UFRN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA UFRN

FONOAUDIOLOGIA

Edital nº003/2016
Seleção 2017

Leia estas instruções:

1	Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, assine no espaço reservado para isso.
2	Este Caderno contém **cinquenta** questões de múltipla escolha assim distribuídas: **01 a 10** > Saúde Coletiva; **11 a 50** > Conhecimentos Específicos.
3	Quando o Fiscal autorizar, verifique se o Caderno está completo e sem imperfeições gráficas que impeçam a leitura. Detectado algum problema, comunique-o, imediatamente, ao Fiscal.
4	Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
5	Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não adianta pedir esclarecimentos aos Fiscais.
6	Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
7	Os rascunhos e as marcações feitas neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
8	A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta preta.
9	Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões de múltipla escolha e preencher a Folha de Respostas.
10	O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
11	Ao retirar-se definitivamente da sala de provas, o candidato deverá entregar ao Fiscal a Folha de Resposta independentemente do tempo transcorrido do início da prova. Retirando-se **antes de decorrerem três horas do início da prova**, devolva também este Caderno.
12	Você só poderá levar este Caderno após decorridas três horas do início da prova.

Assinatura do Candidato: _____

COMPERVE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Saúde Coletiva 01 a 10

01. Leia o poema abaixo.

Pneumotórax

Manuel Bandeira

Febre, hemoptise, dispneia, suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi:
tosse, tosse, tosse.
Mandou chamar o médico:
Diga trinta e três.
Trinta e três, Trinta e três... Trinta e três.
Respire...
O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo
e o pulmão direito infiltrado.
Então, Doutor, não é possível fazer um PNEUMOTORAX?
Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

No poema *Pneumotórax*, Manuel Bandeira incorpora à sua poética a cultura popular, sua preocupação com seus pulmões, seu sofrimento com a tuberculose e o "tango argentino" para dizer que, no seu caso, não havia nada a ser feito. Na Educação Popular em Saúde, a valorização desses conhecimentos e experiências de vida das pessoas, dos movimentos sociais e organizações populares é um elemento central. Trata-se de uma forma de superar as incompreensões e mal-entendidos, os preconceitos, as opiniões divergentes que caracterizam as relações entre profissionais e usuários do serviço de saúde. Essas assimetrias da "linguagem", ilustradas também no poema, são muito presentes nas práticas educativas em saúde. Tendo como base o poema exposto e a Educação Popular em Saúde, considere as seguintes afirmativas:

I	O adjetivo "popular" presente no enfoque da Educação Popular em Saúde aponta para a necessidade de colocar-se a serviço dos interesses dos opressores da sociedade em que vivemos pertencentes às classes populares, como forma de estimular o controle social pelos usuários dos serviços.
II	A Educação Popular em Saúde tem construído sua singularidade a partir do fortalecimento dos saberes e práticas autoritárias dos profissionais da saúde, distantes da realidade social e orientadas por uma cultura medicalizante imposta à população.
III	A Política Nacional de Educação Popular em Saúde tem como princípios teórico-metodológicos o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação, e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular.
IV	A Educação Popular em Saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde contribuam para aumentar a visibilidade histórica, social e política dos grupos sociais, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos.

Em relação à Educação Popular em Saúde, estão corretas as afirmativas

A) III e IV.

B) I e III.

C) II e IV.

D) I e II.

02. Em 2016, os movimentos sociais em defesa da seguridade social em geral e da saúde, em particular, ganharam força diante das pautas neoliberais da agenda política brasileira e seus impactos no sistema de saúde. Nesse sentido, a luta popular acontece em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e do direito à saúde conforme os princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e nas Leis Orgânicas da Saúde. Nesse contexto, os movimentos sociais, os trabalhadores da saúde, os pesquisadores e a população em geral protestam em favor da permanência de um SUS que

A) oferte às populações mais vulneráveis ou em situação de exclusão social ações de saúde diferenciadas do ponto de vista técnico, mas que não diferencie esses sujeitos, aplicando, assim, o princípio da universalidade do SUS.

B) assegure a reestruturação da rede pública de saúde a partir das regiões de saúde, em razão da necessidade de se integrar o que a complementaridade do setor privado fracionou sob o ponto de vista técnico, operativo e organizacional.

C) garanta modos de governar a rede de serviços do SUS em cada local e estado e ainda tente compor isso com centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes.

D) assegure a todo e qualquer cidadão um acesso universal, equitativo e integral, e sem os riscos oriundos do subfinanciamento do SUS, da privatização dos equipamentos públicos de saúde e do incentivo aos planos privados, entre outros.

03. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), na década de 1980, foi resultante de uma longa mobilização da sociedade civil em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. No contexto atual, as bandeiras de luta e o debate em torno do projeto político-sanitário e civilizatório do MRSB têm sido retomados, atualizados e aprofundados. Nesse sentido, o MRSB defende uma saúde democrática por meio de medidas que

A) assegurem uma política nacional de saúde que inclua a formação de recursos humanos, pois a atenção à saúde será tema de programas de saúde específicos.

B) transformem os atos médicos lucrativos em um bem social, gratuito, à disposição de toda a população da zona rural.

C) criem um Sistema Único de Saúde que funcione sob a responsabilidade total e sob a administração das Organizações Sociais de Saúde (OSS).

D) obstaculizem os efeitos mais nocivos das leis de mercado na área da Saúde, ou seja, detenham o empresariamento da medicina.

Com base no caso a seguir, responda às questões 04 e 05:

Uma equipe de saúde da família realizou uma visita domiciliar ao Sr. J.S.S. Ele tem 53 anos de idade, trabalha como agente penitenciário há 12 anos e, apesar de todos os problemas na família, demonstra otimismo e disposição para viver. Quando perguntado sobre a última vez que foi a um serviço de saúde, o Sr. J.S.S.. referiu que foi há quatro anos, quando fez tratamento para tuberculose pulmonar e que, atualmente, vem tossindo com frequência e emagrecendo. Ele afirma que começou a tossir e a perder peso depois que houve alguns casos de tuberculose pulmonar no presídio. Entre um grupo de detentos que estavam sendo transportados no mesmo veículo e distribuídos em distintas unidades prisionais, havia um homem com sintomas sugestivos da doença. Dentro do ambiente fechado da viatura, o contato direto e as condições de saúde dos outros presentes favoreceram a contaminação. No presídio onde trabalha, houve três casos confirmados que estão em tratamento.

04. Quando retornou à unidade de saúde da família, a equipe discutiu o caso do Sr. J.S.S. e buscou identificar os determinantes sociais da saúde (DSS) como forma de produzirem um projeto terapêutico singular congruente com sua realidade de vida e efetivo na satisfação de suas necessidades de saúde. A equipe acredita que trabalhar com os DSS é uma ferramenta relevante, pois

A) permite conhecer os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas e de fatores de risco à saúde da população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

B) estudos têm evidenciado que conhecer os DSS leva ao enfrentamento das iniquidades em saúde, ou seja, aprofunda as desigualdades de saúde entre grupos minoritários que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.

C) o principal desafio é estabelecer as determinações entre os fatores de natureza social, econômica e política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação é relação direta de causa-efeito.

D) conhecer os distintos determinantes de saúde de um indivíduo levará à formulação de explicações do perfil de adoecimento e de saúde da comunidade como um todo, podendo intervir nos fatores de risco modificáveis e alterar as iniquidades em saúde da população.

05. Na reunião para discussão do caso do Sr. J.S.S., a equipe da Estratégia de Saúde da Família contou com a participação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município. A retaguarda especializada desenvolvida pela equipe do NASF foi fundamental no aprofundamento da discussão e na construção de um projeto terapêutico singular para o Sr. J.S.S. Além disso, foram planejadas ações de promoção da saúde e de vigilância epidemiológica no presídio. Partindo dessas propostas e intervenções planejadas pela equipe, utilizou-se como referência

A) a participação popular.

B) a vigilância sanitária.

C) o apoio matricial.

D) a análise de vulnerabilidade.

06. A Constituição Brasileira de 1988 preconiza que “A Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Um dos meios de assegurar o cumprimento desse dever constitucional é a Vigilância em Saúde. A Vigilância em Saúde compõe a área da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, englobando as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e a saúde do trabalhador. Cada uma dessas vigilâncias tem suas especificidades de atuação, embora possam compartilhar informações e agir de formar complementar. Sobre as atribuições da vigilância em saúde e suas especificidades, considere as seguintes afirmativas:

I	A vigilância em saúde constitui ações de promoção à saúde, observação da situação de saúde, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde da população.
II	A vigilância ambiental consiste em ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde do trabalhador.
III	As ações de proteção da saúde são de caráter público, podendo ser delegada ao setor privado, de acordo com o princípio organizacional do SUS, que permite a complementaridade da iniciativa privada no sistema de saúde.
IV	As ações da vigilância epidemiológica consistem em detectar os fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, a fim de adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Em relação a vigilância em saúde, estão corretas as afirmativas

A) II e III. **C)** III e IV.

B) I e IV. **D)** I e II.

07. A notificação compulsória é uma atribuição da vigilância epidemiológica, que serve para comunicar a ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde. A comunicação é feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou por qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Sobre a notificação de doenças e agravos, é correto afirmar:

A) a notificação permite monitorar ocasionalmente a tendência de uma doença/agravo na população, para que sejam estabelecidas medidas de prevenção e controle.

B) a Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais quando confirmar, no paciente, a ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória.

C) a notificação deve ser sigilosa, podendo ser divulgada fora do âmbito médico-sanitário somente em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos.

D) as informações coletadas pela vigilância epidemiológica são consideradas quando houver ocorrência de casos suspeitos ou confirmados e, portanto, a ausência de notificação não consta nas estatísticas.

08. A informação em saúde é a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) fornecem referencial para projeções e inferências setoriais, além de contribuirem para a transparência acerca das ações desenvolvidas na área da saúde. A partir dos SIS, obtêm-se informações sobre: condições socioeconômicas, ações em saúde, situação de saúde e gestão em saúde. Em relação ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), é correto afirmar que ele

A) apresenta algumas limitações tais como: a descontinuidade das investigações e a ausência da notificação compulsória em seus componentes vigilância, desfavorecendo a resolução e continuidade do cuidado.

B) possibilita conhecer a dimensão dos acidentes e violências que não geram internações ou óbitos, mas que são atendidos nos serviços de saúde, tais como: acidentes de trânsito, de trabalho, doméstico, quedas, queimaduras, afogamentos e intoxicações.

C) desconsidera os acidentes notificados nos Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) e de Internação Hospitalar (SIH), devido à falta de articulação entre esses sistemas de informação.

D) tem como um de seus objetivos estimular a notificação dos casos de violência e acidentes, inviabilizando a implementação de políticas de cultura da paz nos grandes centros urbanos e nas escolas da rede pública.

09. A Razão de Mortalidade Proporcional ou Índice de Swaroop & Uemura mede a proporção entre o número de óbitos de pessoas com 50 anos ou mais de idade em uma população, em um determinado ano, e o total de óbitos na mesma população, no mesmo período. Esse indicador permite a análise da tendência da mortalidade e a comparação de áreas geográficas. A partir do Índice de Swaroop & Uemura, é cooreto afirmar que

A) os países com atraso no desenvolvimento econômico e social apresentam mortalidade proporcional igual ou inferior a 75%.

B) as regiões com alto grau de subdesenvolvimento apresentam mortalidade proporcional igual ou superior a 50%.

C) os países desenvolvidos apresentam mortalidade proporcional igual ou superior a 75%.

D) as regiões com regular organização dos serviços de saúde e equidade social apresentam mortalidade proporcional inferior a 25%.

10. Nas últimas décadas, o Brasil experimentou enormes mudanças em seu padrão reprodutivo e em sua estrutura populacional. De forma geral, a mortalidade precoce manteve sua tendência histórica de declínio e a expectativa de vida foi ampliada. Além disso, a taxa de fecundidade caiu significativamente em muitos estados brasileiros. Diversos autores consideram que o declínio de fecundidade experimentado pelo Brasil nos últimos 30 anos é semelhante ao que foi vivenciado pelos países desenvolvidos, em processos que duraram de 80 a 100 anos. Dessa forma, o Brasil vivencia um processo de transição demográfica bastante acelerado, decorrente principalmente do padrão de desenvolvimento econômico, social e político-institucional. Sobre essa temática considere as seguintes afirmativas:

I	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu a partir de um processo de transição demográfica caracterizado pelo aumento da expectativa de vida, envelhecimento populacional e aumento da morbidade por doenças não transmissíveis.
II	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu devido à melhoria nas condições sociais da população, com erradicação das doenças infecciosas e parasitárias nas crianças e, o surgimento das doenças crônico-degenerativas em idosos.
III	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu devido à ampliação da cobertura dos serviços de saúde de forma igualitária, e considerando as diferenças e necessidades regionais com perfis epidemiológicos distintos.
IV	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu com a superposição de contextos epidemiológicos, com a persistência das doenças reemergentes, a adesão a modos de vida pouco saudáveis e a alta mortalidade por causas externas.

As afirmativas que explicam o processo de transição epidemiológica no Brasil são

A) I e II.

B) I e IV.

C) II e III.

D) III e IV.

Conhecimentos Específicos 11 a 50

11. A deglutição é uma função que pode ser chamada de hegemônica, isto é, que o organismo não pode se permitir não realizar, mesmo que esta lhe cause grande dispêndio. A transição da deglutição infantil para a madura acontece gradativamente, e muitas crianças a atingem em torno de

A) Após 24 meses.

B) 6 a 9 meses.

C) 18 a 24 meses.

D) 12 a 15 meses.

12. Os nervos cranianos e espinhais são responsáveis por movimentos reflexos e constituem o trajeto final comum para a transmissão de informações dos neurônios motores superiores, provocando a contração muscular e o movimento das estruturas envolvidas na fala e nas funções estomatognáticas. Sendo assim, os pares cranianos que realizam a inervação sensorial e motora do sistema estomatognático, e que estão relacionados às funções orofaciais são:

A) troclear (VI), trigêmeo (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX) e acessório (XI).

B) trigêmeo (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X) e hipoglosso (XII).

C) trigêmeo(V), facial (VII), vestíbulo-coclear (VIII), vago (X) e acessório (XI).

D) troclear (VI), trigêmeo (V), glossofaríngeo (IX), vago (X) e acessório (XI).

13. A fase oral da mastigação consiste na etapa em que percebemos e classificamos o bolo alimentar, dentro da cavidade oral, a fim de produzir respostas motoras adequadas ao seu preparo e envio para a câmara faríngea. Na etapa preparatória, os alimentos são triturados, pulverizados e umidificados para a formação do bolo alimentar, através de uma grande organização osteomuscular. Os músculos que participam da mastigação, no processo de preparo do alimento, são:

A) masseter, temporal, pterigóideo medial, pterigóideo posterior e milohióideo.

B) masseter, temporal, pterigóideo medial, pterigóideo lateral e digástrico.

C) masseter, temporal, digástrico, pterigóideo lateral e esternocleidomastoideo.

D) masseter, temporal, suprahióideo, digástrico e levantador do véu palatino.

14. As funções de sugar, deglutir e respirar são complexas e estão intrinsicamente associadas, devendo ocorrer de forma harmônica e coordenada, para que a alimentação seja eficaz e segura. Apesar da deglutição do feto ser observada ao final do primeiro trimestre de gestação, o desenvolvimento da coordenação entre sucção, deglutição e respiração é lento, e se estabelece de forma madura, com maior frequência, por volta da 37ª semana, mas pode estar presente em recém-nascidos de

A) 29 a 34 semanas.

B) 32 a 34 semanas.

C) 29 a 35 semanas.

D) 33 a 38 semanas.

15. As fissuras labiopalatinas são más formações anatômicas que ocorrem durante o período embrionário e início do período fetal, em virtude da falta de coalescência de alguns processos faciais embrionários em formação. A interação de fatores genéticos e ambientais pode estar associada às causas das fissuras labiopalatinas, que são classificadas por meio do forame incisivo, que representa a união do palato primário e secundário do período embrionário, sendo considerada o tipo mais grave, a fissura

A) pós-forame incisivo.

B) pré-forame incisivo.

C) transforame incisivo.

D) submucosa.

16. Cada vez mais, o fonoaudiólogo vem contribuindo com as equipes interdisciplinares, auxiliando no diagnóstico e na identificação das dificuldades na amamentação, tanto por parte das mães quanto por parte dos bebês prematuros ou com necessidades especiais, como também dos bebês saudáveis, a termo, desenvolvendo ações de assistência e promoção à amamentação. Entre as disfunções orais encontradas em bebês com dificuldades na amamentação, estão:

A) reflexo de procura e sucção débil, tensão oral excessiva, lábios invertidos, padrão mordedor e língua posteriorizada.

B) reflexo de procura e sucção débil, tensão oral excessiva, lábios invertidos, padrão mordedor e mandíbula retraída.

C) lábios invertidos, reflexo de procura débil, canolamento presente, padrão mordedor e língua posteriorizada.

D) sucção débil, mandíbula retraída, padrão mordedor, língua na papila palatina e canolamento presente.

17. A amamentação é mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve uma interação profunda entre a dupla mãe-bebê, com efeitos: no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de implicar na saúde física e psíquica da mãe. No entanto, existem algumas poucas situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno. Uma das situações em que o aleitamento materno não é recomendado é no caso de mães infectadas:

A) pelo HTLV1 e HTLV2.

B) por tuberculose.

C) por hepatite B.

D) por sífilis.

18. A fissura lábio palatina é uma das deformidades congênitas craniofaciais mais comuns e, na maioria das vezes, necessitam de uma série de procedimentos cirúrgicos que ocorrerão no decorrer da vida dos portadores destas fissuras. Na prática clínica ainda existe muito desconhecimento dos profissionais e das famílias sobre as condições clínicas que podem impossibilitar a realização da cirurgia. Dentro da cronologia definida, a principal complicação é:

A) oligúria.

B) baixo peso.

C) engasgos.

D) cianose.

19. A necessidade do olhar e da atenção para a relação mãe-bebê, como foco da atuação com o grupo materno, está firmada na importância da mãe no desenvolvimento da criança, particularmente em seus primeiros anos de vida, quando a criança necessita de cuidado, de afeto e de uma relação que forneça estrutura para a sua constituição como sujeito. É de suma importância dialogar com as gestantes sobre a maternagem, isto é, dar ênfase ao vínculo entre a mãe e o bebê, pois o desenvolvimento deste vínculo determinará a relação que o bebê estabelecerá com o mundo. O objetivo desse diálogo é promover a atenção à saúde comunicativa, abordando os processos de aquisição e desenvolvimento da linguagem. Pensando nisso, foi idealizado um grupo com enfoque educativo para gestantes e mães puérperas no qual são dadas orientações para estimular o desenvolvimento da linguagem infantil. Entre outras, as orientações para propiciar o desenvolvimento da linguagem na criança são:

A) não interpretar atos não intencionais como se fossem intencionais; garantir a proximidade física e o contato face a face e usar linguagem compatível com a compreensão da criança.

B) interpretar atos não intencionais como se fossem intencionais; imitar comportamentos da criança e ignorar as iniciativas da criança.

C) buscar proximidade física para facilitar a interação; dar nomes as coisas de modo natural e falar em excesso.

D) interpretar atos não intencionais como se fossem intencionais; imitar comportamentos da criança e estar atentos aos esforços comunicativos da criança.

20. O professor ocupa um lugar privilegiado na sociedade, com papel fundamental no desenvolvimento humano e social. Entretanto, a profissão tem sofrido desgaste social e, por isso, há crescente associação da atividade docente com várias morbidades, sendo os distúrbios vocais umas das principais causas de adoecimento e afastamento do trabalho. O desenvolvimento de programas de saúde vocal visa garantir o acesso às informações e orientações sobre os cuidados em relação à fonação, com o intuito de evitar agravos e diminuir a ocorrência de alterações na voz que possam compreender ou impedir a atuação profissional, habilitando os profissionais quanto ao uso adequado da voz. Diante disso, em um determinado município, fundou-se um grupo de saúde vocal dos professores no qual são realizadas palestras e oficinas. Nesse contexto, considere as orientações a seguir:

I	Analise o ambiente e veja o que pode diminuir o ruído. Por exemplo, fechar janelas e portas nos períodos de aula expositiva é bastante efetivo. Mudar a disposição dos alunos na sala para ficar mais próximo deles também ajuda a poupar a voz e facilita a transmissão da mensagem.
II	Quando os alunos estiverem fazendo muito barulho, o ideal é que o professor fale mais alto do que eles, a fim de que os alunos prestem atenção.
III	Os intervalos são uma boa oportunidade para você descansar a voz. Ao encontrar seus colegas na sala dos professores, tente não conversar em excesso e controle a intensidade de sua voz. Lembre-se de que esse ambiente também pode ser ruidoso e com muita competição vocal.
IV	Comer maçã; fazer ingestão de água; ingerir leite e seus derivados pode ser muito útil antes do uso contínuo da voz.

Em relação à saúde vocal, estão corretas as orientações

A) I e III. **B)** I e II. **C)** II e IV. **D)** III e IV

21. Um professor do ensino fundamental, com carga horária semanal de trabalho de 40 horas, com queixa de dor ao falar, fadiga vocal e rouquidão, foi ao otorrinolaringologista, sendo diagnosticada a presença de nódulos vocais. As técnicas vocais que podem ser prescritas para este paciente são:

A) técnica de firmeza glótica; técnica de voz salmodiada e técnica de empuxo.

B) técnica de sons fricativos; técnica de sons nasais e técnica de esforço.

C) técnica de sons vibrantes; técnica de sons fricativos e técnica de sons plosivos.

D) técnica de sons vibrantes; técnica de sons fricativos e técnica de sons nasais.

22. O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e Educação, foi instituído pelo decreto 6.286, de 5 de dezembro de 2007, em parceria com os ministérios da Saúde e da Educação. Esse programa prevê ações básicas, como: avaliação das condições de saúde, prevenção e promoção de saúde, educação e capacitação profissional e monitoramento da saúde dos estudantes. Atualmente, com a universalização do PSE a partir de 2013, todos os municípios brasileiros estão aptos a participar das atividades. Agora também fazem parte do programa as creches e pré-escolas. Em relação à atuação fonoaudiológica na educação infantil, considere as seguintes orientações:

I	Partir do diagnóstico situacional para que suas ações estejam de acordo com as características, particularidades da proposta pedagógica e identidade institucional.
II	Realizar triagens a fim de identificar alterações, e tratá-las precocemente.
III	Promover ações de promoção de saúde e prevenção de alterações que possam acometer a saúde nas diferentes áreas da Fonoaudiologia, preferencialmente de maneira articulada e integrada, além de reabilitar quando necessário.
IV	Estabelecer modos de integração das experiências educacionais e de saúde, por meio de articulação de ações multidisciplinares.

Estão corretas as ações

A) I e III. **C)** II e III.

B) I e IV. **D)** II e IV.

23. A estimulação da sucção não-nutritiva visa minimizar a privação sensorial e promover o desenvolvimento motor-oral, capacitando o recém-nascido de risco a receber alimento por via oral o mais precocemente possível, e contribuir para o aleitamento materno. Dentre as técnicas utilizadas, a que permite a maior intervenção do fonoaudiólogo para avaliar, acompanhar a evolução da sucção e indicar a alimentação por via oral é a

A) do seio materno vazio.

B) do dedo enluvado.

C) da chupeta.

D) da mamadeira-colher.

24. A sucção é uma função essencial para a nutrição do bebê; segue-se um período de ingestão de alimentos com consistências variadas, e, posteriormente, a mastigação assume um papel predominante na obtenção de nutrientes. Os primeiros movimentos mastigatórios são irregulares e mal coordenados, mas quando acontece a estabilização da dentição primária, a mastigação ocorre habitualmente de forma

A) bilateral alternada.

B) unilateral crônica.

C) unilateral alternada.

D) bilateral crônica.

25. A mastigação é uma função aprendida e é considerada uma das mais importantes para o desenvolvimento harmônico do sistema estomatognático. As fases da mastigação ocorrem na sequência:

A) pulverização, incisão e trituração.

B) incisão, pulverização e trituração.

C) trituração, incisão e pulverização.

D) incisão, trituração e pulverização.

26. Em 2003, foi aprovada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (RNBP) ou Método Canguru, como parte do programa de humanização do pré-natal, parto e nascimento. Esse programa teve como objetivo implementar o modelo de assistência perinatal e de redução da mortalidade materna e neonatal. Sabemos que o Método Canguru é desenvolvido em três etapas. São critérios de elegibilidade para a permanência do bebê na segunda etapa:

A) peso mínimo de 1.800g e garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.

B) peso mínimo de 1.250g e estabilidade clínica.

C) orientação do esquema adequado de imunização e peso mínimo de 2.000g.

D) nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo) e peso mínimo de 800g.

27. A Política Nacional de Aleitamento Materno tem sido uma das prioridades da Política da Saúde da Criança, do Ministério da Saúde (MS) no Brasil, uma vez que o aleitamento materno é uma estratégia natural e eficiente para a redução da morbimortalidade infantil. Dessa forma, o MS recomenda o aleitamento materno durante os

A) 02 primeiros anos ou mais, sendo exclusivo nos 06 primeiros meses de vida.

B) 03 primeiros anos ou mais, sendo exclusivo nos 08 primeiros meses de vida.

C) 02 primeiros anos ou mais, sendo exclusivo nos 05 primeiros meses de vida.

D) 03 primeiros anos ou mais, sendo exclusivo nos 04 primeiros meses de vida.

28. Por características próprias da prematuridade, o recém-nascido, inicialmente, pode não conseguir alimentar-se por meio da sucção, sendo necessária a utilização de sonda por gavagem. Após a melhora clínica e estabelecimento da coordenação sucção-deglutição-respiração, faz-se necessário iniciar a transição da sonda por gavagem para o peito. Algumas técnicas são úteis nessa transição. A técnica que consiste em colocar o bebê ao peito para mamar o leite da própria mãe retirado previamente por meio de uma sonda que é colocada próxima do mamilo é chamada de

A) sonda-peito. **C)** translactação.

B) sonda-dedo. **D)** relactação.

29. Em 2008, o Ministério da Saúde criou os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) com o objetivo de promover a inserção da estratégia de saúde da família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, e aumentar sua resolutividade. O foco de atuação do fonoaudiólogo no NASF deve

A) voltar-se para a atenção terciária, conhecida também como alta complexidade.

B) reproduzir o modelo clínico privativista, que se traduz em atenção à saúde de caráter exclusivamente individual, assistencial e curativo.

C) concentrar-se somente na terapia e na reabilitação das possíveis patologias ligadas à Fonoaudiologia.

D) voltar-se às atividades de prevenção e promoção da saúde, proporcionando o fortalecimento e a autonomia do sujeito com relação à sua saúde.

30. Entre as décadas de 1970 e 1980, a Fonoaudiologia foi inserida na esfera pública da educação e da saúde, integrando as equipes dos Ambulatórios de Saúde Mental. Em relação ao trabalho fonoaudiológico em saúde mental, considere as seguintes afirmativas:

I	O papel do fonoaudiólogo em equipes e serviços de saúde mental precisa ser pensado, problematizando as necessidades dos sujeitos, as expectativas familiares e das equipes e o alcance das intervenções sob o desafio da inclusão social e cidadania.
II	Pessoas com transtornos mentais apresentam dificuldades significativas no campo da comunicação. Nos quadros mais graves, observa-se desde a presença de expressão oral desconexa ou sem direcionamento da fala ao outro até a absoluta ausência de oralidade, casos em que não há viabilidade de uma intervenção fonoaudiológica.
III	Neste âmbito, não é papel do fonoaudiólogo desenvolver intervenções que se dediquem a buscar a promoção do direito de expressão e de ressignificação das rotas de vida, a partir da construção e experimentação de espaços saudáveis de comunicação.
IV	É papel do fonoaudiólogo desenvolver intervenções que se dediquem a buscar a promoção do direito de expressão e de ressignificação das rotas de vida, a partir da construção e experimentação de espaços saudáveis de comunicação.

Estão corretas as afirmativas:

A) I e III. **B)** II e III. **C)** I e IV. **D)** II e IV.

31. Neonato, com 3 dias de vida, foi encaminhado para o serviço de fonoaudiologia da maternidade onde nasceu, para realização da triagem auditiva neonatal. Na anamnese foi observado que o neonato nasceu com 25 semanas gestacionais e teve citomegalovírus, ficando na UTI neonatal por 10 dias. Nesse caso, quanto à realização da triagem auditiva neonatal, indica-se

A) o encaminhamento direto para o diagnóstico audiológico.

B) o exame do potencial evocado auditivo de tronco encefálico automático.

C) o exame das emissões otoacústicas transientes.

D) a realização do reflexo cócleo-palpebral como critério de passa e falha na triagem.

32. Na avaliação audiológica, a escolha dos procedimentos a serem utilizados depende do objetivo e da estrutura anatomofisiológica, a ser analisada entre o sistema auditivo periférico e o central. Em relação à avaliação do sistema auditivo, considere as afirmativas abaixo:

I	A timpanometria avalia estruturas da orelha média e nervo vestibulococlear.
II	As emissões otoacústicas avalia as células ciliadas internas.
III	O potencial evocado auditivo do tronco encefálico avalia a neurofisiologia do nervo vestibulococlear e as vias do tronco encefálico.
IV	O resultados das emissões otoacústicas e do potencial evocado auditivo do tronco encefálico são influenciados por alterações de estruturas na orelha externa e média.

Em relação à avaliação do sistema auditivo, estão corretas as afirmativas:

A) I e II. **C)** II e IV.

B) I e III. **D)** III e IV.

33. Os exames eletrofisiológicos da audição têm sido recomendados para avaliação da audição, principalmente em crianças até os seis meses de idade, uma vez que elas não são capazes de oferecer respostas comportamentais confiáveis de limiares auditivos, para determinar grau, tipo e configuração de perda auditiva. Sobre essa temática, considere as afirmativas abaixo:

I	O potencial evocado auditivo do tronco encefálico por estímulo clique é recomendado para avaliar a integridade neurofisiológica do sistema auditivo.
II	O potencial evocado auditivo do tronco encefálico por estímulo clique é recomendado para avaliar o limiar eletrofisiológico, garantindo audição normal quando obtido um limiar de 30dBNAn.
III	O potencial evocado auditivo do tronco encefálico por estímulo de frequência específica é mais indicado, pois, além de avaliar a integridade do sistema auditivo, oferece respostas de limiares por frequência.
IV	O potencial evocado auditivo do tronco encefálico por estímulo de frequência específica é indicado para obtenção de limiares auditivos eletrofisiológicos, os quais se correlacionam com os limiares comportamentais.

Em relação à avaliação do sistema auditivo por meio do potencial evocado auditivo do tronco encefálico, estão corretas as afirmativas

A) III e IV. **C)** I e IV.

B) II e III. **D)** I e II.

34. A escolha do procedimento comportamental de avaliação da audição depende da idade do sujeito a ser avaliado, uma vez que a resposta esperada deriva não apenas da condição auditiva, mas também da cognitiva e da neuropsicomotora. Considerando o exposto, analise as afirmativas abaixo:

I	Uma criança de 5 meses de idade cronológica deve ser avaliada por meio da audiometria de reforço visual (VRA).
II	Uma criança de 3 meses de idade cronológica deve ser avaliada, prioritariamente, por meio da audiometria de observação comportamental (BOA).
III	Uma criança de 2 anos de idade deve ser avaliada, prioritariamente por meio da audiometria lúdica.
IV	Uma criança de 8 anos de idade deve ser avaliada, prioritariamente, por meio da audiometria de lúdica.

Em relação à escolha do procedimento comportamental de avaliação da audição, estão corretas as afirmativas

A) III e IV. **C)** I e II.

B) I e IV. **D)** II e III.

35. Neonato, com 5 dias de vida, compareceu ao ambulatório para realização da triagem auditiva neonatal. Na anamnese, foi observado que a criança não apresentou nenhuma intercorrência durante a gestação, não sendo constatado nenhum indicador de risco para deficiência auditiva em seu histórico. Ao ser realizada a triagem auditiva, foi detectada falha no resultado. Nesse contexto, de acordo com o quadro clínico do neonato, o procedimento, o resultado e a conduta realizados foram, respectivamente:

A) emissões otoacústicas por estímulo transiente, com resultado de falha em uma das orelhas, e encaminhamento para o reteste em 15 dias.

B) potencial evocado auditivo do tronco encefálico automático, com falha em uma das orelhas, e encaminhamento para o diagnóstico audiológico.

C) emissões otoacústicas por estímulo transiente, com resultado de falha em ambas as orelhas, e encaminhamento para o diagnóstico audiológico.

D) potencial evocado auditivo do tronco encefálico automático, com falha em ambas as orelhas, e encaminhamento para o reteste em 15 dias.

36. A maturação do sistema auditivo influencia diretamente no desenvolvimento das habilidades auditivas de sujeitos audiologicamente normais, que ocorrem de forma hierárquica e padronizada do nascimento aos dois anos de idade. Sendo assim, espera-se que

A) a habilidade de reconhecimento auditivo desenvolva por volta dos dois anos de idade, quando a criança é capaz de responder perguntas e contar histórias.

B) as habilidades de detecção e discriminação auditiva possam ser observadas em crianças a partir do nascimento, pois, é neste momento, que elas são expostas às ondas sonoras.

C) a habilidade de localização da fonte sonora começa por volta dos quatro meses de idade, tendo seu padrão de resposta aprimorado com o desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e auditivo da criança.

D) a habilidade de compreensão auditiva ocorra no primeiro ano de vida, quando a criança já é capaz de cumprir ordens e repetir palavras.

37. O paciente G.H.L. realizou a triagem auditiva neonatal e obteve resultado de passa. No entanto, por apresentar em seu histórico clínico permanência na UTI neonatal por 15 dias, devido a uma sepse, com uso de aminoglicosídeos, a fonoaudióloga encaminhou para monitoramento auditivo com seis meses de idade. A criança só foi levada pela sua genitora para o monitoramento, quando já tinha 10 meses de idade cronológica. De acordo com anamnese atualizada, a criança não apresentou quadros otológicos, mas a mãe acha a criança pouco responsiva. Após a avaliação auditiva por meio da observação do comportamento, foram encontrados resultados sugestivos de perda auditiva e desenvolvimento auditivo dentro dos padrões de normalidade para a idade. Com base nesse caso, analise as seguintes afirmativas:

I	A criança apresentou mínimas respostas auditivas de 30dBNA, localização lateral para a direita e a esquerda e localização direta para baixo e para cima.
II	A criança apresentou mínimas respostas auditivas de 50dBNA, localização lateral para a direita e a esquerda e localização direta para baixo e direto para cima.
III	A criança respondeu aos seguintes comandos verbais: “cadê a chupeta?”, “cadê a mamãe?” e “cadê o sapato?”
IV	A criança respondeu aos seguintes comandos verbais: “Dá tchau!”, “Joga Beijo!” e “Bate palma!”.

Considerando o caso exposto as afirmativas que correspondem às respostas corretas apresentadas pela criança são

A) I e IV. **C)** II e III.

B) I e III. **D)** II e IV.

38. Na avaliação comportamental pediátrica, as respostas fornecidas pela criança podem ser analisadas não apenas de forma a quantificar uma perda auditiva, mas também de forma qualitativa, buscando sinais que possam sugerir alterações do processamento auditivo central. Desta forma, uma alteração do processamento auditivo central pode ser correlacionada

A) ao aumento de latência de resposta auditiva com presença de alteração na orelha média.

B) à dificuldade de localização da fonte sonora, associada à perda auditiva.

C) à ausência de habituação do sobressalto a estímulos repetidos.

D) à ausência de reflexo cócleo-palpebral, sem alteração de orelha média associada.

39. A triagem auditiva neonatal tomou um status de destaque em 2010 com a Lei Federal 12.303, que determinou sua realização em todas as maternidades do território nacional. O Ministério da Saúde, em 2012, publicou as diretrizes de atenção da triagem auditiva neonatal, com o intuito de orientar as equipes multiprofissionais para o cuidado da saúde auditiva na infância. De acordo com essas diretrizes indica-se

A) no grupo de baixo risco, a realização da triagem com o procedimento de emissões otoacústicas associado ao potencial evocado auditivo do tronco encefálico automático.

B) a realização da triagem auditiva no primeiro mês de vida, independente do tempo de permanência de internação na maternidade.

C) em casos de má formação da orelha externa, mesmo que unilateral, o neonato deverá ser encaminhado para avaliação otorrinolaringológica e audiológica em centros especializados.

D) no grupo de alto risco, a realização da triagem com o procedimento do potencial evocado auditivo do tronco encefálico automático associado à avaliação do reflexo cócleo-palpebral.

40. De acordo com as Diretrizes de Atenção da triagem auditiva neonatal publicadas pelo Ministério da Saúde em 2012, o acompanhamento dos bebês que apresentaram indicador de risco para deficiência auditiva, e obtiveram resultado satisfatório na triagem auditiva neonatal, deve ser realizado na atenção básica. Nesse contexto, é papel dos profissionais da atenção básica:

A) encaminhar todas as crianças entre 7 e 12 meses, com indicadores de risco, mesmo aquelas com resultado satisfatório na triagem, para monitoramento auditivo na atenção especializada.

B) em caso de suspeita de perda auditiva relatada pelos pais, orientar sobre o desenvolvimento auditivo da audição.

C) encaminhar para diagnóstico apenas as crianças que apresentem alteração no desenvolvimento da linguagem oral.

D) realizar observação do comportamento auditivo da criança por meio de objetos sonoros familiares ao indivíduo.

41. Em outubro de 2015, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, foi notificada sobre o aumento dos casos de neonatos com microcefalia, principalmente na região nordeste do país. Entendendo a microcefalia como um agravo emergencial de saúde pública e seus impactos na criança e na família, o Ministério da Saúde desenvolveu um protocolo para atenção à saúde das gestantes e assistência aos casos de crianças com microcefalia. Considerando o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika, publicado pelo Ministério da Saúde em 2016, analise as recomendações abaixo:

I	A estimulação precoce em bebês com microcefalia deve ser realizada a partir do momento em que ele esteja clinicamente estável, e deve se estender até os 3 anos de idade.
II	No processo de estimulação precoce, a família não desempenha um papel determinante, uma vez que os bebês com microcefalia necessitam de atendimento especializado para evoluir clinicamente.
III	A estimulação precoce tem como um dos objetivos maximizar o potencial de cada criança, realizando o atendimento em âmbito ambulatorial e também em seu ambiente natural.
IV	A estimulação precoce deve ser realizada ambulatorialmente, em ambiente controlado, para promover a melhor condição de atendimento ao bebê com microcefalia.

Em relação às recomendações presentes no Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika, estão corretas as afirmativas:

A) I e III.

B) I e IV.

C) II e IV.

D) II e III.

42. O Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika, publicado pelo Ministério da Saúde em 2016, orienta a realização de triagens neonatais nos bebês com microcefalia para detectar precocemente alguma comorbidade. Dentre as triagens, é sugerida a auditiva neonatal. Neste contexto, a triagem auditiva neonatal deve ser realizada

A) por meio do potencial evocado auditivo de tronco encefálico e, se não for possível realizar este procedimento, deve-se triar por meio das emissões otoacústicas.

B) com o potencial evocado auditivo de tronco encefálico, porém caso não seja possível, deve-se encaminhar o paciente para um serviço de referência mais próximo.

C) por meio das emissões otoacústicas, uma vez que a microcefalia não é descrita como um indicador de risco para deficiência auditiva.

D) com as emissões otoacústicas associadas ao potencial evocado auditivo de tronco encefálico para garantir uma triagem mais completa.

43. Um dos procedimentos da avaliação audiológica básica é a imitanciometria, um procedimento que avalia a mobilidade da cadeia timpano-ossicular, por meio da timpanometria, e o reflexo acústico do músculo estapédio, os quais se correlacionam com o tipo, o grau e a configuração da perda auditiva determinada no diagnóstico audiológico. Considerando o exame de imitanciometria, analise as afirmativas abaixo:

I	Em perdas auditivas do tipo sensorioneural, obtém-se uma curva timpanométrica tipo “A”.
II	Numa perda auditiva mista de grau severo, o limiar de reflexo acústico do músculo estapédio estará ausente ou presente se houver presença de recrutamento.
III	Em perdas auditivas do tipo condutiva, pode-se obter uma curva timpanométrica do tipo “Ar" ou “C”.
IV	Numa perda auditiva do tipo sensorioneural de grau leve, a ausência do reflexo acústico do músculo estapédio se justifica pelo fenômeno do recrutamento.

Em relação à análise dos resultados do exame de imitanciometria, estão corretas as afirmativas

A) II e III.

B) I e IV.

C) III e IV.

D) I e III.

44. Para determinar o laudo audiológico, é necessário analisar os resultados da audiometria tonal realizada por via aérea e por via óssea. Tendo como base o laudo audiológico, considere os limiares auditivos para a orelha direita e para a orelha esquerda expostos no quadro abaixo:

		250Hz	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	6000Hz	8000Hz
Orelha Direita	**Via aérea**	30dBNA	45dBNA	40dBNA	45dBNA	55dBNA	65dBNA	70dBNA
	Via óssea	_____	25dBNA	25dBNA	20dBNA	40dBNA	_____	_____
Orelha Esquerda	**Via aérea**	70dBNA	65dBNA	60dBNA	65dBNA	70dBNA	85dBNA	90dBNA
	Via óssea	_____	55dBNA	60dBNA	60dBNA	60dBNA	_____	_____

Considerando os limiares auditivos expostos no quadro, o laudo audiológico que corresponde é:

A) curva audiométrica assimétrica, do tipo mista à direita e sensorioneural à esquerda, de grau moderado à direita e moderadamente severo à esquerda.

B) curva audiométrica assimétrica, do tipo sensorioneural bilateralmente, de grau leve à direita e severo à esquerda.

C) curva audiométrica assimétrica, do tipo condutiva à direita e sensorioneural à esquerda, de grau leve à direita e moderado à esquerda.

D) curva audiométrica assimétrica, do tipo condutiva à direita e mista à esquerda, de grau leve à direita e moderadamente severo à esquerda.

45. Os exames de logoaudiometria avaliam a habilidade do sujeito em detectar e reconhecer sons de fala. Dentre os procedimentos da logoaudiometria, tem-se o índice percentual de reconhecimento de fala (IPRF), o qual reflete a dificuldade de reconhecimento de fala apresentada pelo sujeito avaliado. Em um sujeito que tenha uma perda auditiva do tipo condutiva de grau moderado na orelha direita e uma perda auditiva mista de grau severo na orelha esquerda, espera-se que

A) o IPRF da orelha direita seja de 76%, demonstrando moderada dificuldade de compreender a fala, e que o da orelha esquerda seja de 56%, demonstrando acentuada dificuldade de compreender a fala.

B) o IPRF da orelha direita seja de 80%, demonstrando ligeira dificuldade de compreender a fala, e que o da orelha esquerda seja de 56%, demonstrando moderada dificuldade de compreender a fala.

C) o IPRF da orelha direita seja de 92%, demonstrando nenhuma dificuldade de compreender a fala, e que o da orelha esquerda seja de 76%, demonstrando moderada dificuldade de compreender a fala.

D) o IPRF da orelha direita seja de 60%, demonstrando moderada dificuldade de compreender a fala, e que o da orelha esquerda seja de 50%, demonstrando incapacidade de compreender uma conversa.

46. O paciente F.L.C, com 40 anos de idade, passou por avaliação audiológica devido à queixa de zumbido agudo na orelha esquerda. De acordo com as informações prestadas na anamnese, o sujeito não apresentava história de exposição a ruído e nem histórico otológico. No entanto, relatou uma diminuição da acuidade auditiva progressiva na orelha esquerda. A partir das avaliações audiológica básica e complementar, obteve-se um laudo de audição normal na orelha direita, e uma perda auditiva retrococlear na orelha esquerda. Com base no caso exposto, considere as afirmativas abaixo:

I	Na imitanciometria foi obtida curva do tipo “A” e limiares de reflexos acústicos presentes dentro da normalidade, bilateralmente.
II	O potencial evocado auditivo de tronco encefálico, com estímulo clique, apresentou ondas I, III e V em ambas as orelhas, com latências normais na orelha direita e aumento das latências da onda III e V na orelha esquerda, na intensidade de 80 dBNAn.
III	As emissões otoacústicas por estímulo transiente estiveram presentes em ambas as orelhas.
IV	Os resultados do índice percentual de reconhecimento de fala foi de 92% em ambas as orelhas, para as palavras monossílabas.

No caso exposto, os resultados das avaliações audiológicas básica e complementar que estão corretos são

A) I e II.

B) I e IV.

C) II e III.

D) III e IV.

47. A portaria GM/MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004, do Ministério da Saúde, institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, que determina a atuação do fonoaudiólogo na saúde auditiva, nos vários níveis de atenção. De acordo com essa portaria,

A) na média complexidade, o fonoaudiólogo deve realizar triagem e monitoramento da audição, da atenção diagnóstica e da terapêutica especializada.

B) na atenção básica, cabe ao fonoaudiólogo realizar ações de caráter exclusivamente coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva, bem como ações educativas e de orientação familiar.

C) na alta complexidade, o fonoaudiólogo deve, além de realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada, executar ações de prevenção e identificação precoce de problemas auditivos.

D) na atenção básica, inicia-se o processo de referência e contra referência, por meio do qual os atendimentos da saúde auditiva são regulados, sendo o fonoaudiólogo o principal profissional desta regulação.

48. No diagnóstico audiológico, ao se determinar o tipo da perda auditiva, realiza-se o topodiagnóstico da alteração. Desta forma, há uma correlação da alteração anatomofisiológica das estruturas do sistema auditivo com os resultados dos exames realizados para determinar o diagnóstico audiológico. Neste contexto, analise as afirmativas abaixo:

I	Em uma perda auditiva do tipo mista, há uma alteração fisiológica das estruturas de orelha média e de orelha interna associadas, sendo observada, na audiometria, limiares alterados com presença de GAP maior ou igual a 15dB.
II	Em uma perda auditiva do tipo sensorioneural, de componente predominantemente sensorial, há uma alteração fisiológica das estruturas da orelha interna, sendo observada, na timpanometria, curva tipo “A” e presença de reflexo acústicos em pacientes com recrutamento auditivo.
III	Em uma perda auditiva do tipo condutiva, há uma alteração fisiológica da mobilidade da cadeia tímpano-ossicular, sendo observada, na audiometria, limiares alterados, porém sem presença de GAP aéreo-ósseo.
IV	Em uma perda auditiva do tipo sensorioneural, de componente predominantemente neural, há uma alteração fisiológica das estruturas da orelha interna, sendo observada, na timpanometria, curva tipo “Ar” e presença de reflexo acústico em pacientes com recrutamento auditivo.

Em relação à correlação da alteração anatomofisiológica das estruturas do sistema auditivo com os resultados dos exames realizados, estão corretas as afirmativas:

A) II e IV. **B)** I e II. **C)** III e IV. **D)** I e III.

49. O paciente K.L.P, de 20 anos de idade, foi encaminhado para o diagnóstico audiológico pelo otorrinolaringologista. De acordo com os dados colhidos na anamnese, o paciente apresenta plenitude auricular, zumbido de frequência grave e dificuldade de ouvir, mas refere melhor audição em ambientes ruidosos. Na meatoscopia, foi observada membrana timpânica opaca bilateralmente. Ao realizar o diagnóstico audiológico, os resultados encontrados que correspondem ao quadro avaliado são:

A) limiares auditivos por via aérea e por via óssea alterados, na audiometria em ambas as orelhas, com presença de GAP aéreo-ósseo maior que 15dB. Curva timpanométrica tipo “A" e presença dos reflexos acústicos bilateralmente.

B) limiares auditivos por via aérea e por via óssea alterados, na audiometria em ambas as orelhas, sem presença de GAP aéreo-ósseo. Curva timpanométrica tipo “A" e ausência dos reflexos acústicos bilateralmente.

C) limiares auditivos por via aérea e por via óssea dentro dos padrões de normalidade, na audiometria em ambas as orelhas. Curva timpanométrica tipo “B" e presença dos reflexos acústicos bilateralmente.

D) limiares auditivos por via aérea alterados, e, por via óssea, dentro dos padrões de normalidade, na audiometria em ambas as orelhas. Curva timpanométrica tipo “B" e ausência dos reflexos acústicos bilateralmente.

50. O paciente H.L.O, com 33 anos de idade, realizou diagnóstico audiológico, o qual foi sugestivo de audição normal na orelha direita e perda auditiva sensórioneural de grau moderado na orelha esquerda. Segundo o paciente, ele não apresenta histórico otológico, mas sente que a dificuldade de escutar vem piorando progressivamente e tem zumbido agudo nos dois ouvidos. Considerando a necessidade de realização de exames complementares, analise as afirmativas abaixo:

I	É indicado realizar as emissões otoacústicas transiente para avaliar o funcionamento das células ciliadas internas.
II	É indicada a realização das emissões otoacústicas devido à queixa do zumbido bilateral.
III	É indicada a realização do potencial evocado auditivo do tronco encefálico para verificar a integridade neurofisiológica, devido à assimetria da perda auditiva.
IV	É indicada a realização do potencial evocado auditivo do tronco encefálico para confirmar os limiares auditivos, uma vez que o paciente apresenta zumbido agudo.

Em relação ao caso exposto, estão corretas as afirmativas:

A) II e III.

B) I e II.

C) III e IV.

D) I e IV.