

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

01. A Constituição Federal de 1988, em seus Princípios Fundamentais, tem como um de seus objetivos construir uma sociedade livre, justa e solidária. Considerando o momento de Pandemia pelo COVID-19 e o descrito no Art. 200, podemos afirmar que:

- a) o SUS deve promover a harmonia entre atividades dos três poderes com vistas à determinação das medidas coletivas de enfrentamento da Pandemia pelo covid-19 e seus impactos.
- b) cabe ao Poder Executivo promover a livre escolha dos cidadãos quanto à adesão às medidas de proteção coletiva.
- c) o Poder Legislativo deve estabelecer percentual de recursos a ser repassado aos hospitais públicos e privados.
- d) cabe ao SUS executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

02. Ao observar o perfil epidemiológico da população brasileira, verifica-se a coexistência de doenças e agravos bem conhecidos, alguns até evitáveis. Pode-se afirmar, considerando um sistema de controle de doenças e agravos eficiente que:

- a) a vigilância em saúde deve ter atuação independente dos demais níveis de assistência.
- b) deve atuar de forma setORIZADA considerando as especificidades – sanitária, epidemiológica e ambiental.
- c) a Atenção Básica coordena as ações e serviços de vigilância em sanitária e ambiental.
- d) as ações de vigilância em saúde devem ser integradas à Atenção Básica nos territórios.

03. A efetiva articulação interfederativa no SUS é considerada fundamental na pactuação Intergestores em prol da equidade e integralidade na saúde. Para tanto o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, cumpre, dentre outras, a função primordial de:

- a) promover a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo a Atenção Básica como coordenadora.
- b) pactuar regras de financiamento de base Estadual e macrorregional, segundo a organização dos planos Estaduais de Saúde.
- c) propor novas estruturas de “Governança” e o papel dos gestores no processo de regionalização do SUS.
- d) organizar a participação social junto aos colegiados de gestão regional, Estadual e macrorregionais.

04. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, identifique entre as opções aquela que configura continuidade com a versão anterior da PNAB.

- a) O número mínimo de ACS/equipe fica definido como um ACS/equipe.
- b) Reconhece outras formas de organização da AB para além da saúde da família.
- c) A Estratégia Saúde da Família (ESF) permanece no plano discursivo como modalidade prioritária de implantação da AB no Brasil.
- d) O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) conta com profissionais na função de apoio à Equipe de Saúde da Família.

05. Segundo Souza et al (2018), desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde vem contribuindo para importantes mudanças positivas no perfil de saúde/doença da população brasileira. Assinale a opção que corresponde a um dos indicadores que mostraram quedas acentuadas na mortalidade no período de 1990 a 2015:

- a) mortalidade por diabetes.
- b) distúrbios mentais.
- c) doenças transmissíveis.
- d) violências.

06. A partir da Portaria nº 4.279 (30/12/2010), que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), compreende-se que *“experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário”*. Não se aplica ao conjunto de atributos da Rede de Atenção à Saúde:

- a) participação social nas esferas de gestão, mas limitada às instâncias de ação intersetorial.
- b) atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar.
- c) população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde.
- d) gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico, inclusive sistema de informação integrado.

07. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no âmbito do SUS *“propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS”*. Visando orientar a implementação desta política, foram definidos objetivos. Pode-se afirmar que melhor se aproxima do objetivo geral da PNEPS:

- a) promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras.
- b) contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde.
- c) implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.
- d) apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas.

08. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde integrados, de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado. As redes temáticas prioritárias pactuadas, no âmbito do SUS, a partir da publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 foram:

- a) Cegonha; Urgência e emergência; Atenção domiciliar; Atenção à população em situação de rua; Saúde bucal.
- b) Urgência e emergência; Atenção domiciliar; Cuidados às pessoas com deficiência; Saúde do trabalhador; Saúde mental.
- c) Promoção da saúde; Cegonha; Atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas; Saúde bucal; Saúde do trabalhador.
- d) Cegonha; Urgência e emergência; Atenção psicossocial; Cuidados à pessoa com deficiência; Atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas.

09. Sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- A representação dos vários segmentos sociais se reunirá em Conferência mediante convocação do Poder Executivo a cada quatro anos ou, extraordinariamente, por convocação do Conselho de Saúde.
 - O Conselho de Saúde é o órgão colegiado que se reúne em caráter permanente e deliberativo, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.
 - A representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde deve garantir participação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos.
 - São instâncias colegiadas: o Conselho Federal de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde.**
10. Na estrutura organizacional do SUS, as Comissões Intergestores têm como atribuições pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Assinale a alternativa com todas as Comissões Intergestoras previstas no Decreto nº 7.508 2011:
- tripartite, bipartite e municipal.
 - federal, estadual e municipal.
 - tripartite, bipartite e regional.**
 - tripartite e bipartite.
11. As principais mudanças no financiamento da atenção básica (Atenção Primária à Saúde) introduzidas pela Portaria nº 2.979 de 12/11/2019 – Programa Previnde Brasil foram:
- extingue os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.**
 - atualiza os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas e veda o pagamento por desempenho.
 - institui os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de habitantes do município e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.
 - extingue os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos pelo número de habitantes do município e veda o pagamento por desempenho.
12. A Lei nº 8142/1990 estabelece instâncias de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Em que esferas de gestão essas instâncias são obrigatórias?
- Conselho de Saúde na esfera federal e Conferências de Saúde nas esferas Estadual e Municipal.
 - Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde em todas as esferas de gestão.**
 - Conselhos de Saúde em todas as esferas de gestão e Conferência de Saúde na esfera Federal.
 - Conferência de Saúde na esfera Federal e Conselhos de Saúde nas esferas Estadual e Municipal.
13. A PNPS (Política Nacional de Promoção da Saúde) é uma das políticas setoriais em saúde mais ameaçadas, devido a diversos fatores, entre eles os cortes orçamentários ocorridos nos últimos anos. Em qual dos temas prioritários da PNPS foi obtido controle efetivo da prevalência da exposição nos últimos anos?
- Álcool e outras drogas.
 - Tabaco e derivados.**
 - Violência doméstica e sexual.
 - Alimentação não saudável.
14. O Brasil optou por um Sistema de Saúde de caráter universal, alicerçado na Atenção Básica (AB) como coordenadora e ordenadora do Sistema de Saúde. Pode-se afirmar que são diretrizes organizadoras da AB/APS:
- população adscrita, classificação de risco, atendimento por especialidade.
 - equidade, regionalização, atendimento por coparticipação.
 - acesso seletivo, hierarquização, coordenação do cuidado.
 - territorialização, população adscrita e participação da comunidade.**

15. A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS surge como uma estratégia para superar a fragmentação da atenção. Portanto, pode-se afirmar que essa estratégia tem como objetivo:

- a) assegurar o acesso aos serviços especializados de alta complexidade, com a regulação global de CTI disponíveis, seja público ou privado.
- b) estabelecer a integração dos hospitais de alta complexidade a Rede SUS, independente de suas características – Universitários, militares, filantrópicos ou mesmo privados.
- c) ampliar a atuação do Estado no processo de pactuação de ações e serviços de saúde entre as regiões.
- d) consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, nas dimensões do Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

16. No Brasil, observa-se a necessidade de fortalecer ainda mais a ESF nacionalmente, além da necessidade de aprimorar processos de trabalho para ampliar acesso, cobertura e qualidade dos serviços oferecidos. Neste sentido, a ação estratégica que, além de aumentar significativamente a cobertura da ESF, promoveu melhorias substanciais na qualidade do atendimento, reconhecidas por pesquisas de satisfação dos usuários foi o Programa:

- a) Práticas Integrativas e Complementares.
- b) Mais Médicos.
- c) Nacional de Promoção da Saúde.
- d) Viver Melhor.

17. O caminho para qualificar o SUS no Brasil é, indiscutivelmente, o fortalecimento e a efetivação dos atributos da APS, possibilitando a ampliação da sua capacidade de resolver problemas e de prepará-la para assumir a responsabilidade pela saúde da população. Além do atributo de acesso de primeiro contato, os outros três atributos essenciais, tal como definidos por *Starfield* são:

- a) integralidade; orientação comunitária e competência cultural.
- b) longitudinalidade; integralidade e coordenação.
- c) orientação familiar; orientação comunitária e coordenação.
- d) longitudinalidade; orientação familiar e competência cultural.

18. “Embora possamos identificar avanços na história recente da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reconhecemos que decorridos 30 anos da criação do SUS, ainda estamos longe de superar o modelo centrado na doença e na assistência médico-hospitalar. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em 2016, em Xangai, com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável” demanda uma resposta vigorosa de articulação de quatro pilares” a saber:

- a) “Intrasetorialidade”; “Desenvolvimento sustentável”; “Justiça social” e “Cidadania”.
- b) “Cidades saudáveis”; “Bom governo”; “Alfabetização em saúde” e “Mobilização social”.
- c) “Democracia”; “Intersectorialidade”; “Ancestralidade” e “proteção e inclusão social”.
- d) “Proteção ambiental”; “Qualidade de vida”; “Redes de corresponsabilidade” e “Equidade”.

19. Dentre as principais mudanças estabelecidas pela PNAB 2017, foi apresentada, pelo Ministério da Saúde, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), definindo e estabelecendo a relação de serviços disponíveis e ofertados pelas unidades de APS. Em relação à CaSAPS, pode-se afirmar que:

- a) tornam a atenção básica espaço para a atuação direta das empresas privadas, com acesso a fontes públicas, estáveis e volumosas de financiamento.
- b) predominam ações e práticas clínicas, de caráter individual e assistencial, com ênfase em patologias e procedimentos.
- c) contribuem para a valorização da promoção à saúde e da abrangência do cuidado que não ultrapassam a prevenção de base biomédica.
- d) permitem e favorecem a criação de equipes com carga horária e cobertura populacional flexibilizadas, enfraquecendo a perspectiva territorial na AB.

20. Em relação às principais mudanças que ocorreram entre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2011 e a de 2017, pode-se afirmar que as descontinuidades e agregações mais substantivas aconteceram nos aspectos organizativos e funcionais das equipes e unidades de saúde. Com base nisso, leia as afirmativas abaixo, classificando-as em Verdadeiras (V) ou Falsas (F) e assinale a alternativa que representa a ordem de classificação encontrada.

- I. A PNAB 2011 previa até 8 horas semanais dos profissionais para atividades de formação e educação permanente, o que não mais se encontra na publicação de 2017.
 - II. A PNAB 2017 promove maior valorização das ações de Educação Permanente e do Programa Saúde na Escola, peças-chave para o processo de trabalho na Atenção Básica.
 - III. O número mínimo de ACS/equipe era de (4) quatro na PNAB 2011, enquanto na PNAB 2017, passou a ser de (1) um ACS/equipe.
- a) V – V – F
 - b) F – V – F
 - c) V – F – V
 - d) F – V – V

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. Na avaliação vestibular, a prova calórica é um procedimento que avalia os labirintos separadamente, permitindo reconhecer o lado acometido e caracterizar a intensidade da lesão. Sobre a prova calórica é **CORRETO** afirmar que:

- a) é realizada com o paciente na posição supina, com a cabeça elevada a 30° para que os canais semicirculares laterais estejam verticalizados com as ampolas para cima.
- b) o estímulo calórico com temperatura quente provoca corrente endolinfática ampulífuga (direção contrária a ampola).
- c) o estímulo calórico com temperatura fria provoca corrente endolinfática ampulípeta (mesma direção da ampola).
- d) a prova calórica com a temperatura gelada é realizada de rotina para complementar a avaliação e contribuir com o diagnóstico de alteração central.

22. A forma da curva timpanométrica traz importantes informações sobre o estado mecânico da orelha média. São várias as curvas descritas para medidas em admitância com sonda grave de 220 a 226Hz. Pode-se afirmar que a Curva timpanométrica do Tipo C é caracterizada por:

- a) um pico de máxima admitância à baixa pressão, mas com amplitude reduzida, compatível com rigidez do sistema.
- b) ausência de pico de máxima admitância, curva plana, compatível com presença de líquido no espaço da orelha média.
- c) uma curva aberta, presente em condições de diminuição de rigidez do sistema, compatível com disjunção da cadeia ossicular.
- d) um pico de máxima admitância deslocado para pressão negativa, compatível com disfunção tuba auditiva.

23. Os testes Dicóticos são usados para avaliar o Processamento Auditivo Central e se caracterizam por apresentar dois estímulos auditivos simultaneamente, um em cada orelha. São testes Dicóticos:

- a) GIN, Dígitos, RGDT
- b) SSW, Dígitos, Consoante Vogal
- c) RGDT, Dígitos, Consoante Vogal
- d) MLD, GIN, SSW

24. A Técnica de Audiometria com Reforço Visual (VRA), onde temos a apresentação de um reforço visual a cada resposta de localização ou de busca da fonte sonora é indicada:

- a) para crianças com idade cognitiva entre 6 meses e 3 anos.
- b) somente para crianças maiores que 18 meses
- c) somente para crianças com idade cognitiva entre 3 meses e 3 anos
- d) somente para crianças com idade cognitiva entre 3 meses e 18 meses

25. O uso de técnicas adequadas à idade cognitiva da criança é vital no processo de sua avaliação. A Audiometria de Reforço Visual pode ser indicada para crianças a partir da idade cognitiva de:

- a) 9 meses
- b) 12 meses
- c) 3 anos
- d) 6 meses

26. A análise da resposta das Emissões Otoacústicas utilizadas na clínica audiológica, refere-se à:

- a) reprodutibilidade das ondas, geral e por banda de frequência; relação sinal/ruído por banda de frequência.
- b) reprodutibilidade das ondas geral; relação sinal/ruído por banda de frequência.
- c) reprodutibilidade das ondas por banda de frequência; relação sinal/ruído por banda de frequência.
- d) reprodutibilidade das ondas, geral e por banda de frequência; relação sinal/ruído geral.

27. Através da audiometria tonal liminar é possível definir a presença da perda auditiva e caracterizá-la quanto ao tipo, grau e configuração audiométrica, e o uso do Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF) colabora para o topodiagnóstico da perda auditiva. Desta forma, o tipo, grau e configuração da perda auditiva e o possível resultado de IPRF compatível com um exame audiométrico que apresentou todos os limiares audiométricos de via aérea variando entre 30 e 35 dB e todos os limiares de via óssea variando entre 0 dB e 10 dB bilateralmente é:

- a) Perda auditiva condutiva de grau moderado e configuração descendente acentuada bilateralmente/ IPRF= 80%
- b) Perda auditiva neurossensorial de grau leve e configuração horizontal bilateralmente/ IPRF= 76%
- c) Perda auditiva mista de grau severo e configuração horizontal bilateralmente. /IPRF= 72%
- d) Perda auditiva condutiva de grau leve e configuração horizontal bilateralmente /IPRF =96%

28. Os Potenciais Evocados Auditivos (PEA) recebem diferentes classificações, sendo a mais utilizada na prática clínica, a classificação em função da latência da resposta. É **CORRETO** afirmar que:

- a) os potenciais gerados nas células ciliadas são denominados de Microfonismo Coclear, Potencial de Somação e Potencial de Ação; as ondas I e II são geradas no nervo coclear; as ondas III, IV e V são geradas no Tronco Encefálico; as ondas Na, Pa, Nb, Pb são consideradas de latência média; as ondas N1, P2, N2, são geradas no córtex auditivo.
- b) os potenciais gerados nas células ciliadas são denominados de Microfonismo Coclear e Potencial de Somação; o Potencial de Ação e ondas I e II são gerados no nervo coclear e núcleos cocleares; as ondas III, IV e V são geradas no Tronco Encefálico; as ondas Na, Pa, Nb, Pb são consideradas de longa latência; as ondas N1, P2, N2, P300 são geradas no córtex auditivo.
- c) os potenciais gerados nas células ciliadas são denominados de Microfonismo Coclear e Potencial de Somação; o Potencial de Ação e ondas I e II são gerados no nervo coclear; as ondas III, IV e V são geradas no Tronco Encefálico; as ondas Na, Pa, Nb, Pb são consideradas de latência média; as ondas N1, P2 e P300 são geradas no córtex auditivo.
- d) os potenciais gerados nas células ciliadas são denominados de Microfonismo Coclear, Potencial de Somação e Potencial de Ação; as ondas I e II são geradas no nervo coclear; as ondas III, IV e V são geradas no Tronco Encefálico e áreas primárias do córtex auditivo; as ondas Na, Pa, Nb, Pb são consideradas de latência média; as ondas N1, P2, P300 são geradas no córtex auditivo.

29. O processo de seleção e adaptação de aparelho de amplificação sonora individual em bebês deve contemplar quatro etapas distintas e definidas:

- a) EOA, avaliação comportamental, PEATE e imitanciometria.
- b) avaliação, seleção, verificação e validação.
- c) pré moldagem, seleção AASI, programação e adaptação.
- d) EOAPD, EOAT, PEATE e RAEE.

30. O implante coclear tem sido muito indicado para pessoas com perda auditiva de grau severo a profundo, as necessidades e características individuais podem influenciar os resultados, como:

- a) marca do implante coclear e número de eletrodos.
- b) resposta na telemetria intra operatória, tempo curto na ativação pós operatória.
- c) avaliação auditiva pré operatória, patologia da perda auditiva e modelo do implante coclear.
- d) idade da implantação, tempo de privação, momento de ocorrência da perda auditiva, audição residual contralateral e tipo de estimulação auditiva.

31. Em relação às laringectomias, a fonação ariepiglótica é encontrada nos indivíduos submetidos à:

- a) traqueohioideoepiglotopexia
- b) cricoideoepexia
- c) traqueohioideoepexia
- d) supraglótica

32. A frequência fundamental (F0) é um parâmetro acústico de grande importância na avaliação acústica vocal. A variabilidade de F0 quando medida com vogais sustentadas, em indivíduos sem alteração vocal, não deve ultrapassar:

- a) 2 Hz
- b) 0,6 Hz
- c) 84dB
- d) 8 Hz

33. Durante a puberdade, ocorrem as alterações antropométricas que provocam mudanças em diversas funções do organismo humano. No que tange aos órgãos da fonação na infância e puberdade respectivamente, espera-se que a língua:

- a) posiciona-se em postura mais rebaixada e com maior mobilidade; a língua encontra-se em posição alta e anterior, a cavidade oral ainda é pequena e o som produzido é metálico e agudo.
- b) encontra-se em posição baixa e posterior, a cavidade oral maior e o som produzido é metálico e agudo; a língua posiciona-se em postura mais rebaixada e com maior mobilidade.
- c) encontra-se em posição alta e anterior, a cavidade oral ainda é pequena e o som produzido é metálico e agudo; a língua posiciona-se em postura mais rebaixada e com maior mobilidade.
- d) encontra-se em posição alta e anterior, a cavidade oral ainda é pequena e o som produzido é metálico e agudo; a língua posiciona-se em postura mais alta e com menor mobilidade.

34. Com relação à histologia da Prega Vocal, na infância e adolescência espera-se encontrar:

- a) camadas definidas na infância e indefinidas na adolescência.
- b) camadas rudimentares e pouco definidas na infância e epitélio, lâmina própria e músculo vocal na adolescência.
- c) camadas rudimentares na adolescência e na infância.
- d) epitélio, lâmina própria e músculo vocal na infância e adolescência.

35. “O tratamento da voz baseia-se em técnicas variadas para eliciar a sonorização necessária para uma produção vocal glótica ou compensatória”. A descrição apresentada se refere ao método de:

- a) sons facilitadores.
- b) fala.
- c) ativação vocal.
- d) competência glótica.

36. Os questionários de autopercepção vocal são importantes na clínica fonoaudiológica por considerarem a percepção do sujeito sobre seu problema de voz. Os questionários ESV, PPAV e QPV, avaliam respectivamente as dimensões:

- a) participação e atividades vocais; rendimento vocal; voz e sintomas vocais.
- b) voz e sintomas vocais; participação e atividades vocais; rendimento vocal.
- c) rendimento vocal; voz e sintomas vocais; participação e atividades vocais.
- d) voz e sintomas vocais; rendimento vocal; participação e atividades vocais.

37. Nos casos de paralisia do nervo laríngeo inferior, pode se indicar a técnica de mãos em gancho e pressão toracoabdominal. Esta técnica, além de promover movimentos compensatórios mais intensos, também pode:

- a) elevar a laringe.
- b) abaixar a laringe.
- c) medializar a laringe.
- d) centralizar a laringe.

38. Há diversos parâmetros vocais acústicos que podem ser obtidos por softwares específicos. Dentre os parâmetros usados na clínica vocal, podemos citar as medidas do índice de perturbação de curto prazo. A medida que é analisada pelo registro de uma vogal emitida numa única frequência e intensidade, de modo habitual e se revela alterada principalmente nas situações de redução da resistência glótica é conhecida por:

- a) Jitter
- b) GNE
- c) PHR
- d) Shimmer

39. O fechamento glótico completo não deixa espaço entre as pregas vocais durante a fonação. As Fendas Glóticas são identificadas pela imagem geométrica que se forma no espaço entre as pregas vocais durante a fonação. O tipo de Fenda Glótica pode ocorrer por deficiência da atividade da musculatura intrínseca innervada pelo nervo laríngeo superior ramo externo é:

- a) triangular médio posterior
- b) fusiforme anterior
- c) paralela
- d) triangular em toda extensão

40. Na terapia Fonoaudiológica vocal, nos métodos de órgãos fonoarticulatórios, temos uma gama de técnicas para reabilitação vocal. A técnica que tem como objetivo reduzir ataque vocal brusco, ampliar o trato vocal e particularmente a faringe, abaixar laringe, melhorar projeção, sintonia fonte-filtros de ressonância e ajuste motor mais equilibrado das estruturas do aparelho fonador é:

- a) bocejo -suspiro
- b) voz salmodiada
- c) manipulação digital da laringe
- d) sons fricativos

41. A conduta no trauma vocal agudo consiste inicialmente em tratamento medicamentoso e repouso vocal absoluto. Porém a fonoterapia é reconhecidamente importante na reabilitação. O retorno à utilização vocal deve ser gradativo e como conduta fonoaudiológica devemos:

- a) incentivar a mobilização de mucosa com técnica de vibração, inicialmente surda seguindo para levemente sonorizada.
- b) adotar retorno com tempos reduzidos de fonação e intensa hidratação, porém sem uso de técnicas de terapia.
- c) incentivar uso de técnicas terapêuticas para fechamento glótico suave, evitar mobilização de mucosa e conscientizar sobre uso vocal
- d) adotar plano terapêutico com orientações sobre saúde vocal, técnicas vibratórias e sons nasais visando aumento do tempo de fonação.

42. Em relação à deglutição, são considerados mecanismos de proteção das vias aéreas independentes da ação pressórica:

- a) valéculas e tubérculo da epiglote
- b) tubérculo da epiglote e pregas vestibulares
- c) valéculas e pregas ariepiglóticas
- d) tubérculo da epiglote e pregas ariepiglóticas

43. As fibras aferentes responsáveis pela condução das informações percebidas na cavidade oral são:

- a) hipoglosso, trigêmeo e facial
- b) glossofaríngeo, hipoglosso e trigêmeo
- c) trigêmeo, facial e glossofaríngeo
- d) facial, glossofaríngeo e hipoglosso

44. Na fase oral da deglutição, as características do bolo que interferem na força de ejeção são:
- a) temperatura, sabor e viscosidade
 - b) densidade, sabor e temperatura
 - c) viscosidade, densidade e temperatura
 - d) volume, densidade e viscosidade
45. As sequelas agudas do tratamento radioterápico ou radioquimioterápico do câncer de cabeça e pescoço incluem:
- a) trismo, fibrose e odinofagia
 - b) mucosite, xerostomia e odinofagia
 - c) fibrose, mucosite e xerostomia
 - d) xerostomia, trismo e osteorradionecrose
46. Em relação às abordagens de modificações da dieta alimentar, pode-se afirmar que o aumento do volume promove:
- a) menor duração da apneia da deglutição e menor extensão da elevação do osso hioide
 - b) maior pressão de propulsão na faringe e menor duração da apneia da deglutição
 - c) maior duração da apneia da deglutição e maior extensão da elevação do osso hioide
 - d) menor pressão de propulsão na faringe e maior duração da apneia da deglutição
47. A manobra terapêutica que promove aumento da duração da elevação laríngea, maior tempo de abertura da transição faringoesofágica e melhora a coordenação da deglutição denomina-se:
- a) *Mendelsohn*
 - b) *Supraglótica*
 - c) *Shaker*
 - d) *Masako*
48. Em relação à reabilitação da fala após ressecções de tumores de cavidade oral, reduzir o espaço da cavidade oral, melhorar a produção articulatória e modificar as características ressonantis são alguns dos principais objetivos da prótese:
- a) elevadora de palato
 - b) obturadora faríngea
 - c) obturadora do assoalho de boca
 - d) rebaixadora de palato
49. Quanto ao gerenciamento das disfagias orofaríngeas, um indivíduo que apresenta paresia faríngea unilateral à esquerda pode se beneficiar da manobra postural:
- a) rotação de cabeça para direita
 - b) cabeça para trás
 - c) rotação de cabeça para esquerda
 - d) cabeça para baixo
50. A introdução do ar no esôfago por pressão a partir da emissão de sons plosivos surdos consiste na técnica de:
- a) inalação
 - b) injeção
 - c) aspiração
 - d) deglutição