

SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS

1. A Constituição de 1988 determinou grandes mudanças nos conceitos e definições sobre Seguridade Social e Saúde. São conceitos e definições constantes na Constituição de 1988, EXCETO:

- A saúde é um direito de todos e dever do Estado.
- As ações de saúde devem ser executadas exclusivamente pelo poder público.
- A garantia do direito à saúde é obtida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.
- O acesso à saúde deve ser universal e igualitário.
- A rede de ações e serviços públicos de saúde deve ser regionalizada e hierarquizada.

2. De acordo com o artigo 198 da Constituição de 1988, as diretrizes do Sistema Único de Saúde são:

- Universalidade, integralidade, equidade.
- Financiamento único, prevenção e promoção da saúde, hierarquização.
- Participação popular, universalidade, hierarquização.
- Descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.
- Regionalização, resolutividade, controle social.

3. Com base na Lei Orgânica da saúde (Lei 8080/90), é CORRETO afirmar:

- A saúde é um dever do Estado, isentando de responsabilidades as pessoas, a família, as empresas e a sociedade.
- A organização social e econômica do País interfere nos níveis de saúde da população.
- A formação de recursos humanos não é competência ao Sistema Único de Saúde.
- A direção do Sistema Único de Saúde é única e exercida exclusivamente pelo Ministério da Saúde.
- Os serviços de saúde devem se organizar de forma centralizada e suas ações devem ser direcionadas às populações de baixa renda.

4. De acordo com o Decreto 7.508/2011, a Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e

serviços de saúde. São requisitos mínimos para a instituição de uma Região de Saúde a execução das seguintes ações e serviços de saúde, EXCETO:

- Atenção primária.
- Urgência e emergência.
- Atenção psicossocial.
- Saúde do Trabalhador.
- Vigilância em saúde.

5. Com relação à assistência farmacêutica pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é INCORRETO afirmar:

- O acesso à assistência farmacêutica pressupõe que o usuário esteja sendo assistido por ações e serviços de saúde do SUS e que o medicamento tenha sido prescrito por profissional de saúde no exercício regular de suas funções no SUS.
- Os medicamentos dispensados pela assistência farmacêutica devem ter registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.
- A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional, que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos.
- Os Estados e Municípios não podem dispensar medicamentos que não estejam nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

6. Para atender a esta demanda e proporcionar qualidade na assistência prestada a esta clientela, foi criada a RDC 7, pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de dispor os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva (UTIs). Por este prisma, busca-se a melhoria na qualidade dos serviços e processos. Marque a alternativa que dimensiona corretamente as categorias profissionais.

- Médico diarista 01 para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino; no mínimo 01 enfermeiro assistencial para cada 08 leitos ou fração, em cada turno; no mínimo 1 técnico de enfermagem para cada 02 leitos em cada turno; no mínimo 01 auxiliar administrativo

exclusivo da unidade e funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

- b) Médico diarista 01 para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino; no mínimo 01 enfermeiro assistencial para cada 08 leitos ou fração, em cada turno; no mínimo 01 fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação; no mínimo 1 técnico de enfermagem para cada 02 leitos em cada turno; no mínimo 01 auxiliar administrativo exclusivo da unidade e funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.
- c) Médico diarista 01 para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino; no mínimo 1 enfermeiro assistencial para cada 08 leitos ou fração, em cada turno; no mínimo 01 fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação; no mínimo 1 fonoaudiólogo para cada 08 leitos ou fração, em cada turno; no mínimo 1 técnico de enfermagem para cada 02 (dois) leitos em cada turno; no mínimo 01 (um) auxiliar administrativo exclusivo da unidade e funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.
- d) Médico diarista 01 para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino; no mínimo 1 enfermeiro assistencial para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno; no mínimo 01 fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação; no mínimo 1 fonoaudiólogo para cada 10 leitos ou fração, em cada turno; no mínimo 1 técnico de enfermagem para cada 02 (dois) leitos em cada turno; no mínimo 01 (um) auxiliar administrativo exclusivo da unidade e funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.
- e) Médico diarista 01 para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino; no mínimo 1 enfermeiro assistencial para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno; no mínimo 01 fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração,

nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação; no mínimo 1 técnico de enfermagem para cada 02 (dois) leitos em cada turno; no mínimo 01 (um) auxiliar administrativo exclusivo da unidade e funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno. A assistência fonoaudiológica é considerada recurso assistencial, podendo ser garantida por meios próprios ou terceirizados.

7. A Resolução RDC nº 7, de 24/02/2010, da ANVISA, regulamenta condições para o funcionamento e conceitua as UTIs: *“área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia”*. Infere-se por UTI-A:

- a) destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.
- b) destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, somente.
- c) destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras.
- d) destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.
- e) Sistema que permite auxiliar na identificação de pacientes graves por meio de indicadores e índices de gravidade calculados a partir de dados colhidos dos pacientes.

8. Os Parâmetros Assistenciais em Fonoaudiologia (resolução CFFA n.488 de 2016) foram estabelecidos considerando os procedimentos fonoaudiológicos em diferentes âmbitos como ambulatorial, hospitalar e domiciliar. As ações realizadas nestes âmbitos referem-se a procedimentos que podem ser realizados em diferentes locais como: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia da Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro Especializado em Reabilitação (CER) ambulatorio, hospital, domicílio, instituições de longa permanência, instituições

educacionais, empresas, entre outros. No âmbito da UTI, este dimensionamento profissional

- a) Dispõe de 1 fonoaudiólogo para cada 8 leitos de cuidados intensivos e 10 semi intensivos, nos turnos matutino e vespertino;
- b) Dispõe de 1 fonoaudiólogo para cada 10 leitos, nos turnos matutino e vespertino;
- c) Dispõe de 1 fonoaudiólogo para cada 8 atendimentos (terapia/sessão) de pacientes idosos e 6 crianças;
- d) Dispõe de 1 fonoaudiólogo para cada 8 atendimentos (consulta) de pacientes idosos e 6 crianças;
- e) Não existe de forma específica, pois considera no nível hospitalar (enfermaria e UTI) apenas a faixa etária e não a quantidade de leitos.

9. O Blue Dye Test (BDT) é uma ferramenta importante para a triagem de aspiração por permitir a identificação de pacientes com risco de disfagia, esse teste de deglutição é específico apenas para pacientes:

- a) Traqueostomizados com o cuff insuflado, dependentes ou não da ventilação mecânica invasiva;
- b) Traqueostomizados com o cuff desinsuflado, dependentes ou não da ventilação mecânica invasiva;
- c) Em Ventilação Mecânica (VM) modo PSV;
- d) Em Ventilação Mecânica (VM) modo PCV;
- e) Traqueostomizado com ou sem cuff e com estabilidade hemodinâmica.

10. A Válvula de Fonação (VF) tem por objetivo restaurar o sistema fechado das vias aéreas direcionando o fluxo aéreo para a cavidade oral, auxilia o gerenciamento de secreções e reduz os riscos de penetração e aspiração traqueal. Em quais condições clínicas são indicadas para a sua adaptação.

- a) Traqueostomizados com o cuff insuflado, dependentes ou não da ventilação mecânica invasiva;
- b) Traqueostomizados com o cuff desinsuflado, dependentes ou não da ventilação mecânica invasiva;
- c) Em Ventilação Mecânica (VM) modo PSV;
- d) Em Ventilação Mecânica (VM) modo PCV;

- e) Traqueostomizado com ou sem cuff e com estabilidade hemodinâmica.

11. A Traqueostomia é um procedimento de rotina na UTI em casos de obstrução de vias aéreas, ventilação mecânica e aspiração laringotraqueal. No entanto, existem 05 mecanismos, sendo 03 mecânicos e 02 neurofisiológicos responsáveis pela piora da aspiração após Traqueotomia. Qual alternativa corresponde respectivamente os fatores mecânicos e neurofisiológicos envolvidos na utilização do Traqueostomo com o Cuff insuflado.

- a) **Mecânico:** obstrução das vias aéreas superiores, diminuição da elevação laríngea, obstrução esofágica. **Neurofisiológico:** coordenação pneumofonodeglutitória, dessensibilização da laringe.
- b) **Mecânico:** diminuição da elevação laríngea, fechamento incoordenado da laríngea, obstrução esofageana. **Neurofisiológico:** coordenação pneumofonodeglutitória, dessensibilização da laringe.
- c) **Mecânico:** diminuição da elevação laríngea, obstrução esofageana, ausência de limpeza da laringe com o fluxo aéreo. **Neurofisiológico:** insuficiência no segmento faringo-esofágica, dessensibilização da laringe
- d) **Mecânico:** diminuição da elevação laríngea, obstrução esofageana, ausência de limpeza da laringe com o fluxo aéreo. **Neurofisiológico:** dessensibilização da laringe, fechamento incoordenado da laringe.
- e) **Mecânico:** fechamento incoordenado da laríngea, obstrução esofageana, diminuição da elevação laríngea. **Neurofisiológico:** ausência de limpeza da laringe com o fluxo aéreo, dessensibilização da laringe.

12. No que se refere às ações de orientações fonoaudiológicas em adulto e idoso com Disfagia Orofaríngea, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O trabalho fonoaudiológico com indivíduos disfágicos utiliza técnicas e procedimentos que visam reabilitar a deglutição, tornando-a mais segura e eficiente.

- b) Pacientes restrito ao leito deve ser mantido em decúbito elevado (cabeceira 45 a 90 graus elevada)
- c) A disfagia orofaríngea é reabilitada por uma equipe multidisciplinar, composta principalmente por Médico, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta e Nutricionista.
- d) Oferecer os alimentos separados pode ajudar o paciente a identificá-los melhor.
- e) Pacientes não responsivos deve-se ofertar a dieta por via oral em pequenos volumes

13. Paciente do sexo masculino, 40 anos, apresenta quadro clínico de astenia generalizada, redução da sensibilidade de forma aguda e progressiva e refere início dos sintomas após vacinação contra o vírus H1N1. Permaneceu internado por 03 meses e foi submetido à investigação diagnóstica que identificou processo inflamatório de nervos periféricos. Na alta hospitalar, foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial por manter dificuldades na fala e deglutição. Na avaliação fonoaudiológica, foram observados redução de força e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios, disartria e disfagia, voz rouca sopro, de fraca intensidade.

Diante do relato do paciente e dos achados clínicos, a hipótese diagnóstica levantada pela equipe é de:

- a) Miastenia gravis
- b) Esclerose múltipla
- c) Distrofia muscular
- d) Guillain-Barré
- e) Esclerose Lateral Amiotrófica

14. As alterações observadas neste paciente, citado na questão anterior, podem ser justificadas pelo comprometimento dos seguintes pares cranianos:

- a) V, IX e XI
- b) XII, V e X
- c) VII, X e XII
- d) XI, VII e IX
- e) VII, X e XI

15. A.V.D. do sexo masculino, 82 anos, Portador Mal de Alzheimer aceita dieta por via oral de forma exclusivamente na consistência pastosa heterogênea, porém com relatos de engasgos esporádicos, tempo

prolongado de alimentação e história de pneumonia aspirativa. No Serviço de Fonoaudiologia, foi realizada avaliação funcional da deglutição que observou prejuízo na captação do alimento, débil preparo do bolo alimentar, escape oral e com presença de resíduos em cavidade oral após deglutição, tempo de trânsito oral aumentado, reduzida elevação do complexo hiolaríngeo e ausculta cervical sugestiva de estase, necessitando de deglutições múltiplas para promover a limpeza de vias áreas superiores de forma eficaz. A avaliação descrita sugere que o paciente apresenta comprometimento na(s) seguinte(s) fase(s) da deglutição:

- a) Oral
- b) Oral e faríngea.
- c) Faríngea e esofágica.
- d) Faríngea.
- e) Esofágica.

16. o exame de Videofluoroscopia da deglutição como exame complementar para confirmar os achados da avaliação funcional. Tal escolha, em detrimento dos outros exames de avaliação da deglutição, se deve à possibilidade de:

- a) Gerenciar uma refeição completa.
- b) investigar mobilidade laringea.
- c) Mensurar componentes da fase oral e laríngea da deglutição
- d) Mensurar componentes da fase faríngea da deglutição
- e) Mensurar componentes das fases oral e faríngea da deglutição

17. São aspectos que devem ser trabalhados em pacientes disfágicos na terapia fonoaudiológica, EXCETO:

- a) Melhorar o controle do bolo alimentar em da cavidade oral.
- b) Estimular os reflexos de proteção (tosse e vômito) e de deglutição.
- c) Promover baixa mobilidade laríngea e faríngea.
- d) Melhorar a resistência vocal
- e) Realizar manobras de postura para melhor proteção de vias áreas superiores.

18. Considere as características de resultados Timpanométricos:

- 1. Pico de máxima complacência esta deslocado para mais de menos 100da Pa;

2. Pressão do pico de máxima complacência é por volta de zero;
3. Não há ponto de máxima complacência;
4. Pico de máxima complacência encontra-se em torno de 0 da Pa, porém mais baixa.

A curva, esperada, respectivamente, é:

- a) Tipo C, Tipo A, Tipo B, Tipo As
- b) Tipo C, tipo As, Tipo B, Tipo A
- c) Tipo B, tipo C, tipo A, tipo Ad
- d) Tipo Ad, Tipo A, Tipo C, Tipo As
- e) Tipo B, tipo A, tipo C, tipo Ad

19. As Disartrofonias são:

- a) Perda da linguagem a nível semântico e pragmático causado por lesão neurológica
- b) Transtorno na articulação dos fonemas causada por alterações anatomofuncionais de origem nasal e/ou rinofaringe.
- c) Transtorno na articulação dos fonemas por alterações funcionais dos órgãos periféricos da fala, sem história clínica de paralisia, fraqueza ou incoordenação
- d) Perda total da capacidade de se usar a linguagem oral e/ou escrita.
- e) Alterações do controle motor da voz, fala e deglutição associados a déficits neurológicos, com história clínica de paralisia, fraqueza ou incoordenação.

20. Após avaliação estrutural, o paciente foi submetido à avaliação funcional da deglutição com oferta de dieta na consistência líquida pastosa, na qual foram observados, entre outros achados clínicos, presença de tosse e sinais sugestivos de penetração laringotraqueal antes da deglutição. A justificativa fisiopatológica para a presença de tosse antes da deglutição e a manobra que pode ser indicada na terapia desse paciente, respectivamente, é:

- a) Vedamento labial ausente – tempo de trânsito oral aumentado / Masako
- b) Adução glótica incompleta – estase em pregas vocais / deglutição supraglótica.
- c) Controle oral débil – escape precoce / deglutição com esforço,

- d) Excursão hiolaríngea restrita – falha na abertura da transição faringoesofágica / Mendelshon
- e) Paralisia de prega vocal – Alteração na cooptação glótica – ataque vocal aspirado

Como base no caso clínico abaixo, responda as questões 21, 22, 23 e 24.

Paciente foi admitido dia 26 de fevereiro de 2019 para tratamento neste nosocômio. No recordatório de informações, a acompanhante relata que paciente teve um episódio de dispneia e foi submetido a traqueostomia de urgência no Hospital Santa Piraporinha em novembro de 2018 e posteriormente encaminhado para o Hospital Universitário (HU) para investigação diagnóstica, estadiamento clínico e realização de terapêutica específica. Diagnosticado com neoplasia de laringe, imuno-histoquímica compatível com carcinoma epidermóide pouco diferenciado. Segundo relatório da última alta do HU, foi proposto tratamento combinado com quimioterapia (QT) e radioterapia(RDT). Entretanto dada a ausência de previsão para o início de RDT, foi iniciado QT isolada, com boa resposta tumoral (redução expressiva do volume tumoral com bom controle de dor). Recebeu alta em bom estado geral e eupneico em ar ambiente. Durante a internação realizou antibioticoterapia com tazocin, indicado por broncopneumonia e meropenem por suspeita de abscesso peritumoral por 14 dias. Acompanhante refere que paciente realizou 3 sessões de quimioterapia no HU, 2 durante internação e 1 após alta via ambulatorial. Refere que paciente, após 3º sessão de quimioterapia evoluiu com piora do estado geral, aumento e piora do aspecto da secreção da traqueostomia, astenia, fraqueza e dispneia moderada. Historia Progressiva do Paciente: acompanhante refere que o paciente é hipertenso. Nega Diabetes Melitus tipo 2. Nega alergia medicamentosa, nega cirurgias anteriores. Nega outras internações devido a outras condições clínicas. ROS: Acompanhante refere diurese e evacuações fisiológicas, sono reparador. Restrito ao leito, não deambula sem ajuda. É etilista e tabagista de longa data.

Foi realizada videolaringoscopia foi visualizada: Glote: pregas vocais não visualizadas, com lesão vegetante, de grandes dimensões, aparentemente com origem do lado D, obstruindo toda a luz glótica, subglote e primeiros anéis traqueais, não visualizados. Conclusão: Neoplasia de laringe, glótica, a esclarecer.

Complementarmente, foi realizada uma tomografia de pescoço, sendo observada: Volumosa formação expansiva infiltrativa e heterogênea centrada na parede lateral direita da região glótica e supra glótica, que se estende a região infraglótica, desde a prega ariepiglótica direita até o nível da cartilagem cricóide, envolvendo as cordas vocais e bandas ventriculares, espaço paraglótico direito, comissura anterior, sem planos de clivagem com as cartilagens tireoide, cricoide (que apresenta-se esclerótica), principalmente à direita e cartilagem aritenóide esquerda, com sinais de erosão da cartilagem aritenóide direita. Esta lesão determina obliteração da coluna aérea da laringe, exibindo áreas hipodensas centrais, inferindo áreas de necrose/liquefação. Dimensões estimadas da lesão: 4,7 x 4,0 x 3,0 cm (CC x AP x LL).

21. A avaliação clínica fonoaudiológica é dividida em estrutural e funcional. Aspectos vocais podem fornecer dados sobre a função fonatória e esfinteriana da laringe. Respectivamente, pensando em qualidade vocal e relação s/z, podemos inferir que:

- a) comprimida; valor entre 0,8 e 1,2 uma vez que há pouco que a coaptação glótica terá melhor desempenho que a respiração.
- b) tensa estrangulada; valores acima de 1,2 uma vez que há pouco/ quase nenhum controle glótico.
- c) rouco sopro; valores entre 0,8 e 1 devido a hiperconstricção durante a fonação.
- d) rouco sopro; valores abaixo de 0,8 devido a hiperconstricção durante a fonação.
- e) pastosa; não é possível determinar com clareza, pois uma amostra da fala encadeada é fundamental.

22. O parecer fonoaudiológico quanto a manutenção da traqueostomia deve ser:

- a) a favor, pois ela manterá a luz laríngea pérvia à respiração;
- b) a favor, pois a traqueostomia plástica com o cuff desinsuflado permite adaptação de válvula fonatória;
- c) contrária, é mais fácil de limpar uma traqueostomia metálica de melhor calibre, pois a intermediária pode ser higienizada mais facilmente;

- d) contrária, pois a traqueostomia plástica com o cuff desinsuflado permite adaptação de válvula fonatória, e posterior decanulação;
- e) contrária, pensando na qualidade de vida do paciente deve ser dada celeridade no processo de decanulação.

23. Ao conversar com a equipe médica, a fonoaudióloga foi informada que o cirurgião de cabeça e pescoço irá abordar o caso cirurgicamente. Qual será o provável tipo de laringectomia selecionado pelo cirurgião?

- a) parcial tipo cordectomia
- b) parcial tipo supraglótica
- c) parcial tipo frontolateral ampliada
- d) parcial tipo hemilarigectomia
- e) total

24. Após a ressecção, como seriam os dados da reavaliação fonoaudiológica à beira do leito?

- a) Qualidade vocal rouco sopro, com disfagia severa para líquidos finos.
- b) Voz áspera, com solicitação de via alternativa de alimentação transitória.
- c) Voz rouca, com solicitação de via alternativa de alimentação permanente.
- d) Afonia glótica, e ausência de riscos para aspiração laringotraqueal.
- e) Qualidade vocal tensa estrangulada, com disfagia moderada para líquidos espessados.

25. Distúrbio de linguagem muito raro intimamente relacionado com Afasia de Wernicke. Embora esses pacientes não consigam distinguir palavras de outros sons, eles não as compreendem. Consequentemente, sua própria fala soa como língua estrangeira. Pacientes com esse distúrbio não podem repetir palavra ou escrever o ditado, embora a fala, leitura e escrita não estejam comprometidas. Acredita-se que a condição provavelmente seja causada por uma lesão na substância branca profunda à parte posterior do giro temporal superior esquerdo.

- a) De condução
- b) Amnésica ou anômica
- c) Surdez pura ou cortical
- d) Subcortical
- e) Motora eferente