



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

ESTADO DE SÃO PAULO

CONCURSO PÚBLICO

005. PROVA OBJETIVA

ANALISTA EM SAÚDE – FONOAUDIOLOGIA

- ◆ Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- ◆ Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- ◆ Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala.
- ◆ Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- ◆ Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- ◆ A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- ◆ Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridos 75% do tempo de duração da prova.
- ◆ Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno, podendo levar apenas o rascunho de gabarito, localizado em sua carteira, para futura conferência.
- ◆ Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO DE QUESTÕES.

Nome do candidato _____

RG _____

Inscrição _____

Prédio _____

Sala _____

Carteira _____

CONHECIMENTOS GERAIS

Leia o texto para responder às questões de números **01** a **07**.

Apostas contra depressão e fobias

A realidade virtual, conhecida pelo uso na indústria de games, tem sido cada vez mais utilizada para recriar situações de trauma ou medo e, assim, permitir que o paciente seja exposto a uma situação de risco, de forma controlada e com auxílio profissional. Medo de avião, pavor de aranhas ou insetos e fobia de lugares fechados são alguns dos problemas na mira.

Para isso, programadores de games têm sido contratados por médicos e psicólogos para criar os cenários para pacientes interagirem com as situações que os aterrorizam.

Em clínica especializada em realidade virtual, em São Paulo, uma equipe de programadores trabalhou, com detalhamento impressionante, nas versões mais recentes das experiências de imersão. No cenário de fobia de aranha, o paciente não só observa o comportamento do animal como pode interagir usando as próprias mãos, inseridas no cenário por meio de um sensor. No cenário da fobia de avião, a imersão é ainda maior. Além dos óculos de realidade virtual, há duas poltronas de avião posicionadas sobre uma plataforma móvel que simula os vários momentos – decolagem, pouso e turbulências.

Antes mesmo de “entrar” na aeronave, o paciente em tratamento passa, dentro da experiência de realidade virtual, por check-in, raios X e fila de embarque. Em todas as situações, ele tem os batimentos cardíacos e a respiração monitorados constantemente pela equipe de psicólogos.

Segundo o psicólogo Cristiano Nabuco, professor do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP) e chefe da clínica, a abordagem é eficaz visto que trabalha três dimensões: pensamento, emoção e comportamento. “Para quem tem medo de avião, não adianta você só trazer estatísticas.”

O especialista explica que, ainda que o paciente tenha consciência de que aquela é uma simulação, o cérebro acaba “sendo enganado”.

Já a realidade virtual aliada ao tratamento com choques elétricos tem sido estudada para casos como os de dependência química, manias e compulsões. O tratamento com choques elétricos no cérebro nada tem a ver com as terapias obsoletas praticadas nos antigos manicômios.

Hoje, a corrente elétrica é usada em baixíssima intensidade, de forma não invasiva, para estimular ou inibir áreas do cérebro afetadas por alguns transtornos. Estudos publicados em renomadas revistas médicas já comprovaram a eficácia do tratamento para pacientes com depressão grave que não demonstravam uma boa resposta aos remédios. Nos últimos anos, a técnica começou a ser estudada também para condições de dependência química, autismo, transtorno obsessivo-compulsivo e compulsão alimentar.

Para os especialistas, evidentemente tanto a realidade virtual quanto a estimulação transcraniana são parte do tratamento e precisam ser associadas a psicoterapias e a medicações.

(Fabiana Cambricoli. *O Estado de S. Paulo*, 08.09.2019. Adaptado)

- 01.** De acordo com as informações do texto, é correto afirmar que
- (A) as experiências de imersão, possibilitadas pelo uso de realidade virtual, foram concebidas para pacientes que querem superar os traumas de infância.
 - (B) programadores, orientados por médicos e psicólogos, vêm desenvolvendo técnicas de computação e de choques elétricos para ajudar pessoas com diferentes transtornos.
 - (C) os pacientes com medo de viajar de avião alegam que procuraram clínicas especializadas por considerarem manipuladas as estatísticas sobre acidentes aéreos.
 - (D) as modernas terapias de choque abandonaram procedimentos arcaicos e, ao aplicarem corrente elétrica menos potente, deixaram de ser menos invasivas.
 - (E) os indivíduos com medo de animais ou de lugares fechados sentem-se seguros dentro dos cenários virtuais onde devem permanecer como meros observadores.
- 02.** De acordo com o texto, os tratamentos contra fobias e traumas que utilizam realidade virtual
- (A) são recentes, por isso ainda não foram documentados em publicações da área da saúde.
 - (B) procuram trabalhar tanto com a parte racional como emocional dos pacientes.
 - (C) dispõem de especialistas que eventualmente monitoram as reações dos pacientes.
 - (D) funcionam porque, nas situações reais de fobia, o cérebro é frequentemente ludibriado.
 - (E) são eficientes a ponto de, em alguns casos, dispensarem a medicação dada aos pacientes.
- 03.** No primeiro parágrafo do texto, a expressão destacada em – permitir que o paciente seja exposto a uma situação de risco, **de forma controlada** – apresenta circunstância adverbial de
- (A) causa, como destacado em: A realidade virtual, conhecida **pelo uso na indústria de games...** (1º parágrafo)
 - (B) modo, como destacado em: ... uma equipe de programadores trabalhou, **com detalhamento impressionante**, nas versões mais recentes... (3º parágrafo)
 - (C) intensidade, como destacado em: No cenário da fobia de avião, a imersão é **ainda maior**. (3º parágrafo)
 - (D) tempo, como destacado em: ... ele tem os batimentos cardíacos e a respiração monitorados **constantemente** pela equipe de psicólogos. (4º parágrafo)
 - (E) afirmação, como destacado em: Para os especialistas, **evidentemente** tanto a realidade virtual quanto a estimulação transcraniana... (último parágrafo)

04. Considere os trechos do texto.

- ... para recriar situações de trauma ou medo e, **assim**, permitir que o paciente seja exposto a uma situação de risco... (1º parágrafo)
- ... a abordagem é eficaz **visto que** trabalha três dimensões: pensamento, emoção e comportamento. (5º parágrafo)
- O especialista explica que, **ainda que** o paciente tenha consciência de que aquela é uma simulação, o cérebro acaba “sendo enganado”. (6º parágrafo)

As expressões destacadas estabelecem entre as ideias, correta e respectivamente, as relações de

- (A) tempo; condição; restrição.
- (B) comparação; causa; conclusão.
- (C) comparação; condição; oposição.
- (D) consequência; explicação; tempo.
- (E) consequência; causa; concessão.

05. Os trechos destacados em – os cenários para pacientes **interagirem com as situações que os aterrorizam** (2º parágrafo) – e – o paciente **tenha consciência de que aquela é uma simulação** (6º parágrafo) – estão reescritos em conformidade com a regência verbal e nominal estabelecida pela norma-padrão na alternativa:

- (A) terem contato com as situações a que temem / se sintam familiarizado a que aquela é uma simulação.
- (B) enfrentarem em situações de que se sobressaíam / tenha discernimento de que aquela é uma simulação.
- (C) ocuparem-se de situações com que se sentem inquietos / esteja ciente de que aquela é uma simulação.
- (D) superarem com as situações a que recebem / esteja a par de que aquela é uma simulação.
- (E) lidarem com as situações a que se apavoram / tenha noção em que aquela é uma simulação.

06. Leia as frases elaboradas com base nas ideias do texto.

- A realidade virtual é muito conhecida na indústria de games e, agora, profissionais **têm usado a realidade virtual** na área da medicina.
- Técnicas de computação permitem criar cenários fictícios, e médicos e psicólogos **usam esses cenários** para ajudar pacientes.
- A aplicação de choques elétricos em pacientes, antes condenada, hoje **ajuda pacientes** a superar traumas.

De acordo com a norma-padrão de emprego e colocação dos pronomes, os trechos destacados podem ser substituídos, respectivamente, por

- (A) têm usado-a; os usam; lhes ajuda.
- (B) têm usado-a; usam-nos; os ajuda.
- (C) a têm usado; usam-nos; os ajuda.
- (D) a têm usado; os usam; ajuda-lhes.
- (E) a têm usado; usam-lhes; ajuda-os.

07. Assinale a alternativa em que a concordância verbal está de acordo com a norma-padrão.

- (A) Na clínica paulistana, utiliza-se óculos de realidade virtual para o paciente simular as etapas de uma viagem de avião.
- (B) Deve haver sempre pesquisas que investiguem como tratar pacientes que não obtêm boas respostas com medicamentos.
- (C) Faz parte da luta contra a fobia de avião atividades como passar pelo check-in, pelos raios-X e pela fila de embarque.
- (D) Na terapia contra compulsões ou dependência química pode ser empregado no paciente choques elétricos de baixa voltagem.
- (E) Fazem décadas que alguns métodos postos em prática em manicômios são considerados ultrapassados.

Leia o texto de Fabrício Carpinejar para responder às questões de números 08 a 10.

Onisciência burra

Ninguém mais confessa “não sei”, “não domino o assunto”, “estou aqui para aprender”. Não abrimos passagem para sábios e doutores. Todo mundo é especialista em tudo, todo mundo nasce enciclopédico, todo mundo quer opinar sobre o que não conhece, sobre o que não estudou. Todo mundo saca um Google do bolso para fingir destreza. Antes as generalizações se restringiam ao futebol e à política, hoje não há área que não esteja contaminada pelo achismo.

A onisciência é a nossa nova burrice. Falta-nos humildade para escutar especialistas. Falta-nos silêncio. Falta-nos a solidão da dúvida.

Vivemos colando nas provas da vida, conferindo as respostas no celular e anulando as curiosidades naturais e sufocando os lapsos espontâneos.

Quando vamos nos consultar, desprezamos a década de universidade e residência do médico, colocamos em xeque as suas habilidades, desacreditamos a sua receita, pesquisamos na web o que julgamos ter e nos automedicamos. Onde está o respeito com quem se preparou para nos receber?

Nossa desobediência é arrogância, não é nem de perto emancipação ideológica. Simulamos saber, não corremos atrás para reparar as falhas da formação e não deixamos quem realmente merece falar ocupar o seu espaço.

(<https://blogs.oglobo.globo.com/fabricio-carpinejar/post/onisciencia-burra.html> Publicado em 25.07.2018. Adaptado)

08. Com base nas opiniões do autor, “emancipação ideológica” pode ser corretamente interpretada como

- (A) defender criteriosamente as ideias e com respaldo em conhecimentos sólidos.
- (B) evidenciar apego obtuso e incondicional a determinadas crenças.
- (C) demonstrar reverência aos indivíduos néscios que se consideram sábios.
- (D) saber identificar e acatar informações refutáveis.
- (E) dar prioridade a situações que nos despertem dúvidas e nos levem à solidão.

09. O trecho do texto em que o autor emprega termos aparentemente contraditórios está na alternativa:

- (A) Ninguém mais confessa “não sei”, “não domino o assunto”, “estou aqui para aprender”.
- (B) Todo mundo saca um Google do bolso para fingir destreza.
- (C) Antes as generalizações se restringiam ao futebol e à política...
- (D) A onisciência é a nossa nova burrice.
- (E) Vivemos colando nas provas da vida, conferindo as respostas no celular...

10. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do texto a seguir.

Para o autor, ninguém mais tem a nobreza de afirmar que está predisposto _____ aprender. No texto, ele se refere tanto _____ pessoas que se esforçam para saber cada vez mais como _____ que não procuram reparar deficiências de formação. Segundo ele, todas as áreas do conhecimento estão submetidas _____ prepotente teoria do achismo.

- (A) à ... as ... às ... a
- (B) à ... às ... às ... à
- (C) à ... às ... as ... a
- (D) a ... as ... as ... à
- (E) a ... às ... às ... à

11. Constitui princípio do Sistema Único de Saúde,

- (A) integralidade das ações de vigilância e assistência social, entendida como conjunto articulado de ações individuais e coletivas.
- (B) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
- (C) utilização da estatística de saúde para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos previdenciários e orientação programática.
- (D) organização de atendimento público generalizado para mulheres e homens vítimas de violência sexual, garantindo acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras.
- (E) igualdade da assistência à saúde para todo cidadão, desde que brasileiro.

12. Segundo a Lei Orgânica do Município de São José dos Campos, assinale a alternativa correta.

- (A) A Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde no Município.
- (B) A Conferência Municipal tem a participação de representantes dos vários segmentos sociais, sendo convocada a cada dois anos.
- (C) O Conselho Municipal é composto por representantes de usuários, trabalhadores de saúde e representantes governamentais.
- (D) O Conselho Gestor de Unidades é responsável pela administração das unidades de saúde.
- (E) O Conselho Municipal é instituído nas unidades de saúde e é formado por usuários e trabalhadores de saúde.

13. Assinale a alternativa correta sobre a Atenção Básica.

- (A) É o conjunto de ações de saúde coletiva, que envolve ações de alta complexidade e tecnologias voltadas à promoção, prevenção, diagnóstico e vigilância em saúde.
- (B) É desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado, realizadas por equipe composta por administração médica.
- (C) É a única porta de entrada do SUS, caracterizando-se como coordenadora do cuidado em saúde e definidora das ações e serviços a serem executados para o usuário.
- (D) É condição essencial para que a assistência médica hospitalar atenda às necessidades de saúde da população.
- (E) É organizada a partir do estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento, onde as equipes devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram os serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes.

14. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são formados por equipe composta com profissionais de nível superior.

Assinale a alternativa correta.

- (A) Na modalidade NASF 1, cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.
- (B) Na modalidade NASF 2, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais.
- (C) Na modalidade NASF 3, cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.
- (D) Na modalidade NASF 1, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 100 horas semanais.
- (E) Na modalidade NASF 3, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais.

15. A respeito da caracterização da ação da equipe de Atenção Básica nos casos de violência sexual, assinale a alternativa correta.
- (A) É necessário que o exame físico seja realizado na atenção básica e o exame ginecológico na atenção especializada.
 - (B) A denúncia à autoridade judicial no SUS somente será realizada com a anuência das vítimas e, nos casos de menores de 18 anos, com autorização do responsável.
 - (C) A avaliação das situações de vulnerabilidade será realizada pelo NASF, nas visitas domiciliares, visando identificar as condições e recorrência do ato, e o planejamento de medidas de proteção à vítima.
 - (D) Deve ser acionada a rede de cuidado e de proteção social existente no território, tanto na própria rede de saúde quanto na rede de proteção social e defesa como o Conselho Tutelar e Assistência Social.
 - (E) A notificação no SINAN será realizada se houver consentimento da vítima.
16. Ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial é denominada
- (A) Promoção da Saúde.
 - (B) Proteção Específica.
 - (C) Limitação do Dano.
 - (D) Reabilitação.
 - (E) Diagnóstico Precoce.
17. Um estudo foi realizado para investigar a amamentação e o conhecimento materno sobre Fonoaudiologia em Alojamento Conjunto. Foi realizado no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2007, e a população do estudo constituiu-se de 38 díades mães-bebês que estivessem em aleitamento materno exclusivo e internas no Alojamento Conjunto. Foram analisados aspectos referentes à amamentação (anatomia das mamas, pega do recém-nascido e dificuldades) e ao conhecimento materno acerca da atuação fonoaudiológica.
- Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo
- (A) coorte.
 - (B) caso-controle.
 - (C) ensaio clínico.
 - (D) transversal.
 - (E) meta-análise.
18. Estudo realizado sobre ocorrência de disфонia em professores de escola pública municipal para determinar fatores associados ao exercício profissional selecionou 236 professores de 13 escolas de Educação Infantil e do Ensino Fundamental da rede municipal de ensino de determinada cidade. Do total de professores pesquisados, 190 relataram problemas de voz cujos sintomas vocais mais citados foram: rouquidão (154), cansaço ao falar (138) e pigarro (92).
- A prevalência de problemas de voz relatados pelos professores é de
- (A) 58,47%.
 - (B) 62,25%.
 - (C) 80,5%.
 - (D) 0,81%.
 - (E) 38,98%.
19. O número estimado de óbitos em menores de 5 anos, no Brasil, foi de 191.505, em 1990, e 51.226, em 2015.
- A taxa de mortalidade em menores de cinco anos estima
- (A) o número de óbitos de menores de cinco anos de idade em relação ao total de crianças menores de cinco anos na cidade, estado ou país.
 - (B) o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida.
 - (C) o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura de saúde precários, que condicionam a desnutrição infantil e as doenças crônicas da infância.
 - (D) a mortalidade no primeiro ano de vida (mortalidade infantil), amplificando o impacto das causas neonatais, a que estão expostas também as crianças até um ano de idade.
 - (E) variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade da população, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
20. É correto afirmar sobre as doenças de notificação compulsória
- (A) febre amarela é uma doença infecciosa causada por um vírus transmitido pela picada dos mosquitos infectados, não havendo transmissão direta de pessoa a pessoa, e deve ser notificada em 24 horas.
 - (B) acidente de trabalho com exposição a material biológico é um tipo específico de acidente de trabalho, cujo risco de infecção envolve o contato com fluidos orgânicos potencialmente contaminantes, e deve ser notificado em até 24 horas.
 - (C) botulismo é uma doença neuroparalítica grave, não contagiosa, causada pela ação de uma potente toxina produzida pela bactéria *Clostridium botulinum*, e deve ser notificada pela estratégia de vigilância sentinela.
 - (D) hantavirose é uma zoonose viral aguda, cuja infecção em humanos, no Brasil, apresentam-se na forma da síndrome cardiopulmonar por hantavírus, e deve ser notificada semanalmente ao SUS.
 - (E) tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch, e deve ser notificada em até 24 horas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 21.** O par de nervo craniano responsável pela sensibilidade do palato mole, nasofaringe, boca e dos dois terços anteriores da língua é o
- (A) facial (VII).
 - (B) glossofaríngeo (IX).
 - (C) hipoglosso (XII).
 - (D) trigêmeo (V).
 - (E) acessório (XI).
- 22.** Considere a parede posterior da cavidade nasal subdividida em segmentos denominados de nasofaringe, orofaringe, velofaringe e hipofaringe. Assinale a alternativa que descreve a hipofaringe.
- (A) se estende da epiglote até o esôfago ao nível da borda inferior da cartilagem cricóide onde estão situadas a valécula lingual e o osso hioide.
 - (B) tem início nas narinas e se estende até a porção posterior do palato duro e na região posterior se encontram as coanas.
 - (C) compreende superiormente o ponto da extremidade do palato mole até a extremidade da epiglote.
 - (D) compreende a região do palato duro até a extremidade do palato mole e o segmento mais posterior da faringe superior.
 - (E) nessa área situam-se as tonsilas palatinas e a base da língua, estendendo-se até a úvula e segmento mais superior da faringe posterior.
- 23.** A mordida profunda considerada como um dos fatores etiológicos dos distúrbios da deglutição e de alterações de fala é caracterizada por
- (A) excessiva participação da musculatura perioral principalmente do lábio superior na deglutição em que acontece a anteriorização da língua.
 - (B) deglutição com movimento póstero-anterior de língua, interposição de lábio inferior e participação excessiva da musculatura perioral e do músculo mental.
 - (C) deglutição com língua interposta entre as arcadas e não há contato entre os dentes anteriores de forma que a língua se interpõe nesse espaço.
 - (D) língua que permanece baixa no assoalho da boca e anteriorizada durante a posição habitual e a deglutição acontece com projeção de língua.
 - (E) diminuição da altura vertical do terço inferior da face levando a língua a ficar apertada dentro da cavidade oral e interfere no posicionamento da língua durante o repouso.

- 24.** O músculo que aduz a glote, abaixa, encurta e espessa as pregas vocais, participando na fase faríngea da deglutição e é enervado pelo ramo recorrente do nervo vago (X) é o músculo
- (A) ariepiglótico.
 - (B) cricoaritenóideo posterior.
 - (C) tireoaritenóideo.
 - (D) tireoepiglótico.
 - (E) cricoaritenóideo lateral.

Para responder as questões de números **25** a **27** considere a classificação didática das disfagias em fase preparatória oral, fase oral, fase faríngea e fase esofágica.

- 25.** Os músculos primários da mastigação envolvidos na fase preparatória oral são:
- (A) temporal; mental; masseter e digástrico.
 - (B) masseter; temporal; pterigoideos medial e lateral.
 - (C) digástrico, pterigoideos medial e lateral e masseter.
 - (D) temporal; platisma; orbicular da boca e digástrico.
 - (E) pterigoideos medial e lateral; masseter, bucinador.
- 26.** As fases da deglutição faríngea e esofágica são respectivamente:
- (A) consciente-voluntária; consciente-voluntária.
 - (B) inconsciente-involuntária; consciente-involuntária.
 - (C) inconsciente-voluntária; inconsciente-involuntária.
 - (D) consciente-involuntária; inconsciente-involuntária.
 - (E) consciente-involuntária; consciente-involuntária.
- 27.** Na avaliação clínica de disfagia em pacientes adultos quando se observa os sinais e sintomas de necessidade de ingestão de coluna hídrica para a deglutição; regurgitação logo após a deglutição e estase salivar ou resíduos em área retrocricóidea é possível inferir que a dificuldade de deglutição é na fase
- (A) esofágica.
 - (B) faríngea e preparatória oral.
 - (C) faríngea.
 - (D) oral e faríngea.
 - (E) oral.

- 28.** Na intervenção em disfagias orofaríngeas neurogênicas em adulto, o uso da consistência líquida - água como uma técnica de modificação de dieta para alterar o *input* sensorial pode ocasionar manifestações fisiológicas tais como:
- (A) reduz o tempo de trânsito e de retenção faríngea, não exige mastigação, mas exige que o paciente tenha condições mínimas de controle e preparação do bolo alimentar.
 - (B) facilita a proteção das vias respiratórias mesmo na presença de alteração do fechamento das vias respiratórias e pelo fluxo do alimento mais lento, facilita o controle motor da laringe.
 - (C) não exige mastigação, promove o fluxo do alimento mais lento facilitando o controle motor da laringe, mas exige certo controle para a proteção das vias respiratórias na laringe.
 - (D) exige condição mínima de controle e preparação do bolo bem como auxilia a hidratação e a produção de saliva na cavidade oral.
 - (E) facilita a propulsão do alimento até a faringe por apresentar maior velocidade de escoamento do alimento, mas dificulta o controle motor de proteção das vias aéreas da laringe.
- 29.** Na avaliação de uma criança de 3 anos com sinais de disfagia orofaríngea, o fonoaudiólogo ao realizar a ausculta cervical com o estetoscópio observou um som de estridor e presença de fonação com som molhado após a deglutição. Esse achado é indicativo de
- (A) aspiração traqueal.
 - (B) broncospiração.
 - (C) penetração laríngea.
 - (D) aspiração silente.
 - (E) broncoespasmo.
- 30.** Dentre os reflexos infantis orais, presentes ao nascimento a termo, a mordida fásica que acontece a partir da estimulação das gengivas desaparece por volta de
- (A) 3 – 6 meses.
 - (B) 4 – 6 meses.
 - (C) 6 – 9 meses.
 - (D) 9 – 12 meses.
 - (E) depois 12 meses.
- 31.** Na avaliação dos distúrbios fonológicos, a literatura indica uma prova complementar chamada de “inconsistência de fala” que consiste na nomeação de 25 figuras por três vezes, em ordens diferentes intercaladas a cada uma das três apresentações. Essa prova tem por objetivo verificar
- (A) a programação fonológica que pode restringir a ampliação do inventário fonético e o déficit no planejamento fonológico que pode ser observado pelo uso de padrões fonéticos muito amplos.
 - (B) a capacidade de alternar ações musculares diametralmente opostas como na rápida produção de sílabas e na repetição de diferentes sequências silábicas, avaliando o comportamento motor na produção das palavras.
 - (C) se a criança responde quando o avaliador emite um determinado som ausente do inventário fonético da criança para tentar modificar seus erros na produção da fala quando apresentado um modelo correto.
 - (D) as capacidades neuromusculares envolvidas na produção da fala de sons encadeados, como na repetição de palavras e sentenças considerando que, também, pode sofrer influência das características sociolinguísticas.
 - (E) os sons que a criança consegue produzir e os que não consegue produzir, verificar se a produção é facilitada em determinada posição na palavra e fazer o levantamento do tipo de erro predominante.
- 32.** A seguinte definição: “condição do neurodesenvolvimento cuja sintomatologia pode variar de leve, moderado e grave; início dos sintomas ocorre precocemente; comprometimento persistente na aquisição e no uso da linguagem por alterações na compreensão ou na produção com vocabulário reduzido; estrutura limitada de frases e prejuízos no discurso; capacidades linguísticas estão de forma substancial abaixo do esperado para a idade cronológica com limitações funcionais na comunicação; dificuldades não estão atribuídas a perdas auditivas, prejuízo sensorial ou condição médica ou neurológica” refere-se ao quadro de
- (A) transtorno receptivo da linguagem.
 - (B) transtorno da linguagem infantil.
 - (C) transtorno expressivo da linguagem.
 - (D) apraxia de fala infantil.
 - (E) atraso de linguagem secundário.

- 33.** Considere que no processo de codificação e reconhecimento de palavras há uma rota fonológica atribuída a leitores iniciantes com base na estrutura da língua oral e uma rota lexical atribuída aos leitores mais competentes. Assinale a alternativa que descreve uma característica da rota fonológica.
- (A) Leitura e escrita de palavras sem correspondência direta entre grafema e fonema.
 - (B) Identificar a palavra globalmente sem necessidade do retorno auditivo.
 - (C) Identificar e reconhecer a palavra em meio ao dicionário visual.
 - (D) Possibilidade de ler e escrever palavras regulares e palavras do tipo regra.
 - (E) Leitura silabada associando a junção dos grafemas com os respectivos fonemas.
- 34.** A literatura sobre transtornos de aprendizagem aponta que pode ocorrer em crianças na idade de 04 a 05 anos algumas características clínicas que podem ser consideradas como sinais linguísticos preditivos de identificação de dislexia, entre os quais:
- (A) atraso na aquisição fonológica da linguagem oral; dificuldades na aprendizagem de letras; dificuldades em identificar rimas e usá-las.
 - (B) dificuldades no desenho da figura humana; desinteresse em atividades de escrita; dificuldade em copiar desenhos de formas geométricas.
 - (C) dificuldades no formato das letras do alfabeto; dificuldades no raciocínio lógico e nos aspectos semânticos, pragmáticos e sintáticos.
 - (D) atraso em identificar letras na leitura; desinteresse por atividades de escrita e dificuldades para pronunciar determinadas palavras.
 - (E) dificuldades em identificar rimas e usá-las; dificuldade na aprendizagem de letras e comprometimento das habilidades narrativas.
- 35.** A literatura sobre o trabalho fonoaudiológico em crianças com transtorno específico de escrita e dificuldades ortográficas considera que a intervenção pode ser baseada no nível ortográfico que o escolar se encontra e no tipo de erro ortográfico evidenciado na escrita. Nessa concepção, os escolares cometem erros de ortografia natural que tem relação direta com a oralidade e, nesse caso o fonoaudiólogo pode utilizar como estratégias de intervenção atividades de leitura e
- (A) formação de palavras com transgressão; reconhecimento de letras e sons, identificação da regra ortográfica.
 - (B) lista de palavras para memorização, exercícios de frases com lacunas e ditado com apoio de dicionário.
 - (C) reconhecimento das letras e sons, subtração e substituição de fonemas, identificação de sílaba dentro da palavra.
 - (D) identificação de palavra dentro da frase, ditado de palavras, identificação a regra ortográfica.
 - (E) elaboração de frases, memorização de lista de palavras, ditado de palavras, análise fonêmica.
- 36.** Dentre os distúrbios cerebrovasculares, a lesão hipóxico-isquêmica que leva à necrose da substância branca e à formação de pequenos cistos, afeta as fibras descendentes do trato corticoespinal para os membros inferiores, podendo causar a paralisia cerebral do tipo diplegia espástica e quando há cistos na substância branca pode acarretar um quadro de quadriparesia espástica, é denominada de
- (A) hemorragia peri e intra ventricular.
 - (B) anoxia neonatal.
 - (C) hidrocefalia pós hemorrágica.
 - (D) hemorragia com dilatação dos ventrículos.
 - (E) leucomalácia periventricular.

37. Paciente de 54 anos após traumatismo crânio encefálico apresentou as seguintes características em avaliação de linguagem: respostas inadequadas na compreensão oral e escrita; alterações na repetição de palavras e frases; falhas marcantes na leitura em voz alta; emissões fluentes na nomeação de objetos, figuras e cenas mas com presença de parafrásias semânticas e fonológicas e presença de circunlóquios para nomear uma figura.
- Tais características podem indicar ao fonoaudiólogo que o paciente apresenta uma afasia
- (A) de Broca.
 - (B) de Wernicke.
 - (C) transcortical sensorial.
 - (D) mista.
 - (E) transcortical motora.
38. Considere que o tipo de disartria é determinado pelo local da lesão de forma que a disartria hipocinética associada ao distúrbio degenerativo da doença de Parkinson é causada por dano
- (A) cerebelar.
 - (B) no neurônio motor superior.
 - (C) nos gânglios basais.
 - (D) no neurônio motor inferior.
 - (E) acima do nível do tronco encefálico.
39. Considerando a definição de disfluências típicas como aquelas que se manifestam na fala fluente como resultado de imprecisão articulatória, linguística ou de reestruturação de discurso, assinale a alternativa que descreve dois exemplos de disfluências típicas.
- (A) Repetição de pelo menos duas palavras completas de uma mensagem e inclusão de palavras ou frase irrelevantes à mensagem que está sendo transmitida.
 - (B) Repetição de uma ou mais sílabas da mesma palavra e repetição de um fonema ou de um elemento de um ditongo que não for único, como uma palavra.
 - (C) Repetição de pelo menos 3 palavras monossilábicas com ou sem tensão e produção de sons e sequências de sons não adequados ao contexto da comunicação.
 - (D) Duração inadequada de um fonema ou de um elemento de ditongo sem mudança de tom ou aumento de tensão e repetição de uma ou mais sílabas da mesma palavra.
 - (E) Pausa silenciosa, sem tensão com duração de um a três segundos e repetição de no mínimo três palavras monossilábicas com ou sem tensão.
40. A classificação dos graus de perda auditiva segundo a Organização Mundial de Saúde (2014) define os seguintes limiares para perdas auditivas de grau severo:
- (A) 31 – 60 dB para crianças e 41 a 60 dB para adultos.
 - (B) 41 – 70 dB para crianças e 71 a 90 dB para adultos.
 - (C) 61 – 80 dB para crianças e 71 a 90 dB para adultos.
 - (D) 61 – 80 dB para crianças e adultos.
 - (E) 71 – 90 dB para crianças e adultos.
41. Segundo Boéchat (2015), a forma da curva timpanométrica obtida com sonda grave (220 – 226 Hz) que indica disfunção da tuba auditiva é caracterizada por
- (A) ausência de pico de máxima admitância.
 - (B) pico de máxima admitância deslocado para pressão negativa.
 - (C) duplo pico de máxima admitância.
 - (D) pico de máxima admitância a baixa pressão.
 - (E) pico de máxima admitância com amplitude reduzida.
42. Na análise do limiar eletrofisiológico do PEATE – potencial evocado de tronco encefálico, a faixa de frequência na qual se estabelece o grau da perda auditiva está relacionada com o tipo de estímulo acústico, de forma que por meio do estímulo acústico do tipo **clique** é possível investigar o limiar eletrofisiológico
- (A) em uma faixa de frequência relativamente estreita com energia concentrada em uma região mais específica.
 - (B) da audição nas médias, baixas e altas frequências visto que este estímulo fornece informações específicas por frequência.
 - (C) por banda frequência, ou seja, nas faixas de frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz e por isso tem sido usado na avaliação de neonatos.
 - (D) nas frequências mais altas porque as mais baixas são mais difíceis de serem visualizadas e os tempos de latências são maiores.
 - (E) nas frequências médias/altas de 1000 a 4000 Hz, em uma orelha normal, apresentado em média e alta intensidade.

43. No desenvolvimento da audição, o comportamento de resposta ao som ocorre ordenadamente de acordo com a maturidade e integridade das vias auditivas do sistema nervoso central. Trabalhos científicos com ouvintes típicos em nosso meio ambiente cultural e geográfico, indicam que o processo de identificação de sons verbais em tarefa dicótica se desenvolve e se assemelha ao adulto por volta dos
- (A) 5 – 6 anos.
 - (B) 6 – 7 anos.
 - (C) 8 – 10 anos.
 - (D) 11 – 12 anos.
 - (E) 12 – 14 anos.
44. São exemplos de habilidades auditivas avaliadas nos testes comportamentais de processamento auditivo central de interação binaural (IB) e atenção seletiva (AS), respectivamente:
- (A) fechamento (IB); ordenação e resolução temporal (AS).
 - (B) localização e fechamento (IB); figura-fundo para sons verbais e não verbais (AS).
 - (C) ordenação e resolução temporal (IB); detecção de um sinal acústico mascarado (AS).
 - (D) figura-fundo para sons verbais e não verbais (IB); localização e resolução temporal (AS).
 - (E) associação de estímulos auditivos e verbais (IB); ordenação e resolução temporal (AS).
45. Na terapia fonoaudiológica para disfonias as técnicas vocais denominadas de método de órgãos fonoarticulatórios baseiam-se na premissa de que se pode empregar movimentos mais estáveis e funções mais antigas relacionadas aos órgãos fonoarticulatórios para equilibrar funções mais recentes como a produção vocal.
- Nessa concepção são exemplos de método de órgãos fonoarticulatórios as técnicas de
- (A) assobio; “b” prolongado; sopro, sussurro, fonação inspiratória e som agudo.
 - (B) sons nasais, fricativos, vibrantes, hiperagudos, basal e plosivos.
 - (C) voz salmodiada, sobrearticulação, fala mastigada e leitura somente de vogais.
 - (D) de sons disparadores, de manobras musculares e constrição labial.
 - (E) de bocejo-suspiro, estalo de língua associada a som nasal e deslocamento lingual.
46. Na avaliação vocal de mulher de 40 anos com os seguintes sinais e sintomas: voz rouca e soprosa; dor na laringe; dificuldades em produzir notas agudas; fadiga vocal; presença de fenda triangular médio-posterior; ressonância laringo-faríngea; constrição supra-glótica mediana; ataque vocal predominantemente brusco; na manobra vocal de fonação inspiratória o ligamento vocal está bem configurado; frequência fundamental grave ficando aguda na presença de tensão muscular; avaliação histológica confirma lesões bilaterais de borda convexa na metade da região vibratória, esbranquiçada, pequena e fibrótica.
- Segundo Behlau (2013), tais achados são indicativos da presença de
- (A) nódulos vocais.
 - (B) cistos intracordais.
 - (C) úlcera de contato.
 - (D) edema de Reike.
 - (E) sulco vocal.
47. Na avaliação vocal de homem de 50 anos com história de abuso vocal, fonotrauma ao gritar em eventos, fumante há 30 anos, refere queixa de refluxo gastroesofágico e uso eventual de álcool, características laringológicas revelaram lesão de mucosa, esbranquiçada, rasa, difusa, rugosa e exofítica, concentrada na borda livre. Características vocais de voz áspera, por vezes rouco-áspera com frequência aguda e fadiga vocal.
- Segundo Behlau (2013), este quadro é indicativo de lesão do tipo
- (A) granuloma.
 - (B) carcinoma de laringe.
 - (C) leucoplasia.
 - (D) pólipos de prega vocal.
 - (E) papiloma.
48. Na fase da puberdade as mudanças vocais são mais expressivas no sexo masculino do que no feminino e que são explicadas pelo fato de que nos rapazes
- (A) a voz torna-se mais grave pelo aumento das pregas vocais e o abaixamento e achatamento da epiglote.
 - (B) o ângulo da cartilagem tireoide torna-se e mais fechado, em torno de 90° e a voz sofre um rebaixamento tonal de até uma oitava.
 - (C) há o aumento da largura e do comprimento do pescoço rebaixando a posição da laringe no nível da vértebra cervical C6.
 - (D) a voz desce de dois a quatro semitons e o ângulo da cartilagem tireoide fecha-se em 110° e a epiglote achata e eleva.
 - (E) as pregas vocais chegam a ter de 12 a 15 mm após a muda vocal e as cavidades ressonadoras ficam maiores assim como a laringe, faringe e tórax.

49. Considerando a classificação da avaliação perceptivo auditiva os tipos de voz soprosa e de registro basal tem as seguintes fisiopatologias, respectivamente:

- (A) deslocamento rítmico interno da laringe; dificuldade de manutenção da adução das pregas vocais.
- (B) aproximação das pregas vocais; aumento de massa em vibração ou pregas vocais soltas.
- (C) irregularidade de vibração das pregas vocais; redução da massa de vibração.
- (D) escape de ar transglótico não-sonorizado; encurtamento máximo das pregas vocais com mucosa solta.
- (E) tensão e redução da massa vibrante; compressão das pregas vocais na linha média.

50. De acordo com as orientações de biossegurança, o uso de luvas é uma precaução importante tanto para o paciente como para o fonoaudiólogo, de forma que o uso das luvas de procedimento é indicado

- (A) em todos os procedimentos invasivos e para a realização dos processos de desinfecção de alto nível com esterilização química em glutaraldeído, são descartáveis e de uso único e seu uso deve ser precedido da anti-sepsia das mãos.
- (B) para os procedimentos de lavagem de instrumentais, serviço de limpeza em geral e para a coleta do lixo, podendo ser reutilizáveis e devem ser submetidas à limpeza diariamente, e substituídas sempre que apresentarem furos e desgaste.
- (C) para procedimentos não-invasivos e para desinfecção de superfícies, são descartáveis e de uso único, a utilização deve ser precedida de higienização das mãos e não se deve tocar com as mãos enluvadas superfícies fora da área, como canetas, e fichas de pacientes.
- (D) como recurso auxiliar ao controle de infecção em situações em que o fonoaudiólogo trabalha sozinho, são descartáveis e de uso único e devem ser usadas como sobrepor para tocar em superfícies fora do campo de trabalho e usadas antes de se colocar as luvas estéreis.
- (E) em todos os procedimentos, seja invasivo ou não, são descartáveis e de uso único e seu uso deve ser precedido da anti-sepsia das mãos e como recurso auxiliar ao controle de infecção em situações em que o fonoaudiólogo trabalha sozinho.

