



12 de Fevereiro de 2012

## FONOAUDIÓLOGO

N.º DO CARTÃO

NOME (LETRA DE FORMA)

ASSINATURA

### INFORMAÇÕES / INSTRUÇÕES:

1. Verifique se a prova está completa: questões de números 1 a 40.
2. A compreensão e a interpretação das questões e das siglas constituem parte integrante da prova, razão pela qual os fiscais não poderão interferir.
3. Preenchimento do **Cartão-Resposta**:
  - Preencher para cada questão apenas uma resposta
  - Preencher totalmente o espaço  correspondente, conforme o modelo:
  - Usar caneta esferográfica, escrita normal, tinta azul ou preta
  - Para qualquer outra forma de preenchimento, a leitora anulará a questão

**O CARTÃO-RESPOSTA É PERSONALIZADO.  
NÃO PODE SER SUBSTITUÍDO, NEM CONTER RASURAS.**

Duração total da prova: 3 horas



-----  
Anote o seu gabarito.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.

EM BRANCO

## PORTUGUÊS INSTRUMENTAL

Leia o seguinte texto, que servirá de base para as próximas 05 (cinco) questões:

### O Legado da Doutora Zilda Arns

#### Frei Betto

Se milhares de jovens e adultos brasileiros e estrangeiros sobrevivem, hoje, às condições de extrema pobreza em que nasceram, devem isso em especial à doutora Zilda Arns. Conheci-a através de seu irmão, o cardeal Dom Paulo Evaristo Arns, hoje arcebispo emérito de São Paulo. Trazia sempre nos lábios um sorriso tímido, a fala mansa, suave, e, apesar dos gestos contidos, manifestava profunda firmeza de caráter.

Na virada das décadas 1970-1980, o Brasil se redemocratizava e a sociedade civil se reorganizava. Fundada em 1983, hoje a Pastoral da Criança atua em 20 países, principalmente junto a famílias de baixa renda, onde acompanha as gestantes, os partos, o desenvolvimento das crianças de zero a 6 anos de idade.

Inspirada na metodologia de Paulo Freire – os pobres como sujeitos sociais e políticos de sua emancipação da pobreza – a Pastoral da Criança criou uma extensa rede de voluntários a partir da capacitação dos pais das crianças atendidas. O beneficiário de hoje é o agente multiplicador de amanhã, responsável por acompanhar de 10 a 15 famílias vizinhas prestes a ter bebê, orientando-as em ações básicas de saúde, vacinas, cuidados pré e pós-natais, nutrição, educação e cidadania.

Em 2004, Zilda Arns criou a Pastoral da Pessoa Idosa, hoje integrada por milhares de homens e mulheres com mais de 60 anos de idade, rejuvenescidos por descobrirem que velhice não é doença, nem ociosa espera da morte.

No Brasil, já foram atendidas pela Pastoral da Criança, em 27 anos de atuação, 1,6 milhão de crianças e 1,2 milhão de famílias pobres, em 4.063 municípios, graças à dedicação de 260 mil voluntários, dos quais 141 mil são líderes que vivem em comunidades pobres. Zilda Arns fez, sim, o milagre da multiplicação dos pães, ou seja, da vida. Aonde a Pastoral da Criança chega, no primeiro ano o índice de mortalidade infantil cai em torno de 20%.

Estima-se que, no exterior, a Pastoral da Criança já salvou a vida de ao menos 200 mil bebês. Na América Latina ela se faz presente no Paraguai, Argentina, Honduras, México, Venezuela, Bolívia, Uruguai, Peru, Panamá, República Dominicana, Colômbia, Guatemala e também no Haiti, onde sua fundadora encontrou a morte – em plena trincheira de trabalho para salvar vidas – a 12 de janeiro último, em decorrência do terremoto que arruinou aquele país do Caribe. Na África, a Pastoral atua

na Guiné-Bissau, Moçambique e Guiné; e na Ásia, nas Filipinas e Timor Leste.

Trabalhei com Zilda Arns em 2003/2004, quando a Pastoral da Criança se fez parceira, de primeira hora, do Fome Zero. Ela tinha muito a nos ensinar. Crianças nascidas em situação de extrema pobreza são salvas da desnutrição e da diarreia graças a medidas simples, como a pesagem periódica de bebês, o soro caseiro e a farinha multimistura, preparada com sementes e “restos” de alimentos, como talos de verduras, cascas de frutas e ovos. O custo criança/mês é inferior a R\$ 1,7.

Graças à intensa mobilização suscitada pelo apelo de combate à desnutrição, o Fome Zero recebia inúmeras doações. Certo dia ligou um empresário de Birigui (SP), disposto a doar 100 mil pares de calçados para crianças. E, como tantos doadores, queria visibilizar o gesto em Brasília, em vez de destinar a doação diretamente aos municípios priorizados pelo programa. Logramos convencê-lo do contrário.

Roberto Guimarães, que trabalhava com Oded Grajew e comigo no gabinete de Mobilização Social da Presidência da República, ficou encarregado de monitorar a operação. Qualificado em consultoria de processos, contactou os Correios, que se prontificaram a despachar os sapatos. Mas... a que endereços? Sugeriu que recorresse à Pastoral da Criança. Duas semanas depois, ela nos enviou nome e sobrenome de 100 mil crianças, os respectivos endereços e – acreditem! – o número do pezinho de cada uma, especificando se era do sexo masculino ou feminino. Ficamos admirados frente à tamanha capilaridade e eficiência do movimento criado por Zilda Arns. Roberto Guimarães comentou que nem o acervo de presentes de Papai Noel era tão organizado...

No lançamento do Fome Zero, em 2003, Zilda Arns discordou de se exigir, dos beneficiários, comprovantes de gastos em alimentos, de modo a garantir que o dinheiro não se destinasse a outras compras. Oded Grajew e eu a apoiamos, concordamos que apresentar comprovantes não era relevante, valia apenas como forma de se verificar resultados. Haveria que confiar na palavra dos beneficiários.

Em março de 2004, o governo decidiu esvaziar o Fome Zero, que tinha caráter emancipatório, e introduzir o Bolsa Família, de caráter compensatório. Zilda Arns, preocupada, convocou-me a Curitiba, sede da Pastoral da Criança, para reunião com ela, José Tubino, da FAO, e dom Aloysio Penna, então arcebispo de Botucatu (SP), que representava a CNBB. Tratamos das mudanças na área social do governo, em especial da decisão de se acabar com os Comitês Gestores do Fome Zero, já implantados em cerca de 2 mil municípios, pelos quais a sociedade civil atuava junto à gestão pública.

Zilda Arns temia que o Bolsa Família priorizasse a mera transferência de renda, submetendo-se à orientação que propõe tratar a pobreza com políticas compensatórias, sem tocar nas estruturas que promovem e asseguram a desigualdade social. Acreditava que as políticas sociais do governo só teriam êxito consolidado

ao combinarem políticas de transferência de renda e mudanças estruturantes, ações emergenciais e educativas, como qualificação profissional.

Em artigo que divulgou por ocasião da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em Olinda, a criadora da Pastoral da Criança alertou que a política social “não deve estar sujeita à política econômica. É hora de mudar esse paradigma. É a política econômica que deve estar sujeita ao combate à fome e à miséria.” E manifestou claramente a sua opinião: “Erradicar os Comitês Gestores seria um grave erro, por destruir uma capilaridade popular que fortalece o empoderamento da sociedade civil; (...) por reforçar o poder de prefeitos e vereadores, que nem sempre primam pela ética e lisura no trato com os recursos públicos. O governo não deve temer a parceria da sociedade civil, representada pelos Comitês Gestores.”

Seu apelo não teve eco. Os Comitês Gestores foram erradicados e, assim, a participação da sociedade civil nas políticas sociais do governo federal. Apesar de tudo, o ministro Patrus Ananias logrou aprimorar o Bolsa Família e o índice de redução da miséria absoluta no país, conforme dados recentes do Ipea. Falta encontrar a porta de saída aos beneficiários, de modo a produzirem a própria renda.

Zilda Arns nos deixa, de herança, o exemplo de que é possível mudar o perfil de uma nação com ações comunitárias, voluntárias, enfim, através da mobilização da sociedade civil. Não a mobilização que isenta o poder público de suas responsabilidades ou procura substituí-lo em suas obrigações. As instituições governamentais mantêm parcerias com a Pastoral da Criança e, esta, exige-lhes recursos, participa de comissões e eventos convocados pelo governo, critica-o quando necessário, sem se deixar instrumentalizar por interesses partidários e eleitorais.

“Estou convencida” – disse ao público que a escutava numa igreja de Porto Príncipe, pouco antes de falecer, sob os escombros de uma igreja no Haiti, em decorrência do terremoto – “de que a solução da maioria dos problemas sociais está relacionada com a redução urgente das desigualdades sociais, a eliminação da corrupção, a promoção da justiça social, o acesso à saúde e à educação de qualidade, ajuda mútua financeira e técnica entre as nações, para a preservação e restauração do meio ambiente.” E acrescentou: “Devemos nos esforçar para que nossos legisladores elaborem leis e os governos executem políticas públicas que incentivem a qualidade da educação integral das crianças e saúde, como prioridade absoluta”.

O mesmo ocorre em relação à iniciativa privada. A Pastoral não compactua com simulacros de responsabilidade social, que mais visam ao marketing do que à promoção humana, porém aceita parcerias se resguardados os princípios éticos e metodológicos que lhe definem o caráter.

Zilda Arns ensinou que, em se tratando de reduzir as causas da pobreza, deve ser a mais curta possível a distância entre intenção e ação. “A fome é ontem”, dizia

Betinho, o sociólogo Herbert de Souza. E, na contramão daqueles que, cheios de bons propósitos, quase nada fazem por se enredarem no cipó das fontes financiadoras, ela primeiro agia para, em seguida, buscar os recursos.

Fez da Pastoral da Criança uma extensa e intensa rede de solidariedade. Acreditou na generosidade e na capacidade das famílias beneficiárias, transformou os pobres, de objetos da ação social, em sujeitos multiplicadores de pequenas e capilares iniciativas que produzem grandes e eficientes resultados.

Ela não repassava dinheiro às famílias atendidas, não fazia promessas, não pedia atestado de pertença religiosa ou preferência política. Seu objetivo era salvar vidas precocemente ameaçadas pela injustiça da desigualdade social que marca a nossa sociedade. Soube confiar no saber popular, na eficácia de recursos domésticos e das práticas tradicionais que dispensam compras em farmácias e supermercados. Infundiu nos beneficiários e agentes multiplicadores da Pastoral a convicção de que a emancipação da pobreza não reside apenas no poder de consumo, mas sobretudo no dever de solidariedade.

“Como os pássaros, que cuidam de seus filhos ao fazer um ninho no alto das árvores e nas montanhas, longe dos predadores, das ameaças e dos perigos, e mais perto de Deus, devemos cuidar de nossas crianças como um bem sagrado, promover o respeito a seus direitos e protegê-las”, declarou Zilda Arns ao encerrar a última palestra que proferiu, junto ao povo sofrido do Haiti.

O Prêmio Nobel da Paz merecia esta mulher.

Fonte: *Sítio da Pastoral da Criança* – [www.pastoraldacrianca.org.br](http://www.pastoraldacrianca.org.br)  
(Texto adaptado)

1. Com base na leitura do texto de Frei Betto, assinale a alternativa **CORRETA**:
  - A) Segundo o autor, Zilda Arns acreditava que os beneficiários do Fome Zero deveriam comprovar os gastos alimentares.
  - B) Segundo o autor, Zilda Arns acreditava que a política social não deveria se sujeitar à política econômica.
  - C) De acordo com Frei Betto, Zilda Arns defendia que o Bolsa Família priorizasse a transferência de renda, ou seja, o assistencialismo.
  - D) De acordo com Frei Betto, Zilda Arns acreditava que entre a intenção e a ação de combater a pobreza deveria existir um grande espaço de reflexão teórica, a fim de primeiro buscar fontes de financiamento.
  - E) Para o autor, o trabalho de Zilda Arns tem como principal legado o repasse de dinheiro às famílias assistidas pelos programas sociais do governo.
2. A partir da leitura do texto de Frei Betto, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- A) O texto deixa claro que a doutora Zilda Arns transformou a Pastoral da Criança em uma rede de solidariedade.
- B) Segundo o texto, Zilda Arns preferia agir antes de buscar recursos.
- C) O texto deixa claro que a doutora Zilda Arns não acreditava em mudanças na estrutura social, mas em ações paliativas que, a longo prazo, surtem efeitos modificadores na realidade de pobreza existente no Brasil.
- D) Segundo o texto, Zilda Arns acreditava que o governo não deveria temer as parcerias formadas pela sociedade civil.
- E) Segundo o texto, Zilda Arns acreditava que o Poder Legislativo também tem um importante papel a cumprir no que tange às melhorias das condições sociais das crianças.
3. Sobre os dados presentes no texto de Frei Betto, assinale a alternativa **CORRETA**:
- A) Mais da metade dos voluntários da Pastoral da Criança vivem em comunidades pobres.
- B) A ação da Pastoral da Criança, em uma dada localidade carente, faz com que os índices de mortalidade infantil caiam mais de 50%.
- C) A Pastoral da Criança, em seus anos de atuação, atendeu mais famílias pobres que crianças carentes.
- D) A Pastoral da Criança não atua fora dos territórios americano e africano.
- E) A Pastoral da Criança foi fundada por Paulo Freire.
4. Leia o seguinte trecho, destacado do texto de Frei Betto, e assinale a alternativa **CORRETA**:
- Zilda Arns nos deixa, de herança, o exemplo de que é possível mudar o perfil de uma nação com ações comunitárias, voluntárias, enfim, através da mobilização da sociedade civil. Não a mobilização que isenta o poder público de suas responsabilidades ou procura substituí-lo em suas obrigações. As instituições governamentais mantêm parcerias com a Pastoral da Criança e, esta, exige-lhes recursos, participa de comissões e eventos convocados pelo governo, critica-o quando necessário, sem se deixar instrumentalizar por interesses partidários e eleitorais.*
- A) O pronome “lhes”, utilizado em “exige-lhes”, faz referência à “Pastoral da Criança”.
- B) O pronome “o”, em “critica-o”, faz referência a “recursos”.
- C) A palavra “nos”, em “Zilda Arns nos deixa”, é uma preposição.
- D) A palavra “pelo”, em “eventos convocados pelo governo”, é um pronome demonstrativo.
- E) A palavra “esta” faz referência à “Pastoral da Criança” e é um pronome demonstrativo.
5. Leia o seguinte trecho, destacado do texto de Frei Betto, e assinale a alternativa **CORRETA**:
- Roberto Guimarães, que trabalhava com Oded Grajew e comigo no gabinete de Mobilização Social da Presidência da República, ficou encarregado de monitorar a operação. Qualificado em consultoria de processos, contatou os Correios, que se prontificaram a despachar os sapatos. Mas... a que endereços? Sugeriu que recorresse à Pastoral da Criança. Duas semanas depois, ela nos enviou nome e sobrenome de 100 mil crianças, os respectivos endereços e – acreditem! – o número do pezinho de cada uma, especificando se era do sexo masculino ou feminino. Ficamos admirados frente à tamanha capilaridade e eficiência do movimento criado por Zilda Arns. Roberto Guimarães comentou que nem o acervo de presentes de Papai Noel era tão organizado...*
- A) A palavra “se”, em “contatou os Correios, que se prontificaram a despachar os sapatos”, tem efeito aditivo.
- B) Em “Guimarães comentou que nem o acervo de presentes de Papai Noel era tão organizado...”, a palavra “nem” foi utilizada com efeito condicional.
- C) A palavra “sugeriu”, em “sugeriu que recorresse à Pastoral da Criança”, faz referência a Roberto Guimarães.
- D) Em “Mas... a que endereços?”, a palavra “mas” tem efeito explicativo.
- E) Em “Ficamos admirados frente à tamanha capilaridade e eficiência do movimento criado por Zilda Arns”, a palavra “ficamos” se refere a Roberto Guimarães e ao próprio autor, Frei Betto.
- ## POLÍTICA DE SAÚDE
6. A Constituição Federal assinala, no Capítulo 2, dos Direitos Sociais, artigo 6, que a saúde é um direito. O conceito de saúde, de acordo com a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, é:
- A) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo exclusivamente ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
- B) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições mínimas ao seu pleno exercício.
- C) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho,

o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

- D) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o município prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado não exclui o dever das pessoas, famílias, empresas e da própria comunidade na busca de bem estar físico, mental, espiritual e sanitário.
- E) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo exclusivamente ao município prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de ações intersetoriais e interdepartamentais que garantam as pessoas o acesso a bens e serviços.
7. A Política Nacional do Idoso, a fim de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, deve:
- Estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros.
  - Desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes multiprofissionais.
  - Prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as afirmações I e III.  
B) Apenas a afirmação I.  
C) Apenas a afirmação II.  
D) **Todas as afirmações.**  
E) Apenas as afirmações II e III.
8. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde, que atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Sobre a criação e a organização dos Conselhos de Saúde, considere as afirmações a seguir:
- A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei n. 8.142/90.
  - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das

Conferências de Saúde, devendo ser definido em lei.

- As vagas do Conselho de Saúde deverão ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) **Todas as afirmações.**  
B) Somente as afirmações I e II.  
C) Somente a afirmação I.  
D) Somente as afirmações II e III.  
E) Somente as afirmações I e III.

9. Em relação à Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria n. 648/GM/2006, afirma-se:

- A Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.
- O Ministério da Saúde, em setembro de 2006, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: (i) o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), (ii) o Pacto em Defesa da Vida e (iii) o Pacto de Gestão.
- Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, bem como a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) **Todas as assertivas.**  
B) Apenas as assertivas I e III.  
C) Apenas a assertiva III.  
D) Apenas as assertivas I e II.  
E) Apenas a assertiva I.

10. As ações e serviços de saúde, implementadas pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da Seguridade Social. Os recursos são repassados por alguns mecanismos entre os quais:

- Transferências regulares e automáticas.
- Remuneração por serviços produzidos.
- Convênios.

Está(ão) **CORRETA(S)**:



- A) Apenas as opções I e III.
- B) Todas as opções.**
- C) Apenas as opções II e III.
- D) Apenas as opções I e II.
- E) Apenas a opção II.

## ÉTICA E BIOÉTICA

11. Os princípios fundamentais da bioética relacionam-se à preservação da dignidade do ser humano e, no tocante à área científica, os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas de quaisquer riscos, desconfortos e abusos, bem como garantir a privacidade dos dados. Sobre esses princípios, afirma-se:

- I. No termo de consentimento livre e esclarecido, a ser apresentado a cada um dos sujeitos das pesquisas, deve constar o esclarecimento de todas as etapas da pesquisa e os dados do pesquisador responsável. Após a assinatura de adesão ao experimento, o sujeito não poderá mais desistir de sua participação.
- II. Toda pesquisa deve obrigatoriamente ter uma fase anterior à da aplicação aos seres humanos: aquela realizada com animais.
- III. O termo bioética, literalmente significa “ética da vida”.
- IV. Na bioética observam-se quatro princípios orientadores de todas as ações: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Apenas as afirmativas II e III são verdadeiras.
- B) Apenas as afirmativas I e III são falsas.
- C) Apenas a afirmativa I é falsa.**
- D) Apenas a afirmativa I, II e IV são verdadeiras.
- E) Todas são verdadeiras.

12. Sobre os princípios fundamentais de bioética, estabeleça a **CORRETA** relação:

- I. Beneficência.
- II. Não maleficência.
- III. Justiça.
- IV. Autonomia.

- Independência do controle de influência e capacidade de ação intencional.
- Fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou não.
- Equilíbrio na proporcionalidade entre benefício esperado e risco da participação na pesquisa.
- Deixar de causar o mal intencional a uma pessoa para fazer o bem.

Assinale a alternativa que corresponde à sequência **CORRETA**:

- A) **IV – I – III – II**
- B) IV – II – III – I
- C) I – II – III – IV
- D) II – III – I – IV
- E) III – IV – II – I

13. Leia as afirmativas que seguem:

- I. O Código de Ética da Fonoaudiologia, aprovado em 2004 pela resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) n. 305, regulamenta os direitos e os deveres dos fonoaudiólogos, bem como suas relações laborais nos conselhos de fonoaudiologia.
- II. A Fonoaudiologia foi regulamentada como profissão pela Lei n. 6.965, de 9 de dezembro de 1981, e pelo Decreto no. 87.218, de 31 de maio de 1982.
- III. Todo fonoaudiólogo, para exercer legalmente a profissão, deve estar inscrito no Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFa) da sua região e conseqüentemente estará inscrito no CFFa.
- IV. Entre os direitos gerais dos inscritos no Conselho, pode-se citar: liberdade de opinião e de manifestação de movimentos que visem à defesa da classe; liberdade na realização de estudos e pesquisas, resguardando os direitos dos indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos; exercício da atividade sem ser discriminado.
- V. A participação em campanhas que visem ao bem-estar da coletividade de temas do campo da fonoaudiologia é um dever do qual o inscrito não pode declinar, no caso de ter sido convocado.

Está(ão) **CORRETA(S)** apenas as afirmativas:

- A) I, II e V.
- B) II, III e IV.**
- C) III, IV e V.
- D) II, IV e V.
- E) I, III e IV.

14. Sobre a prática do fonoaudiólogo, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Apesar de o uso ser facultativo, o número de registro no Conselho Regional deve ser apresentado sempre que solicitado.
- B) O fonoaudiólogo tem a responsabilidade e o dever de elaborar e apresentar o relatório escrito dos procedimentos realizados para os clientes sob seu acompanhamento ao término da avaliação.
- C) É quebra de sigilo profissional a exposição do tratamento empreendido em quaisquer situações.

- D) O fonoaudiólogo tem o dever de se recusar a exercer a profissão quando as condições de trabalho não forem dignas, seguras e salubres.
- E) É conduta recomendada dar gratificação por encaminhamento de cliente.

15. Sr. A.F. realizou uma consulta ao Conselho Regional de Fonoaudiologia após ter feito uma avaliação fonoaudiológica em um ambulatório do hospital de sua cidade. Relata que se dirigiu a esse serviço, pois viu um anúncio no jornal da cidade. Possui convênio de saúde que inclui os serviços fonoaudiológicos, mas ao final da avaliação a recepcionista lhe apresentou uma nota de complementação dos honorários com valores acima dos anunciados. Essa atitude lhe causou estranhamento e, por isso, pede esclarecimentos sobre a conduta do profissional. Em relação à conduta ética profissional, analise as afirmações a seguir:

- I. É uma prática usual, legal e recomendável na área da saúde a complementação dos honorários uma vez que os convênios pagam valores irrisórios.
- II. O fonoaudiólogo comete infração ética ao realizar anúncios em publicações abertas de valores de sessão ou tratamento global e modalidades de pagamento.
- III. A fixação de honorários está a cargo do profissional, podendo contemplar a condição socioeconômica do cliente, a titulação do profissional e os valores usualmente praticados pela categoria.
- IV. É considerada infração ética a prestação de serviços gratuitos a entidades públicas de qualquer natureza ou a empresas, bem como participar de projetos e outros empreendimentos que visem lucros.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as afirmações I, II e V.
- B) Apenas as afirmações III, IV e V.
- C) Apenas as afirmações II, IV e V.
- D) Apenas as afirmações II, III e IV.
- E) Apenas as afirmações I, III e IV.

## CONHECIMENTO ESPECÍFICO

16. Em relação à paralisia facial, analise as afirmações abaixo:

- I. A paralisia facial podem ser subdividida em central e periférica. Na central, a paralisia é contralateral e compromete o quadrante inferior da face. Na periférica, tem-se alteração homolateral em toda hemiface. Essa localização

do sintoma está diretamente relacionada à área lesada.

- II. A paralisia facial pode apresentar várias fases. A fase inicial apresenta a musculatura flácida em repouso e durante a movimentação dos músculos da face observa-se a paresia ou paralisia. A fase das sequelas permanentes em que ocorre a regeneração do nervo e os movimentos retornam em graus variados. Por fim, a fase da atrofia muscular, lentamente progressiva.
- III. A paralisia facial pode vir acompanhada de problemas de alimentação, ocorrendo estase de alimento em vestibulo, devido à flacidez do músculo bucinador, e perda de alimento e sialorreia por falta de vedamento labial.
- IV. A terapia miofuncional visa a acelerar a recuperação dos movimentos e da função dos músculos, bem como impedir que ocorra a atrofia da musculatura. Na fase flácida é indicada a realização de compressas frias, massagem dedilhando os dedos e exercícios isométricos.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as afirmações I, III e IV.
- B) Apenas as afirmações I e II.
- C) Apenas as afirmações III e IV.
- D) Apenas as afirmações II, III e IV.
- E) Apenas as afirmações II e III.

17. Paciente portador de câncer de boca com tumor localizado em palato mole atingindo 1/5 de palato duro é encaminhado a um fonoaudiólogo após a intervenção cirúrgica para atendimentos, pois as sequelas impactam aspectos da fala e motricidade oral.

Com relação ao quadro descrito acima, avalie as afirmativas:

- I. Fatores de risco para essa patologia são: tabagismo, etilismo, uso de próteses dentárias mal adaptadas, higiene oral precária e dentes em mau estado de conservação.
- II. Quando o tumor está localizado na cavidade oral, as sequelas da intervenção cirúrgica causam sintomas que incluem a disfagia leve e sensação de corpo estranho na garganta, além das alterações vocais (rouquidão e aspereza).
- III. A prótese obturadora é uma alternativa nas ressecções de palato ou maxila para impedir a comunicação oral/nasal e o refluxo alimentar.
- IV. A prótese obturadora deve ser indicada nos casos em que o palato mole foi comprometido, mas no caso de lesões mais extensas, não apresenta bons resultados.

Estão **CORRETAS** apenas as afirmativas:

- A) I, II e IV.
- B) II, III e IV.
- C) I e III.



- D) II e IV.
- E) I e IV.

18. Paciente de 87 anos, internada com pneumonia de repetição (terceira em 12 meses), apresenta sequelas motoras, cognitivas e de linguagem decorrentes de AVC hemorrágico ocorrido há 1 ano. Na avaliação clínica fonoaudiológica da paciente internada, identificou-se que a paciente:

- I. Apresenta dificuldades de deglutição tanto da fase oral como faríngea, expressas por mobilidade de OFA comprometida, diminuição de elevação de laringe, lentificação de trânsito oral do alimento, resíduos de alimentos no vestíbulo, engasgos frequentes para todas as consistências de alimentos.
- II. Não se comunica verbalmente, mas consegue obedecer a ordens. Sua deglutição está preservada para alimentos líquidos, apresentando engasgos para alimentos pastosos e sólidos.
- III. É fluente oralmente, com déficit de compreensão e de memória, dificuldade de deglutição, com comprometimento de vedamento labial e velofaríngeo, presentes na ingestão de alimentos sólidos.
- IV. Está desnutrida, desidratada, com desorientação espaço – temporal; a deglutição encontra-se preservada.

Está(ão) **CORRETA(S)** apenas:

- A) As afirmações I e III.
- B) A afirmação I.**
- C) As afirmações II e IV.
- D) A afirmação II.
- E) As afirmações II, III e IV.

19. Imagine que um fonoaudiólogo tenha sido contratado para implantar o serviço de fonoaudiologia num hospital voltado para o atendimento do idoso. Para tanto deverá:

- I. Propor palestras informativas sobre temas relacionados à atuação da fonoaudiologia hospitalar para toda a equipe, bem como treinar os atendentes de enfermagem sobre o manejo do paciente disfágico.
- II. Ao longo do primeiro ano do serviço, registrar a demanda em cada unidade hospitalar (neurologia, cardiologia, oncologia, clínica geral, cirurgia, ambulatório), o número médio de atendimento realizados versus o número de fonoaudiólogos atuante e o tempo médio (em dias) a fim de realizar um planejamento a curto, médio e longo prazo.
- III. Como garantia da produtividade do serviço, registrar o tempo médio entre a passagem da via alternativa de alimentação e a solicitação da avaliação da deglutição, bem como o número de

sessões decorrido até a introdução, de forma segura, da alimentação por via oral.

- IV. Implantar o ambulatório de disfagia para realizar o acompanhamento do paciente idoso pós-internação, com vistas a reduzir o índice de reinternações.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Todas as assertivas.**
- B) Apenas as assertivas I, II e III.
- C) Apenas as assertivas II, III e IV.
- D) Apenas as assertivas III e IV.
- E) Apenas as assertivas II e IV.

20. Em relação ao processo de deglutição, pode-se afirmar que:

- I. A fase faríngea inicia-se com o reflexo de deglutição e tem como objetivo o trânsito do alimento pela faringe.
- II. A faringe se alonga no mesmo momento em que há uma parada respiratória, ocorre uma onda contrátil do esôfago e em seguida a respiração é reiniciada por meio de uma inspiração profunda.
- III. Nos casos de aspiração silenciosa, o que ocorre fisiologicamente é uma hipersensibilidade da região faringo-laríngea, desencadeada pela consistência dos alimentos, geralmente sólidos duros.
- IV. A fase esofágica inicia-se com os peristaltismos esofágicos, que conduzem o bolo alimentar do esôfago ao estômago. Essa fase encontra-se alterada em quadros de estenose de esôfago, devendo-se orientar o uso de alimentos de consistência líquida e pastosa.

Está(ão) **CORRETA(S)** apenas:

- A) A afirmação IV.**
- B) Apenas as afirmações II e IV.
- C) Apenas as afirmações I e III.
- D) Apenas a afirmação II.
- E) Apenas as afirmações II e III.

21. Paciente, 78 anos, internado há 10 dias, é portador de doença de Parkinson e necessita fazer angioplastia. Está desnutrido e apresentou quadro de pneumonia. Médico solicita avaliação fonoaudiológica.

Analise as hipóteses a seguir:

- I. Paciente pode estar com quadro de disfagia associado à doença de Parkinson.
- II. Paciente apresenta nível de compreensão rebaixado, confusão mental, alteração de linguagem escrita, flacidez de musculatura de OFA, deglutição comprometida para sólidos.

- III. Disfagia pode ser induzida por medicamentos neurolépticos. Os antidepressivos geralmente causam secura na mucosa da boca e a diminuição da saliva compromete a manipulação do bolo alimentar, além de provocar sonolência, diminuição o estado de vigília e comprometendo a deglutição segura.
- IV. Disfagia pode ser decorrente da idade em função de rebaixamento da força muscular, deficiência na mastigação (ausência de dentes, prótese mal adaptada).

Quais hipóteses são compatíveis com o quadro desse paciente?

- A) Apenas I e II.  
B) Apenas III e IV.  
C) Apenas I, II e IV.  
D) Todas.  
E) Apenas I, III e IV.

22. Correlacione os itens abaixo com as respectivas afirmações:

1. Fase oral da deglutição.
2. Fase faríngea da deglutição.
3. Disfagia leve.
4. Disfagia moderada.
5. Disfagia severa.
6. Sinais de aspiração.

( ) Captação do alimento com precisão e sem escape labial, preparação do bolo alimentar.

( ) Dificuldade no transporte do bolo alimentar, presença de pequena quantidade de saliva e resíduos alimentares em recesso faríngeais, sem ocorrer penetração laríngea.

( ) Dificuldade no transporte do bolo alimentar, presença de saliva e resíduos alimentares em recesso faríngeais, com sinais sugestivos de penetração laríngea e/ou aspiração de pequena quantidade de alimentos; episódios de pneumonia, déficit nutricional e diminuição do prazer de comer.

( ) Elevação da laringe simetricamente e sem trepidação e ausência de refluxo nasal.

( ) Tosse, engasgo, cianose, fadiga, sonolência e dispneia.

( ) Excesso de saliva e de resíduos alimentares em recessos faríngeais com sinais de penetração laríngea e/ou aspiração de alimentos, pneumonias de repetição, desnutrição, diminuição do prazer de alimentar-se com grande impacto na qualidade de vida.

Assinale a alternativa que indica a sequência **CORRETA**:

- A) 1-4-5-3-6-2  
B) 4-5-3-1-2-6  
C) 6-4-5-3-2-1  
D) 1-3-4-2-6-5

E) 3-4-1-5-2-6

23. Paciente masculino, 83 anos, acamado e cadeirante, foi internado com broncopneumonia de repetição. É o terceiro episódio no período de 10 meses. Encontra-se com sequelas motora, de linguagem e cognitiva decorrentes de múltiplos AVCs isquêmicos que ocorreram nos últimos 3 anos. Familiares informam que a dieta via oral está restrita a consistência pastosa há 6 meses, fato de que a paciente reclama muito, pois sempre gostou de almoços em família. Apresenta ainda quadro de desnutrição e desidratação. Após a avaliação, o fonoaudiólogo:

- I. Orienta para utilização de espessante em alimentos, cuidados com a postura no momento da deglutição, realização de múltiplas deglutições para cada colherada e manobras protetoras de vias aéreas.
- II. Sugere a indicação de sonda nasoenteral por 30 dias para melhora do quadro clínico, e após esse período gastrostomia para suporte nutricional. O trabalho fonoaudiológico terá seu foco na manutenção de via oral apenas socialmente, com cuidados na consistência e quantidade de alimentos, bem como na postura do paciente durante as refeições.
- III. Sugere-se a indicação de sonda nasoenteral por 30 dias e nova avaliação após esse período para realização de desmame.
- IV. Sugere-se a indicação de sonda nasoenteral, atendimento fonoaudiológico diário para reeducação alimentar e evitar gastrostomia.

Está(ão) **CORRETA(S)** apenas:

- A) A afirmação II.  
B) As afirmações I, II e III.  
C) As afirmações II e IV.  
D) A afirmação III.  
E) Todas as afirmações.

24. Em um hospital, está sendo implantado o programa de detecção precoce do câncer de boca, uma vez que no mapeamento realizado identificou-se que o diagnóstico é feito tardiamente, quando os tumores se encontram em estádios III e IV.

Com base nesse caso, é **CORRETO** afirmar.

- A) O fluxo de atendimento desse programa deve priorizar o atendimento das gestantes, idosos acima de 50 anos, tabagistas e etilistas.
- B) O exame da cavidade oral deve ser realizado pelo médico, cirurgião dentista e /ou fonoaudiólogo por meio da oroscopia (inspeção e palpação da mucosa de revestimento da cavidade oral) de todos os pacientes integrantes do grupo de risco de câncer de boca.

- C) O programa de prevenção deve realizar uma vasta campanha de esclarecimento com distribuição de panfletos informativos sobre os sintomas iniciais do câncer de boca, para que a população possa fazer o autoexame e assim uma primeira triagem é realizada. Os casos suspeitos devem ser encaminhados ao médico oncologista.
- D) O clínico geral deve solicitar exames laboratoriais a todo paciente integrante do grupo de risco, uma vez que são exames imprescindíveis na avaliação do tumor em estágio inicial, quando ainda não é possível a identificação por meio da palpação.
- E) O câncer de boca não é uma doença grave se diagnosticado precocemente, com baixa incidência de recidiva e de metástases.
25. O câncer de cabeça e de pescoço ainda têm grande incidência no Brasil, sendo que nos países desenvolvidos o diagnóstico precoce tem contribuído para um prognóstico mais favorável, bem como para a melhora da qualidade de sobrevivência do paciente. Frente a esse panorama, o diagnóstico precoce deve ser uma meta a ser atingida o mais rapidamente possível.

Sobre esse assunto, é **CORRETO** afirmar:

- A) Dentre os fatores com impacto negativo no prognóstico do câncer de boca destaca-se a idade do paciente acima de 70 anos, estágio clínico menor que 1, ausência de lesão cervical palpável.
- B) As lesões suspeitas de câncer de boca incluem lesões brancas (leucoplasias ou leucoplasas) e as lesões vermelhas (eritropias) presentes por mais de 20 dias. Nesses casos, o paciente deve ser encaminhado para o médico para realização de biópsia.
- C) No câncer de laringe, a glote é a região de menor incidência do tumor, o que motiva sua evolução silenciosa e diagnóstico tardio.
- D) Rouquidão progressiva com duração maior de 2 anos em pessoas acima de 65 anos deve ser investigada e realizado diagnóstico diferencial com CA de laringe.
- E) No exame físico no caso de suspeita de CA de laringe, o fonoaudiólogo deve contemplar, além dos aspectos vocais, a palpação da base da língua, a inspeção da nasofaringe e tireoide, realizar exame endoscópico e das cadeias de gânglios.
26. A fonoaudiologia hospitalar é uma área de atuação relativamente nova a ser implantada em vários estados do país. Além disso, a complexidade do ambiente hospitalar e as especificidades do atendimento, dependendo da unidade em questão, devem ser consideradas, pois o atendimento ambulatorial difere do atendimento em enfermaria e este do atendimento em UTI.

Em relação ao atendimento em UTI de paciente traqueostomizado, indique a alternativa **CORRETA**:

- A) O insuflamento do cuff deve ser acima de 40 mmHg para ser eficiente na obstrução do escape de ar. A fisioterapia é a área responsável por esse manejo.
- B) Durante o atendimento fonoaudiológico, o cuff deve estar sempre insuflado para evitar que ocorra penetração/aspiração de alimento durante a abordagem direta.
- C) Cuff é uma espécie de balonete utilizado em pacientes com traqueostomia quando na UTI e dependentes de ventilação mecânica. Ao ser insuflado, impede a passagem de ar entre a cânula e a parede traqueal.
- D) O desmame do paciente da cânula da traqueostomia é um trabalho interdisciplinar entre a fisioterapia e o serviço social, em função da angústia que a falta de ar pode gerar no paciente.
- E) No manejo do desmame deve-se passar da cânula metálica para a plástica com e sem cuff, e com aumento gradual de calibres.
27. A atuação fonoaudiológica nas disfagias deve ser um trabalho interdisciplinar envolvendo medicina, a nutrição, enfermagem e fisioterapia. Desse modo, o conhecimento deve ser compartilhado e a visão holística do paciente deve nortear as decisões da equipe. Assinale (V) para a(s) afirmativa(s) verdadeira(s) e (F) para as falsa(s):
- ( ) Pacientes disfágicos fazem parte do grupo de risco de desnutrição, pois, geralmente, não conseguem ingerir a quantidade diária adequada de alimentos. Esse aspecto deve ser considerado no momento da decisão pela via alternativa de alimentação.
- ( ) A sonda nasoenteral (SNE) pode auxiliar e ao mesmo tempo ser um complicador para o restabelecimento da deglutição, pois seu uso prolongado é fator desencadeador de refluxo gastroesofágico (RGE).
- ( ) Deve-se sempre que possível utilizar como via alternativa de alimentação a SNE, por pelos menos 90 dias, uma vez que é menos invasiva e não necessita de procedimento cirúrgico, como no caso da gastrostomia. Durante esse período o tratamento fonoaudiológico deve ser diário.
- ( ) A indicação da gastrostomia deve ser realizada assim que se identificar a impossibilidade de retorno da alimentação VO, evitando falsas expectativas para paciente e familiares, pois muitas vezes o limite/sucesso do tratamento fonoaudiológico consiste na obtenção da deglutição de saliva.
- ( ) No caso de pacientes com gastrostomia definitiva, deve-se, sempre que possível, buscar a deglutição segura de alimentos de alguma consistência, geralmente pastoso. Apesar de não ser suficiente para o aporte nutricional, a dieta mista pode ser uma alternativa pensando na qualidade de

vida do paciente, mantendo-se minimamente o traço social que a alimentação representa em nossa cultura.

Assinale a alternativa que indica a sequência **CORRETA**:

- A) V – F – V – F – V
- B) F – F – V – V – V
- C) V – V – F – V – V**
- D) F – V – F – F – V
- E) V – V – F – V – F

28. A atuação fonoaudiológica em quadros neurológicos crônicos deve contemplar o atendimento em si, os familiares, os cuidadores e a posição do sujeito frente a sua doença e a sua própria recuperação. O trabalho em equipe interdisciplinar é altamente recomendável, dada a complexidade da situação. Sobre esse assunto é **CORRETO** afirmar:

- A) Os cuidadores informais são pessoas que se dedicam a atenção das necessidades dos pacientes crônicos da 3ª idade. Geralmente possuem uma formação sólida, somados ao saber inconsciente, à experiência de vida e à sensibilidade o que lhes garante uma eficácia e eficiência, que o fonoaudiólogo não pode desprezar.
- B) Em relação às afasias, o cuidador geralmente assume o papel de intérprete do paciente, mediando e facilitando a relação deste com o mundo externo. Falando pelo paciente nesse tempo em que ele próprio não pode, fortalece e assegura seu lugar de falante para que possa reassumi-lo no futuro.
- C) Num programa de reabilitação e convivência de sujeitos afásicos deve-se contemplar o atendimento individual, e em grupo, tanto dos pacientes como de seus cuidadores, numa abordagem interdisciplinar e pragmática, voltada para as questões da rotina e de higiene.
- D) Os familiares do paciente afásico devem ser acolhidos no tratamento pela equipe interdisciplinar responsável pelo caso, uma vez que as limitações do paciente interferem profundamente em sua posição e papel familiar, necessitando que uma reorganização da dinâmica familiar seja realizada.**
- E) A reinserção social do paciente afásico é uma problemática a ser enfrentada, pois apesar da maioria dos pacientes conseguirem a recuperação total, ainda há grande preconceito e não são aceitos no retorno as suas atividades profissionais. Um trabalho cultural e de mentalidade deve ser realizado em grande escala em todas as unidades de saúde.

29. É comum encontrar o paciente disfágico em situação limite em sua vida pessoal, fragilizado pela doença ou mesmo pela situação hospitalar em si. Para

muitos, não conseguir comer, sentindo toda série de desconforto decorrente dos sintomas inerentes a disfagia (engasgos, tosse, refluxo nasal, dispneia, etc) ocorre de forma progressiva (envelhecimento, doenças neurológicas progressivas), para outros a disfagia pode ser um sintoma abrupto (pós-AVC) que pode causar total estranhamento.

Sobre esse assunto avalie as assertivas a seguir:

- I. O fonoaudiólogo, ao abrir espaço em seu atendimento clínico para a escuta de questões emocionais está invadindo o campo da psicologia e atuando de forma antiética.
- II. A recusa alimentar pode ser uma forma de resistência do sujeito de empreender o tratamento, por dificuldade de lidar com a situação nova a que está exposto. E falar sobre isso para o próprio profissional que lida com o manejo da alimentação faz todo o sentido para o paciente, que em seu sofrimento não está preocupado com os limites de cada área de conhecimento.
- III. Os AVCs têm início abrupto; paciente e familiares são pegos de surpresa e há total estranhamento frente às sequelas decorrentes. O fonoaudiólogo deve estar preparado para uma escuta clínica desse sofrimento do sujeito.
- IV. No ambiente hospitalar, transformações no campo do orgânico (traqueostomias, SNE, gastrostomia, etc) são frequentes e encaradas como normais pela equipe de saúde. No entanto, para o sujeito em sofrimento, tais transformações em seu corpo demandam uma reconstrução/ressimbolização da imagem corporal, sendo que tais aspectos devem ser acolhidos pelo profissional em quem recair a transferência do paciente. Esse é um trabalho de luto imprescindível para que o paciente possa empreender o esforço necessário para sua reabilitação.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as assertivas III e IV.
- B) Apenas as assertivas I e III.
- C) Apenas as assertivas I e II.
- D) Apenas as assertivas I e IV.
- E) Apenas as assertivas II, III, IV.**

30. J.S., de 81 anos, trabalhou como agricultor desde os 10 anos de idade. Atualmente, já aposentado, percebe que não ouve mais determinados sons, como dos pássaros, por exemplo, e tem muita dificuldade de compreender e acompanhar uma conversa, especialmente em ambientes ruidosos ou com mais de uma pessoa falando. Não suporta sons intensos, sente muito desconforto em ambientes barulhentos e prefere não participar de reuniões e festas.

A timpanometria apresenta-se, segundo a classificação de Jerger, do tipo A. Os reflexos



acústicos estão ausentes para as frequências agudas. O índice percentual de reconhecimento de fala (IPRF) encontra-se muito alterado, com resultados inferiores a 60% de acerto. As emissões otoacústicas por produto de distorção estão ausentes em 3000 Hz, 4000 Hz, 6000 Hz e 8000 Hz, bilateralmente.

Levando-se em consideração o quadro desse paciente, analise as afirmativas a seguir:

- I. Os achados audiológicos referem-se possivelmente a uma perda auditiva condutiva bilateral, resultado de um quadro crônico de otite média.
- II. A ausência das emissões otoacústicas sugerem comprometimento de ambas as orelhas médias e do nervo auditivo.
- III. Os resultados da audiometria tonal limiar devem ser compatíveis com perda auditiva do tipo neurosensorial, em ambas as orelhas, mais acentuada para as frequências de 3000Hz, 4000Hz, 6000Hz e 8000Hz.
- IV. Há necessidade da realização de avaliação eletrofisiológica dos potenciais evocados auditivos de tronco encefálico (PEATE) em conjunto com as emissões otoacústicas transientes, para se fazer o diagnóstico audiológico.
- V. A intolerância a sons intensos descrita não se relaciona com as alterações auditivas e sim com as questões de saúde geral.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as afirmativas I, II e III.
- B) Apenas a afirmativa II.
- C) Apenas as afirmativas IV e V.
- D) Apenas as afirmativas III, IV e V.
- E) Apenas a afirmativa III.

31. Considerando o caso do paciente J.S. da questão anterior (questão 30), analise as afirmativas que seguem:

- I. Não se observa confirmação de resultados entre as avaliações, sendo mais indicado repetir os procedimentos para que o tipo de perda auditiva seja confirmado.
- II. Não há necessidade de se realizar audiometria tonal, pois o problema é de processamento auditivo central, portanto, somente a avaliação do processamento auditivo é indicada nesse caso.
- III. Como o paciente foi agricultor por muitos anos, é possível que, o uso de agrotóxicos tenha, provocado alterações inflamatórias permanentes na orelha média, o que justifica os resultados apresentados na avaliação audiológica.
- IV. Frequentemente pessoas idosas apresentam perdas auditivas do tipo condutivo, com

imitanciometria do tipo B, segundo a classificação de Jerger, o que levanta dúvidas sobre os resultados obtidos na avaliação audiológica.

- V. A origem neurosensorial da alteração auditiva descrita no texto é confirmada, também, pelas emissões otoacústicas ausentes e pela ausência de comprometimento de orelha média na imitanciometria.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas a afirmativa V.
- B) Apenas a afirmativa I.
- C) Apenas as afirmativas II e III.
- D) Apenas a afirmativa III.
- E) Apenas as afirmativas I e IV.

32. Em um hospital da cidade, uma criança de 2 anos foi atendida com o seguinte histórico: não fala, comunica-se com gestos e é muito agitada. O médico otorrinolaringologista realizou otoscopia, que se apresentou sem alterações. A criança foi encaminhada para avaliação audiológica cujos resultados foram: ausência de reflexo cocleopalpebral com a utilização de agogô, localização lateral do som do tambor em forte intensidade. A audiometria em campo livre, com a utilização de tons modulados, apresentou respostas auditivas em 500 HZ, na intensidade de 85 dBNA. Nas demais frequências não houve resposta auditiva. A timpanometria apresentou-se do tipo A, segundo a classificação de Jerger, com ausência de reflexos acústicos e emissões otoacústicas, bilateralmente. Na avaliação dos potenciais auditivos de tronco encefálico, foi observada presença de onda V apenas em 99 dBHL, com tempo de latência absoluta da onda aumentada. As demais ondas não foram observadas em ambas as orelhas. Considerando o desenvolvimento da audição e o caso descrito acima, analise as afirmativas a seguir:

- I. Tendo em vista que os resultados sugerem presença de surdez, a amplificação sonora monoaural é indicada. O equipamento de amplificação deve ser intracanal e não há necessidade de controles especiais de ganho ou saída acústica máxima.
- II. A criança atendida apresenta resultados que indicam perda auditiva de grau profundo, bilateral, do tipo neurosensorial.
- III. Os resultados são compatíveis com otosclerose de origem genética, por isso, um procedimento médico e cirúrgico é indicado.
- IV. Como existem diversas formas de compreensão da surdez é importante orientar a família sobre o fato de que formas diferentes de atuação são possíveis, permitindo e incentivando-a a decidir sobre a abordagem que lhe pareça ideal.
- V. A possibilidade da realização de uma cirurgia para realização de implante coclear (IC) não é



considerada, pois a idade da criança ainda não permite.

adequada pode melhorar a sua qualidade de vida.

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as afirmativas II e III.
- B) Apenas as afirmativas II e IV.**
- C) Apenas as afirmativas I e V.
- D) Apenas as afirmativas I, II e IV.
- E) Apenas as afirmativas I e II.

33. Sobre a reabilitação auditiva do idoso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A época de identificação da perda auditiva no idoso não contribui no processo de sua reabilitação visto que as alterações auditivas são de ordem genética.
- B) A presbiacusia afeta principalmente as estruturas cocleares e de orelha média, o que determina um reconhecimento de fala mais alterado que o esperado pelos limiares obtidos na audiometria.
- C) A reabilitação do idoso com presbiacusia, a identificação e a intervenção precoces são aspectos importantes.**
- D) O processo de reabilitação auditiva do idoso se inicia com a colocação de um aparelho de amplificação sonora, que deve ser escolhido somente por critérios técnicos, sem considerar as preferências do paciente.
- E) A amplificação sonora só deve ser considerada importante no processo de reabilitação auditiva do idoso se a perda auditiva for de grau profundo e bilateral.

34. Considerando-se o processo de reabilitação auditiva, leia as afirmativas abaixo:

- I. A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva garante, entre outros benefícios, ações integrais de promoção da saúde, a concessão de prótese auditiva, quando indicado, e reabilitação auditiva.
- II. Um equipamento de amplificação sonora tem por finalidade atenuar os sinais de fala e a reduzir a amplificação dos sons ambientais e sinais sonoros de perigo e alerta para melhorar conforto acústico.
- III. Um atitude positiva do idoso, considerando-se o processo de protetização e reabilitação auditiva contribui para o sucesso do uso do aparelho de amplificação sonora.
- IV. Um período de experiência domiciliar com o aparelho de amplificação pode confundir o idoso e levá-lo a desistir do uso do aparelho.
- V. Programas de reabilitação auditiva do paciente idoso, planejados de maneira consistente e

Está(ão) **CORRETA(S)**:

- A) Apenas as afirmativas I, II e III.
- B) Apenas as afirmativas I, IV e V.
- C) Apenas as afirmativas I, II e IV.
- D) Apenas as afirmativas IV e V.
- E) Apenas as afirmativas I, III e V.**

35. Com relação à avaliação e reabilitação auditiva, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Qualquer pessoa que apresente dificuldades de comunicação e trabalho decorrentes de uma perda de audição é candidata ao uso de implante coclear (IC), especialmente na presbiacusia, pela configuração audiométrica dessa patologia auditiva.
- B) O procedimento de triagem auditiva universal é aplicado aos recém-nascidos com indicadores de risco para perdas auditivas e em idosos com risco de perda auditiva.
- C) A avaliação dos potenciais evocados de tronco encefálico (PEATE), por via aérea, realizada com os pacientes adultos e idosos, fornece diagnóstico conclusivo do tipo perda auditiva, sendo, por isso, o exame mais indicado para ser realizado em hospitais.
- D) Um programa de reabilitação auditiva para o idoso deve incluir avaliação audiológica, avaliação da saúde geral, verificação da destreza manual e motivação para o uso de aparelho de amplificação.**
- E) A investigação da presença das emissões otoacústicas (EOA) substitui qualquer outra forma de avaliação audiológica em adultos.

36. A família de um engenheiro mecânico de 76 anos procurou o serviço de fonoaudiologia de uma clínica e relatou que ele entende só o que quer. Quando toca a campainha, o idoso não atende e diz que não ouve, mas se o seu cachorro produz algum som, ele atende prontamente. Não acompanha conversação nas reuniões de família, mas, em conversas particulares, com poucas pessoas, apresenta boa compreensão. Sabe-se que o engenheiro trabalhou, antes de se aposentar, em ambiente ruidoso por 30 anos e fez uso de equipamento de proteção individual, protetor auricular, nos últimos dez anos de trabalho. Atualmente presta serviço autônomo para várias empresas do ramo automotivo. Queixou-se de zumbido constante, intenso, que interfere em seu sono, e da sensação de que os sons estão abafados.

Considerando esse caso, assinale a alternativa que apresenta os resultados da avaliação audiológica mais compatíveis com as queixas apresentadas.

- A) Na audiometria tonal limiar deve-se obter limiares dentro do padrão normal com discreto rebaixamento auditivo em 2000 Hz, bilateralmente. A timpanometria deve ser do tipo A, segundo a classificação de Jerger, com reflexos acústicos ausentes.
- B) A audiometria deve apresentar uma perda auditiva do tipo neurosensorial bilateral, de configuração descendente, com timpanometria do tipo A, segundo a classificação de Jerger, com reflexos estapedianos presentes, com possibilidade de estarem ausentes em frequências mais agudas.
- C) A audiometria deve mostrar uma perda auditiva do tipo condutivo bilateral, a timpanometria deve ser do tipo A, segunda a classificação de Jerger, com presença de reflexos estapedianos.
- D) A audiometria deve ser do tipo misto, já que a sensação de sons abafados pode ser consequência de um processo inflamatório na orelha média. A timpanometria deve ser do tipo B, segundo a classificação de Jerger, e a presença de reflexos acústicos em 500 Hz e 1000 Hz.
- E) Na audiometria deve-se encontrar uma perda auditiva do tipo condutivo bilateral, a imitanciometria com uma curva do tipo B, pela classificação de Jerger, e ausência de reflexos acústicos.
37. Considerando o caso anterior (questão 36), assinale a alternativa que indica **CORRETAMENTE** a(s) patologia(s) auditiva(s) possível(eis) diante das queixas apresentadas:
- A) O engenheiro tem resultados audiológicos típicos de síndrome de Mènière. A dificuldade de compreender a fala é uma dos achados audiológicos mais frequentes nessa síndrome.
- B) O engenheiro deve ser encaminhado para avaliação do processamento auditivo central e para diagnóstico por imagem, visto que os achados são característicos de neurinoma vestibular.
- C) As queixas apresentadas, especialmente a dificuldade de compreender fala no ruído e a presença de zumbido, são frequentes em pessoas com otosclerose.
- D) Os tumores de orelha média associados com ototoxicidade geralmente produzem a presença de zumbido intenso e dificuldade de compreensão de fala.
- E) A perda auditiva induzida por ruído e a presbiacusia produzem as queixas relatadas e são coerentes com o histórico apresentado.
38. Sobre perdas auditivas e seus tipos, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) Em perdas auditivas do tipo neurosensorial, grau profundo e de origem neural, os possíveis resultados da avaliação audiológica são: timpanometria do tipo A (Jerger), reflexos acústicos ausentes e emissões otoacústicas por produto de distorção ausentes.
- B) Em perdas auditivas do tipo condutivo, a timpanometria pode ser do tipo B (Jerger), com reflexos acústicos ausentes e com emissões otoacústicas, por produto de distorção, presentes.
- C) Em perdas auditivas neurosensoriais leves, a timpanometria deve ser do tipo As (Jerger), os reflexos acústicos e as emissões otoacústicas por produto de distorção frequentemente devem estar presente.
- D) Em perdas auditivas do tipo misto a timpanometria pode ser do tipo B (Jerger), os reflexos acústicos devem estar presentes e o índice de reconhecimento de fala (IRF) deve ser de 100% de acerto.
- E) Em perdas auditivas neurosensoriais ascendentes, de grau moderado e origem coclear, os reflexos acústicos podem estar presentes sugerindo recrutamento, as emissões otoacústicas devem estar ausentes e a imitanciometria deve ser do Tipo A (Jerger).
39. Sobre triagem auditiva em escolares, assinale a alternativa **CORRETA**:
- A) A audiometria tonal limiar é o único exame com boa sensibilidade para identificar alterações de orelha média, pressão negativa e efusão, bem como, alterações do nervo vestibulococlear.
- B) Em crianças em fase escolar, a otite média é muito rara, por isso a execução de programas de triagem auditiva em escolares não se justifica, especialmente em escolas da rede municipal de ensino.
- C) A imitanciometria não é necessária na bateria de testes audiológicos, pois é um procedimento que pode gerar um número muito impreciso de resultados falsos, devido à sua pouca sensibilidade para detecção de alterações de orelha média.
- D) Os testes de triagem auditiva utilizando tons puros podem não detectar, com precisão, casos de otite média. O mais adequado nos programas de triagem auditiva em escolares é a utilização em conjunto da imitanciometria.
- E) A retestagem não é obrigatória e torna os programas de triagem auditiva muito dispendiosos. É um procedimento desnecessário para avaliação e detecção de otites médias.
40. No tocante às alterações neurológicas em que ocorre o comprometimento da linguagem e ou fala, encontram-se as afasias, doença de Parkinson e

doença de Alzheimer. Sobre essas doenças é CORRETO afirmar:

- A) O início do quadro afásico é geralmente abrupto e em seguida ocorre uma deteriorização progressiva e lenta.
- B) A doença de Parkinson decorrente de alteração no sistema extra-piramidal, afeta a voz e a fala no campo fonoaudiológico, a motricidade geral e a cognição. É um quadro bastante grave, de instalação abrupta com maior incidência no sexo feminino, após os 40 anos.
- C) A afasia é uma alteração de linguagem, não progressiva, decorrente de lesão cerebral pós infarto cerebral, trombose, aneurisma, tumor ou traumatismo craniano.
- D) As alterações audiológicas da doença de Parkinson contemplam discriminação rebaixada, perda neurossensorial mista, recrutamento e zumbido.
- E) A doença de Alzheimer é considerada uma epidemia nos países subdesenvolvidos, de acordo com o último boletim da OMS (2008). Uma opção bastante promissora de tratamento é o hospital dia, com atividades de terapia ocupacional adequadas às condições individuais do paciente antes da internação definitiva