INSTITUTO SANTOS DUMONT
ENSINO E PESQUISA

PROCESSO SELETIVO
Edital nº 001/2027

Residência Multiprofissional no Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência

Fonoaudiologia

Leia estas instruções:

1	Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, assine no espaço reservado.
2	Este Caderno contém **50 questões** de múltipla escolha, dispostas da seguinte maneira: **01 a 30** ›Eixo Comum do Programa RESPCD; **31 a 50** ›Questões Específicas de Fonoaudiologia.
3	Se o Caderno estiver incompleto ou apresentar imperfeição gráfica que impeça a leitura, solicite imediatamente ao Fiscal que o substitua.
4	Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
5	Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não peça esclarecimentos aos Fiscais.
6	O candidato deverá utilizar, **exclusivamente**, **caneta** esferográfica de tinta **preta**, fabricada em material transparente, sendo passível de **eliminação** caso utilize qualquer outro tipo de instrumento de escrita.
7	Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
8	Os rascunhos e as marcações que você fizer neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
9	Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões e preencher a Folha de Respostas.
10	O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
11	Antes de se retirar definitivamente da sala, **devolva** ao Fiscal a **Folha de Respostas**.
12	O candidato só poderá levar este Caderno **após decorridas três horas** do início da prova.

Assinatura do Candidato: _____

Eixo Comum do Programa RESPCD — 01 a 30

01. Uma equipe de Saúde da Família está realizando o planejamento territorial e a busca ativa de pessoas com deficiência em sua Unidade Básica de Saúde. Para alinhar o cadastramento local aos critérios do Censo Demográfico 2022 do IBGE e às diretrizes internacionais do Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência, os profissionais revisam os parâmetros conceituais utilizados no levantamento censitário nacional. Analisando a metodologia aplicada à população de 2 anos ou mais de idade no Censo 2022, a equipe constatou que é classificada como pessoa com deficiência a que declara

A) alguma dificuldade permanente registrada, simultaneamente, em dois ou mais dos cinco domínios funcionais investigados.

B) muita dificuldade ou incapacidade total de realizar atividade em, pelo menos, um dos cinco domínios funcionais pesquisados.

C) qualquer nível de limitação em, ao menos, um domínio funcional, sem o uso de aparelhos de auxílio ou próteses físicas.

D) qualquer diagnóstico médico prévio e formalizado de impedimento irreversível em, pelo menos, um dos domínios pesquisados.

02. Durante uma reunião de planejamento da equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), profissionais de fisioterapia, de terapia ocupacional e de fonoaudiologia discutem a alocação de recursos e equipamentos de tecnologia assistiva. Para embasar a priorização das ações com base em dados epidemiológicos populacionais do Censo Demográfico 2022 do IBGE, a equipe analisa o contingente de pessoas com limitações nos diferentes domínios funcionais, no Brasil. Com base nos resultados preliminares da amostra do Censo 2022 para a população de 2 anos ou mais de idade, o domínio funcional que registrou o maior volume absoluto de pessoas com deficiência no país é a dificuldade permanente para

A) enxergar, mesmo utilizando óculos ou lentes de contato.

B) andar ou subir degraus, mesmo usando aparelhos de auxílio.

C) ouvir, mesmo fazendo o uso contínuo de aparelhos auditivos.

D) manusear pequenos objetos, mesmo com uso de órtese de mão.

03. Em um hospital geral, uma equipe multiprofissional de saúde atende um paciente de 74 anos, consciente, orientado e no pleno domínio de suas faculdades mentais, com uma condição clínica grave para a qual a equipe recomenda um procedimento cirúrgico como opção terapêutica mais favorável. O paciente, entretanto, recusa a cirurgia e opta por um tratamento conservador, mesmo após ser informado sobre as possíveis consequências clínicas de sua decisão. A família do paciente, contudo, exige que o procedimento seja realizado. De acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa, quanto à tomada de decisão sobre o tratamento de saúde, a conduta correta da equipe de saúde deve ser

A) realizar o procedimento cirúrgico indicado, prevalecendo a conduta médica soberana sobre a vontade do paciente em situações de maior gravidade.

B) acatar a exigência dos familiares responsáveis, considerando que a gravidade da condição clínica justifica a transferência da decisão terapêutica à família.

C) submeter o caso à apreciação sumária do curador judicial da instituição, suspendendo qualquer intervenção até a emissão de parecer legal e formal.

D) respeitar a opção do paciente pelo tratamento conservador, visto ser assegurado o seu direito de escolha quando em domínio de suas faculdades mentais.

04. Em um serviço de pronto atendimento da rede pública de saúde, quatro pessoas idosas, após passarem pelo acolhimento e pela classificação de risco, encontram-se na área de observação, aguardando a continuidade do atendimento e a realização de exames diagnósticos. Todas apresentam condições clínicas que não caracterizam situação de emergência. Entre os usuários cadastrados no acolhimento, encontra-se uma senhora de 80 anos acompanhada de sua filha, que solicita prioridade no atendimento e a permanência contínua de acompanhante na unidade, justificando que é a mais idosa dentre as demais. Tendo em vista as normas do Estatuto da Pessoa Idosa relativas ao direito à saúde e à organização dos serviços, a equipe de atendimento deve reconhecer a

A) mesma prioridade para as demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, conforme as normas gerais de funcionamento do serviço.

B) mesma prioridade para as demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, observando o critério médico e as condições da unidade.

C) prioridade especial da senhora de 80 anos em relação às demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, conforme as normas gerais de funcionamento do serviço e as condições da unidade.

D) prioridade especial da senhora de 80 anos em relação às demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, observando o critério médico e as condições estabelecidas para a pessoa idosa em observação.

05. Uma mulher de 24 anos procura a emergência de um hospital público de referência 12 horas após ter sido vítima de violência sexual. Ao ser acolhida pela equipe multiprofissional da unidade, a usuária relata que não registrou Boletim de Ocorrência (BO) na delegacia por medo e vergonha, solicitando, expressamente, que nenhum órgão de segurança pública seja acionado no momento. Com base na Norma Técnica do Ministério da Saúde para o atendimento a pessoas em situação de violência sexual, a conduta imediata e adequada da equipe de saúde consiste em

A) iniciar o atendimento de saúde e orientar sobre o registro policial, deixando a coleta de vestígios para momento posterior, após a usuária manifestar sua intenção de registrar o BO.

B) prestar atendimento profilático e integral de saúde, respeitando a decisão da usuária, sem prejuízo das notificações compulsórias previstas em lei.

C) prestar o atendimento clínico e realizar os procedimentos profiláticos indicados, encaminhando a usuária à autoridade policial para formalização do registro da ocorrência.

D) realizar o acolhimento e os cuidados de saúde, encaminhando a usuária ao serviço médico-legal para avaliação pericial antes da coleta de vestígios na unidade.

06. Durante o atendimento a uma pessoa em situação de violência sexual, em um hospital habilitado do SUS, o médico realiza a coleta de amostras de secreção vaginal utilizando *swabs* esterilizados para pesquisa de espermatozoides e futura análise de perfil genético (DNA), após a assinatura do Termo de Consentimento Informado. Concluída a coleta no consultório, a equipe organiza o manuseio, a secagem e a embalagem dos vestígios para preservação e, em seguida, envia para a cadeia de custódia. De acordo com os procedimentos técnicos de acondicionamento e conservação de amostras descritos na Norma Técnica "Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios" do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015, a conduta correta para o manuseio inicial desses *swabs* é

A) secá-los à temperatura ambiente e acondicioná-los em envelopes de papel ou recipientes secos e identificados.

B) colocá-los, ainda úmidos, diretamente em sacos plásticos lacrados hermeticamente para evitar o ressecamento do DNA.

C) congelá-los, ainda úmidos, sem etapa prévia de secagem, para conter a proliferação de bactérias na amostra.

D) submetê-los ao calor de estufa cirúrgica para acelerar a evaporação da umidade antes de realizar o envio pericial.

07. Durante uma reunião de matriciamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde e do Centro Especializado em Reabilitação (CER), discute-se a linha de cuidado e o fluxo de concessão, adaptação e manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) para pacientes acompanhados no território. A equipe necessita compreender a estrutura formal e a articulação institucional do serviço responsável pela oferta dessa tecnologia assistiva no SUS. Ao consultar a Cartilha Orientativa do Novo Viver sem Limite, a equipe constatou que, conforme explicitado nesse documento, a Oficina Ortopédica configura-se como um serviço que deve estar formalmente vinculado e articulado a

A) um hospital geral público habilitado para atendimentos de alta complexidade ortopédica.

B) uma unidade básica de saúde de referência territorial ou a um centro comunitário do SUS.

C) um estabelecimento de reabilitação física ou a um Centro Especializado em Reabilitação.

D) uma unidade pública de acolhimento institucional de longa permanência.

08. Em um município de médio porte, uma equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (eMulti) e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) realiza o planejamento de cuidados para adultos com deficiência em situação de dependência funcional cujos vínculos familiares se encontram rompidos. A equipe precisa diferenciar as modalidades de acolhimento institucional para efetuar o encaminhamento adequado. Analisando a caracterização dos serviços socioassistenciais apresentada no plano Novo Viver sem Limite, a equipe constata que a unidade de acolhimento adaptada, que funciona como moradia protegida para jovens e adultos com deficiência nessa condição, é

A) o Abrigo Institucional Provisório, mantendo caráter temporário para internação continuada.

B) o Centro-Dia de Referência, ofertando atendimento público especializado apenas no turno diurno.

C) a Residência Inclusiva, constituindo unidade de moradia protegida inserida na comunidade.

D) a Casa-Lar Comunitária, fornecendo abrigo temporário sob a tutela de casal educador residente.

09. Em um município de médio porte, uma equipe multiprofissional de saúde está estruturando a linha de cuidado para a atenção à pessoa com deficiência na sua região de saúde. Para organizar a rede assistencial no SUS, segundo as diretrizes da Portaria MS nº 793/2012, os profissionais mapeiam os componentes fundamentais que constituem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. De acordo com a referida portaria, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência organiza-se, estruturalmente, nos componentes da

A) Reabilitação Comunitária, da Atenção Socioassistencial Integrada e do Pronto Atendimento de Emergências.

B) Atenção Primária à Saúde, da Atenção Ambulatorial Especializada e da Atenção Terciária de Média Complexidade.

C) Vigilância em Saúde, da Rede de Atenção Psicossocial Territorial e dos Serviços de Assistência Especializada.

D) Atenção Básica, da Atenção Especializada em Reabilitação e da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

10. Em um Centro Especializado em Reabilitação (CER), uma equipe multiprofissional de reabilitação acolhe uma usuária de 35 anos com sequelas motoras e sensoriais decorrentes de um acidente vascular cerebral. Para planejar o cuidado continuado e promover a autonomia e a independência da paciente na comunidade, a equipe organiza a elaboração do instrumento central de planejamento assistencial previsto na Portaria MS nº 793/2012. De acordo com as diretrizes da referida portaria para o componente de Atenção Especializada em Reabilitação, esse planejamento deve estruturar-se por meio do

A) Prontuário Médico Unificado, preenchido pela equipe multiprofissional do hospital de referência após a consulta primária.

B) Projeto Terapêutico Singular, elaborado em conjunto com a usuária e os familiares bem como baseado em avaliações multidisciplinares.

C) Plano Diretor de Regionalização, pactuado na comissão intergestores para organizar a regulação na média complexidade.

D) Protocolo Clínico de Acolhimento, definido pela Secretaria de Saúde para a triagem padronizada na atenção primária.

11. Uma equipe multiprofissional de uma Unidade Básica de Saúde realiza a acolhida de uma pessoa de 30 anos com limitação motora, decorrente de sequela neurológica, visando avaliar suas necessidades funcionais, de reabilitação e de inserção social na comunidade. Essa avaliação deve considerar o que determina a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015). Segundo a lei, a avaliação da deficiência, quando necessária, deve ser biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, e considerar

A) as alterações corporais, os fatores socioeconômicos, a capacidade para atividades profissionais e o grau de dependência funcional.

B) as alterações nas funções e estruturas do corpo, a condição clínica, a capacidade laboral e o grau de comprometimento funcional identificado.

C) os impedimentos nas funções e estruturas do corpo, os fatores socioambientais, a limitação de atividades e a restrição de participação.

D) os impedimentos corporais, as condições clínicas associadas, as limitações para o trabalho e as necessidades de apoio identificadas no contexto familiar.

12. Em uma unidade hospitalar, um profissional de saúde presta atendimento a uma pessoa adulta com deficiência intelectual em situação de curatela. O paciente necessita realizar um procedimento terapêutico eletivo de saúde e, após comunicação acessível, realizada pela equipe multiprofissional, o paciente demonstra compreender a natureza, os benefícios, os riscos e as alternativas do procedimento bem como consegue expressar sua decisão. De acordo com as disposições da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) relativas ao direito à saúde e à capacidade legal, a conduta adequada do profissional, nesse caso, é

A) obter o consentimento do próprio paciente, assegurando sua participação no processo decisório, visto que a curatela não afeta o direito à saúde.

B) considerar a manifestação do paciente durante o processo de consentimento, solicitando também a participação do curador na formalização do procedimento terapêutico.

C) considerar a manifestação do paciente e encaminhar o caso ao responsável legal para definição quanto ao consentimento necessário ao procedimento terapêutico.

D) realizar o procedimento mediante consentimento do curador, considerando a situação de curatela e a participação do paciente nas orientações sobre o tratamento.

13. Durante o atendimento prestado a um jovem com deficiência física, em um serviço de urgência, um profissional de saúde identifica lesões corporais e relatos sugestivos de sofrimento físico e negligência decorrentes de violência praticada no ambiente doméstico. Nos termos da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), diante da suspeita ou confirmação de violência contra a pessoa com deficiência nos serviços de saúde, a medida obrigatória a ser adotada pelo profissional de saúde é a

A) comunicação obrigatória do caso à direção do serviço de saúde e aos responsáveis pela assistência ao usuário.

B) notificação compulsória à autoridade policial, ao Ministério Público e aos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

C) orientação formal à pessoa atendida quanto aos mecanismos disponíveis para denúncia da situação de violência.

D) realização, no prontuário, de registro detalhado sobre as circunstâncias relacionadas à situação de violência identificada.

14. A história da dança inclusiva no Rio Grande do Norte apresenta experiências que contribuíram para ampliar a presença de pessoas com deficiência no cenário artístico brasileiro. Entre essas iniciativas, destaca-se a Roda Viva Cia. de Dança, criada em 1995, no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, reconhecida por seu pioneirismo na aproximação entre dança e pessoas com deficiência física. Considerando o significado dessa experiência para a representatividade da pessoa com deficiência na sociedade, o que representa a dimensão da transformação das representações sociais sobre a deficiência é a

A) valorização de grupos de dança inclusiva como espaços de convivência e formação artística, focados na aproximação com os padrões de desempenho dos bailarinos sem deficiência.

B) utilização da dança como recurso terapêutico para pessoas com deficiência, pois considera os ganhos funcionais e a expressão artística como um resultado secundário da intervenção.

C) participação de pessoas com deficiência em apresentações artísticas, com foco na reprodução de coreografias convencionais como referência para sua integração ao cenário da dança.

D) presença de pessoas com deficiência, como artistas, pois contribui para ampliar seu protagonismo cultural e questionar concepções que restringem sua participação social a espaços de reabilitação.

15. O Programa VENCER pelo Esporte, instituído pela Portaria MESP nº 15/2026, foi desenvolvido em articulação entre os Ministérios do Esporte, da Saúde e da Educação. O programa prevê a aproximação do paradesporto com os Centros Especializados em Reabilitação (CER) do SUS. Considerando essa proposta e o Acordo de Cooperação Técnica firmado entre os Ministérios do Esporte e da Saúde, trata-se de uma diretriz dessa iniciativa:

A) a integração do paradesporto ao processo de reabilitação, articulando sua utilização ao Projeto Terapêutico Singular e às ações desenvolvidas no cuidado às pessoas com deficiência.

B) o repasse da responsabilidade pela identificação, seleção e treinamento de atletas, destinados às competições oficiais do paradesporto brasileiro, para os CER.

C) a incorporação das atividades paradesportivas ao Projeto Terapêutico Singular como estratégia prioritária de reabilitação, substituindo intervenções terapêuticas convencionais por práticas esportivas.

D) o direcionamento das práticas paradesportivas nos CER aos usuários que apresentem interesse e potencial para participação em competições esportivas de âmbito regional ou nacional.

16. Um homem de 32 anos sofreu lesão medular traumática há oito meses, resultando em paraplegia. Apresenta dificuldades nas transferências e no autocuidado, utiliza cadeira de rodas e deseja retornar ao trabalho bem como participar de atividades esportivas. Reside em uma casa com acesso por escadas, enfrenta dificuldades no transporte público e relata que a família realiza algumas atividades por ele. A equipe do Centro Especializado em Reabilitação (CER) também identifica barreiras de acessibilidade no ambiente de trabalho. Considerando o modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e sua aplicação na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a equipe deve

A) considerar as barreiras ambientais e o apoio familiar após a recuperação funcional bem como estabelecer metas com a família, priorizando as atividades consideradas mais seguras.

B) analisar as barreiras ambientais e o apoio familiar como fatores que influenciam a funcionalidade e pactuar metas com o usuário, priorizando a recuperação das funções corporais.

C) analisar as barreiras ambientais e o apoio familiar como fatores que influenciam a funcionalidade e pactuar metas com o usuário, priorizando sua participação social.

D) considerar as barreiras ambientais e o apoio familiar quando interferirem nas técnicas terapêuticas bem como estabelecer metas pela equipe, priorizando as limitações identificadas na avaliação clínica.

17. Uma criança de 10 anos, com baixa visão bilateral, apresenta dificuldades para acessar materiais, acompanhar atividades e se deslocar com autonomia na escola. A família relata redução da participação escolar. A professora solicita apoio ao Centro Especializado em Reabilitação (CER), mas a escola e a família apresentam diferentes percepções sobre as necessidades da criança. Considerando o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a intersetorialidade, a melhor conduta seria articular

A) saúde, educação e assistência social a partir das necessidades identificadas pela equipe, priorizando recursos especializados e adaptações individuais. A família participa das orientações, enquanto a escola organiza sua implementação e comunica os resultados ao serviço de reabilitação.

B) saúde e educação para definir estratégias terapêuticas e recursos de acessibilidade, mantendo cada setor responsável por suas intervenções. A família deve ser consultada durante o planejamento, enquanto a equipe do CER monitora, posteriormente, a adaptação escolar.

C) saúde, educação e assistência social para ampliar os recursos disponíveis, mantendo o CER como responsável pela definição das estratégias. A escola executa as adaptações pactuadas, enquanto a família e os demais setores informam dificuldades observadas durante o acompanhamento conjunto.

D) saúde e educação para identificar barreiras à participação, pactuar estratégias de acessibilidade no cotidiano escolar e definir responsabilidades compartilhadas. A família deve participar do planejamento, enquanto os setores acompanham, conjuntamente, os efeitos das ações sobre a participação escolar.

Para responder às questões 18 e 19, analise o caso clínico abaixo.

Lucas, 16 anos, apresenta epilepsia farmacorresistente e deficiência intelectual. Frequenta uma escola regular, porém, nas atividades escolares, sua participação é limitada. Apresenta episódios de crise que interferem em sua rotina e fazem com que a família restrinja algumas atividades por receio de novas ocorrências. Na escola, os profissionais relatam dificuldade para identificar estratégias que favoreçam sua participação e autonomia. A mãe refere que as decisões relacionadas ao adolescente costumam ser tomadas pelos adultos, pois considera que Lucas tem dificuldade para expressar suas preferências. Apesar disso, ele demonstra interesse em participar de atividades esportivas e em realizar algumas tarefas de forma independente. A família também relata dificuldades para organizar uma rotina que contemple escola, cuidados, lazer e convivência social. A equipe do Centro Especializado em Reabilitação (CER) inicia a construção de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) com a participação do adolescente, da família, da escola e dos profissionais envolvidos.

18. Considerando o caso apresentado e os princípios do PTS, a conduta que representa, adequadamente, o primeiro momento de construção do PTS é realizar diagnóstico

A) situacional, identificando necessidades, potencialidades, barreiras e facilitadores nos diferentes contextos de vida. A equipe deve considerar a perspectiva de Lucas e da família para compreender demandas relacionadas à funcionalidade e participação.

B) clínico ampliado, priorizando controle das crises e limitações decorrentes da deficiência intelectual. A equipe deve considerar as demandas escolares e sociais, após estabelecer as principais necessidades terapêuticas relacionadas à condição de saúde.

C) funcional, concentrando-se nas limitações apresentadas por Lucas durante atividades terapêuticas. A equipe deve considerar as informações familiares e escolares para complementar a avaliação bem como definir as intervenções consideradas necessárias pela equipe.

D) multiprofissional, reunindo avaliações individuais dos diferentes profissionais responsáveis pelo acompanhamento. A equipe deve considerar a integração dessas informações para estabelecer prioridades terapêuticas, considerando as demandas familiares e escolares identificadas durante o atendimento.

19. A partir da avaliação inicial, Lucas, sua família e os profissionais identificam, como prioridades, ampliar sua participação na escola e em atividades de lazer, além de favorecer maior autonomia nas tarefas da rotina. Considerando a continuidade do PTS, a estratégia mais adequada será estabelecer metas

A) familiares relacionadas à organização da rotina e à adesão aos cuidados, definindo orientações para escola e serviços envolvidos. A equipe deverá acompanhar, posteriormente, a participação de Lucas, priorizando, inicialmente, os resultados clínicos alcançados durante o tratamento.

B) relacionadas à redução das limitações funcionais, definidas principalmente pela equipe, distribuindo intervenções entre os profissionais responsáveis. A participação escolar e social deverá ser acompanhada posteriormente, conforme evolução clínica apresentada durante o acompanhamento.

C) terapêuticas específicas para cada profissional, considerando suas respectivas áreas de atuação. A equipe deverá integrar os resultados periodicamente e realizar ajustes nas intervenções, conforme mudanças observadas no desempenho funcional de Lucas.

D) centradas na participação, pactuadas com Lucas e sua família, definindo responsabilidades compartilhadas entre os envolvidos. A equipe deverá utilizar indicadores objetivos para acompanhar os resultados e realizar ajustes durante a reavaliação.

20. Um serviço especializado do SUS, vinculado a uma instituição de ensino, pesquisa e inovação, acompanha crianças com deficiência e suas famílias. A equipe identifica três problemas recorrentes: dificuldades de articulação com a Atenção Primária, baixa participação das famílias na construção do cuidado e barreiras de acessibilidade nos processos de comunicação. Para enfrentar a situação, propõe um plano que articule residentes, profissionais da Atenção Primária à Saúde, equipe especializada, famílias e representantes de outros setores, utilizando casos reais do território para reorganizar fluxos, qualificar o cuidado e revisar os processos formativos. Considerando conjuntamente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI), a estratégia apresentada é caracterizada como

A) fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência mediante transferência progressiva das responsabilidades.

B) processo integrado de transformação das práticas de maneira intersetorial e atenta à acessibilidade.

C) estratégia de educação em saúde na qual os profissionais constroem ações interdependentes.

D) modelo de descentralização do cuidado, pautado na participação comunitária como validação das decisões.

21. Um município da região metropolitana do Rio Grande do Norte identifica aumento da demanda de crianças com deficiência para serviços especializados. O gestor municipal propõe concentrar o atendimento no Centro Especializado em Reabilitação, considerando que esse serviço dispõe de equipe multiprofissional especializada e recursos tecnológicos específicos. Entretanto, a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) argumenta que parte das necessidades poderia ser acompanhada no território, desde que houvesse apoio matricial e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e a organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a proposta que melhor expressa a lógica do Sistema Único de Saúde é

A) restringir ao serviço especializado os casos de maior complexidade clínica e transferir para a APS a responsabilidade integral das pessoas com deficiência.

B) concentrar o cuidado no serviço especializado diante da complexidade das necessidades da pessoa com deficiência, exigindo acompanhamento prioritariamente especializado.

C) organizar o cuidado de forma territorial e articulada em rede, mantendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.

D) estabelecer fluxos independentes entre APS e atenção especializada, permitindo que cada ponto da rede organize autonomamente seus planos terapêuticos.

22. Um município da região metropolitana do Rio Grande do Norte pretende organizar, de forma integrada entre saúde, educação e assistência social, a identificação e a priorização de crianças na primeira infância para ações de promoção do desenvolvimento integral. Para isso, propõe utilizar informações relativas ao território de residência, às condições socioeconômicas das famílias, à presença de deficiência e a outras situações de vulnerabilidade. Durante a discussão do plano municipal, um dos gestores defende que a priorização deve considerar critérios clínicos e a confirmação diagnóstica de deficiência. Outro gestor argumenta que a análise deve considerar as diferentes condições sociais e territoriais que podem produzir desigualdades no acesso às políticas públicas. Considerando as diretrizes da Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI), instituída pelo Decreto nº 12.574, de 5 de agosto de 2025, a estratégia municipal mais adequada, nesse caso, é

A) utilizar a confirmação diagnóstica de deficiência como principal critério de priorização, independentemente das condições socioeconômicas, territoriais e familiares, garantindo que os recursos sejam direcionados, prioritariamente, às crianças com deficiência e necessidades clínicas identificadas.

B) estabelecer critérios integrados de priorização que considerem a diversidade da primeira infância, as interseccionalidades socioeconômicas, territoriais e de deficiência, priorizando ações destinadas às crianças com deficiência e àquelas cujas famílias estejam em situação de risco ou vulnerabilidade social.

C) utilizar a renda familiar como critério predominante de priorização, uma vez que a condição socioeconômica constitui o principal determinante do acesso às políticas públicas na primeira infância, deixando a deficiência para avaliação posterior pelos serviços especializados.

D) estabelecer uma classificação única de prioridade baseada na gravidade clínica e na presença de deficiência, mantendo critérios homogêneos para todos os territórios, de modo a assegurar igualdade na distribuição dos serviços públicos.

23. Em um programa de residência multiprofissional vinculado a um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os residentes identificam que usuários encaminhados pela Atenção Primária à Saúde (APS) chegam ao serviço sem informações suficientes sobre seu contexto familiar, social e territorial. Diante dessa situação, a equipe propõe encontros conjuntos entre profissionais da APS, residentes, equipe especializada, usuários e familiares, com o objetivo de analisar casos, compreender os fatores que produzem as dificuldades identificadas e reorganizar os fluxos e as práticas de cuidado. Considerando os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a iniciativa descrita caracteriza-se como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde, porque

A) aproxima ensino e assistência ao inserir residentes na discussão dos casos e na reorganização dos fluxos, caracterizando um processo formativo institucional que foi conduzido para qualificar a atuação da Rede.

B) utiliza situações reais do serviço como recurso pedagógico para complementar a formação dos residentes, mantendo a organização dos processos de trabalho sob responsabilidade da equipe especializada.

C) promove a integração entre profissionais da rede e residentes por meio da discussão de casos, tendo como finalidade principal ampliar a capacitação técnica dos trabalhadores para a aplicação dos protocolos.

D) parte de um problema concreto identificado no processo de trabalho e promove a análise coletiva da realidade bem como utiliza a aprendizagem como instrumento para transformar práticas, relações e processos de cuidado.

24. Um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pretende elaborar um plano de atuação e, para isso, está revisando seus ambientes, equipamentos e processos de atendimento com o objetivo de ampliar a acessibilidade e a participação dos usuários. Durante a elaboração do plano, um profissional afirma que, uma vez incorporados os princípios do Desenho Universal aos ambientes e serviços, a utilização de tecnologias assistivas deixaria de ser necessária, pois os recursos passariam a atender indistintamente todas as pessoas. Considerando os conceitos de acessibilidade, de Desenho Universal e de tecnologia assistiva previstos na legislação brasileira, a afirmação do profissional está

A) incorreta, pois o Desenho Universal busca conceber ambientes, produtos, serviços e processos para utilização pelo maior número possível de pessoas, enquanto a tecnologia assistiva pode oferecer recursos específicos para ampliar a funcionalidade, a autonomia, a independência e a participação de determinadas pessoas.

B) correta, pois a aplicação do Desenho Universal pressupõe que ambientes, produtos e serviços sejam concebidos para atender às diferentes necessidades humanas, tornando desnecessária a utilização posterior de recursos ou estratégias individualizadas.

C) incorreta, pois a tecnologia assistiva constitui uma modalidade de adaptação arquitetônica destinada a pessoas que não conseguem utilizar ambientes ou equipamentos concebidos segundo os princípios de acessibilidade.

D) correta, pois a utilização de tecnologias assistivas deve ocorrer quando não for possível implementar soluções de acessibilidade universais, sendo sua aplicação incompatível com ambientes planejados segundo os princípios do Desenho Universal.

25. Um Centro Especializado em Reabilitação identifica que parte dos usuários abandona o acompanhamento, porque encontra dificuldades para chegar ao serviço, compreender as orientações profissionais e participar das decisões sobre seu próprio cuidado. A equipe decide revisar não apenas a estrutura física mas também os meios de comunicação, os fluxos de atendimento e as estratégias de participação dos usuários. Essa decisão é coerente com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, porque a acessibilidade

A) constitui a dimensão do cuidado integral, devendo promover acesso, autonomia, participação e inclusão social das pessoas com deficiência.

B) compreende a adequação dos espaços físicos e dos recursos de comunicação para facilitar o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde.

C) assegura as dimensões de participação e inclusão social, fundamentais para as pessoas com deficiência e para o trabalho igualitário dos profissionais de saúde.

D) depende da meta terapêutica de reabilitação, responsável por orientar o desenho universal dos recursos e tecnologias da Rede de Atenção à Saúde.

26. Uma equipe de reabilitação dispõe de número limitado de vagas para acompanhamento multiprofissional. Ao revisar o processo de acesso, identifica que pessoas com deficiências mais complexas necessitam de maior tempo de consulta, de tecnologias assistivas e de apoio à comunicação. Alguns profissionais propõem oferecer o mesmo número de atendimentos e o mesmo tempo de consulta a todos os usuários, enquanto outros defendem adequações segundo as necessidades apresentadas. À luz da Bioética aplicada à organização do cuidado, a conduta mais adequada consiste em

A) priorizar os usuários com deficiência que tenham maior possibilidade de alcançar independência funcional, direcionando a eles os recursos de maior complexidade e o tempo mais alongado.

B) estabelecer a mesma quantidade de recursos e o mesmo tempo assistencial para todos os usuários como forma de garantir tratamento equivalente no cuidado em saúde, como preconiza o SUS.

C) distribuir os recursos considerando as necessidades e barreiras enfrentadas pelos usuários, realizando adequações que possibilitem condições efetivas de acesso e cuidado em saúde.

D) organizar o acesso segundo a ordem de chegada ao serviço, utilizando esse critério como referência principal para distribuição, já que no Centro especializado todos são prioridade.

27. Uma equipe pretende avaliar os resultados de um programa de atividade física, como ferramenta de reabilitação, para pessoas com deficiência. Para isso, os pesquisadores desejam comparar os resultados obtidos antes e após 12 semanas de intervenção. As medidas a serem avaliadas são a mobilidade e a participação social bem como, simultaneamente, a compreensão de como os participantes percebem as mudanças produzidas pelo programa em sua vida cotidiana. Para atender aos objetivos propostos, o delineamento metodológico deverá

A) utilizar abordagem quantitativa para mensurar os desfechos e interpretar, a partir dos resultados numéricos, as experiências subjetivas dos participantes.

B) integrar estratégias quantitativas para analisar as mudanças mensuráveis e estratégias qualitativas para compreender as experiências e percepções dos participantes.

C) utilizar abordagem qualitativa documental para compreender as experiências e converter os relatos dos participantes em medidas equivalentes e comparativas aos testes funcionais aplicados.

D) integrar abordagem quantitativa documental para reunir registros assistenciais das escalas aplicadas e evoluções e, assim, mensurar os desfechos e a investigação das experiências.

28. Uma rede municipal pretende estimar a quantidade de profissionais, insumos e consultas necessárias para o acompanhamento de pessoas com deficiência que apresentam bexiga neurogênica. Para isso, necessita identificar quantas pessoas da população apresentam essa condição em determinado período, incluindo as diagnosticadas anteriormente e as recentemente. .A medida epidemiológica que fornece a informação necessária ao planejamento é a

A) letalidade, pois relaciona os casos existentes à população e permite estimar o volume de recursos assistenciais necessários.

B) incidência, pois considera o conjunto dos casos existentes e permite dimensionar a duração do agravo na população.

C) taxa de ataque, pois incorpora casos antigos e novos bem como permite estimar a demanda assistencial decorrente de doenças crônicas.

D) prevalência, pois considera o conjunto dos casos existentes e permite dimensionar a carga do agravo na população.

29. Uma criança com deficiência múltipla residente em município de pequeno porte necessita de acompanhamento especializado, mas este encontra-se indisponível localmente. A equipe da atenção primária realiza o encaminhamento para um serviço especializado de referência em outro município da região, mantém a coordenação do cuidado e recebe as informações necessárias à continuidade do acompanhamento no território. Essa situação expressa a organização do SUS, baseada na

A) descentralização administrativa, com transferência da responsabilidade assistencial do município de origem para o que oferece o serviço especializado.

B) universalidade da assistência, com concentração do acompanhamento nos serviços especializados que dispõem de maior densidade tecnológica.

C) regionalização e hierarquização da rede, com articulação entre diferentes pontos de atenção segundo a complexidade e as necessidades do usuário.

D) participação da comunidade, com compartilhamento da responsabilidade assistencial entre os serviços dos diferentes municípios da região.

30. Uma mulher indígena com deficiência física inicia acompanhamento em um serviço de reabilitação. Durante a consulta, relata que sua comunidade utiliza práticas tradicionais de cuidado que considera importantes para sua saúde e manifesta o desejo de conciliá-las com o tratamento proposto pela equipe. O profissional informa que o serviço trabalha exclusivamente com o protocolo institucional e orienta a suspensão dessas práticas, sem discutir seus significados ou possíveis formas de integração ao plano terapêutico. Considerando a competência cultural nas práticas em saúde, a condução adequada do caso requer

A) compreender o significado das práticas para a usuária, avaliar conjuntamente sua relação com o tratamento e construir um plano de cuidados compartilhado que respeite suas crenças e necessidades.

B) explicar à usuária que o protocolo institucional deve prevalecer sobre práticas culturais, pois a padronização das condutas favorece segurança assistencial mais efetiva e eficaz no cuidado.

C) permitir que a usuária mantenha suas práticas culturais fora do serviço, preservando o tratamento profissional sem interferência desses conhecimentos no plano terapêutico.

D) solicitar aos familiares informações sobre as práticas culturais da comunidade e utilizar essas informações para definir a conduta considerada mais adequada pela equipe.

Questões Específicas de Fonoaudiologia 31 a 50

31. M.F.J, 5 anos, apresenta suspeita do Transtorno do Espectro Autista. Durante a avaliação, o fonoaudiólogo observou poucas iniciativas comunicativas, baixo uso de gestos e pouca alternância do olhar entre o paciente e os objetos. Diante desses achados, a avaliação deve priorizar

A) a qualidade vocal e a coordenação respiratória.

B) a comunicação social e as habilidades pragmáticas.

C) a produção e a organização dos sons da fala.

D) a mastigação e a coordenação da deglutição.

32. Durante o atendimento de um paciente, o fonoaudiólogo identifica a necessidade de uma avaliação complementar por outro profissional da área da saúde. Ao realizar o encaminhamento, é questionado sobre o motivo do encaminhamento e sobre a necessidade de procurar outro especialista. De acordo com o Código de Ética Profissional do Fonoaudiólogo, ele deve

A) realizar o encaminhamento para os demais profissionais sem apresentar justificativas à família, limitando-se aos nomes das especialidades indicadas.

B) informar que o encaminhamento é necessário para complementar o diagnóstico, evitando detalhar as razões específicas da solicitação.

C) realizar o encaminhamento do paciente para outro profissional somente quando houver aceitação e autorização expressa da família e do paciente.

D) informar ao paciente e à família a devida justificativa para a solicitação de avaliação, esclarecendo a necessidade e a finalidade do encaminhamento.

33. J.A.B. nasceu prematuro, com 32 semanas de idade gestacional, e não possui outros diagnósticos médicos. Atualmente, está com 6 meses de idade cronológica e em aleitamento materno exclusivo em seio materno. Em uma visita à UBS, a mãe questionou o profissional da saúde sobre a possibilidade de iniciar a introdução alimentar. A conduta profissional mais adequada é avaliar os sinais de prontidão alimentar e iniciar a introdução alimentar

A) aos 7 meses de idade cronológica.

B) aos 6 meses de idade cronológica.

C) aos 8 meses de idade cronológica.

D) aos 9 meses de idade cronológica.

34. A apraxia de fala na infância é definida pela American Speech Language Hearing Association (2007) como um distúrbio neurológico de fala infantil, no qual a precisão e a consistência dos movimentos de fala estão prejudicadas pela ausência de déficits neuromusculares. Dessa forma, diversos parâmetros podem estar alterados, como, por exemplo,

A) a prosódia e a coarticulação.

B) a respiração e a decodificação.

C) a ressonância e o controle inibitório.

D) a memória e o vocabulário.

35. A impedância acústica da orelha média representa a resistência efetiva à transmissão do som entre meios de diferentes densidades. Avalie os fatores explicitados abaixo que podem determinar essa impedância.

I	Massa
II	Rigidez
III	Frequência
IV	Intensidade
V	Fricção
VI	Pressão

Nesse caso, os fatores que determinam essa impedância estão nos itens

A) III, IV e VI.

B) I, III e IV.

C) I, II e V.

D) II, V e VI.

36. P.D.O., 72 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson há 6 anos, procura atendimento fonoaudiológico acompanhado pela esposa e pela filha. A família relata que, nos últimos meses, ele passou a apresentar salivação excessiva e sialorreia, principalmente durante o dia e enquanto está sentado assistindo televisão. Segundo a esposa, "parece que ele está produzindo muito mais saliva do que antes", sendo necessário trocar, frequentemente, a toalha colocada sobre o colo do paciente. A orientação fonoaudiológica para esse paciente deve considerar que, na Doença de Parkinson, a sialorreia

A) pode estar relacionada principalmente à redução da frequência das deglutições espontâneas.

B) necessita ser tratada com a aplicação de substâncias que possam inibir a produção de saliva.

C) indica um quadro de disfagia grave e risco elevado de aspiração.

D) ocorre principalmente, porque a doença provoca aumento direto e contínuo da produção das glândulas salivares.

37. O fonoaudiólogo analisa o PEATE para interpretar a atividade neural ao longo das vias auditivas. A identificação dos geradores das ondas auxilia na compreensão das estruturas envolvidas na condução da informação auditiva e na interpretação dos resultados obtidos. A correspondência correta entre as ondas do PEATE e as estruturas relacionadas à sua origem é

A) onda I – complexo olivar superior; onda III – corpo trapezoide; onda V – corpo geniculado medial.

B) onda I – porção distal do VIII nervo craniano; onda III – núcleo coclear; onda V – lemnisco lateral e colículo inferior.

C) onda I – porção proximal do VIII nervo craniano; onda III – colículo inferior; onda V – núcleo coclear.

D) onda I – núcleo coclear; onda III – complexo olivar superior; onda V – corpo geniculado medial.

38. As Emissões Otoacústicas Evocadas por Produto de Distorção (EOAPD) são utilizadas na avaliação da função coclear. A EOAPD é gerada pela

A) resposta linear da cóclea à apresentação simultânea de dois tons puros, permitindo avaliar a função coclear em frequências específicas.

B) reflexão de um único tom puro apresentado ao ouvido, permitindo avaliar, de forma geral, a função da cóclea.

C) reflexão de dois tons puros apresentados separadamente, permitindo avaliar, de forma geral, a função da cóclea.

D) resposta não linear da cóclea à apresentação simultânea de dois tons puros, permitindo avaliar a função coclear em frequências específicas.

39. Uma criança de 4 anos apresenta vocabulário reduzido, frases curtas, erros morfossintáticos e dificuldade para compreender comandos complexos. Mantém interação social, atenção compartilhada, gestos e brincadeira simbólica adequados à idade. Esse perfil direciona a investigação para

A) Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem.

B) Apraxia de Fala na Infância.

C) Transtorno do Espectro Autista.

D) Transtorno da Comunicação Social Pragmática.

40. G.M.L., prematuro de 27 semanas gestacionais, nasceu com 800g e ficou internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por quatro meses. Realizou todos os testes de triagem neonatal, com todos os resultados dentro da normalidade. Na alta hospitalar, recebeu encaminhamento médico para realizar acompanhamento em um centro de reabilitação com as especialidades de neuropediatria, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia. A fonoaudióloga da equipe multidisciplinar deve orientar que a criança

A) deverá receber acompanhamento fonoaudiológico, pois todas as crianças nascidas prematuras apresentam atraso nos marcos do desenvolvimento.

B) não necessita submeter-se a outros exames auditivos, pois o teste da orelhinha teve resultado adequado.

C) tenha monitoramento do desenvolvimento infantil seguindo os marcos a partir da idade corrigida.

D) deverá iniciar o acompanhamento fonoaudiológico assim que complete um ano de idade corrigida, momento em que as crianças exibem um pico maior no desenvolvimento,

41. Durante o acompanhamento fonoaudiológico de uma criança com deficiência auditiva, a fonoaudióloga percebe que a família apresenta dúvidas sobre o uso dos dispositivos auditivos e as estratégias que podem favorecer o desenvolvimento da linguagem oral. Ao planejar a continuidade do atendimento, considera os princípios que orientam as principais abordagens de reabilitação auditiva infantil. Diante disso, a melhor conduta para esse acompanhamento é identificar precocemente a perda auditiva, iniciar a intervenção, orientar a família, garantir o uso consistente de dispositivos auditivos e

A) manter as metas terapêuticas inicialmente estabelecidas.

B) reavaliar continuamente as metas terapêuticas.

C) acompanhar o desenvolvimento da criança para garantir a ela a aquisição da linguagem oral.

D) concentrar o acompanhamento nas habilidades auditivas, independentemente do desenvolvimento global da criança.

42. C.M.V., 35 anos, realiza acompanhamento no Centro Especializado em Reabilitação devido à epilepsia. Está grávida de 25 semanas e foi informada de que poderá necessitar de parto antecipado devido à restrição do crescimento fetal. Durante o pré-natal, recebeu orientações sobre a importância do acompanhamento e da estimulação precoce. Considerando as orientações do Ministério da Saúde para promoção do desenvolvimento infantil, a estimulação precoce envolve ações de promoção, acompanhamento e intervenção no desenvolvimento da criança, podendo iniciar-se

A) ao nascimento e deve considerar os marcos do desenvolvimento bem como as necessidades da criança, com atividades adequadas às diferentes faixas etárias até os 2 anos.

B) ainda no período gestacional por meio de orientações à família e acompanhamento pré-natal e, após o nascimento, deve considerar os marcos do desenvolvimento e as necessidades da criança, com atividades adequadas às diferentes faixas etárias até os 2 anos.

C) ao nascimento e deve considerar os marcos do desenvolvimento e as necessidades da criança, com atividades adequadas às diferentes faixas etárias até os 4 anos.

D) ainda no período gestacional por meio de orientações à família e acompanhamento pré-natal e, após o nascimento, deve considerar os marcos do desenvolvimento e as necessidades da criança, com atividades adequadas às diferentes faixas etárias até os 3 anos.

43. Na avaliação do comportamento auditivo de um lactente de 5 meses, a fonoaudióloga observa que a criança permanece em estado de alerta, mas ainda necessita de apoio para sustentar a cabeça. Para favorecer a movimentação lateral da cabeça em resposta aos estímulos sonoros, o posicionamento adequado à faixa etária da criança é posicioná-la

A) sentada, com a região dorsal apoiada no abdômen da mãe, mantendo-a em estado de alerta.

B) em decúbito ventral, com a cabeça livre para movimentação, mantendo-a em estado de alerta.

C) em decúbito dorsal, com a cabeça sustentada pela mão da mãe ou do cuidador, mantendo-a em estado de alerta.

D) em decúbito lateral, com a cabeça apoiada em uma almofada, mantendo-a em estado de alerta.

44. Um homem de 70 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson há 5 anos, é encaminhado para avaliação fonoaudiológica devido à queixa de que sua voz está “cada vez mais fraca”. A esposa relata que, durante as conversas em casa, frequentemente, precisa pedir que ele repita o que falou. Em ambientes com maior ruído, a dificuldade de comunicação torna-se ainda mais evidente. Durante a entrevista, o paciente relata que não percebe grandes alterações na qualidade da voz, mas afirma sentir que “fala normalmente”, apesar de seus familiares referirem redução progressiva da intensidade vocal. Na avaliação clínica, observa-se voz de baixa intensidade, articulação reduzida e fala com pouca variação de intensidade e prosódia. Considerando o quadro apresentado, a estratégia de avaliação fonoaudiológica mais adequada é a

A) avaliação da intensidade vocal durante a conversação espontânea, uma vez que a hipofonia na Doença de Parkinson se manifesta, predominantemente, na fala funcional, sendo desnecessária a comparação com tarefas de emissão sustentada ou contagem.

B) avaliação da qualidade vocal por meio da emissão sustentada da vogal /a/, considerando, principalmente, a presença de rouquidão, soprosidade e tensão, pois essas características determinam a gravidade da hipofonia na Doença de Parkinson.

C) avaliação perceptivo-auditiva da voz, associada à mensuração da intensidade vocal, à análise do tempo máximo de fonação, à sustentação de vogais, à emissão de fala espontânea e às tarefas de contagem, comparando o desempenho nas diferentes situações comunicativas.

D) avaliação das medidas acústicas de intensidade vocal durante a emissão sustentada de vogais e, caso sejam identificados valores reduzidos, a consideração da presença de hipofonia, sem necessidade de investigar os aspectos respiratórios ou o comportamento vocal durante a comunicação espontânea.

45. A atuação fonoaudiológica é de suma importância na terapia e no gerenciamento da disfagia, desde as modificações na dieta ou na textura dos alimentos até a indicação ou retirada da alimentação por via oral. Na prática clínica, algumas abordagens podem ser utilizadas durante o processo de terapia e gerenciamento, como a modificação de

A) alimento: alternar o uso da colher com alimento e sem ele.

B) utensílio: recomendar um bico da mamadeira a fim de alterar o fluxo.

C) consistência: usar mordedores de diferentes texturas e materiais.

D) progressão oral: aumentar a concentração da dieta.

46. Uma criança apresenta um timpanograma com pico deslocado para valores de pressão negativa e formato arredondado. O gradiente timpanométrico, calculado a partir da relação entre a altura do pico e a total da curva, apresenta valor de 0,09 ml. Com base nesses achados, o gradiente é

A) superior a 0,05 ml e sugere uma curva arredondada sem pico definido.

B) superior a 0,05 ml e indica uma curva timpanométrica dentro dos parâmetros de normalidade.

C) inferior a 0,1 ml e indica, isoladamente, a presença de efusão na orelha média.

D) inferior a 0,1 ml e pode estar associado a alterações condutivas, especialmente quando acompanhado de pico em pressão negativa.

47. M.T.U., 15 meses, foi levado pela mãe para uma avaliação fonoaudiológica, sendo observada ausência na produção de palavras, atraso no desenvolvimento motor e dificuldade na introdução alimentar. Diante dos achados, será necessário

A) iniciar a intervenção fonoaudiológica, considerando que, aos 15 meses, espera-se produção de palavras, e encaminhá-lo para avaliação com fisioterapeuta.

B) orientar a família sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, considerando que, aos 15 meses, não há produção de palavras.

C) iniciar a intervenção fonoaudiológica, considerando que, aos 13 meses, espera-se produção de frases, e encaminhá-lo para avaliação com fisioterapeuta.

D) orientar a família sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, considerando que, aos 13 meses, há produção de palavras.

48. M.A.S., 28 anos, mãe de um recém-nascido de 10 dias, realiza acompanhamento no Centro Especializado em Reabilitação. Durante o pré-natal, apresentou sorologia compatível com infecção pelo citomegalovírus (CMV). Após o nascimento do filho, demonstrou preocupação em amamentar devido à possibilidade de transmissão do vírus pelo leite materno. Considerando as recomendações do Ministério da Saúde relacionadas ao aleitamento materno e ao cuidado da criança,

A) o leite materno deve ser substituído por fórmula infantil em todos os casos de infecção materna pelo citomegalovírus, até que a mãe apresente sorologia negativa para o vírus.

B) a presença de citomegalovírus na mãe constitui indicação para interromper a amamentação de um recém-nascido saudável.

C) a presença de citomegalovírus na mãe não constitui, isoladamente, indicação para interromper a amamentação de um recém-nascido saudável.

D) o leite materno deve ser substituído por fórmula infantil em todos os casos de infecção materna pelo citomegalovírus, independentemente das condições clínicas do recém-nascido.

49. P.R.I., 8 anos de idade, apresenta diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista e demonstra dificuldade para reconhecer rimas, segmentar palavras em sílabas e relacionar letras aos sons correspondentes. A intervenção fonoaudiológica deve priorizar a consciência

A) fonoarticulatória e o treino de escrita.

B) fonoarticulatória e a correspondência entre grafemas e fonemas.

C) fonológica e o treino de escrita.

D) fonológica e a correspondência entre grafemas e fonemas.

50. J.R.S., 6 anos, apresenta deficiência física com comprometimento cognitivo. Na escola, utiliza gestos e algumas figuras para expressar necessidades, mas ainda encontra dificuldades para participar das atividades pedagógicas e interagir com colegas e professores. A equipe multiprofissional orienta a escola quanto à necessidade de garantir recursos de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA). Considerando a legislação brasileira relacionada aos direitos da pessoa com deficiência e à acessibilidade comunicacional, a pessoa com deficiência tem direito à acessibilidade na comunicação e à disponibilização de recursos que favoreçam sua participação e autonomia, sendo a CAA um recurso que pode ser

A) utilizado para ampliar as possibilidades de comunicação e participação social, educacional e terapêutica.

B) utilizado, exclusivamente, pelos profissionais da educação em ambiente escolar.

C) utilizado, exclusivamente, pelos fonoaudiólogos em ambiente terapêutico.

D) utilizado para ampliar as possibilidades de comunicação pelos fonoaudiológicos, não sendo recurso utilizado na escola.