

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

01. O princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) definido como “o 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) Integralidade de assistência.
- b) Igualdade da assistência.
- c) Regionalização e hierarquização.
- d) Universalidade de acesso.

02. Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90), são critérios para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios:

- I – a eficiência na arrecadação de impostos;
- II – o perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III – a participação paritária dos usuários no Conselho de Saúde;
- IV – a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

Estão **CORRETOS** os itens:

- a) II e IV.
- b) I e II.
- c) II e III.
- d) III e IV.

03. Conforme estabelecido pela Lei nº 8080/1990, Lei Orgânica da Saúde, as ações e serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) são aqueles prestados por:

- a) Órgãos e instituições públicas da Administração direta e indireta e as fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar em caráter complementar.
- b) Órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração direta e as fundações mantidas pelo Poder Público.
- c) Órgãos e instituições públicas federais, estaduais, municipais da Administração direta e indireta. A iniciativa privada não poderá participar do SUS em caráter complementar.
- d) Apenas pelas fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar em caráter complementar.

04. As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, realizadas a cada quatro anos nos 3 níveis de gestão (municipal, estadual e nacional), e contam com a representação dos vários segmentos sociais, conforme definido na Lei 8.142/1990. As Conferências de Saúde têm como atribuições:

- a) Avaliar as propostas de ações de saúde formuladas pelos gestores e decidir sobre a implantação ou rejeição das propostas.
- b) Referendar as diretrizes da política de saúde aprovadas pelas instâncias legislativas nos três níveis de gestão.
- c) Decidir sobre a aplicação dos recursos da saúde e referendar as decisões tomadas pelas Comissões Intergestoras nos três níveis.
- d) Avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

05. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- a) De atenção hospitalar.
- b) Ambulatoriais especializados.
- c) De atenção domiciliar.
- d) Especiais de acesso aberto.

06. A participação popular é um dos princípios do Sistema Único da Saúde. A lei 8142/90 prevê essa participação em todas as esferas de governo, nas seguintes instâncias: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde:

- a) Podem contar com a participação de enfermeiras como representantes dos prestadores de serviço público, em número paritário e equivalente ao dos representantes dos usuários e dos serviços privados.
- b) Devem permitir a democratização da saúde. Tem o secretário municipal de saúde como presidente nato, que não poderá delegar esta função a representantes de usuários.
- c) Devem zelar pela proteção dos trabalhadores de saúde. É composto, de forma majoritária, por representantes dos usuários que devem reivindicar assistência médica com qualidade a toda comunidade.
- d) Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no município e são formados por representantes dos usuários em número equivalente ao dos representantes de outros segmentos.

07. As Regiões de Saúde são constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, que se integram para organizar, planejar e executar as ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Uma Região de Saúde deve dispor no mínimo de ações e serviços de:

- a) Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, Vigilância em Saúde.
- b) Atenção Primária; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar; Saúde do Trabalhador; Vigilância Sanitária.
- c) Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Materno-Infantil; Exames Laboratoriais e de Imagem; Atenção Hospitalar.
- d) Atenção Primária; Atenção Hospitalar; Atenção Psicossocial; Atenção Materno-Infantil; Assistência Farmacêutica; Vigilância Epidemiológica.

08. O documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; o acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos, a ser seguido pelos gestores do SUS, denomina-se:

- a) Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.
- b) Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.
- c) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.
- d) Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

09. A Política Nacional de Atenção Básica prevê a existência de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha, Equipes de Saúde da Família Fluviais, Equipes de Consultório na Rua e Equipes de Atenção Básica Prisional. Estas modalidades compõem o conjunto das Equipes de:

- a) Atenção Básica para Populações Carentes.
- b) Saúde Básica Especiais.
- c) Atenção Básica para Populações Específicas.
- d) Atenção Básica Complementar.

10. A Política Nacional de Atenção Básica possui fundamentos e diretrizes que a norteiam. A diretriz que pressupõe a “*continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente*” é:

- a) Integralidade.
- b) Igualdade.
- c) Transversalidade.
- d) Longitudinalidade.

11. A Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica, envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para as seguintes ações, **EXCETO:**

- a) Detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública.
- b) Vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis.
- c) Notificação, combate e eliminação da desnutrição infantil.
- d) Vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

12. No acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde, os profissionais de saúde devem avaliar os casos de demanda espontânea atendida, considerando o risco e a vulnerabilidade de cada um. Existem basicamente três tipos de encaminhamentos que definem se o atendimento precisa ser imediato, prioritário ou no dia. Em quadros clínicos que exigem atendimento prioritário, se faz necessária uma intervenção breve da equipe, até a avaliação pelo profissional mais indicado para o caso. São exemplos de quadros clínicos que representam este tipo de acolhimento:

- a) Usuários que necessitam de isolamento; Convulsão.
- b) Crise asmática leve e moderada; Gestantes com dor abdominal.
- c) Pessoas com ansiedade significativa; Conflito familiar.
- d) Rebaixamento do nível de consciência; Febre sem complicação.

13. A Portaria MS nº 825 de 2016 redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. De acordo com esta portaria a atenção domiciliar (AD) será organizada em modalidades. Sobre essas modalidades assinale a resposta correta:

- a) A prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal é um fator que torna o usuário com indicação de AD elegível na modalidade AD 1.
- b) Os pacientes elegíveis na modalidade AD 3 requerem cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade.
- c) A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 2 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.
- d) O atendimento aos usuários elegíveis na modalidade AD 1 é de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar.

14. A recuperação da dimensão cuidadora e a busca da integralidade na atenção à saúde são desafios para a organização do cuidado nos hospitais. Os processos a serem articulados para promover a integralidade da atenção hospitalar são:

- a) A articulação das equipes nas unidades de internação com as equipes nos ambulatórios das respectivas especialidades.
- b) A integração das atividades de atenção à saúde exercidas pelas diferentes clínicas no ambiente hospitalar.
- c) O atendimento multiprofissional integrado e coordenação pelas equipes médicas dos hospitais.
- d) O atendimento no ambiente hospitalar e a articulação com os demais equipes de saúde.

15. O ensino na área da saúde tem sido impactado por processos de desenvolvimento tecnológico e de especialização, havendo multiplicação da oferta de disciplinas, de conteúdos e procedimentos o que acarreta:

- a) fragmentação e desarticulação de conteúdos na formação dos profissionais de saúde
- b) maiores chances da oferta de cuidado integral, pela complementaridade dos saberes
- c) maior clareza sobre as competências típicas da formação geral dos profissionais
- d) maior preparação dos recém formados para ingresso imediato no mercado de trabalho

16. Pode-se considerar que o cuidado no hospital é composto por uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, e decorre da interação entre os vários cuidadores num processo de complementação e disputa. Assim, um desafio do processo gerencial do hospital é:

- a) coordenar os atos cuidadores fragmentados de modo que eles produzam um cuidado eficaz e de qualidade.
- b) dirimir conflitos entre categorias, atribuindo à equipe médica a responsabilidade pela integralidade do cuidado.
- c) concentrar fluxos de cuidado em categorias específicas, evitando a contradição dos saberes profissionais.
- d) atender à satisfação dos pacientes, já que os fluxos de cuidado se complementam.

17. A atual situação epidemiológica do país exigiu que a rede de serviços de saúde, voltada predominantemente ao atendimento de condições agudas e à saúde materno-infantil, avançasse no cuidado aos usuários com condições crônicas. A ampliação da oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), do acesso a medicamentos e outras medidas, impactaram positivamente a saúde da população. Um dos avanços identificados foi a redução de:

- a) mortalidade cardio e cerebrovascular.
- b) internações cirúrgicas na rede hospitalar.
- c) atendimentos na rede de urgência e emergência.
- d) incidência de agravos por acidentes e violências.

18. O papel da atenção hospitalar tem sido marginalizado no debate sobre as Redes de Atenção à Saúde, num contexto de insuficiências estruturais no setor e baixa oferta de leitos – menos de 1,5 leitos por mil habitantes no SUS. Como efeitos dessa realidade pode-se destacar:

- a) menor uso dos serviços de urgência e emergência e maior pressão dos gastos na atenção primária à saúde.
- b) tempo de espera por internação dilatado, sobremortalidade e custo acumulado por paciente.
- c) desconcentração dos equipamentos hospitalares entre as regiões brasileiras, com impacto na mortalidade geral.
- d) maior integração com a rede ambulatorial especializada não hospitalar e filas de espera para marcação de exames.

19. A promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender as necessidades sociais de saúde e a melhoria da qualidade de vida. Recentemente, em 2016, foi realizada a 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde, com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”. Os quatro pilares que necessitam de vigorosa articulação com vistas à garantia da ampliação das ações de Promoção da Saúde são:

- a) “Ações intersetoriais”, “democracia”, “proteção social” e “desenvolvimento sustentável”.
- b) “Cidades saudáveis”, “bom governo”, “alfabetização em saúde” e “mobilização social”.
- c) “Inclusão social”, “empoderamento social”, “proteção ambiental”, e “justiça social”.
- d) “Políticas intrasetoriais”, “cidadania”, “integralidade das práticas” e “direitos humanos”.

20. A promoção da saúde envolve um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, tanto individuais quanto coletivas, com o objetivo de atender às necessidades sociais de saúde e a melhorar a qualidade de vida. A Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada em 2014, aponta entre seus temas prioritários:

- a) Promoção da cultura da paz e de direitos humanos; Alimentação adequada e saudável; Enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados.
- b) Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; Promoção da mobilidade segura e sustentável; Controle das endemias focais.
- c) Práticas corporais e atividades físicas; Redução das desigualdades regionais; Saúde da população indígena.
- d) Enfrentamento da desigualdade de gênero; Promoção das práticas integrativas e complementares; Expansão do programa de imunizações.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. A triagem auditiva neonatal permitiu a detecção e diagnóstico das deficiências auditivas congênitas precocemente. Como uma das formas de tratamento temos o uso de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI). Para essa população foram desenvolvidos métodos prescritivos. O mais usado atualmente é:

- a) NAL –NL2.
- b) DSL m (i/o) v. 5,0.
- c) POGO.
- d) meio ganho.

22. O implante coclear é uma das alternativas de tratamento para deficiência auditiva neurosensorial, principalmente de grau severa a profunda. Ele é formado por alguns componentes:

- a) microfone, amplificador, receptor, molde.
- b) microfone, amplificador, feixe de eletrodos.
- c) processador de fala, microfone, amplificador, antena transmissora.
- d) feixe de eletrodos, processador de fala, cabo e antena transmissora.

23. A otoesclerose é uma doença hereditária, autossômica dominante, encontrada principalmente no sexo feminino. A otoesclerose clínica, mais comumente encontrada, apresenta as seguintes características audiológicas no estágio inicial:

- a) perda auditiva neurossensorial, com curva plana, audiometria vocal compatível com limiares audiométricos, timpanometria com curva tipo Ar e presença de reflexos acústicos.
- b) perda auditiva condutiva, com curva plana, audiometria vocal compatível com limiares audiométricos, timpanometria com curva tipo A e ausência de reflexos acústicos.
- c) perda auditiva condutiva, com curva ascendente, audiometria vocal compatível com limiares audiométricos, timpanometria com curva tipo Ar e ausência de reflexos acústicos.
- d) perda auditiva neurossensorial, com curva ascendente, audiometria vocal compatível com limiares audiométricos, timpanometria com curva tipo A e presença de reflexos acústicos.

24. A comparação interaural da latência absoluta da onda V no Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) é de grande relevância para o diagnóstico neuroaudiológico, a fim de se estabelecer o topodiagnóstico da lesão. Identifique a alternativa correta, referente a esta análise:

- a) diferença menor ou igual a 0,2 milissegundos (ms), limiar até 50 deciBell Nível de Audição (dBNA); menor ou igual a 0,3ms, limiar entre 55 e 65 dBNA; menor ou igual a 0,4ms, limiar maior que 65dBNA. Respostas encontradas em perdas auditivas cocleares bilaterais de grau moderado a severo.
- b) diferença menor ou igual a 0,2 milissegundos (ms), limiar até 70 deciBell Nível de Audição (dBNA); menor ou igual a 0,3ms, limiar entre 75 e 85 dBNA; menor ou igual a 0,4ms, limiar maior que 85dBNA. Respostas encontradas em alterações auditivas retrococleares.
- c) diferença menor ou igual a 0,2 milissegundos (ms), limiar até 50 deciBell Nível de Audição (dBNA); menor ou igual a 0,3ms, limiar entre 55 e 65 dBNA; menor ou igual a 0,4ms, limiar maior que 65dBNA. Respostas encontradas em perdas auditivas condutivas assimétricas ou unilaterais.
- d) diferença menor ou igual a 0,2 milissegundos (ms), limiar até 50 deciBell Nível de Audição (dBNA); menor ou igual a 0,3ms, limiar entre 55 e 65 dBNA; menor ou igual a 0,4ms, limiar maior que 65dBNA. Respostas encontradas em perdas auditivas cocleares assimétricas ou unilaterais.

25. As Emissões Otoacústicas Produto de Distorção (EOAPD) são respostas geradas pela cóclea, evocadas por dois tons puros simultâneos, com frequências sonoras muito próximas. Na análise das respostas podem ser utilizados diferentes parâmetros. Identifique a alternativa que melhor define cada um deles:

- a) o gráfico DP gram, também denominado cocleograma, apresenta os níveis de resposta obtidos na mesma frequência testada. Na Curva de Crescimento ou Razão de Crescimento, observa-se o efeito do nível de pressão sonora do estímulo, em diversas frequências, sobre o decréscimo do nível de resposta do PD. Latenciograma se refere ao tempo de resposta, em ms, de todas as frequências testadas.
- b) o gráfico DP gram, também denominado cocleograma, deve ser o mais indicado para triagem auditiva neonatal. Na Curva de Crescimento ou Razão de Crescimento, observa-se o efeito do nível de pressão sonora do estímulo, em determinada frequência, sobre o aumento do nível de resposta do PD. Latenciograma se refere ao tempo de resposta, em ms - quanto mais alta a frequência, maior a latência, em decorrência da tonotopia coclear.
- c) o gráfico DP gram, também denominado cocleograma, apresenta os níveis de resposta obtidos nas frequências testadas. Na Curva de Crescimento ou Razão de Crescimento, observa-se o efeito do nível de pressão sonora do estímulo, em determinada frequência, sobre o decréscimo do nível de resposta do PD. Latenciograma se refere ao tempo de resposta, em milissegundos (ms), em função da frequência e em decorrência da tonotopia coclear.
- d) o gráfico DP gram, também denominado cocleograma, apresenta os níveis de resposta nas perdas auditivas cocleares severas. Na Curva de Crescimento ou Razão de Crescimento, observa-se o efeito do nível de pressão sonora do estímulo, como indicador de perda auditiva, em determinada frequência. Latenciograma se refere ao tempo de resposta, em ms - quanto mais baixa a frequência, menor a latência, em decorrência da tonotopia coclear.

26. O exame de Audiometria Tonal Liminar (ATL) de uma criança de oito anos, com história de repetidas infecções de orelha média, revelou perda auditiva condutiva de grau moderado, configuração ascendente, bilateralmente. Observe os limiares no quadro abaixo.

| Frequências | | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 Hertz |
|-----------------|-----------|-----|-----|------|------|------|------|------|---------------|
| Orelha direita | Via aérea | 70 | 65 | 60 | 55 | 50 | 45 | 40 | 40 dBNA |
| | Via óssea | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - dBNA |
| Orelha esquerda | Via aérea | 70 | 65 | 65 | 60 | 60 | 50 | 45 | dBNA |
| | Via óssea | - | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | - | - dBNA |

*dBNA: decibel Nível de Audição

Identifique a afirmativa correta, no que diz respeito ao mascaramento na ATL e aos resultados da Imtanciometria:

a) deverá ser utilizado o ruído mascarador somente na orelha direita, ao se testar a orelha esquerda, em algumas frequências, por condução aérea e por condução óssea. Foram identificadas curvas timpanométricas tipo B, com ausência de reflexo acústico ipsi e contralateral, na orelha esquerda.

b) deverá ser utilizado o ruído mascarador, em todas as frequências ao se testar a orelha esquerda, e nas frequências de 250 a 6000 Hertz ao se testar a orelha direita, por condução aérea. Ao se testar a orelha esquerda, todas as frequências deverão receber o ruído mascarador na orelha contralateral, por condução óssea. Foram identificadas curvas timpanométricas tipo B, com ausência de reflexo acústico ipsi e contralateral, bilateralmente.

c) deverá ser utilizado o ruído mascarador, somente na orelha esquerda, ao se testar a orelha direita, em algumas frequências, por condução aérea e por condução óssea. Foram identificadas curvas timpanométricas tipo C, com ausência de reflexo acústico ipsi e contralateral, na orelha direita.

d) deverá ser utilizado o ruído mascarador, tanto na orelha direita quanto na orelha esquerda, ao se testar a orelha contralateral, em todas as frequências, por condução aérea e por condução óssea. Foram identificadas curvas timpanométricas tipo C, com presença de reflexo acústico ipsi e contralateral, bilateralmente.

27. A avaliação de crianças pequenas pode ser realizada utilizando observações das respostas comportamentais. Quanto aos resultados da pesquisa do Reflexo Cócleo Palpebral (RCP) é correto afirmar:

a) RCP é esperado frente a sons de instrumentos musicais quando percutidos à 60 dB.

b) RCP) estará presente nas perdas auditivas moderadas não recrutante, severas e profundas.

c) é esperado presença do RCP em crianças com audição normal, perda neurossensorial leve ou perda neurossensorial moderada recrutante.

d) é esperado presença RCP em crianças com audição normal, perda condutiva de grau leve ou perda neurossensoriais moderada não recrutante.

28. A avaliação comportamental do processamento auditivo central é um procedimento muito utilizado para medir a capacidade do indivíduo em reconhecer sons em condição de escuta difícil. Assinale dentro as opções abaixo a única afirmativa correta:

a) o processamento temporal é composto pelas habilidades de: resolução, ordenação, mascaramento e integração temporal.

b) o teste dicótico de dígitos em português, avalia a habilidade de ordenação temporal e é composto por 80 dígitos, sendo dois dígitos apresentados simultaneamente em cada orelha.

c) o teste *Gap in Noise* (GIN) é usado para avaliar a habilidade de figura fundo.

d) o processamento temporal é composto pelas habilidades de: resolução, integração temporal, fechamento e figura fundo.

29. Um homem de 56 anos apresenta queixa de dificuldade de ouvir e zumbido na orelha direita. Refere muita dificuldade de compreender o que as pessoas falam. Nega plenitude auricular, vertigem e flutuação.

Complete a frase de modo que fique compatível com o caso citado:

“O paciente apresenta perda auditiva do tipo _____ com curvas timpanométricas do tipo _____ na orelha direita e do tipo _____ na orelha esquerda provocada devido a _____.

- a) neurossensorial coclear / A / A // Doença de Meniere.
- b) condutiva / B / A / Otite média.
- c) mista / Ar / A / Displasia de Mondini.
- d) neurossensorial retrococlear / A / A / Neurinoma do acústico.

30. A vectoeletronistagmografia é uma avaliação indicada para pacientes com queixa de vertigem, perda auditiva e sinais neurológicos. No exame são considerados sinais centrais os seguintes resultados:

- a) Calibração regular; Nistagmo espontâneo ausente; Nistagmo semi-espontâneo multidirecional; Rastreo pendular do tipo III; Optocinético simétrico; Prova Calórica com presença de EIFO e prova de Bårány normal.
- b) Calibração irregular; Nistagmo espontâneo ausente; Nistagmo semi-espontâneo ausente; Rastreo pendular do tipo III; Optocinético assimétrico; Prova Calórica com ausência de EIFO e prova de Bårány normal.
- c) Calibração irregular; Nistagmo espontâneo presente; Nistagmo semi-espontâneo multidirecional; Rastreo pendular do tipo IV; Optocinético assimétrico; Prova Calórica com ausência de EIFO e Prova de Bårány com presença de Sinal de Aubry.
- d) Calibração regular; Nistagmo espontâneo presente; Nistagmo semi-espontâneo unidirecional; Rastreo pendular do tipo IV; Optocinético simétrico; Prova Calórica com presença de EIFO e prova de Bårány com presença de Sinal de Aubry.

31. Um grande número de glândulas é encontrado nas pregas vestibulares e nos ventrículos da laringe. É provável que uma das razões para a constante presença de secreção sobre as pregas vocais, causando pigarro constante, seja a:

- a) expansão das estruturas pela hipofunção vocal.
- b) descompressão das estruturas pela hiperfunção vocal.
- c) compressão das estruturas pela hipofunção vocal.
- d) compressão das estruturas pela hiperfunção vocal.

32. Nas opções abaixo, assinale a alternativa que apresenta apenas técnicas do método fonoarticulatório:

- a) técnica de emissão de cabeça e tronco para baixo e técnica de rotação de língua no vestibulo.
- b) técnica de estalo de língua associado a som nasal e técnica de mascaramento auditivo.
- c) técnica de abertura de boca e técnica de deslocamento lingual.
- d) técnica de voz salmodiada e técnica de bocejo-suspiro.

33. As disfonias funcionais primárias são causadas por uso incorreto da voz e podem ser favorecidas por:

- a) assimetrias laríngeas e modelo vocal deficiente.
- b) falta de conhecimento vocal e modelo vocal deficiente.
- c) inaptações anatômicas e alterações psicogênicas.
- d) falta de conhecimento vocal e alterações congênitas.

34. Os mecanismos de mudança da frequência da voz dependem diretamente:

- a) da diminuição de massa, do aumento da mucosa e da configuração do trato vocal.
- b) do comprimento das pregas vocais, da sua tensão e da massa vibrante.
- c) da redução da pressão subglótica e do comprimento das pregas vocais.
- d) da redução da pressão fonatória e do encurtamento das pregas vocais.

35. As vogais são sons produzidos com o trato vocal desobstruído, se diferenciando pela postura dos órgãos articulatórios – o arredondamento dos lábios, movimentação dos lábios e a posição da língua em relação ao palato. No português, língua cujas sílabas são essencialmente vocálicas, a expressividade da vogal recai sobre o acento tônico. Que aspectos da tônica são variantes importantes para o resultado sonoro:

- a) intensidade, contexto fonético, entoação, duração.
- b) velocidade da fala, altura, clareza articulatória, intensidade.
- c) duração, entoação, contexto fonético, clareza articulatória.
- d) frequência fundamental, intensidade, duração, entoação.

36. A microcirurgia de laringe é um possível tratamento para certas disfonias. Na maioria dos casos, recorre-se a essa solução nos seguintes tipos de alterações vocais:

- a) disfonias comportamentais.
- b) tratamento de disfonias por medicamentos.
- c) disfonias não funcionais.
- d) tratamento por reeducação vocal.

37. Em relação à voz esofágica, o método que pode ser desenvolvido por pressão consonantal ou glossofaríngea (bomba velofaríngea) é o de:

- a) injeção.
- b) sucção.
- c) aspiração.
- d) inalação.

38. A fonação ariepiglótica é produzida em indivíduos submetidos à laringectomia:

- a) supracricóide, com crico-hioideopexia.
- b) supraglótica, com crico-hioideoepiglotopexia.
- c) supracricóide, com crico-hioideoepiglotopexia.
- d) supraglótica, com crico-hioideopexia.

39. Em relação à reabilitação da deglutição de pacientes submetidos ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço, a estratégia terapêutica que durante a sua execução promove principalmente aumento de pressão na parede faríngea e na região de base de língua é a manobra:

- a) supraglótica.
- b) supersupraglótica.
- c) de Mendelsohn.
- d) de Masako.

40. Para minimizar as sequelas das ressecções de palato duro, pode ser indicada a prótese:

- a) obturadora de palato.
- b) rebaixadora de palato.
- c) elevadora de palato.
- d) obturadora faríngea.

41. A fala é uma ação motora extremamente complexa que depende da contração coordenada de vários músculos individuais e de competência dos sistemas motores central e periférico. São manifestações de alterações nesses sistemas motores:

- a) instabilidade postural, disdiadococinesia e dismetria associados a disartria de neurônio motor inferior.
- b) tremor de intenção, dismetria, dificuldade de iniciar movimentos seqüenciais associados a disartria atáxica.
- c) movimentação bradicinética, hipotonia e dificuldade na decomposição de movimentos associados a disartria hiperkinética.
- d) dificuldade de iniciar movimentos seqüenciais, dismetria e flutuação de tônus associados a disartria por lesão piramidal.

42. O transtorno motor de fala causado por uma interrupção bilateral do fornecimento do neurônio motor superior para o núcleo nervoso craniano bulbar é classificado como disartria:

- a) flácida.
- b) mista atáxica e flácida.
- c) mista espástica e atáxica.
- d) . espástica.

43. Durante a avaliação clínica fonoaudiológica de um paciente com manifestações de disartria flácida é importante observar as características que constituem o quadro. São consideradas como principais características perceptivas desta disartria:

- a) produção vocal tensa e com esforço, soprosidade contínua e comprometimento muscular unilateral.
- b) ausência de hipernasalidade, rouquidão por esforço e comprometimento articulatório importante.
- c) hipernasalidade acentuada associada a emissão nasal de ar, respiração contínua na fala e respiração audível.
- d) controle respiratório adequado, esforço na emissão e entonação com ênfase excessiva ou constante.

10

44. Os músculos do mecanismo da fala podem ser acometidos por contrações mioclônicas envolvendo palato mole, laringe e diafragma. A esse quadro está associada à disartria:

- a) espástica.
- b) hipercinética.
- c) hipocinética.
- d) atáxica.

45. Lesões no território do neurônio motor superior unilateral, localizadas no córtex motor ou na cápsula interna ocasionam:

- a) flacidez e fraqueza da face na porção inferior ipsilateral a lesão.
- b) paralisia espástica ou fraqueza na metade inferior contralateral da face.
- c) rigidez e contratura facial na metade inferior bilateral e ipsilateral.
- d) sincinesias e flacidez na metade superior da face contralateral a lesão.

46. É considerado um músculo infraioideo com importância para a dinâmica da deglutição, constituído de fibras verticais planas e curtas e que se estendem de cada lado da laringe em linha média:

- a) genioioideo.
- b) omohioideo.
- c) estiloioideo.
- d) tireohioideo.

47. As pregas ariepiglóticas e a dinâmica faríngea de elevação e dilatação são, respectivamente, classificadas como mecanismos de defesa e estão associados aos nervos cranianos:

- a) independente de pressão (X ramo laríngeo inferior); dependente de pressão direto (XI).
- b) dependente de pressão direto (V); independente de pressão (XII).
- c) independente de pressão (X ramo laríngeo superior); dependente de pressão indireto (IX).
- d) dependente de pressão indireto (VII); independente de pressão (X ramo faríngeo).

48. Uma estratégia terapêutica que, por meio de sua execução, pode favorecer ao aumento da atividade da musculatura supraioidea, ao fechamento da rima glótica e ativação velofaríngea é:

- a) a manobra de Masako.
- b) o treino de fortalecimento da musculatura expiratória.
- c) o exercício de abertura mandibular contra uma resistência.
- d) a deglutição supraglótica.

49. Redução da excursão laríngea, estase de resíduos no recesso piriforme e problemas na abertura da transição faringoesofágica são sinais e sintomas que favorecerem a episódios de penetração e/ou aspiração laríngea. São estratégias que podem, pela ação conjunta dos efeitos, impactar positivamente tais alterações:

- a) cabeça rotacionada para o lado ruim e exercício de Shaker.
- b) cabeça para frente e ataque vocal.
- c) deglutição supersupraglótica e cabeça inclinada para o lado bom.
- d) deglutição múltipla e cabeça para trás.

50. Paciente de 66 anos, sexo masculino, acometido de Acidente Vascular Encefálico há cerca de 3 meses. No exame de imagem o laudo refere hipodensidade em substância branca e região periventricular esquerda. Ao exame fonoaudiológico, identifica-se disfagia para líquido fino com característica clínica de antes da deglutição, assim como dificuldades de articular os fonemas. De acordo com os dados, quais seriam, respectivamente, os principais transtornos de fala e deglutição esperados:

- a) hipernasalidade severa; alteração unilateral da dinâmica crânio-caudal da faringe.
- b) trocas fonológicas variadas; deslocamento anterior do hióide inadequado.
- c) distorção de fonemas plosivos; redução de pressão intraoral e de força em língua.
- d) excesso prosódico; estase em recesso piriforme e região retrocricóidea.