

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2022-2023

5

PROVA DE FONOAUDIOLOGIA

INSTRUÇÕES

01. Antes de ler as instruções, verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** é o mesmo no **CARTÃO DE CONFIRMAÇÃO** e na **FOLHA DE RESPOSTAS**. Verifique também se a Área está correta.
02. Esta prova compõe-se de 50 (cinquenta) questões de escolha múltipla.
03. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
04. A maneira correta de marcar a resposta encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize a caneta azul ou preta**. Assine a folha de respostas **NA ÁREA CORRETA**. **NÃO rasure a folha de respostas**.
05. A prova terá a duração de **02 horas**.
06. Ao ser dado o sinal para o início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo**.
07. Os últimos 03 (três) candidatos a terminar a prova só poderão retirar-se da sala juntos.
08. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
09. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE REPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

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

01. As Redes de Atenção à Saúde apresentam três elementos constitutivos, são eles:

- a) a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde;
- b) os usuários, os profissionais e os gestores do Sistema Único de Saúde;
- c) a atenção primária à saúde, a atenção secundária e a atenção terciária;
- d) a estrutura logística e de governança, a avaliação/monitoramento e o financiamento.

02. A Atenção Domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Pode-se afirmar que é diretriz da AD:

- a) ser estruturada de acordo com os princípios de prioridade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva exclusiva da Atenção Primária à Saúde – APS;
- b) estar incorporada ao sistema de regulação da APS, desarticulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- c) adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, ampliando a divisão da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais;
- d) estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

03. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/ 2017), é uma responsabilidade comum a todas as esferas de governo:

- a) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica;
- b) apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;
- c) programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população;
- d) articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica.

04. Quanto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando a infraestrutura, ambiência e funcionamento, pode-se afirmar, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que estas deverão:

- a) considerar a previsão de espaços físicos e ambientes adequados para a formação exclusivamente de estudantes e trabalhadores de nível superior multiprofissional em saúde;
- b) garantir o atendimento qualificado dos indivíduos, famílias e comunidade restritamente do território adscrito da unidade;
- c) assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas;
- d) ter um ambiente adequado, sendo recomendado contemplar entre outros: conforto térmico, acústico e recepção com grades para facilitar a comunicação privativa e a segurança dos profissionais que ali atuam.

05. No debate sobre promoção da saúde, especial destaque deve ser dado às políticas públicas saudáveis. O processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores, pode ser definido como:

- a) interdisciplinaridade;
- b) **intersectorialidade;**
- c) institucionalidade;
- d) integralidade.

06. A pandemia por COVID-19 é um desafio para a ciência e sociedade que exigiu planos de gerenciamento de risco em níveis nacional, estadual, municipal e local. Na Atenção Primária à Saúde - APS o fortalecimento da atuação no território, foi central na atuação oportuna para o controle da pandemia, estabelecida em quatro eixos:

- a) infraestrutura das unidades; formação e educação permanente dos profissionais; mapeamento de problemas de saúde; e financiamento;
- b) ações de promoção da Saúde; transporte sanitário; material e equipamentos de segurança; e atendimento aos usuários acometidos pela COVID-19;
- c) vigilância sanitária ao território; educação em saúde para usuários; atendimento as urgências e emergências sanitárias; e retaguarda a ações coordenadas no território;
- d) **vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS.**

07. Sob a influência do ideário da Conferência de Alma Ata e, a partir da Constituição de 1988 - Saúde como direito de cidadania, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), a construção de um novo modelo assistencial foi materializado na Atenção Primária à Saúde - APS, pelo Programa Saúde da Família. A singularidade deste modelo, em relação as experiências em outros países, é:

- a) a territorialização;
- b) a vigilância em saúde;
- c) **o agente comunitário de saúde na equipe;**
- d) a responsabilidade sanitária.

08. Ao comparar a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2011 e 2017, pode-se verificar mudanças relativas aos princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica ou APS. Na PNAB 2017 desaparece dos princípios enunciados a:

- a) equidade;
- b) descentralização;
- c) **humanização;**
- d) participação social.

09. Nas propostas dos Governos Temer e Bolsonaro para o Sistema Único de Saúde, pode-se identificar como características comuns:

- a) **financiamento reduzido e privatização;**
- b) participação da sociedade civil nos colegiados;
- c) ampliação da estratégia saúde da família nos grandes centros;
- d) recuperação da farmácia popular.

10. A contrarreforma da Saúde, iniciada no governo Temer e implementada no governo Bolsonaro, pode ser caracterizada por medidas que desresponsabiliza o Estado pela garantia do direito à saúde, a integralidade e universalidade, entre elas:

- a) a aquisição de aparelhos de Eletro-Convulso Terapia (ECT), 12 por unidades de públicas de saúde;
- b) o reconhecimento de práticas manicomiais como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do SUS;
- c) a exclusão do HIV/AIDS da nomenclatura do DDCCI como forma de ocultar a visibilidade da doença e a extinção do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs;
- d) a municipalização da Política de Atenção à Saúde Indígena.

11. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É de competência exclusiva da Comissão Intergestores Tripartite a pactuação de:

- a) diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos referentes a contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- b) responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;
- c) referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção a saúde para o atendimento da integralidade da assistência;
- d) critérios para o planejamento das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão.

12. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em Xangai (em 2016), com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”, coloca um desafio de forte articulação intersetorial da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando quatro pilares:

- a) mobilização social; alimentação saudável; exercício físico; e financiamento;
- b) cidades saudáveis; bom governo; alfabetização em saúde; e mobilização social;
- c) exercício físico; atenção integral a saúde; escolarização; e cultura;
- d) prevenção do tabagismo; da violência; controle de doenças transmissíveis; e educação em saúde.

13. Estudos sobre o perfil sanitário da população brasileira, analisados no período de existência do SUS (1990 e 2015) aponta que ocorreram importantes mudanças (positivas) na saúde/doença da população e na redução da desigualdade, observados nos indicadores de saúde entre Estados da Federação, como verificado:

- a) no aumento das taxas de mortalidade por causas externas, violência e na redução da expectativa de vida;
- b) na redução das demandas por atendimento especializado e no aumento das mortes por AVC;
- c) na queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, no aumento da expectativa de vida e em anos de vida saudáveis;
- d) na ampliação do acesso aos serviços de alta complexidade e mortalidade neonatal.

14. Desde sua criação em 1988, a expansão do SUS não foi acompanhada do aporte de recursos requeridos para implementar plenamente o seu desenho constitucional. Esse subfinanciamento crônico levam a persistentes desigualdades regionais e sociais. Estas desigualdades são agravadas por medidas político-econômicas desfavoráveis, como:

- a) Política Nacional de Atenção Básica - PNAB – Portaria nº 2488/2011;
- b) Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC95);
- c) Política de Assistência Farmacêutica – “Farmácia Popular”;
- d) Normas operacionais Básica/1996.

15. A conquista da participação social na gestão SUS é fundamental para sustentabilidade e continuidade de um sistema de saúde universal, igualitário e equânime. São consideradas instâncias colegiadas do SUS:

- a) conferências e conselhos de saúde, em cada esfera de gestão do SUS;
- b) conselhos de saúde no âmbito municipal e estadual;
- c) conselhos de saúde nas esferas municipais e conferências nacionais de saúde;
- d) conselhos de saúde em todas as esferas de gestão do SUS .

16. Não faz parte do rol das competências do SUS, nos termos da lei:

- a) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, com exceção da área de saúde do trabalhador;
- b) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- c) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- d) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

17. Segundo previsto no artigo 6º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, **NÃO** se inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a:

- a) execução de ações: de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- b) participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- c) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- d) colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

18. **ANULADA** A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para efeitos de cálculo ponderado **NÃO** considera:

- a) a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na ESF e na equipe de Atenção Primária (EAP);
- b) o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na ESF e na EAP;
- e) a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- d) a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e no Programa Auxílio Brasil.

19. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência colocou a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendou alguns pontos considerados essenciais para atingir tal objetivo, **excetuando-se**:

- a) promoção de suprimento de alimentos e nutrição adequada;
- b) distribuição de insumos básicos;
- c) abastecimento de água e saneamento básico;
- d) educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle.

20. Para MEDINA, Maria Guadalupe, et al.(2020) o enfrentamento à pandemia exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, e deve considerar outras ações, **EXCETO**:

- a) a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação;
- b) as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção);

- c) parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade;
- d) dotar o sistema de recursos medicamentosos para oferecer a atenção preventiva adequada e oportuna.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. Os aspectos abaixo podem disparar ou manter um quadro de disfonia comportamental, **EXCETO**:

- a) comportamento inócuo;
- b) comportamento nocivo;
- c) traços de personalidade;
- d) transtornos mentais.

22. A Análise Cepstral é uma alternativa para avaliar sinais vocais com ampla faixa de desvio. Sendo assim, pode-se afirmar que:

- a) os sinais de voz sem desvio apresentam menor periodicidade e configuração harmônica pouco definida;
- b) indivíduos com desvio da qualidade vocal tendem a apresentar maiores valores de CPPS em relação a indivíduos vocalmente saudáveis;
- c) o valor de corte para o CPPS é de 35 dB;
- d) na Análise Cepstral não é necessário considerar o julgamento percepto-auditivo e o exame de imagem laríngeo.

10

23. A literatura aponta como padrões ideais para a Avaliação Percepto-Auditivo (APA) os seguintes modos de apresentação do estímulo sonoro, **EXCETO**:

- a) ambiente silencioso com ruído ambiental inferior a 50 dBNPS;
- b) utilização de fones de ouvido individuais;
- c) duas a três repetições dos estímulos sonoros;
- d) apresentação da amostra vocal de forma ordenada.

24. A fenda fusiforme que apresenta o correlato fisiopatológico correto é:

- a) anterior – Refluxo gastroesofágico;
- b) posterior – disfonia hipocinética;
- c) ântero-posterior – Câncer;
- d) paralela – Padrão de laringe do gênero feminino.

25. As disfonias funcionais podem ser classificadas em três grandes categorias, **EXCETO** disfonias funcionais:

- a) primárias;
- b) secundárias por uso incorreto da voz;
- c) secundárias;
- d) psicogênicas.

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

- a) massa, tensão e comprimento das pregas vocais;
- b) equilíbrio da pressão subglótica e aumento de massa;
- c) fechamento glótico e contração do tireo aritenóideo;
- d) redução da pressão subglótica e do relaxamento das pregas vocais.

27. A qualidade da produção da fala é afetada pela presença de movimentos involuntários anormais. Dentro de tal contexto, são consideradas hipercinesias lentas:

- a) distonia, coréia e atetose;
- b) hipertonia, atetose e mioclonia;
- c) atetose, discinesia e distonia;

d) mioclonia, tiques e coréia.

28. Com base no modelo anatômico, Corpo-Cobertura (Hirano 1996), as pregas vocais são uma estrutura multilaminada, composta de mucosa e músculo, onde cada camada apresenta propriedades mecânicas diferentes. Na análise da subdivisão da lâmina própria em camadas encontra-se:

- a) cobertura – camada que determina a forma e dá proteção; transição – camada responsável pela vibração e corpo – músculo, camada responsável por contração e alongamento;
- b) camada intermediária que forma um novelo de fibras denominados mácula flava anterior e mácula flava posterior compostas de fibras elásticas, fibroblasto e estroma, responsáveis pelo amortecimento do impacto da fonação;
- c) camada superficial da lâmina própria - leve gelatina com poucos elementos; camada intermediária da lâmina própria - composta de fibras elásticas e camada profunda da lâmina própria - composta de fibras de colágeno;
- d) camada superficial – formada por epitélio; camada intermediária de Reinke – rica em gelatina e camada muscular- rígida e rica em colágeno.

11

29. Mulher, 38 anos, encaminhada pelo otorrinolaringologista após cirurgia para retirada de pólipos vocais em prega vocal direita. Videolaringoscopia após cirurgia evidenciou, hiperemia em prega vocal direita e fenda irregular. Após avaliação vocal completa foi construído um plano terapêutico completo com início 7 dias após cirurgia. Foi incluído no plano a terapia vocal indireta e direta com técnicas específicas: Marque a opção que inclui as técnicas adequadas para a primeira semana de terapia do caso descrito:

- a) fricativos sonoros suave e sem esforço, realizar 10 repetições de cerca de 3 segundos de duração cada, por 6 vezes/dia; massagem laríngea, alongamento de cabeça e pescoço e rotação de ombros;
- b) fricativos sonoros, sons nasais e vibratórios, realizar 10 repetições de cerca de 1 minuto de duração cada, por 6 vezes/dia; exercícios articulatórios e de coordenação pneumofonoarticulatória;
- c) exercícios respiratórios; vibratório e de ressonância buscando aumentar tempos de fonação gradativamente, iniciar com 10 repetições de 1 minuto de duração cada, ir aumentando o tempo de duração;
- d) fricativos sonoros suave e sem esforço, realizar 10 repetições de cerca de 3 segundos de duração cada, por 6 vezes/dia; técnica com canudo na água emitindo som do /u/ por 5 minutos, 3 vezes/dia; alongamento de cabeça e pescoço e rotação de ombros.

30. As alterações motoras da fala presentes nos indivíduos atáxicos apresentam aspectos clínicos específicos, caracterizados por:

- a) aspereza vocal associada à hipertonía, desarticulação, hipernasalidade e frases curtas;
- b) entonação excessiva com aumento da velocidade e qualidade vocal tensa e estrangulada;
- c) excesso de entonação e monotonia, fonemas e intervalos prolongados e velocidade lenta;
- d) esforço para emissão, imprecisão articulatória, distorção de vogais e velocidade excessiva.

31. Os distúrbios articulatórios estão presentes na fala dos indivíduos com transtornos motores de origem neurogênica e necessitam de avaliação perceptiva. São consideradas como dimensões da fala relacionadas à articulação:

- a) nasalidade mista, intervalos prolongados e imprecisão de vogais e consoantes;
- b) imprecisão de vogais e consoantes, comprimento frasal e excessiva variação de loudness;
- c) flutuação do pitch, imprecisão vocálica geral e comprimento de frase inadequado;
- d) precisão consonantal, extensão de fonema e interrupção articulatória irregular.

32. A Paralisia Bulbar Progressiva é uma doença neuromotora causada por degeneração progressiva em alguns núcleos nervosos cranianos. As alterações de fala que derivam dessa condição, se caracterizam pela presença do componente:

- a) atáxico;
- b) hipocinético;
- c) flácido;
- d) espástico.

33. Em relação à fase faríngea da deglutição, os nervos cranianos responsáveis pelas ações de tensão e elevação do palato mole são:

- a) trigêmeo e glossofaríngeo;
- b) trigêmeo e vago;
- c) glossofaríngeo e vago;
- d) glossofaríngeo e hipoglosso.

34. Na avaliação nasofibrocópica da deglutição, foram observados episódios de penetração e aspiração do bolo alimentar que ocorreram após a deglutição. Este achado pode ser decorrente da:

- a) alteração da apneia da deglutição;
- b) redução da pressão subglótica;
- c) presença de estase;
- d) alteração da adução glótica.

35. A aproximação das aritenóides em direção à base de língua é o objetivo da reabilitação vocal nas laringectomias com as seguintes reconstruções:

- a) cricohioideoepiglotopexia (CHEP) e traqueohioideoepexia (THP);
- b) cricohioideoepexia (CHP) e traqueohioideoepexia (THP);
- c) cricohioideoepexia (CHP) e cricohioideoepiglotopexia (CHEP);
- d) cricohioideoepiglotopexia (CHEP) e traqueohioideoepiglotopexia (THEP).

36. A manobra de proteção de vias aéreas cujo objetivo é melhorar o fechamento das vias aéreas no nível do vestibulo laríngeo e da glote antes e durante a deglutição, denomina-se:

- a) supraglótica;
- b) cabeça fletida;
- c) cabeça rotacionada;
- d) super supraglótica.

37. Relacione o tipo de curva timpanométrica às suas respectivas características:

- 1 – curva tipo A
- 2 – curva tipo As
- 3 – curva tipo Ad
- 4 – curva tipo C
- 5 – curva tipo B

() curva plana caracterizada por ausência de pico de máxima admitância; encontrada em casos de presença de líquido no espaço da orelha média.

() curva aberta, presente em condições de diminuição de rigidez do sistema, pode ser compatível com disjunção articular.

() curva normal caracterizada por um pico de máxima admitância à baixa pressão no MAE.

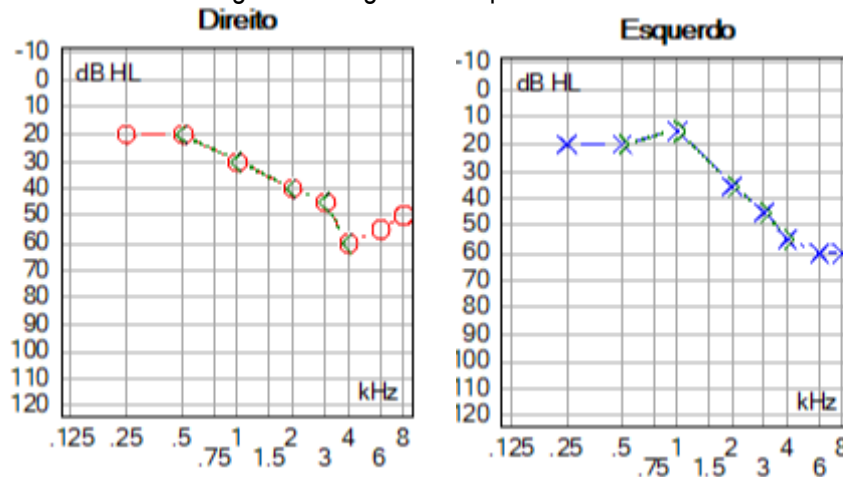
() caracterizada por um pico de máxima admitância à baixa pressão, mas com amplitude reduzida, presente em condições de aumento de rigidez do sistema.

() curva caracterizada por pico de máxima admitância deslocado para pressão negativa, compatível com disfunção da tuba auditiva.

Assinale a alternativa que mostra a relação correta, de cima para baixo:

- a) 5 – 3 – 1 – 2 – 4;
- b) 5 – 2 – 1 – 4 – 3;
- c) 2 – 3 – 1 – 4 – 5;
- d) 4 – 1 – 3 – 2 – 5.

38. Analise o audiograma a seguir e marque a alternativa correta:



- a) perda auditiva neurossensorial de grau leve com configuração descendente bilateralmente. Curvas timpanométricas do tipo A com reflexos acústicos contralaterais presentes bilateralmente. Possível hipótese diagnóstica: presbiacusia;
- b) perda auditiva neurossensorial de grau moderado com configuração descendente bilateralmente. Curvas timpanométricas do tipo Ad com reflexos acústicos contralaterais ausentes bilateralmente. Possível hipótese diagnóstica: ototoxicidade;
- c) perda auditiva mista de grau leve com configuração ascendente bilateralmente. Curvas timpanométricas do tipo B com reflexos acústicos contralaterais ausentes bilateralmente. Possível hipótese diagnóstica: otite média;
- d) perda auditiva mista de grau moderado com configuração descendente bilateralmente. Curvas timpanométricas do tipo C com reflexos acústicos contralaterais ausentes bilateralmente. Possível hipótese diagnóstica: disfunção da tuba auditiva.

39. Na avaliação da função vestibulo-ocular, a prova em que o paciente deve acompanhar com os olhos, sem mover a cabeça, um movimento sinusoidal lento e contínuo de um alvo na barra luminosa nas frequências de 0,1, 0,2 e 0,4Hz, denomina-se como:

- a) calibração dos movimentos oculares;
- b) pesquisa do nistagmo posicional;
- c) rastreamento pendular;
- d) nistagmo optocinético.

40. A logoaudiometria, ou audiometria vocal, ocupa um importante lugar na avaliação auditiva básica. O teste que tem o objetivo de confirmar os limiares tonais da via aérea, e exprime a menor intensidade para qual o indivíduo consegue identificar 50% das palavras apresentadas é o:

- a) limiar de detectabilidade da voz;
- b) índice percentual de reconhecimento da fala;
- c) índice de recepção da fala;
- d) limiar de recepção da fala.

41. A otosclerose estapediana, muito mais frequente que a coclear, é caracterizada por perda auditiva:

- a) condutiva, bilateral, com curva timpanométrica tipo Ar e ausência de reflexos acústicos contralaterais;
- b) neurosensorial, unilateral, com timpanométrica tipo Ad e ausência de reflexos acústicos contralaterais;
- c) condutiva, unilateral, com timpanométrica tipo Ad e presença de reflexos acústicos contralaterais;
- d) neurosensorial, bilateral, com timpanométrica tipo Ar e presença de reflexos acústicos contralaterais.

42. Na análise do exame de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), podemos estimar o limiar eletrofisiológico, com algumas considerações. Identifique a afirmativa que descreve os cuidados ao se determinar o limiar eletrofisiológico da audição.

- a) o estímulo clique investiga a audição na faixa de frequências médias e altas; o estímulo *tone burst* investiga a audição nas frequências baixas, médias e altas. Há necessidade em se usar o fator de correção para cada estímulo utilizado: para o clique, 15 deciBel (dB); para *tone burst*, entre 0 e 15 dB para via aérea e entre -5 e +5 dB para via óssea;
- b) o estímulo clique investiga a audição na faixa de frequências baixas, médias e altas; o estímulo *tone burst* investiga a audição nas frequências baixas e médias. Há necessidade em se usar o fator de correção para cada estímulo utilizado: para o clique, 20 deciBel (dB); para *tone burst*, entre 0 e 20 dB para via aérea e entre 0 e +5 dB para via óssea;
- c) o estímulo clique investiga a audição na faixa de frequências baixas e médias; o estímulo *tone burst* investiga a audição nas frequências médias e altas. Há necessidade em se usar o fator de correção para cada estímulo utilizado: para o clique, 15 deciBel (dB); para *tone burst*, entre 0 e 15 dB para via aérea e entre -5 e +5 dB para via óssea;
- d) o estímulo clique investiga a audição na faixa de frequências baixas, médias e altas; o estímulo *tone burst* investiga a audição nas frequências médias e altas. Há necessidade em se usar o fator de correção para cada estímulo utilizado: para o clique, 25 deciBel (dB); para *tone burst*, entre 0 e 10 dB para via aérea e entre -5 e +5 dB para via óssea.

43. O exame de Emissão Otoacústica Produto de Distorção (EOAPD) pode ser registrado sob duas formas de análise. A afirmativa que descreve estes gráficos é:

- a) no exame de EOAPD, *DPgram*, a resposta apresenta-se em função das intensidades dos estímulos, para uma frequência constante. No exame de EOAPD Razão de crescimento, *DP grow-rate*, a resposta apresenta-se em função das frequências dos estímulos, para uma intensidade fixa dos dois tons puros;
- b) no exame de EOAPD, *DPgram*, a resposta apresenta-se em função das frequências dos estímulos, para uma intensidade constante. No exame de EOAPD Razão de crescimento, *DP grow-rate*, a resposta apresenta-se em função das intensidades dos estímulos, para uma frequência fixa dos dois tons puros;
- c) no exame de EOAPD, *DPgram*, a resposta apresenta-se em função das frequências dos estímulos, para uma intensidade decrescente. No exame de EOAPD Razão de crescimento, *DP grow-rate*, a resposta apresenta-se em função das intensidades dos estímulos, para uma frequência variada dos dois tons puros;
- d) no exame de EOAPD, *DPgram*, a resposta apresenta-se em função das intensidades dos estímulos, para uma intensidade crescente. No exame de EOAPD Razão de crescimento, *DP grow-rate*, a resposta apresenta-se em função das frequências dos estímulos, para uma frequência fixa dos dois tons puros.

44. Homem, 45 anos, iniciou quadro de hipertensão endolinfática, com crises de vertigem rotatória, hipoacusia e zumbido, além dessa tríade, apresentou plenitude auricular. A perda auditiva é unilateral, e a cada crise, ocorre uma piora da audição, com presença de recrutamento. A hipótese diagnóstica é:

- a) doença de *Ménière*;
- b) neurinoma do acústico;
- c) fistula perilinfática;
- d) trauma acústico.

45. A avaliação audiológica pediátrica deve incluir uma bateria de testes, segundo o princípio da prova e “contraprova”, além de respeitar a criança, seus interesses, habilidades, medos e dificuldades. Os procedimentos de avaliação comportamental devem ser selecionados segundo a idade cognitiva da criança, além dos aspectos a serem considerados, citados anteriormente. Identifique a alternativa correta.

- a) A audiometria de observação do comportamento (BOA) identifica respostas comportamentais a estímulos sonoros em crianças até 9 (nove) meses de idade. A Audiometria com reforço visual (VRA) é indicada para crianças entre 9 (nove) meses e 2 (dois) anos de idade cognitiva. A Audiometria lúdica é recomendada para crianças com idade cognitiva de 2 (dois) anos ou mais.
- b) A audiometria de observação do comportamento (BOA) identifica respostas comportamentais a estímulos sonoros em crianças até 12 (doze) meses de idade. A Audiometria com reforço visual (VRA) é indicada para crianças entre 12 (doze) meses e 3 (três) anos de idade cognitiva. A Audiometria lúdica é recomendada para crianças com idade cognitiva de 3 (três) anos ou mais.
- c) A audiometria de observação do comportamento (BOA) identifica respostas comportamentais a estímulos sonoros em crianças até 6 (seis) meses de idade. A Audiometria com reforço visual (VRA) é indicada para crianças entre 6 (seis) meses e 3 (três) anos de idade cognitiva. A Audiometria lúdica é recomendada para crianças com idade cognitiva de 3 (três) anos ou mais.
- d) A audiometria de observação do comportamento (BOA) identifica respostas comportamentais a estímulos sonoros em crianças até 6 (seis) meses de idade. A Audiometria com reforço visual (VRA) é indicada para crianças entre 6 (seis) meses e 5 (cinco) anos de idade cognitiva. A Audiometria lúdica é recomendada para crianças com idade cognitiva de 5 (cinco) anos ou mais.

46. Uma criança com 11 meses de idade cronológica apresenta desenvolvimento psicomotor normal. “Passou” na triagem auditiva neonatal com Emissão Otoacústica Transiente (EOAT) na Maternidade, em ambas as orelhas, sem presença de risco para alteração auditiva. Aos 8 (oito) meses de idade, passou por avaliação eletrofisiológica, Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), para avaliação das vias auditivas centrais, sendo observada ausência de resposta, para ambos os lados. Na Audiometria com reforço visual (VRA), respostas entre 100 e 120 decibel Nível de Audição (dBNA); timpanometria tipo A, reflexo acústico ipsi e contralateral ausentes, bilateralmente; EOAT presentes, em ambas as orelhas; ausência de resposta no PEATE em 500 Hertz (Hz)”. Segundo a descrição do caso clínico, o diagnóstico audiológico de perda auditiva e conduta apropriada ao caso, respectivamente, são:

- a) neural profunda, bilateralmente; diagnóstico interdisciplinar de Desordem do Espectro da Neuropatia Auditiva; intervenção fonoaudiológica imediata; indicação para Implante Coclear, imediatamente; indicado acompanhamento do desenvolvimento da criança;
- b) neurosensorial profunda, bilateralmente; diagnóstico interdisciplinar de Transtorno do Espectro Autista; intervenção fonoaudiológica imediata; indicada adaptação de aparelho de amplificação sonora individual, inicialmente; indicação para Implante Coclear, num outro momento; indicado acompanhamento do desenvolvimento da criança;
- c) neurosensorial profunda, bilateralmente; diagnóstico interdisciplinar de Transtorno do Espectro Autista; intervenção fonoaudiológica imediata; indicada adaptação de aparelho de amplificação sonora individual, inicialmente; indicado acompanhamento do desenvolvimento da criança;
- d) neurosensorial profunda, bilateralmente; diagnóstico interdisciplinar de Desordem do Espectro da Neuropatia Auditiva; intervenção fonoaudiológica imediata; indicada adaptação de aparelho de amplificação

sonora individual, inicialmente; indicação para Implante Coclear, num outro momento; indicado acompanhamento do desenvolvimento da criança.

47. Os testes Comportamentais do Processamento Auditivo Central avaliam a capacidade do Sistema Auditivo Nervoso Central para processar informações, e fornece uma contribuição significativa no diagnóstico e na terapêutica fonoaudiológica. Nesse contexto, sobre os itens abaixo, assinale a alternativa que corresponda aos itens I, II, III e IV, referindo-os como **FALSO (F)** ou **VERDADEIRO (V)**.

I) O Teste de Fusão Binaural e teste de diferença de nível de mascaramento (MLD) avaliam a habilidade auditiva de Resolução Temporal.

II) O teste Dicótico de Dígitos (TDD) se caracteriza por apresentar estímulos de fala diferentes, apresentados as duas orelhas simultaneamente ou de maneira sobreposta.

III) O Teste SSW, consiste da apresentação de quatro palavras trissílabas a 50 dB NS, São quarenta grupos de quatro palavras totalizando cento e sessenta estímulos verbais.

IV) O teste *Gaps in Noise* (GIN), tem por objetivo avaliar o limiar de detecção de gaps e portanto, a habilidade de Ordenação Temporal.

a) V-V-F-F;

b) F-V-F-V;

c) F-F-F-F;

d) F-V-F-F.

48. A Supressão das Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) tem sido reportado como uma ferramenta importante para avaliar o Sistema Eferente Medial (SOCM). Nesse contexto, sobre os itens abaixo, assinale a alternativa que corresponda aos itens I, II, III e IV, referindo-os como **FALSO (F)** ou **VERDADEIRO (V)**.

I) A pesquisa da Supressão das Emissões Otoacústicas pode ser observado clinicamente, quando a estimulação auditiva acústica contralateral, porém pode sofrer influência da maturação do Nervo Auditivo, principalmente em neonatos pré termos.

II) O Nervo Auditivo e os núcleos cocleares ventral e dorsal estão envolvido na supressão das Emissões Otoacústicas, e pode ser observado clinicamente, quando a estimulação auditiva acústica provoca a diminuição do nível de resposta das EOA, como um indicativo da função eferente.

III) O sistema eferente Olivococlear medial está envolvido na supressão das Emissões Otoacústicas, e pode ser observado clinicamente, quando existe ausência da onda I no PEATE Neurodiagnóstico.

IV) O sistema eferente pode desempenhar um importante papel na filtragem de ruído de fundo, melhorando a capacidade para entender a fala em ambientes com ruído.

a) F-F-F-V;

b) F-F-V-V;

c) V-F-F-V;

d) F-F-F-F.

49. O implante coclear é um dispositivo que pode auxiliar pacientes com perda auditiva neurosensorial de grau severo a profundo. Pode-se afirmar que este é:

a) formado por um único modelo composto basicamente por microfone, amplificador, receptor e a fonte de energia (pilha), pode ser modelo retro auricular ou intracanal;

b) um dispositivo que em sua primeira geração era com eletrodos de um canal, sendo os mais modernos multicanais, com eletrodos colocados no tronco cerebral, que estimulam uma variedade de fibras nervosas;

- c) Um dispositivo eletrônico biomédico, biocompatível e durável, que funciona com sistema de processamento do som, em que o som da fala é amplificado de forma digital, e estimulado através de frequência modulada o processador interno;
- d) um dispositivo eletrônico biomédico, biocompatível e durável, desenvolvido para realizar a função das células ciliadas que estão danificadas ou não estão presentes, transformando a energia sonora em baixos níveis de corrente elétrica.

50. Mensurações com microfone-sonda é um método mais eficaz para verificação das características da amplificação do AASI em uso pelo indivíduo. Uma das medidas que pode ser realizada com o registro do nível de pressão sonora no meato acústico externo (MEA) com o molde auricular inserido e o AASI ligado, é a resposta:

- a) de oclusão da orelha (REOR);
- b) com aparelho de amplificação na orelha (REAR);
- c) da orelha não ocluída (REUR);
- d) da diferença real do acoplador da orelha (RDRAO).