

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1/2020 – RP/SES-DF/2021, DE 13 DE OUTUBRO DE 2020

PROGRAMA

2 3 4

Multiprofissional em Saúde da Criança
Fonoaudiologia

Data e horário da prova: domingo, 6/12/2020, às 14h.

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens – cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere –; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Nem vencer, nem perder, mas sim evoluir.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunicar ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Fonoaudiologia Itens de 1 a 120

A pandemia da Covid-19 instaurou uma série de medidas sanitárias envolvendo todos os âmbitos sociais e, principalmente, os ambientes relacionados à saúde. Uma quarentena, que restringiu a abertura de clínicas de saúde, permitiu que fossem descritas normas de biossegurança para o funcionamento dessas instituições, de forma a preservar da contaminação tanto os profissionais quanto os pacientes que necessitassem de atendimentos eletivos após a reabertura das clínicas, ainda durante a pandemia. O Conselho Federal de Fonoaudiologia atualizou a publicação preexistente e lançou recentemente um novo manual de biossegurança.

Com relação a essa temática, julgue os itens a seguir.

1. Áreas críticas são todos os ambientes frequentados por pacientes com suspeita de infecção contagiosa, que aguardam verificação do real perigo de contaminação, a partir dos resultados dos exames.
2. Áreas não críticas são os ambientes onde podem ser realizados procedimentos invasivos ou de risco, desde que os pacientes não estejam infectados por doença contagiosa.
3. Contaminação cruzada refere-se à infecção entre os membros de uma equipe de saúde e seus pacientes, e vice-versa, podendo ocorrer por contato direto ou por contato com objetos utilizados por um ou por outro, sem a adequada higienização.
4. A desinfecção de uma superfície deve ser realizada após a limpeza com a utilização de álcool 70% preferencialmente, tendo a possibilidade de alguns produtos em substituição ao álcool, determinados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
5. A esterilização é um procedimento eficaz e eficiente para eliminação total ou quase total de micro-organismos por meio de processos físicos e químicos, dispensando, portanto, a limpeza prévia da superfície ou do objeto.
6. As máscaras de tecido em três camadas são as ideais para serem utilizadas em ambientes críticos e semicríticos, pois oferecem barreira útil e necessária para a proteção das vias aéreas.
7. A lavagem das mãos ainda se mantém como uma medida eficiente de proteção e deve ser realizada antes da colocação ou da retirada de qualquer equipamento de proteção individual utilizado pelo profissional de saúde.

Os ambientes fonoaudiológicos para atendimento ambulatorial em audiologia exigem cabine acústica ou sala com tratamento acústico e equipamentos eletrônicos, fios, fones e microfones. Após a pandemia da Covid-19, os aspectos de biossegurança em serviços de audiologia foram publicados em normas orientativas do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia, da Academia Brasileira de Audiologia e dispostos no Manual de Biossegurança em capítulo específico para esse serviço.

A respeito dessas questões, julgue os itens a seguir.

8. Na audiologia, os artigos utilizados são, em sua maioria, não críticos e, por isso, dispensam esterilização, desinfecção ou limpeza a cada atendimento, mas essas devem ser realizadas após um ano de uso, juntamente com a calibração dos equipamentos.

9. O álcool isopropílico é o material indicado para a limpeza de microfones, audiômetros, imitanciómetros, cabos e botões de resposta, por ter menor propensão a danificar equipamentos eletrônicos
10. É recomendável o uso de barreiras de proteção, como papel filme ou forros de TNT, nos equipamentos ou instrumentos não descartáveis que não permitem lavagem com água e sabão.
11. A utilização de equipamentos de proteção individual, como jalecos, luvas, gorros e máscaras, está dispensada nos casos em que houver cobertura das superfícies das cabines e equipamentos com barreiras protetoras.
12. É necessário respeitar o tempo de ventilação das cabines acústicas, considerando seu volume, ou seja, quanto menor o ambiente, maior o tempo de ventilação necessário, já que o contato com o paciente é mais próximo de suas paredes e fios.

Entende-se por telefonaudiologia os atendimentos da área da profissão, que são mediados por tecnologias da informação e comunicação. Essa forma de trabalho vem sendo foco de estudos e regulamentações para enfrentamento dos desafios de seu uso em função do seu grande potencial para suprir demandas que ficaram muito evidentes com o cenário criado a partir da pandemia da Covid-19.

Acerca dessa temática, julgue os itens a seguir.

13. Como potenciais benefícios da telefonaudiologia, pode-se citar o aumento de acesso aos serviços em fonoaudiologia, ampliando a frequência de acesso do cliente e minimizando custos diretos com deslocamento.
14. Com um acesso adequado à rede de conexão de internet, as perdas das pistas não verbais visuais afetaram menos a comunicação em teleatendimentos.
15. Há grande riqueza nas ferramentas para discussão clínica dos casos e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais da área.
16. Apesar de ser considerado um procedimento de exercício profissional, o uso de tecnologias da informação e comunicação para teleatendimento torna o fonoaudiólogo isento do sigilo profissional.
17. A modalidade de teleatendimento pode ser síncrona, com interação ao vivo entre os participantes, ou assíncrona, quando a interação é realizada somente por escrito, via *chat*, por exemplo.
18. Nos serviços de telediagnóstico, o fonoaudiólogo com *expertise* em determinado tema recebe exames realizados por técnicos ou atendentes e fornece o laudo a partir da análise dos resultados recebidos.
19. O Sistema Único de Saúde utiliza como ferramenta assíncrona um banco de segunda opinião formativa (SOF), que tem por objetivo responder às dúvidas e necessidades de outros profissionais a partir de revisão bibliográfica para levantamento das evidências científicas.
20. Ferramentas de telemonitoramento têm sido implementadas, permitindo ao fonoaudiólogo um acompanhamento de modo assíncrono de todos os acessos e resultados obtidos pelo cliente no uso de aplicativos de treinamento ou de tecnologias assistivas.

Um menino de 7 anos de idade compareceu à avaliação fonoaudiológica, acompanhado de sua mãe. As principais queixas foram ronco com momentos de pausas na respiração durante o sono e o fato de ele comer apenas macarrão, carne moída e leite. Apresenta comportamento dispersivo na escola, com dificuldades na alfabetização e trocas na fala.

Com base no caso descrito, no que se refere ao sistema estomatognático, julgue os itens a seguir.

21. Caso a criança tenha o diagnóstico de síndrome da apneia obstrutiva do sono, é provável que apresente oclusão dentária classe III com alterações faciais, como retrognatismo e estreitamento do espaço faríngeo.
22. A criança pode apresentar as estruturas anatômicas características do quadro fisiopatológico da apneia obstrutiva do sono, que são palato duro ogival, língua volumosa, palato mole posteriorizado e hipertrofia de tonsilas palatinas.
23. O quadro é compatível com uma hipotonia dos músculos cricoaritenóideo, genioglosso, além das paredes posterior e laterais da faringe.
24. A terapia fonoaudiológica focada na musculatura posterior de língua e no esfíncter velofaríngeo pode reduzir os sintomas de ronco e de sonolência diurna.
25. As alterações estruturais características do caso mencionado justificam dificuldades de produção dos fonemas linguodentais e linguoalveolares, em razão da hipotonia do músculo genioglosso.
26. As modificações ósseas advindas da respiração oral, da postura de língua e de lábios são trabalhadas apenas a partir da intervenção ortodôntica.
27. Lábio evertido é esperado, justificado por estreitamento de vias aéreas, exigindo que se faça a respiração oral durante o dia e à noite, durante o sono.
28. É importante verificar alterações neuromusculares, ou mesmo anomalias craniofaciais, que possam justificar a fraqueza muscular para a mastigação e a alteração de postura do sistema estomatognático.

Considerando o quadro do menino de 7 anos de idade, anteriormente apresentado, a partir da análise das queixas auditivas e relacionadas ao processamento auditivo central, julgue os itens a seguir.

29. As queixas relativas ao comportamento dispersivo da criança podem estar relacionadas a um exame audiológico com curvas timpanométricas do tipo B na orelha direita e do tipo C na orelha esquerda, com reflexos acústicos ausentes.
30. Otites médias recorrentes não interferem, de forma significativa, no desenvolvimento das habilidades auditivas.
31. Após a avaliação audiológica básica com resultados adequados para a idade, sugere-se avaliação do processamento auditivo, aplicando testes como dicótico de dissílabos alternados e percepção de padrão de duração.
32. É possível identificar, na audiometria tonal, limiares aéreos maiores que 25 dB, sem alterações dos limiares ósseos, instituindo o que se denomina *gap* aéreo-ósseo.
33. No caso da indicação para exame do potencial evocado auditivo de tronco encefálico, espera-se um atraso expressivo da latência das ondas I, III e V, com alteração significativa da interlatência I-III, compatível com alteração pré-neural, periférica.

34. A história dessa criança apresenta sinais de transtorno do *deficit* de atenção e hiperatividade, como a respiração oral, a hipertrofia de tonsilas e o comportamento dispersivo na escola.
35. Crianças de 7 anos de idade não apresentam respostas confiáveis para audiometria, sendo necessário o uso de metodologia objetiva para avaliar sua audição de forma adequada e fidedigna.
36. As habilidades auditivas de escuta dicótica com atenção dirigida, que exigem separação binaural, não são indicadas, pois as crianças de 7 anos de idade ainda se encontram em processo de maturação neurológica.

A equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por fonoaudióloga, enfermeira, psicólogo, fisioterapeuta e o médico da família, conduzem, às quartas-feiras, grupos de gestantes de acordo com a distribuição das equipes de saúde da família que atendem a determinado território. Nos grupos, são apresentadas estratégias em grupo para discussão de aspectos referentes à saúde materna, ao parto, ao puerpério e a respeito do desenvolvimento global do bebê.

No que tange a esse atendimento, julgue os itens a seguir.

37. O trabalho do fonoaudiólogo no NASF concentra-se em orientar, conscientizar os pacientes e promover educação continuada à equipe a respeito dos aspectos fonoaudiológicos.
38. As orientações quanto às triagens neonatais fazem parte das atividades do grupo de gestantes, indicando a importância do teste do pezinho, do teste da orelhinha, do teste do olhinho, do teste do coraçãozinho e do teste da linguinha.
39. Mães adolescentes e mães com baixa instrução constituem risco de adoecimento e de mortalidade do bebê, por isso devem ser acompanhadas pela Atenção Básica com prioridade.
40. Informações relativas ao desmame precoce podem ser tratadas pelo NASF, nas atividades do grupo de gestantes, esclarecendo o caráter anedótico de sua relação com agravos de saúde do bebê.
41. As mães obtêm informações acerca das unidades que recebem o recém-nascido nas maternidades, as quais, dependendo das condições de nascimento do bebê, podem ser o alojamento conjunto, a unidade intermediária ou a de cuidados intensivos.
42. As informações preventivas concernentes ao processo de complementação alimentar podem ser transmitidas às mães, tendo em vista ser comum o bebê não conseguir sugar bem durante o primeiro mês de vida.
43. O trabalho em grupo realizado pelo NASF tem como principal objetivo lidar com a alta demanda de atendimentos na Atenção Básica e podem ser motivacionais, operativos e terapêuticos.
44. A produção de leite logo após o nascimento da criança é controlada principalmente por hormônios e a apojadura, que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia pós-parto, e acontece somente se a criança sugar o seio em esquema de livre demanda.

Em um dos dias de atendimento ao grupo de gestantes, a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) deparou-se com uma mãe com infecção urinária avançada e com riscos de parto prematuro.

Acerca desse caso, julgue os itens a seguir.

45. O parto prematuro é visto como um fator de risco para perdas auditivas em recém-nascidos, assim como o baixo peso ao nascer e o uso de sonda nasogástrica.
46. É previsto o projeto terapêutico singular para atendimento da mãe de risco, no qual os profissionais do NASF, juntamente com a equipe de saúde da família que acompanha o caso, discutem as necessidades de saúde, o diagnóstico e a definição do cuidado.
47. Apesar de sua baixa eficácia na resolutividade do tratamento, o projeto terapêutico singular é a melhor forma para aumentar o grau de corresponsabilidade dos profissionais com relação ao caso.
48. O bebê deverá ser submetido, ainda na maternidade, ao teste da orelhinha utilizando os procedimentos de emissões otoacústicas e do potencial evocado auditivo de tronco encefálico, em virtude dos fatores de risco para perda auditiva que apresenta.
49. Caso o sistema auditivo do prematuro manifeste boas respostas à triagem auditiva neonatal, ele deverá ser submetido a uma bateria de avaliação audiológica apenas quando completar 12 meses de vida.
50. A prematuridade do bebê pode promover desajustes da coordenação entre respiração, sucção e deglutição, e a amamentação natural será contraindicada.
51. Caso seja necessária a complementação da amamentação, ela deverá ser ofertada em copo, colher ou xícara, com o leite materno ordenhado.
52. O acompanhamento dos aspectos alimentares, do desenvolvimento dos movimentos mandibulares, da linguagem e da audição do bebê prematuro deverá ser realizado em centros de alta complexidade.

O envelhecimento é um processo natural no qual há aumento da vulnerabilidade, pois cursa com o desenvolvimento de doenças e de condições que podem levar à incapacidade funcional. Constitui-se, portanto, em um desafio para produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. Com base na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, julgue os itens a seguir.

53. A regulamentação do Sistema Único de Saúde estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a centralização dos atendimentos na unidade básica de saúde.
54. A perda da capacidade funcional vem a ser a perda das habilidades físicas e mentais primordiais para a realização de atividades de vida diária, consideradas básicas e instrumentais.
55. A saúde para a população idosa deve focar no controle e na prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis.
56. O acidente vascular cerebral é uma condição do idoso frágil, sendo responsável por incapacidades associadas aos distúrbios de fala ou de linguagem e aos distúrbios de deglutição.
57. A disfagia em idosos, principalmente naqueles com sequelas neurológicas, acarreta grande risco para pneumonia aspirativa.

58. O envelhecimento saudável envolve também a interação entre saúde física e mental, independência financeira, capacidade funcional e suporte social.
59. A condição de fragilidade do idoso pode envolver a falta de controle motor da deglutição na fase esofágica e ocorre por causa da disfunção do nervo vago, correspondente ao V par de nervos cranianos.
60. De acordo com a condição funcional da pessoa idosa, serão estabelecidas ações de caráter preventivo na atenção primária ou de reabilitação, para retomar a autonomia funcional, a prevenção do declínio funcional e a recuperação da saúde.

Uma das diretrizes da Política Nacional de Educação Especial (PNEE) é oferecer atendimento educacional especializado e de qualidade, em classes e escolas regulares inclusivas, classes e escolas especializadas ou classes e escolas bilíngues de surdos, a todos que demandarem esse tipo de serviço, para que lhes seja assegurada a inclusão social, cultural, acadêmica e profissional, de forma equitativa e com a possibilidade de aprendizado ao longo da vida.

No que concerne às políticas de inclusão, julgue os itens a seguir.

61. O processo de decisão quanto aos serviços e recursos educacionais especializados deve contar com a participação do educando e da família dele.
62. O público alvo da PNEE são educandos com deficiência, transtornos psiquiátricos e superdotados.
63. O Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a educação, promove a inclusão de todo cidadão brasileiro, com serviços especializados como um subsistema de atenção à saúde indígena que funciona integrado aos demais sistemas do SUS.
64. A inclusão de surdos e deficientes auditivos na educação dá-se a partir da adoção da língua brasileira de sinais (Libras) como primeira língua, bem como da língua portuguesa na modalidade escrita como segunda língua para todos que fazem parte dessa população.
65. Entende-se como primeira língua, no âmbito da PNEE, a língua para instrução, comunicação, interação e ensino.
66. A PNEE considera planos de desenvolvimento individual e escolar os instrumentos de planejamento e de organização de ações, elaborados pela escola para atender o público-alvo da educação especial.
67. As classes especializadas são organizadas em escolas regulares inclusivas, com acessibilidade estrutural e pedagógica para atendimento das especificidades do público ao qual são destinadas, garantindo a equidade.
68. As estruturas de escolas especializadas, escolas regulares inclusivas e escolas bilíngues são adequadas ao público da PNEE e não dependem de formação específica dos profissionais da educação que utilizarão seus recursos.

Área livre

Uma senhora de 68 anos de idade compareceu ao hospital central com suspeita de Covid-19, juntamente com o esposo dela, também com sintomas graves. Ambos foram internados e o quadro evoluiu para necessidade de intubação para ventilação mecânica. Após a estabilização da respiração e a retirada da ventilação mecânica, a senhora continua hospitalizada com quadro respiratório que inspira cuidados.

Quanto à atuação fonoaudiológica para esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

69. Os tubos endotraqueais podem causar alterações na anatomia e na fisiologia da laringe e dos brônquios, impactando minimamente a fisiologia da deglutição.
70. A presença de disfagia pós-extubação é esperada nos casos de pacientes acima de 55 anos de idade e aumenta o risco de mortalidade durante a internação.
71. Os mecanismos de disfagia pós-extubação apresentam causas multifatoriais, incluindo aspectos mecânicos, distúrbios cognitivos, efeitos residuais das medicações utilizadas e sedação.
72. A fase esofágica da deglutição cria uma onda peristáltica voluntária, a qual leva o bolo para o estômago, e o esfíncter esofageal superior tem função de proteção da via aérea contra a aspiração.
73. Nesse caso, espera-se que a paciente apresente uma voz alterada, associada a um som de bolhas ou secreção logo após a deglutição, por conta da extubação, porém sem relação com a disfagia.
74. A presença de tosse ou engasgo durante ou logo após a deglutição pode estar relacionada à disfagia pós-extubação.
75. Durante a fase faríngea da deglutição, a partir da contração dos músculos supra-hióideos, tais como o milo-hióideo, o gênio-hióideo e o digástrico, e do músculo tireo-hióideo, a laringe se eleva.
76. A partir da ausculta cervical, é possível avaliar a fase oral preparatória da deglutição, identificando a movimentação de base de língua.

Uma gestante com 10 semanas de gravidez é acompanhada por um grupo de gestantes na Atenção Básica e com consultas de pré-natal. Sua gestação não apresenta intercorrências.

A respeito desse caso, de acordo com o exame de ultrassom nesse período e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

77. Com 10 semanas de vida intrauterina, é possível visualizar a formação do palato primário, visto que os processos palatinos laterais já se medializaram e fundiram-se ao processo palatino mediano.
78. Já se pode visualizar um esboço do osso mandibular, com origem no processo mandibular no quinto arco braquial, que surge por volta da sétima semana de vida intrauterina.
79. A língua já está formada nesse momento, com a fusão dos 2/3 anteriores originários do terceiro arco braquial com 1/3 posterior, originário do quinto arco braquial.
80. Duas saliências do ectoderma formaram o assoalho das fossas nasais por volta da quinta semana de vida intrauterina.

81. Apesar da previsão de formação de palato, nariz e boca, na 10ª semana de vida intrauterina ainda não é possível verificar vestígios de fissura labiopalatal no ultrassom.
82. Arcos branquiais se desenvolvem e estão envolvidos na formação da face, da cavidade nasal, da boca, da laringe, da faringe e do pescoço.
83. A tuba auditiva, as tonsilas palatinas e as glândulas parótidas ainda não estão visíveis, pois só estarão formadas após a 20ª semana de vida intrauterina.
84. O uso de medicação ou de drogas nesse período de vida pode determinar o surgimento de surdez coclear por causa das alterações na formação da orelha interna no feto.

Um teleoperador de 42 anos de idade procurou um ambulatório de otorrinolaringologia por apresentar queixas vocais e auditivas. Seus sintomas vocais são cansaço para falar e dores de garganta.

Considerando esse caso e os conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

85. Teleoperadores associam alta demanda vocal à alta demanda cognitiva relativa à argumentação, à negociação, à comunicação, à solução de problemas e à persuasão, que podem aumentar o risco de distúrbio vocal relacionado ao trabalho.
86. As demandas referentes às metas estabelecidas pelo empregador para serem cumpridas pelo teleoperador não influenciam a produção vocal.
87. A linha de cuidado instituída para os distúrbios vocais relacionados ao trabalho (DVRT) é gerenciada pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que deve acompanhar a evolução do quadro desde o diagnóstico até o tratamento e a alta.
88. É importante registrar a relação do agravo da voz com o trabalho no prontuário do trabalhador, em relatórios de saúde; no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), se for o caso; e na comunicação de acidente de trabalho (CAT), se for um trabalhador segurado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).
89. O início dos sintomas geralmente é súbito, com predominância nos finais da jornada de trabalho e diminuição desses após repouso noturno ou nos finais de semana.
90. Os sintomas podem se tornar presentes continuamente durante a jornada de trabalho ou durante todo o dia, sem recuperação, mesmo com repouso vocal.
91. Para diagnóstico de DVRT, são necessárias as avaliações médicas e fonoaudiológicas, a história clínica e laboral e inspeção da atividade de trabalho *in loco*.
92. As disfonias organofuncionais possuem etiologia na demanda vocal sob efeito de inflamações ou infecções agudas relacionadas a gripes, laringites e faringites.

Área livre

Ainda com relação ao teleoperador citado, tendo em vista os seus sintomas auditivos, o zumbido e a plenitude auricular, julgue os itens a seguir.

93. O zumbido característico da exposição ao ruído laboral com uso de fones é do tipo objetivo, que reduz ou aumenta sua intensidade dependendo do posicionamento da cabeça.
94. A acufenometria é um procedimento objetivo que detecta, de forma precisa, a frequência e a intensidade do zumbido do paciente.
95. É possível que o zumbido seja um sinal relacionado a um aumento de limiar em alta frequência, delimitando uma gota na sua curva audiométrica, característica de lesão coclear.
96. A mudança temporária de limiar é uma entidade vinculada à percepção inconstante de zumbido, associada à sensação de perda auditiva ligada à exposição ao ruído.
97. Sem outras queixas associadas, a imitanciométrica desse caso pode ser caracterizada com curvas timpanométricas do tipo B na orelha direita e tipo A à esquerda, com reflexos contralaterais da orelha direita presentes e da esquerda ausentes.
98. Um resultado compatível com o quadro para as emissões otoacústicas por produto de distorção seriam amplitudes negativas, com relação a sinal/ruído abaixo de 3 dB em 4 kHz e 5 kHz e acima de 8 dB com amplitudes positivas em 2 kHz e 3 kHz.
99. A perda auditiva induzida por ruído (PAIR) é dependente do tempo de exposição e da intensidade sonora.
100. Espera-se que a logoaudiometria, caso seja identificado um quadro inicial de perda auditiva relacionada ao ruído ocupacional, apresente índice de reconhecimento dentro do padrão de normalidade, ou seja, entre 100% e 92%.

Área livre

Um recém-nascido, pré-termo de 36 semanas e 1 dia, com peso ao nascimento de 2.100 g e infecção congênita por citomegalovírus, permaneceu em unidade de terapia intensiva neonatal por 48 horas e, após ser encaminhado para o alojamento conjunto da respectiva unidade, passou por avaliação fonoaudiológica.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

101. Durante a avaliação, para obter informações quanto ao processo de coordenação da sucção com a deglutição e a respiração do bebê, o fonoaudiólogo poderá utilizar o método da ausculta cervical.
102. Não existe associação entre problemas alimentares, a imaturidade do controle respiratório e a ocorrência de morte súbita em neonatos.
103. A sucção do recém-nascido consiste, inicialmente, de movimentos rápidos, regulares e eficientes. O padrão irregular do ritmo de sucção pode ser indicador de disfunção cerebral ou de anomalia em recém-nascidos.
104. As infecções congênitas como toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus são consideradas indicadores de risco para deficiências auditivas, mas não são fatores de risco para distúrbios alimentares em recém-nascidos.
105. Se, na triagem auditiva neonatal o recém-nascido demonstrar presença de emissões otoacústicas transientes (EOAT) e ausência de reflexo cocleopalpebral, esse resultado sugere alteração coclear.
106. O potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) não é recomendado nesse caso, já que as EOAT estão presentes.

Um paciente 7 anos de idade foi encaminhado à avaliação fonoaudiológica com queixa de “trocas na fala”. Após a anamnese, realizou-se uma avaliação de linguagem, e foram solicitados exames de audiometria e impedanciometria. Na avaliação de linguagem, constataram-se ausência de alterações orgânicas, bem como desvio fonológico com os seguintes processos fonológicos: dessonorização e redução do encontro consonantal.

A respeito desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir.

107. A dessonorização é caracterizada pela produção das plosivas, fricativas ou africadas sonoras como surdas. Exemplo: [b] > [p] / [g] > [k] / [z] > [s].
108. A redução do encontro consonantal é caracterizada pelo apagamento de uma consoante líquida – lateral ou não lateral – que ocorre entre duas vogais.
109. O processo de aquisição da linguagem oral ocorre até o momento em que todos os sons da fala são produzidos corretamente. No português brasileiro, o domínio fonológico típico ocorre por volta dos 5 anos de idade.
110. O desvio fonológico é uma das alterações pouco frequentes na população infantil.
111. A solicitação dos exames de audiometria e impedanciometria foi necessária, pois se deve levar em conta que transtornos fonológicos podem ter origem na perda auditiva em consequência de otite média recorrente, especialmente se essas perdas acontecem em períodos nos quais a discriminação auditiva sutil é muito importante.

112. A otite média secretora caracteriza-se por perda auditiva do tipo neurossensorial e por curva timpanométrica do tipo B, com reflexos acústicos ausentes.
113. A otite média é uma das infecções que mais acometem as crianças nos primeiros anos de vida. A inflamação na orelha média pode alterar o sistema auditivo periférico e central.

Atualmente, um número maior de bebês prematuros e (ou) sindrômicos tem sobrevivido, o que leva, conseqüentemente, ao aumento na utilização de sondas e aos problemas a elas relacionados até a completa transição para a alimentação por via oral.

Com base no exposto e nos conhecimentos correlatos, julgue os itens a seguir

114. A gavagem gástrica, ou sonda gástrica, é o método menos utilizado para administrar alimentação por via enteral em prematuros, pois envolve mais riscos e alto custo hospitalar.
115. A alimentação por sonda gástrica pode ser oferecida de maneira intermitente com volume inicial de 1 mL a 2 mL e em intervalos de uma a duas horas.
116. A alimentação intermitente é considerada mais fisiológica que a alimentação contínua, porque respeita a característica cíclica do funcionamento hormonal da mucosa gastrointestinal.
117. O grande desafio do fonoaudiólogo especializado no atendimento a bebês em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal é desenvolver estratégias de avaliação e terapia para facilitar a transição da alimentação de sonda gástrica para a via oral, promovendo o desenvolvimento motor oral normal ou o mais adequado possível.
118. Os reflexos que têm importância direta no processo de alimentação e que devem ser avaliados são *gag*, mordida fásica, protrusão de língua, procura, *suckling*, deglutição, lateralização e reflexo de tosse.
119. A nutrição enteral é aquela que leva os nutrientes diretamente à corrente sanguínea. O paciente é alimentado com preparados de nutrientes como carboidratos, aminoácidos, lipídeos, vitaminas e minerais, e tais preparados são administrados diretamente na veia, não passando pelo tubo digestivo.
120. O método canguru é um modelo de assistência ao recém-nascido prematuro, internado na UTI neonatal, que reúne estratégias de intervenção, reduzindo a presença dos pais na unidade neonatal e (minimizando) o acesso e a participação deles nos cuidados com o filho.