

1. São diretrizes Organizacionais do Sistema Único de Saúde:
 - a) Equidade, Hierarquização, Descentralização, Participação Social.
 - b) Hierarquização, Descentralização, Participação Social, Universalidade.
 - c) Integralidade, Hierarquização, Descentralização.
 - d) Regionalização, Hierarquização, Descentralização.
 - e) Hierarquização, Descentralização, Integralidade, Universalidade.
2. O decreto Nº 7.508 de 2011, regulamentou a Lei Nº 8.080, contribuindo para que o Sistema Único de Saúde avançasse em seu processo organizativo. Esse decreto dispõe sobre:
 - a) a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.
 - b) as Regiões de Saúde, as portas de entrada do Sistema, a constituição de redes integradas de serviços de saúde com o papel ordenador para Atenção Primária à Saúde.
 - c) a definição da Saúde da Família como estratégia que sistematiza a Atenção Básica no Brasil, nos atributos da Atenção Primária.
 - d) o Piso de Atenção Básica Fixo e variável, que redefiniu a forma de financiamento da Atenção Básica e programação pactuada integrada na região.
 - e) as redes de saúde e o piso de Atenção Básica Fixo e variável tendo como estratégia saúde da Família na região.
3. A Política Nacional de Humanização se iniciou a partir do ano 2000 com experiências junto aos Programas desenvolvidos por trabalhadores. Esses Programas são:
 - a) Programa de Saúde Mental; Programa da Saúde do Trabalhador; Programa de Urgência e Emergência.
 - b) Programa da Saúde do Trabalhador; Programa da Saúde do Idoso; Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar.
 - c) Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar; Programa da Humanização do Pré-Natal ao Nascimento.
 - d) Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar; Programa da Saúde da Criança; Programa da Saúde do Trabalhador.
 - e) Programa da Saúde do Trabalhador, Programa da Saúde da Criança, Programa da Saúde do idoso.
4. De acordo com a NOB (Normas Operacionais Básicas) 01/1996 são modelos de gestão municipal:
 - a) gestão incipiente (pricipiante), gestão parcial (intermediária) e gestão semiplena.
 - b) gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal.
 - c) gestão plena da atenção básica ampliada, gestão plena do sistema municipal e gestão parcial.
 - d) gestão semiplena, gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal.
 - e) gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal e gestão parcial (intermediária).
5. A essência da longitudinalidade é a duração de uma relação de confiança que se estabelece entre usuários e uma equipe de saúde, independentemente do tipo de problema de saúde apresentado ou mesmo de sua presença pontual. A relação de confiança entre usuário e equipe de saúde possibilita:
 - a) ações exclusivas voltadas para as doenças transmissíveis de curso rápido.
 - b) atendimento, exclusivamente à urgência/emergência e visa o atendimento voltado para ações hospitalares.
 - c) o atendimento às doenças infecciosas e parasitárias.
 - d) ações voltadas à atenção terciária, com base somente nas doenças cardiovasculares.
 - e) ações de prevenção como um atendimento mais precoce e adequado e obtenção de maior integralidade.
6. A mudança dos sistemas piramidais e hierarquizados para as redes de atenção à saúde promove:
 - a) o fortalecimento dos serviços de saúde com base hierárquica, oferecidos a população do município.
 - b) os serviços de saúde priorizados de acordo com a complexidade de tecnologia da atenção.
 - c) um sistema de saúde de redes horizontais interligadas por pontos de atenção, de distintas tecnologias com suas estruturas de apoio e logística.
 - d) o estabelecimento dos pontos de atenção à saúde por priorizar os serviços hospitalares como o de maior resolutividade de ações de saúde.
 - e) a rede de hospitais como uma rede de serviço que complementa os municípios de uma região de saúde.

- 7.** Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuam de maneira integrada, dando apoio às equipes da Saúde da Família. Os NASF foram concebidos para atender as estratégias da Saúde da Família (ESF), apoiando:
- a** a Saúde da Família, ampliando os tipos de casos manejados na ESF, e aumentando sua resolubilidade frente ao cuidado individual e também às ações coletivas.
 - b** os serviços de Saúde do município dando apoio as ESF e aos serviços de Urgência / Emergência com resolubilidade frente ao cuidado.
 - c** o vínculo com os usuários dos serviços e prestações da atenção a saúde a todos os serviços hospitalares do município.
 - d** os serviços de saúde com prioridade aos serviços hospitalares do município.
 - e** os sistemas piramidais e hierárquicos dos serviços de Saúde do município sob sua responsabilidade.
- 8.** A consolidação do Sistema único de Saúde foi a culminância da:
- a** multiplicidade de instituições atuantes no setor saúde.
 - b** reestruturação político institucional.
 - c** participação popular.
 - d** abertura política.
 - e** gestão descentralizada.
- 9.** Os principais temas debatidos na 8ª Conferência de Saúde foram:
- a** arcabouço jurídico institucional, o conteúdo ideológico e o acesso universal.
 - b** marcos legais e normativos do Sistema de Saúde, o compartilhamento da gestão e a estrutura institucional e decisória.
 - c** saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor.
 - d** reorganização do sistema de atenção, saúde e cidadania e igualdade e justiça social.
 - e** regulamentação dos conselhos de saúde, políticas de saúde e a escassez de recursos financeiros.
- 10.** Entre as diretrizes do Sistema Único de Saúde, aquela que está associada ao princípio da descentralização é:
- a** maior transparência na gestão do Sistema Único de Saúde.
 - b** controle e execução das ações de saúde.
 - c** representação paritária nos conselhos de saúde.
 - d** fortalecimento da democratização.
 - e** atenção primária universal.
- 11.** Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde foram estabelecidos na:
- a** 8ª Conferência Nacional de Saúde/1986
 - b** Constituição Federal/1988
 - c** Lei no. 8.142/1990
 - d** Lei no. 8.080/1990
 - e** Norma Operacional Básica/1991
- 12.** O arranjo institucional do Sistema Único de Saúde prevê:
- a** complexa estrutura institucional.
 - b** instâncias de negociação e estabelecimentos de pactos envolvendo vários atores.
 - c** a formação de instâncias de decisão colegiada.
 - d** instâncias de decisões distintas.
 - e** o envolvimento da gestão institucional local.
- 13.** A principal importância dos Conselhos de Saúde é:
- a** fortalecer a participação da população na formulação e implementação de políticas públicas.
 - b** promover a participação social na execução das políticas de saúde.
 - c** proporcionar melhorias na construção do sistema de saúde.
 - d** fiscalizar o poder executivo.
 - e** permitir a compreensão dos usuários quanto ao Sistema Único de Saúde.
- 14.** A educação permanente em saúde é caracterizada como:
- a** educação continuada.
 - b** estratégia para organização do processo de trabalho.
 - c** treinamento para mudança da gestão do processo de trabalho.
 - d** estratégia para organização da atenção a saúde.
 - e** educação para o trabalho em equipe.
- 15.** O trabalho em saúde, tradicionalmente, tem como base para a sua organização:
- a** as categorias profissionais
 - b** a produção de objetivos comuns
 - c** a compartimentalização da gestão
 - d** o trabalho em equipe
 - e** os indicadores epidemiológicos

- 16.** Considerando o procedimento de avaliação clínica da deglutição como uma das primeiras formas de acesso ao paciente dentro da unidade hospitalar e evitando possíveis consequências da saúde do indivíduo, é correto afirmar que:
- se o distúrbio acometer a fase oral e faríngea da deglutição é classificado como disfagia orofaríngea.
 - o distúrbio da deglutição denominado disfagia, pode acometer parte do trato digestório desde as coanas, tuba auditiva, boca até o intestino.
 - pacientes que apresentam desnutrição, contudo alimentam-se por via oral, em todas as consistências e com o quadro clínico sem intercorrência pulmonar podem estar apresentando disfagia severa.
 - o distúrbio de deglutição pode vir acometer apenas a fase intestinal.
 - para avaliação clínica da disfagia o fonoaudiólogo em atendimento de clínica usa apenas líquidos quentes.
- 17.** Dependendo da necessidade do paciente, será realizada uma traqueostomia com cânula. A traqueostomia pode ser temporária nos casos de obstruções de via aérea por edema, tumores, durante tratamento de câncer de cabeça e pescoço ou inflamações da laringe, ou definitivamente nos pós cirúrgicos de cabeça e pescoço. Existem dois tipos de cânulas com algumas especificações que são metálicas e plásticas (com e sem *cuff*). Nesse sentido, é correto afirmar que:
- a cânula com *cuff* insuflado facilita para a equipe aspirar resíduos na cavidade orofaríngea e reofertar a dieta.
 - o *cuff* é um tubo de alumínio que facilita o acesso da dieta do paciente.
 - o *cuff* é um balão de silicone cujo principal objetivo quando insuflado, é vedar a traqueia e prevenir o escape de ar da via área inferior durante a ventilação.
 - o *cuff* é colocado entre a coana, parede auricular e laringe dentro da sala de ambulatório do hospital.
 - o *cuff* é usado para melhorar a comunicação oral e medicamentosa do paciente.
- 18.** A deglutição normal é fenômeno complexo que requer coordenação de nervos cranianos, tronco cerebral e córtex e de músculos que presidem a dinâmica oral, faríngea e esofágica. Os nervos cranianos que participam desta ação são respectivamente:
- V, VII, IX, X e XII
 - I, V, VI, XII e II
 - V, VI, VII, IX e XII
 - V, VII, IX e II
 - V, VII, IX, II e XII
- 19.** O uso da válvula de fala é de extrema valia ao paciente traqueostomizado, tanto em relação à comunicação quanto a deglutição. A válvula de fala pode ser usada em crianças a partir de cinco anos de vida e para pacientes adultos, a válvula de fala apresenta uma série de vantagens, como:
- melhorar a comunicação do paciente traqueostomizado e estimular a deglutição.
 - facilitar a medicação venosa na UTI.
 - ofertar água quando necessário.
 - aumentar o risco de bronco aspirações facilitando a deglutição.
 - desmamar precocemente a trasqueomia do paciente pós larigectomia total.
- 20.** A aspiração de material deglutido pelas vias aéreas implica riscos à vida do paciente. Na deglutição normal o material deglutido passa pela boca para a faringe e desta para o esôfago, isto em condições fisiológicas normais. Quanto à penetração e aspiração durante a deglutição, é correto afirmar que:
- a penetração ocorre quando o resíduo não ultrapassa as pregas vocais e a aspiração ocorre quando o alimento chega até a parte inferior das vias respiratórias.
 - a penetração ocorre quando o resíduo ultrapassa as pregas vocais e aspiração quando o alimento é processado e deteriorado pelos dentes.
 - a penetração ocorre quando o resíduo ultrapassa as coanas e a aspiração quando o resíduo não ultrapassa as pregas vocais.
 - a aspiração ocorre quando o alimento fica retido na cavidade oral e a penetração ocorre quando o paciente apresenta refluxo.
 - a aspiração ocorre quando o alimento é inalado pelas fossas nasais e penetração ocorre quando o alimento passa direto para o esôfago.
- 21.** Os aparelhos de monitorização dentro das unidades de UTI, são aliados durante o trabalho de reabilitação das disfagias. Dentre os aparelhos que compõe a monitorização e medem a saturação do oxigênio do paciente para que evite desgaste do mesmo durante o atendimento fonoaudiológico é:
- Balão de oxigênio
 - Bipap
 - Drenos
 - Marcapasso
 - Oxímetro

- 22.** Conhecemos como afasia a alteração de linguagem expressiva e/ou receptiva devido a uma lesão cerebral. A afasia é, provavelmente, a seqüela ou limitação maior do ponto de vista social, emocional e econômico, causado por um dano cerebral (Letourneau, 1991). Segundo a classificação de afasia de Broca, é correto afirmar que:
- ocorre uma profunda alteração da compreensão verbal, a expressão costuma ser logorréica que levam ao jarguão.
 - caracteriza-se pelo predomínio dos distúrbios de expressões em relação ao da compreensão. A expressão não é fluente, havendo diversas formas evolutivas como agramatismo e anartria.
 - constitui um quadro similar à afasia de Wernick, mas com a repetição encontrada preservada.
 - caracteriza-se pela falta de impulso verbal sem que sejam observados distúrbios de articulação nem de nomeação.
 - constitui uma fala infantilizada com bloqueios em todos os fonemas com acalculia.
- 23.** A atuação fonoaudiológica nos tumores de cavidade oral, orofaringe, laringe e faringe é ampla e complexa, além de contemplar a interface com a voz, motricidade oral e disfagia, o trabalho em equipe multidisciplinar é fundamental. A prioridade de orientação de atendimento em fonoaudiologia no leito de pacientes de tumores de cabeça e pescoço é:
- orientar o paciente sobre possíveis sequelas musculares, atividades esportivas e maternidade.
 - orientar o paciente quanto o possível quadro de disfagia, e que evite fazer sua higiene corporal diariamente.
 - orientar o cuidador para que o paciente pós laringectomia respire pelo nariz constantemente e com um lenço protegendo os olhos.
 - orientar paciente e cuidador quanto as prováveis alterações funcionais de fala, voz e deglutição.
 - orientar o cuidador quanto aos horários da dieta e a possibilidade de banho sem proteção.
- 24.** A fonação adequada depende de uma laringe competente e de sua integridade neuroanatômica, o nervo craniano responsável pelas ações promovidas na laringe e que dá origem a diversos ramos na região do pescoço é o:
- vago
 - trigêmeo
 - facial
 - acessório
 - hipoglosso
- 25.** Ao conjunto de documentos destinados ao registro do hospital prestados ao paciente desde sua matrícula até a alta chama-se "prontuário". As ações de registro do prontuário pelo fonoaudiólogo, são:
- realizar evolução diária, não rasurar, não retirar folhas, escrever com letras legíveis.
 - realizar evolução diária, não rasurar, retirar folhas quando necessário, escrever com letras legíveis e levar para residência do profissional.
 - ler o prontuário antes de atender o paciente, realizar evolução diária, não rasurar, não retirar folhas, escrever com letras legíveis e realizar o carimbo profissional.
 - ler o prontuário antes de atender o paciente, realizar evolução diária e levar as folhas de registro de dentro do prontuário para elaboração de relatórios posteriores.
 - realizar evolução diária, não rasurar, não retirar folhas, escrever com letras legíveis e apresentar para o acompanhante para que ele leia diariamente.
- 26.** O risco de transmissão de infecções na prática do fonoaudiólogo em unidades de saúde, embora não seja epidemiologicamente estabelecido, pode ocorrer tanto do paciente para o profissional, quanto do profissional para o paciente. Quanto ao uso de material de Biossegurança, a alternativa correta é:
- luvas, gorro, caneta, carimbo e máscaras
 - luvas, máscaras, gorros, caneta e carimbo
 - luvas, máscaras, gorros e óculos de proteção
 - luvas, máscaras, gorros e caneta
 - luvas, gorro, algodão e caneta
- 27.** A disfagia pode ser orofaríngea ou alta quando existem alterações e mudanças na fase oral ou faríngea da deglutição ou pode ser baixa ou esofagiana, quando existem alterações e mudanças na fase esofagiana da deglutição. As disfagias orofaríngeas podem ser classificadas de acordo com a etiologia como:
- neurogênica, mecânica, decorrente da idade, psicogênica e induzida por drogas.
 - neurogênica, mecânica, deglutitória, psicogênica e induzida por drogas.
 - neurogênica, mecânica, inibitória, psicogênica e induzida por drogas.
 - neurogênica, mecânica, satisfatória, psicogênica e induzida por drogas.
 - neurogênica, mecânica, preparatória, psicogênica e induzida por drogas.

- 28.** Como terapia fonoaudiológica junto as disfagias usa-se como técnica na prática clínica, o efeito do toque, sabor e temperatura na região do pilar das fauces apresentando mudanças favoráveis a deglutição e como objetivo aumentar os inputs sensoriais na cavidade orofaríngea. Na prática clínica fonoaudiológica, usa-se como estímulo:
- a** sabor salgado e temperatura quente
 - b** sabor doce e temperatura ambiental
 - c** sabor azedo e temperatura fria
 - d** sabor amargo e temperatura quente
 - e** sabor cítrico e temperatura quente
- 29.** A radioterapia acarreta efeitos agudos e tardios na função da deglutição. Os efeitos agudos ocorrem durante a radioterapia ou cerca de 10 dias depois, e os tardios podem ocorrer meses ou anos após o tratamento. As sequelas fonoaudiológicas que podem ocorrer são:
- a** mucosites, xerostomia, odinofagia e disfagia.
 - b** mucosites, xerostomia, azias e disfonias.
 - c** mucosites, xerostomia, odinofagia e discalculia.
 - d** mucosites, xerostomia, odinofagia e desortografia.
 - e** mucosites, xerostomia e disfemia.
- 30.** A laringectomia total e a faringolaringectomia, respectivamente retirada total da laringe e retirada da laringe estendida a face laríngea da faringe, tem como consequência perda irreversível da voz laríngea e presença definitiva da traqueostomia. As adaptações fonoaudiológicas como alternativas de comunicação nesses casos são:
- a** próteses traqueoesofágicas, vocalização inspiratória, voz esofágica e eletrolaringe.
 - b** voz inspiratória, voz esofágica, eletrolaringe e som basal.
 - c** som basal, voz inspiratória, exercício de força de laringe e eletrolaringe.
 - d** eletrolaringe, voz esofágica, válvula de fala e som basal.
 - e** prótese traqueoesofágica, voz esofágica, eletrolarige e fistulas traqueoesofágicas.
- 31.** A maioria dos cânceres das vias aereodigestivas superiores é composta por carcinomas espinomoleculares. Esse tipo de câncer ocorre com maior incidência no sexo masculino e os estudos epidemiológicos mostram o tabaco, álcool e fatores ambientais elevando significativamente as estatísticas mundiais. Denomina-se a ressecção de língua como:
- a** glossectomia
 - b** pelviglosso
 - c** palotomia
 - d** mandibulectomia
 - e** pelvimandibulectomia
- 32.** As desordens neurológicas podem acarretar sequelas agudas ou crônicas, discretas ou graves, nas funções de deglutição, voz e articulação. A avaliação fonoaudiológica clínica deverá se basear em parâmetros que busquem identificar o grau dessas sequelas, para que um efetivo plano terapêutico possa ser estabelecido. Especificamente quanto à avaliação vocal à beira do leito, assinale a alternativa CORRETA quanto aos possíveis achados:
- a** ao avaliar a abertura de boca, pode-se identificar o trismo, com impacto direto na respiração e tom de voz, prejudicando uma qualidade vocal limpa.
 - b** com relação à língua, as inferências vocais dizem respeito à imprecisões articulatórias e ocorrência de voz pastosa.
 - c** em relação à laringe, podemos identificar na avaliação a insuficiência glótica, tendo como principal manifestação a voz rouca e astenia.
 - d** a avaliação dos movimentos de faringe também se configura em importante etapa na avaliação vocal desses pacientes, pois a redução de mobilidade de faringe acarreta impacto no trato vocal, com prejuízo direto na ressonância da voz, resultando em voz abafada, com pitch preferencialmente grave.
 - e** alterações no fechamento do esfíncter velofaríngeo podem resultar em hipernasalidade, porém sem comprometimento da inteligibilidade de fala, já que o principal componente afetado por essa manifestação é a loudness.

- 33.** O câncer é um problema de saúde pública mundial, a incidência do câncer no mundo cresceu 20% na última década dentre os quais cresceu o câncer de laringe em 7%. Em geral, há três classificações do câncer de laringe dependendo da região da lesão. Nesse sentido as regiões de acometimento são:
- supra glote, hioide e glote
 - supra glote, glote e linfonodo
 - subglote, glote e hioide
 - supra glote, glote e subglote
 - supra glote, hioide e linfonodo
- 34.** Muitos distúrbios da voz são sintomas de alguma doença neurológica, a Disartria é uma alteração vocal decorrente de uma doença neurológica de base. A classificação vocal do paciente com Mal de Parkinson é:
- hipocinesia
 - fácida
 - espástica
 - atáxica
 - hipercinética
- 35.** O câncer de laringe corresponde a 2% de todas as neoplasias malignas e a 25% dos tumores malignos localizados na região de cabeça e pescoço. Dependendo da localização exata do tumor e do estágio do mesmo, torna-se necessário procedimentos cirúrgicos muitas vezes radicais, com grandes impactos na comunicação oral, acarretando também prejuízos psicológicos e sociais ao indivíduo. Sobre esse assunto analise as afirmativas abaixo:
- Na laringectomia horizontal supraglótica, o foco inicial da reabilitação é a deglutição e posteriormente a voz.
 - Na cordectomia, a reabilitação é focada essencialmente na fonte glótica, para estabilizar a emissão e adequar a ressonância.
 - Nas hemilaringectomias, a principal queixa é quanto à deglutição, pois o paciente evolui com disfagias graves.
 - Na laringectomia quase total, a reabilitação visa a favorecer a sonorização e sua estabilidade, o foco no controle da oclusão da traqueostomia e no tempo máximo de fonação.
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- I, II, III e IV
 - I, III e IV
 - III e IV
 - II, III e IV
 - I, II e IV
- 36.** As paralisias de pregas vocais podem ser manifestações encontradas em pacientes hospitalizados. Diversas patologias podem estar associadas, como de etiologia mecânica, neurogênica e idiopática. As etiologias mecânicas incluem: traumas cervicais e/ou torácicos, traumas e manipulações cirúrgicas e neoplasias. Quanto às etiologias neurogênicas podemos citar: acidentes vasculares encefálicos, traumatismos cranioencefálicos e doenças neurodegenerativas. Já as etiologias idiopáticas são aquelas em que não há causa definida. Quanto às paralisias de pregas vocais, é correto afirmar que:
- as pregas vocais, segundo a literatura, podem fixar-se nas posições: mediana, paramediana, abdução forçada; e cadavérica.
 - lesões do nervo laríngeo superior, ramo externo, comprometem a função motora do músculo cricotireóideo (CT), trazendo como queixas principais a voz "grossa" e, em alguns casos, fadiga vocal.
 - paralisias ocasionadas por lesões do nervo laríngeo inferior são mais frequentes que as do nervo laríngeo superior, por sua anatomia mais extensa. Nos casos de paralisia de pregas vocais em posição mediana há importante impacto na fonação.
 - quando a paralisia vocal ocorre em posição paramediana, os comprometimentos fonatórios são mínimos, sendo que a principal queixa é a fadiga.
 - paralisias em posição de abdução tem o prognóstico fonoaudiológico limitado em relação à fonação, sendo que alguns pacientes podem apresentar ausência de sonoridade (afonia), principalmente porque não há casos de compensação de estruturas da supraglote.
- 37.** A disartria é um grupo de distúrbios da fala resultante de alterações no controle muscular dos mecanismos da fala em virtude de uma lesão no sistema nervoso central ou periférico. De acordo com a estrutura cerebral envolvida e suas manifestações divide-se as disartrias em grupos, que são:
- espástica, flácida, de expressão e de compreensão.
 - motora, sensorial, de condução e mista.
 - espástica, flácida, hipocinética, hipercinética, atáxica e mista.
 - hipercinética, hipocinética, flácida unilateral, flácida, espástica unilateral e espástica.
 - de expressão, de compreensão, motora e sensorial.

- 38.** A tireoidectomia é a cirurgia realizada para retirar parte ou a totalidade da glândula tireoide, devido problemas crônicos, como o hipo ou hipertireoidismo. Alterações vocais podem ser identificadas já no pós-operatório imediato, devido a anatomia da laringe intimamente ligada a da referida glândula endócrina. Quanto ao quadro vocal de pacientes submetidos às tireoidectomias, é correto afirmar que:
- a** é comum observar queixas vocais mesmo sem a ocorrência de lesão de nervos laríngeos, devido a excessiva manipulação da região cervical durante a cirurgia. A principal alteração vocal observada é a astenia.
 - b** é fundamental que o paciente elegível para a tireoidectomia passe por uma avaliação vocal no momento pré-cirúrgico, para que seja devidamente orientado e saiba que sua voz jamais voltará a ser a mesma de antes.
 - c** achados clínicos recentes apontam que a terapia vocal em pacientes submetidos à tireoidectomia se mostra essencial em todos os casos, visto que em maior ou menor grau, todos os pacientes tem queixas de alterações vocais no pós-operatório.
 - d** a intubação orotraqueal (IOT) durante a cirurgia é apontada pela literatura como uma das principais causas de alterações vocais em pacientes submetidos à retirada da tireoide e, quanto maior o tempo de IOT, maiores os prejuízos vocais.
 - e** a retração cicatricial é outra manifestação comumente observada em pacientes que passaram por uma tireoidectomia, porém esse sinal clínico não é apontado como agente causador de disfonias.
- 39.** Dentre os objetivos da intervenção fonoaudiológica nas disartrofonias, temos:
- a** o trabalho com a motricidade orofacial é indispensável e primordial, uma vez que os distúrbios motores são preponderantes.
 - b** fixação e automatização dos pontos articulatorios não fazem parte dos principais objetivos.
 - c** adequação da qualidade vocal e coordenação respiratória configura-se uma prioridade no trabalho com esses pacientes.
 - d** a disfagia é a principal manifestação alterada, portanto o estabelecimento de uma via de alimentação segura é o primeiro objetivo a ser alcançado.
 - e** adequação da articulação dos sons, em relação ao ponto e modo articulatorio e traço de sonoridade, por meio da adequação do tônus muscular.
- 40.** Nos casos de laringectomias totais, um dos impactos observados é a perda definitiva da voz laríngea. Com a remoção total da laringe, a comunicação entre as vias aéreas superior e inferior ficam definitivamente interrompidas, sendo que o indivíduo laringectomizado irá respirar somente pelo traqueostoma. A tosse e o espirro também ocorrerão por esse orifício. Quanto às possibilidades de reabilitação vocal no laringectomizado total, é correto afirmar que:
- a** as possibilidades de voz alaríngea que o paciente tem são: o vibrador laríngeo, a voz esofágica e a prótese traqueoesofágica, sendo que a melhor opção é a voz esofágica, pois é de fácil aprendizado, é a mais fisiológica e não apresenta contraindicações ao seu uso.
 - b** o vibrador laríngeo pode ser usado já no pós-operatório imediato, sendo de fácil manipulação pelo paciente. A principal desvantagem é o som artificial da voz resultante, porém a grande variabilidade melódica alcançada com fonoterapia compensa essa desvantagem.
 - c** na reabilitação vocal por meio da voz esofágica em pacientes laringectomizados totais, torna-se fundamental que o paciente entenda o papel do esôfago como fonte sonora adaptada à fonação, de forma que sua capacidade de armazenamento de ar é limitada e, conseqüentemente, o tempo máximo de fonação será mais curto do que na voz laríngea.
 - d** no que se refere à fonação por meio da prótese traqueoesofágica, alguns fatores devem ser levados em conta para a garantia de bons resultados, como: oclusão precisa do traqueostoma, suporte respiratório para controle do fluxo aéreo e expiração forçada, para que o ar seja direcionado para o esôfago através da prótese.
 - e** o único fator apontado como desvantagem para o uso da prótese traqueoesofágica, segundo a literatura é o seu alto custo, de forma que pacientes da rede pública de saúde dificilmente teriam acesso.

41. São manifestações da APRAXIA:

- a** as dificuldades articulatórias, que aumentam proporcionalmente de acordo com a complexidade do ajuste motor que a articulação exige.
- b** fala automática pior que a fala espontânea.
- c** dificuldade de articular fonemas plosivos e facilidade com os fricativos.
- d** erros articulatórios independem do aumento da extensão da palavra.
- e** consoantes iniciais são mais facilmente articuladas que as localizadas em outras posições na palavra.

42. A afasia é definida como alteração da comunicação adquirida, causada por lesão neurológica, em geral Acidente Vascular Encefálico (AVE), acometendo as modalidades de produção e compreensão das linguagens oral e escrita, não decorrentes de déficits sensoriais, intelectuais e psiquiátricos. Quanto às afasias, é correto afirmar que:

- a** a terapia melódica tem indicação bastante específica para pacientes que sofreram AVE e que estão em fase aguda ou recente, cujas manifestações apontem para compreensão preservada e alterações na expressão.
- b** a comunicação suplementar ou alternativa é um apoio interessante aos cuidadores e aos pacientes com sérias restrições à comunicação na modalidade oral, desde que essa modalidade não esteja sendo trabalhada em fonoterapia, o que poderia levar o paciente a um prognóstico reservado, quanto ao retorno da oralidade.
- c** embora o afásico mantenha uma competência comunicativa, pode-se observar que na afasia motora o turno dialógico é mais extenso do que na afasia de compreensão, na qual o turno é mais curto.
- d** segundo a abordagem multidimensional, essencialmente atrelada a uma visão anatomoclínica, as afasias são divididas em: Broca, Wernicke, transcortical motora e de condução.
- e** nas afasias de condução, podemos dizer que há déficits tanto motores, quanto de compreensão, porém os motores são mais graves.

43. As funções da laringe são: respiração, atividade esfintéctica (pressão e deglutição) e fonação. A retirada da laringe compromete essas funções, levando à modificações físicas e funcionais, com consequências emocionais, sociais e econômicas, que nem sempre são de fácil assimilação e adaptação. Quanto às sequelas da laringectomia total, é correto afirmar que:

- a** uma das principais adaptações a ser feita pelo paciente laringectomizado diz respeito ao traqueostoma definitivo, sendo que a principal função laríngea afetada com a presença deste é a fonação.
- b** pacientes que manifestam hipertonia, espasmos ou fibrose na região do segmento faringoesofágico não apresentam dificuldades para a aquisição da voz esofágica, uma vez que esses achados são comuns em pacientes submetidos à laringectomia total.
- c** a maior e mais impactante alteração vivenciada pelo laringectomizado total é, sem dúvida, a perda da voz, ao menos da voz convencional, a qual ele estava acostumado. Isso pode trazer repercussões em nível emocional e de relacionamento interpessoal, pois o indivíduo não é mais visto como um ser comunicante ativo na sociedade.
- d** a depressão é outro problema que não raramente é encontrado em pacientes que recebem o diagnóstico de câncer, especialmente o câncer de laringe, que vai repercutir especialmente na estética do paciente, pois no pós-cirúrgico ele ficará com o pescoço mais estreito, além da presença do traqueostoma. Essa questão estética certamente é a mais relevante.
- e** os familiares e cuidadores de pacientes laringectomizados totais também referem queixas, como a dificuldade de comunicação com o paciente, visto que estes têm resistência quanto à aquisição da voz alaríngea, seja ela qual for.

44. Em relação às laringectomias verticais, podemos dizer que fazem parte desse grupo:

- a** Cordectomia e Laringectomia Supraglótica
- b** Laringectomia Frontal Anterior e Laringectomia Supracricóidea
- c** Laringectomia Supraglótica e Hemilaringectomia
- d** Laringectomia Near Total e Cordectomia
- e** Laringectomia Supracricóidea e Laringectomia Frontolateral

- 45.** Doenças vasculares podem levar ao acidente vascular cerebral (AVC), que por sua vez pode ser consequência do entupimento de um vaso (isquêmico) ou sangramento (hemorrágico). As alterações advindas desse fato dependem do tipo e extensão da área afetada. Podemos encontrar pacientes hospitalizados com manifestações na linguagem, decorrentes de AVC's. Sobre esse assunto, é correto afirmar que:
- a** pacientes com hemiplegia do lado direito mais comumente apresentam alterações motoras, no que se refere à fala.
 - b** afasias de recepção/compreensão são caracterizadas por uma fala telegráfica e dificuldades quanto ao planejamento dos movimentos da boca para a emissão das palavras.
 - c** as apraxias são caracterizadas por preservação do ato motor de repetição, porém alteração dos automatismos.
 - d** nas afasias de expressão, o paciente sabe o que tem a dizer, muito embora sua fala seja do tipo logorreica.
 - e** quando ocorre um AVC na região parietal inferior, o paciente pode evoluir com afasia, do tipo motora, com dificuldades predominantemente na expressão.
- 46.** A deglutição é uma complexa ação neuromuscular que ocorre aproximadamente 1.000 vezes por dia e tem como função básica transportar o conteúdo da cavidade bucal para o estômago. Sendo uma função básica, a deglutição tem o seu controle localizado na mesma região cerebral responsável por funções vitais, como respiração, pressão sanguínea e temperatura, por exemplo. Tratando-se do controle neurológico da deglutição, a alternativa que melhor associa a fase da deglutição aos nervos responsáveis pela ação muscular é:
- a** Fase antecipatória: pares cranianos III, IV, VI, VII
 - b** Fase preparatória: pares cranianos V, VII, X, XI, XII
 - c** Fase oral: pares cranianos I, II, V, VII, X
 - d** Fase faríngea: pares cranianos V, VI, VII, X, XI, XII
 - e** Fase esofágica: pares cranianos X, XI, XII
- 47.** Indivíduos portadores de disfagias neurogênicas podem apresentar dificuldade em lidar com as secreções, especialmente a saliva. É comum observar episódios de incontinência salivar durante o repouso, a comunicação oral ou mesmo na avaliação da deglutição. Indivíduos com sequelas neurológicas, especialmente aqueles submetidos a procedimentos neurocirúrgicos, acabam utilizando diversos dispositivos invasivos, como as traqueostomias e sondas. A presença da traqueostomia dificulta o treino da função respiratória, deglutitória e fonatória da laringe. Nessa perspectiva, é correto afirmar que:
- a** a literatura aponta uma associação entre o uso da traqueostomia e o risco de aspiração laríngea antes, durante e após a deglutição, pela elevação laríngea insuficiente, mas os episódios de disfagia ocorrem com o paciente consciente, ou seja, plenamente capaz de ativar os mecanismos de defesa do organismo.
 - b** a comunicação oral não fica comprometida com a presença da traqueostomia, uma vez que sempre que quiser falar, o paciente pode ocluir o traqueostoma.
 - c** pacientes traqueostomizados são pacientes de risco, com evidente alteração dos parâmetros respiratórios, portanto, a oclusão do traqueostoma não deve ser estimulada.
 - d** as cânulas de traqueostomia podem ser do tipo metálicas ou plásticas, sendo que as plásticas possuem um dispositivo chamado cuff, o qual pode ser insuflado e desinsuflado, dependendo das possibilidades do paciente em tolerar a disinsuflação.
 - e** longa permanência da traqueostomia em pacientes hospitalizados dificilmente está associada ao aumento de secreção destes.

- 48.** A radioterapia externa ou a teleterapia acarreta efeitos agudos e tardios na função deglutição. Quanto aos efeitos da radiação na deglutição, é correto afirmar que:
- a** o fonoaudiólogo contribui com a equipe reforçando orientações para minimizar os efeitos negativos da radiação, incluindo: higiene oral detalhada, suspensão de álcool e tabaco, hidratação abundante, utilização da saliva artificial, entre outros.
 - b** pode-se considerar como sequelas agudas da radioterapia: trismo, fibrose, osteorradionecrose, cáries dentárias.
 - c** dentre as sequelas tardias da radiação, podemos destacar: alteração da mucosa, mucosite, xerostomia, alteração ou perda da sensibilidade e paladar, dermatite.
 - d** exercícios fonoaudiológicos específicos podem ser usados na fonoterapia para favorecer a alimentação por via oral, tais como: estimulação sensorial intraoral, manobras de postura de cabeça, supraglótica e deglutições múltiplas.
 - e** a xerostomia e a mucosite oral são alterações que, em qualquer grau, impossibilitam a alimentação por via oral, sendo a mesma suspensa e o paciente passa a se alimentar exclusivamente por via alternativa.
- 49.** Todos os pacientes não aptos a receber a alimentação via oral necessitam de suporte nutricional enteral (nasoenteral ou gastrostomia) ou parenteral. Analisando as vias alternativas de alimentação, é correto afirmar que:
- a** a sonda nasogástrica é menos calibrosa do que a sonda nasoenteral, portanto o treino oral deve ser estimulado na presença da primeira e desestimulado na segunda.
 - b** a literatura recente aponta que as sondas de alimentação acarretam um aumento no risco de pneumonia aspirativa.
 - c** o uso prolongado de sondas para alimentação não acarretam prejuízos quanto à sensibilidade de região orofaríngea.
 - d** a sonda nasoenteral interfere na passagem de alimentos semissólidos e sólidos, principalmente na transição faringoesofágica, com isso, a permanência de resíduos em hipofaringe pode acarretar aspiração após a deglutição.
 - e** considerando a incidência, a prevalência e os fatores de risco de aspiração pulmonar em pacientes com sonda de alimentação, o paciente adulto, internado em UTI e centro cirúrgicos apresenta maior risco de aspiração pulmonar do que idosos em enfermarias.
- 50.** Durante a avaliação da deglutição em pacientes traqueostomizados, é sugerida a modificação da cor do alimento que será ofertado, usando-se, preferencialmente, um corante de cor azul, que poderá ser diferenciado de qualquer outra secreção do corpo humano. Sobre esse procedimento, é correto afirmar que:
- a** o procedimento descrito acima chama-se blue dye test e pode ser aplicado mesmo em pacientes não traqueostomizados, para a verificação de ocorrência de estases, seja de alimento seja de saliva, em vestíbulo oral.
 - b** é vetada a aplicação desse procedimento em pacientes cardíacos ou com doenças infectocontagiosas, devido o risco de piora do quadro.
 - c** após a aplicação do blue dye test deve-se iniciar o procedimento de aspiração do paciente pela cavidade oral, ou orientar a equipe de Fisioterapia que o faça dessa forma, para que seja investigada a saída de secreção azulada.
 - d** caso não haja ocorrência de saída de secreção azulada pelo traqueostoma, pode-se descartar a possibilidade de disfagia para o paciente avaliado.
 - e** a observação de saída de secreções de cor azul pela traqueostomia, seja antes, durante ou após a deglutição do alimento, evidenciará um episódio de aspiração, que poderá ser audível (com resposta do indivíduo por meio de tosse) ou silente.