

MUNICÍPIO DO IPOJUCA

CONCURSO PÚBLICO
Nível Superior

PROVA **P**

CADERNO DE PROVAS
PARTE II

PROVA DE CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CARGO 30

FONOAUDIÓLOGO

ATENÇÃO!

Leia atentamente as instruções constantes na capa da Parte I do seu caderno de provas.

- 1 Nesta parte II do seu caderno de provas, confira atentamente os seus dados pessoais e os dados identificadores de seu cargo transcritos acima com o que está registrado em sua **folha de respostas**. Confira também o seu nome e o nome da prova — Prova P — no rodapé de cada página numerada desta parte II de seu caderno de provas. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito, ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou aos dados identificadores de seu cargo, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da **folha de respostas**, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

É um estranho desejo buscar o poder e perder a liberdade.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Acerca das aplicações clínicas das emissões otoacústicas (EOAs) evocadas, julgue os itens que se seguem.

- 51 Como as emissões otoacústicas transitórias (EOATs) desaparecem com perdas auditivas superiores a 25 dBNA, elas têm sido selecionadas como método eficiente de triagem auditiva em pré-escolares e escolares.
- 52 Nos programas de triagem e acompanhamento auditivo, se o neonato apresentar EOAs ao nascimento, não será realizada pesquisa do reflexo cocleopalpebral (RCP) para sons intensos.
- 53 As EOAs contribuem para o diagnóstico diferencial das alterações auditivas de origem coclear e retrococlear e auxiliam no diagnóstico de crianças que não cooperam para a avaliação audiológica tradicional, possibilitando a medição dos limiares auditivos e a identificação das neuropatias.
- 54 Crianças que apresentam risco para alteração retrococlear, mesmo com EOATs presentes, devem ser avaliadas quanto às respostas elétricas de troncoencefálico.

Julgue os itens a seguir quanto às características da perda auditiva induzida por ruído (PAIR) estabelecidas pelo Comitê Nacional de Ruído e Conservação Auditiva.

- 55 Tendo em vista que a PAIR causa lesão de cóclea, o trabalhador portador dessa enfermidade deve apresentar perda da capacidade de reconhecimento de palavras, zumbidos e aumento da tolerância a sons mais intensos, o que, somando-se ao *deficit* auditivo, prejudica o processo de comunicação.
- 56 Exposições anteriores a níveis elevados de pressão sonora tornam o ouvido sensível a exposições futuras.
- 57 Características físicas do agente causador da PAIR — como tipo, espectro e nível de pressão sonora —, tempo, dose de exposição e suscetibilidade individual são fatores que influenciam as perdas auditivas induzidas por ruído.
- 58 A PAIR é sempre neurossensorial e, uma vez instalada, é irreversível.

Acerca da avaliação das habilidades de reconhecimento de fala, julgue os itens subsequentes.

- 59 A intensidade necessária para alcançar o índice de reconhecimento de fala máximo depende das seguintes variáveis: tipo do material de teste de gravação e tipo do falante.
- 60 Nos casos de perdas auditivas neurossensoriais em que a habilidade de reconhecimento de fala é obtida em níveis altos, em torno de 90 dBNA, recomenda-se utilizar o nível de intensidade mais confortável (MCL) como nível de apresentação para o teste de reconhecimento de fala.
- 61 Utiliza-se rotineiramente, nos testes que avaliam os índices de reconhecimento de fala, um único nível de apresentação, que corresponde a 40 dB acima da média dos limiares tonais da área da fala.
- 62 A habilidade humana de ouvir em campo muda em função do azimute (graus) da fonte sonora. No campo livre, os alto-falantes servem como transdutores com o azimute utilizado para descrever a relação entre a cabeça do indivíduo — orelhas — e a fonte sonora.
- 63 Existe relação entre os limiares auditivos tonais — 500, 1.000, 2.000 e 4.000 Hz — e o índice de reconhecimento de fala (SRT).

Julgue os itens que se seguem acerca da utilização dos testes para avaliação de distúrbios no processamento auditivo central (DPAC).

- 64 Na avaliação de DPAC em indivíduos adultos com acuidade auditiva normal, mas com queixas de prejuízos nas habilidades auditivas, utilizam-se testes especiais.
- 65 A partir dos 3 anos de idade podem ser utilizados todos os testes especiais para avaliação de DPAC.
- 66 A sessão de avaliação do processamento auditivo central deve incluir os testes especiais que avaliam as habilidades auditivas de localização e de memória sequencial para sons verbais e não-verbais.
- 67 A desordem do processamento auditivo central é caracterizada por prejuízo de habilidades auditivas, mas não é considerado um distúrbio da audição.
- 68 A avaliação do processamento auditivo central deve ser feita após avaliação audiológica convencional e anamnese específica.

A prontidão do recém-nascido para alimentação e a competência na sucção refletem sua condição de saúde geral e neurológica. Acerca desse assunto, julgue os itens a seguir.

- 69 A deglutição é um automatismo cujo controle nervoso envolve vários nervos cranianos e um centro específico da deglutição, localizado no bulbo.
- 70 A deglutição é dividida em três fases: oral, faríngea e esofágica. Nos primeiros meses de vida, todas as fases são reflexas e a fase oral se torna voluntária assim que o lactente adquire controle maior da sucção e da região anterior da boca.
- 71 A fase esofágica da deglutição se dá a partir da passagem do bolo alimentar pelo complexo cricofaríngeo, ou esfíncter esofágico superior, e perdura até a sua chegada ao estômago, movido pela peristalse esofágica, correspondendo à última fase da deglutição.
- 72 Durante a sucção nutritiva, a respiração segue em sequência rítmica, de forma que expiração e inspiração estão interpostas entre as deglutições. O padrão de coordenação entre as funções deglutitórias e respiratórias nos neonatos saudáveis caracteriza-se por uma inspiração seguida pela deglutição e após esta, a expiração.
- 73 Os neonatos, devido às suas características anatômicas, conseguem sugar e deglutir ao mesmo tempo.

Julgue os itens subsequentes, acerca das disfonias funcionais que decorrem do mau uso ou abuso do aparelho fonador.

- 74 A disfonia funcional com abuso vocal prolongado pode levar ao desenvolvimento de lesões orgânicas secundárias, como os nódulos vocais.
- 75 As disfonias funcionais podem ser resultado de mecanismo compensatório mal adaptado, como consequência de condição orgânica preexistente.
- 76 O uso inapropriado do registro vocal é um tipo de disfonia funcional que provoca alteração vocal em homens durante o crescimento e manifesta-se depois da puberdade, com a presença de comprometimentos hormonais e conversivos.
- 77 A terapia fonoaudiológica é indicada na fase pré-cirúrgica de cirurgia das pregas-vocais, para evitar disfonias funcionais.

Julgue os itens a seguir, acerca das informações do reflexo acústico no diagnóstico diferencial dos distúrbios da audição.

- 78** Existe grande variabilidade dos limiares do reflexo acústico de pacientes com perda auditiva neurossensorial.
- 79** Em indivíduos normais, o reflexo acústico é observado com estimulação por tons entre 60 e 90 dBNS (decibéis nível de sensação).
- 80** Existem processos da orelha média que não impedem a captação do reflexo acústico na orelha com a sonda, como disfunções ossiculares parciais e anomalias congênitas do estribo.
- 81** O limiar do reflexo acústico é o menor nível de pressão sonora ou nível de audição do sinal ativador que elicia uma mudança mensurável na imitância, que coincide com a apresentação do sinal ativador.

Com relação à fissura palatina na prática clínica, julgue os próximos itens.

- 82** No julgamento auditivo realizado no paciente fissurado, observa-se o grau de hipernasalidade considerando-se o grau de distorção para efeito de comunicabilidade.
- 83** O grau detectado de hipernasalidade reflete fielmente o nível de inadequação da função velofaríngea, o que fornece dados referentes ao prognóstico.
- 84** Existem diversos métodos para a avaliação do paciente com escape aéreo nasal e que possibilitam a composição do quadro como um todo. Um desses métodos, o espelho de Glatzel, limita-se a detectar a presença de escape aéreo nasal.
- 85** A qualidade da função velofaríngea pode ser avaliada satisfatoriamente por meio da inspeção peroral, observando-se se há fechamento velofaríngeo durante a emissão da vogal /a/.
- 86** Ao tratar hipernasalidade obtém-se, além de melhora no tempo, *timing* do fechamento velofaríngeo, melhora na coordenação entre a respiração, o movimento de fechamento velofaríngeo e a articulação.

Quanto à atuação do fonoaudiólogo frente ao comprometimento do processo de alimentação causado pelas anomalias orofaciais, julgue os itens de **87** a **90**.

- 87** O grau de severidade da disfagia varia entre leve, moderado, severo e profundo. Nos graus considerados leve e moderado, a aspiração de alimentos está ausente; no severo, há um traço de aspiração e, no profundo, mais de 10% do alimento é aspirado.
- 88** Nos bebês com anomalias orofaciais, a disfagia tem etiologias variadas, mas manifesta-se sempre na fase oral do processo de deglutição.

- 89** Alterações morfofisiológicas em estruturas como lábio, língua, palato, úvula, mandíbula e faringe, presentes nos bebês com anomalias orofaciais, também podem desencadear disfagia.
- 90** No atendimento fonoaudiológico para disfagia de bebês com anomalias orofaciais congênitas, o gerenciamento fonoaudiológico consiste na avaliação e na administração de mudanças com relação à postura corporal na alimentação, à graduação de consistência do alimento e na escolha do tipo de bico mais adequado para o caso.

Acerca da mucosa das pregas vocais, que é a parte nobre da sua vibração e vem sendo amplamente abordada em estudos de fisiopatologia vocal, julgue os itens seguintes.

- 91** A mucosa das pregas vocais é constituída de vasos sanguíneos que penetram nas suas terminações membranosas, tanto anterior quanto posterior. Discreta hiperemia de pregas vocais pode causar irregularidade vibratória e, conseqüentemente, rouquidão.
- 92** A fibronectina, uma proteína que se expande e, assim, controla a viscosidade dos tecidos, é encontrada na camada intermediária da lâmina própria.
- 93** O tratamento fonoaudiológico dirigido às alterações de mucosa no idoso consiste em redução do atrito entre as pregas vocais, exercícios de vibração, hidratação e adequação do desempenho respiratório.

No ambiente escolar, o fonoaudiólogo é responsável por

- 94** realizar palestras para pais e professores acerca do correto desenvolvimento da linguagem, da audição e da fala.
- 95** realizar triagens auditiva e fonoaudiológica.
- 96** fazer avaliação audiológica nos alunos que falharem na triagem auditiva.
- 97** fazer atendimento terapêutico na área de voz para professores com patologias vocais.

A classificação dos pacientes afásicos é efetuada com base no grupo de sintomas de linguagem associados a cada quadro. Com relação a esse assunto, julgue os itens a seguir.

- 98** A característica mais evidente apresentada por pacientes com afasia de Broca é uma deficiência na compreensão da linguagem, sendo a produção da fala, ao contrário, fluente e bem articulada.
- 99** O estilo do discurso de pacientes com afasia de Wernicke é telegráfico e agramático, e esses pacientes apresentam, ainda, distúrbios motores da fala, na forma de apraxias e(ou) disartrias.
- 100** A afasia transcortical motora caracteriza-se pela preservação da capacidade de repetição, e, por isso, os portadores desse tipo de afasia apresentam compreensão da linguagem falada e escrita gravemente alteradas, apesar de a leitura em voz alta ser eficiente.