapia. De acordo com esta afirmação, marque a opção que possibilita o Fonoaudiólogo adaptar válvula de fala.
- (A) Paciente em uso contínuo de PSV e com cuff insuflado.
 - (B) Paciente em uso contínuo de PCV pois apresenta melhor interação entre deglutição e respiração por esta ser controlada pelo paciente.
 - (C) Paciente em uso de PCV com cuff desinsuflado.
 - (D) Paciente em uso contínuo de PSV com cuff desinsuflado.
 - (E) Não existe a possibilidade de adaptação de VF em paciente dependente de ventilador.
38. O Blue Dye Test (BDT) é um teste para verificar a presença ou não de aspiração traqueal. Sobre o BDT, marque a opção CORRETA.
- (A) É um teste objetivo, com pouca incidência de falso positivo e falso negativo.
 - (B) O paciente traqueostomizado é considerado grupo de risco para disfagia, não sendo indicado BDT.
 - (C) É um teste exclusivo para traqueostomizados.
 - (D) O BDT modificado pode ser feito com o cuff insuflado sem interferir no resultado.
 - (E) Segundo o protocolo do BDT modificado, o resultado apresentando sinais clínicos sugestivos de broncoaspiração, a conduta sugerida seria liberação da via oral.
39. Os nervos cranianos diretamente relacionados com a musculatura intrínseca da laringe, com os distúrbios da voz e da fala de forma geral são:
- (A) IV; VI; VII; VIII.
 - (B) V; VII; VIII; IX.
 - (C) III; IX; X; XII.
 - (D) V; VI; VII; IX.
 - (E) II; III; IV; V.
40. A deglutição é um ato complexo, que inclui atividades voluntárias e reflexas, envolvendo diferentes músculos e nervos. Tem a função de levar o alimento da boca até o estômago, além de proteção das vias aéreas, sendo dividida em fases: oral, faríngea e esofágica. Sobre a fase faríngea da deglutição, marque as estruturas que fazem parte desta fase.
- (A) Músculos do lábio, língua, faringe, laringe.
 - (B) Palato, língua, laringe, cricofaríngeo.
 - (C) Boca, mandíbula, faringe, palatoglosso.
 - (D) Músculos da face, faringe, laringe, esfíncter esofágico.
 - (E) Palatoglosso, mandíbula, língua, faringe.