

FONOAUDIOLOGIA

1. A deglutição conhecida como “pré-eruptiva”, “associada à sucção”, “infantil” ou “visceral”; pode ser definida como:
 - a) Deglutição do neonato, na qual podem ser observadas as fases: preparatória oral, oral propriamente dita, fase faríngea e fase esofágica.
 - b) Deglutição própria do bebê que segue obrigatoriamente o padrão de uma sucção para cada deglutição.
 - c) Deglutição própria do bebê, a qual acontece como consequência de movimentos rítmicos de sucção.
 - d) Deglutição própria do bebê, a qual exige maturação neurológica para que o bebê consiga formar o bolo alimentar.
 - e) Deglutição do bebê que exige modificação do padrão da sucção anterior devido a erupção dos primeiros dentes.

2. Com o avanço tecnológico na área da saúde e melhorias na assistência aos recém-nascidos prematuros, esse público tem aumentado nas unidades neonatais. Devido à imaturidade neurofisiológica desses bebês, decorrente da prematuridade, o trabalho fonoaudiológico tem se estabelecido nesse campo. Acerca da atuação fonoaudiológica na disfagia neonatal, marque **V** para as afirmações **verdadeiras** e **F** para as **falsas**.
 - I. Tem como objetivo promover o desenvolvimento/amadurecimento do sistema estomatognático e, principalmente, uma alimentação segura e eficaz para esse bebê.;
 - II. Na avaliação fonoaudiológica deve-se investigar a história do bebê, estados comportamentais, controle motor global, controle motor oral e coordenação da sucção, deglutição e respiração.
 - III. Tanto na avaliação quanto na intervenção podem ser utilizados dois padrões diferentes de sucção: a sucção nutritiva e a não nutritiva. A primeira ocorre na presença do fluxo de líquido e a segunda na ausência desse fluxo.
 - a) F V V
 - b) V F V
 - c) V V F
 - d) F F V
 - e) V V V

3. Para se dar início ao processo de transição alimentar da sonda gástrica para via oral, o fonoaudiólogo deve estar atento aos sinais do bebê. Para tanto, devem ser observados:
 - a) Idade gestacional, peso e envolvimento materno.
 - b) Idade gestacional, aspecto respiratório e envolvimento materno.
 - c) Maturação neurológica, aspectos respiratórios e envolvimento materno.
 - d) Idade gestacional, aspectos cardíacos e peso.
 - e) Aspectos cardíacos, aspectos respiratórios e nutricionais.

4. As disfagias podem ser classificadas segundo a fisiopatologia do distúrbio (QUINTELLA, SILVA e BOTELHO, 2001). Acerca dessa classificação pode-se afirmar:
- a) Pode ser classificada em disfagia de causa estrutural e não estrutural;
 - b) Uma das causas da disfagia funcional é o trânsito ineficiente do bolo alimentar;
 - c) A disfagia decorrente de ineficiência de trânsito não traz danos ao estado nutricional da criança;
 - d) Não há dificuldade de propulsão do bolo alimentar ;
 - e) Não traz consequências para hidratação da criança
5. Sobre a Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP), pode-se afirmar:
- a) Os padrões motores característicos de cada tipo da ECNP podem ser facilmente percebidos ainda no neonato;
 - b) No bebê com ECNP não são observados padrões motores primitivos, mas apenas padrões motores patológicos;
 - c) A alteração do tônus muscular global e a dificuldade de controle cervical não têm impacto direto no controle motor oral da criança com ECNP;
 - d) A alteração do padrão global de tônus muscular e do complexo orofacial da criança com ECNP provoca transtornos na articulação da fala e no processo de deglutição ;
 - e) As alterações motoras orais presentes na criança com ECNP, em geral, não prejudicam a captação do bolo alimentar, mas apenas os movimentos responsáveis por preparar o bolo alimentar para deglutição.
6. Sobre as dificuldades alimentares nas crianças com ECNP, é **INCORRETO** afirmar:
- a) A captação do alimento pode estar prejudicada pela postura dos órgãos fonoarticulatórios e pela presença de reflexos patológicos.
 - b) A alteração de tonicidade dos lábios pode favorecer o escape de alimento.
 - c) A hipotonia das bochechas pode levar ao acúmulo do alimento no vestibulo oral.
 - d) A postura alterada da língua não dificulta a inserção na cavidade oral dos utensílios utilizados para alimentação (mamadeira, colher, etc.).
 - e) A alteração de força e mobilidade da língua podem prejudicar a ejeção do bolo.
7. Sobre a avaliação e intervenção fonoaudiológicas nas crianças com ECNP, pode-se afirmar:
- a) A entrevista é um importante passo para avaliação da criança com ECNP, pois neste momento obtêm-se informações sobre o histórico clínico do paciente que auxiliam no direcionamento de conduta da avaliação e intervenção fonoaudiológicas.
 - b) Dados como consistência de alimentos e recusa alimentar não precisam ser investigados na entrevista, pois o profissional deve observá-lo no momento da avaliação propriamente dita.
 - c) Dados sobre uso de medicamentos, frequência da ocorrência de doenças (gripes, sinusites, otites, etc.) fornecem ao terapeuta noção da saúde geral da criança, mas não auxiliam o direcionamento da intervenção fonoaudiológica.
 - d) O uso de estratégias como ausculta cervical e uso de oxímetro restringem-se às avaliações realizadas em leito hospitalar.
 - e) O principal objetivo da avaliação de uma criança disfágica com ECNP é detectar as alterações de força e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios.

8. Suponha que na avaliação da linguagem de um paciente que sofreu acidente vascular encefálico isquêmico, o fonoaudiólogo observou trocas na emissão oral sem relação nem quanto à semântica nem quanto ao conteúdo, apesar das palavras emitidas existirem na língua portuguesa. Qual o tipo de parafasia que ocorreu nesse caso?

- a) Parafasia fonêmica
- b) Parafasia semântica
- c) Parafasia verbal
- d) Parafasia morfêmica
- e) Parafasia fonética

9. Marque a sentença verdadeira em relação às características do sistema estomatognático em indivíduos idosos.

- a) A perda dentária favorece o aumento da dimensão vertical da face, interferindo na amplitude dos movimentos mandibulares.
- b) Há tendência ao aumento do fluxo salivar e conseqüente escape de saliva pelas comissuras labiais.
- c) Pode haver prejuízo do paladar por diminuição da quantidade de botões gustativos, mas não por comprometimento da percepção olfatória.
- d) A articulação temporomandibular tende a ser mais flexível e induzir movimentos mandibulares mais amplos.
- e) Ocorre lentificação da passagem do bolo alimentar pela faringe em virtude da hipotonia da musculatura dessa região.

10. Sobre a fisiologia da deglutição no adulto, é correto afirmar:

- a) A duração do tempo de trânsito oral depende do volume do bolo alimentar e não da sua textura e consistência.
- b) A ação do músculo orbicular da boca interfere no movimento ondulatório anteroposterior da língua na fase oral da deglutição.
- c) A fase oral da deglutição é consciente, mas involuntária, pois a ejeção do bolo alimentar independe do comando voluntário do indivíduo.
- d) O vedamento da nasofaringe pelo palato mole ocorre imediatamente após a elevação e anteriorização da laringe.
- e) Os músculos infra-hioideos são os principais responsáveis pelo movimento de elevação e anteriorização laríngea durante a deglutição.

11. Sobre as alterações neuromusculares associadas às disartrias, é correto afirmar:

- a) Na disartria hipercinética com movimentos coreicos não há comprometimento de força nos movimentos individuais.
- b) A força excessiva é uma característica marcante na disartria espástica.
- c) A extensão do movimento repetido é ampla na disartria hipocinética.
- d) Na disartria atáxica a velocidade dos movimentos individuais e repetidos é rápida.
- e) Alterações na velocidade do movimento são as características mais marcantes da disartria flácida.

12. Marque a alternativa correta em relação à apraxia de fala:

- a) O desempenho do paciente na tarefa de repetição é melhor do que na fala automática.
- b) Quanto mais extensa a palavra, menos acentuados os erros de articulação.
- c) Dentre os tipos de erros que podem ocorrer na apraxia de fala, as substituições são as mais frequentes.
- d) Na apraxia de fala, as pistas visuais e auditivas dificultam a correta articulação das palavras.
- e) Diferente de falantes sem alterações neurológicas, pacientes apráxicos melhoram a emissão oral espontânea em situações ou conteúdos estressantes.

13. Sobre a indicação de manobras posturais de cabeça na reabilitação da disfagia orofaríngea, pode-se afirmar que:

- a) Pacientes com escape prematuro de alimento se beneficiam da manobra de queixo para baixo em virtude do aumento de espaço valecular.
- b) Inclinar a cabeça para o lado fraco ao deglutir favorece o transporte do bolo alimentar pelo lado bom.
- c) A manobra de cabeça para trás é preferencialmente recomendada nos casos de disfagia orofaríngea com hipotonia da musculatura da faringe.
- d) A manobra de queixo para baixo é contraindicada em pacientes com insuficiência glótica, pois deixa a via aérea mais suscetível à aspiração.
- e) A manobra de cabeça virada para o lado fraco deve ser evitada em casos de paralisia unilateral de prega vocal porque dificulta a passagem do bolo alimentar pelo lado bom.

14. Sobre os sinais clínicos observados na avaliação fonoaudiológica da disfagia orofaríngea, marque a alternativa correta:

- a) A presença de tosse após a deglutição é um indício clínico de dificuldades no controle da fase oral.
- b) O estado cognitivo comprometido interfere especialmente na fase faríngea da deglutição.
- c) A realização de deglutições múltiplas sugere presença de alterações na condução do bolo alimentar pela faringe.
- d) A presença de alteração vocal após a deglutição está relacionada apenas à ocorrência de penetração laríngea e não ao risco de aspiração.
- e) A presença de tosse durante a deglutição sinaliza comprometimento sensorial do mecanismo de proteção de via aérea inferior.

15. De acordo com o roteiro de diagnóstico e acompanhamento do desenvolvimento de crianças de 0 a 48 meses de idade (Perissinoto et al. in Hernandez, 2003), que comportamento auditivo-verbal é considerado adequado para o bebê de 0 a 3 meses de idade cronológica?

- a) Produz sílabas isoladas
- b) Localiza o som lateral, para ambos os lados
- c) Compreende situações familiares como: "papai chegou"
- d) Acorda ou assusta-se com barulho intenso
- e) Repete o som que produz

16. Marque a afirmação correta

- a) A identificação da deficiência auditiva em crianças é um tema que surgiu recentemente na fonoaudiologia, na década de 90, pois graças às novas tecnologias, o diagnóstico precoce se tornou realidade
- b) O procedimento de triagem auditiva é um procedimento diagnóstico.
- c) A COMUSA (comitê multiprofissional em saúde auditiva) inclui a preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem como indicador de risco para a deficiência auditiva para a população de neonatos, lactentes e crianças.
- d) A COMUSA recomenda a inclusão da triagem genética para identificação de anormalidades genéticas relacionadas à deficiência auditiva.
- e) A criança com deficiência auditiva congênita que iniciou o uso da amplificação sonora individual e/ou implante coclear aos dois anos de vida, consegue desenvolver habilidades linguísticas similares aos seus pares ouvintes, quando avaliada aos 40 meses de idade.

17. Em relação às emissões otoacústicas, marque a afirmação correta

- a) presença das emissões otoacústicas evocadas demonstram a presença de funcionalidade das células ciliadas externa
- b) O estímulo utilizado na pesquisa das emissões otoacústicas evocadas transientes (EOET) é o clique com faixa de frequência de 500-8000 Hz.
- c) No recém nascido, por causa da anatomia do conduto auditivo externo, a ausência das respostas nas frequências baixas das EOET é um indicativa de alteração da orelha média
- d) Ausência das EOET indica perda auditiva sensorial sempre
- e) As emissões otoacústicas são sons de alta intensidade, gerados pela contração rápida das células ciliadas externas na cóclea.

18. Leia as afirmativas abaixo e marque a resposta correta de acordo com as diretrizes de atenção da triagem auditiva neonatal (2012) do Ministério da Saúde.

- I. A atenção básica deverá encaminhar para diagnóstico, qualquer criança que apresentar desenvolvimento aquém do esperado e em qualquer momento que os pais tenham uma suspeita de deficiência auditiva. Sugere-se perguntar nas consultas e visitas à família se a criança ouve bem
- II. A atenção básica deve encaminhar todas as crianças com indicadores de risco, mesmo aquelas com resultado satisfatório na triagem, para monitoramento auditivo com avaliação audiológica entre 7 e 12 meses na atenção especializada.
- III. Os neonatos e lactentes sem indicadores de risco que obtiveram respostas satisfatórias na triagem auditiva, não necessitam realizar o acompanhamento mensal do desenvolvimento da audição e da linguagem na atenção básica
- IV. É fundamental que os Serviços de Triagem Auditiva Neonatal utilizem um banco de dados que permita o controle da cobertura, do índice de retestes, de encaminhamentos e de falsos positivos..
- V. Somente os resultados da triagem do(s) teste(s) e reteste, devem ser registrados na Caderneta de Saúde da Criança. A necessidade de diagnóstico ou monitoramento ou acompanhamento deve ser registrada no prontuário (resumo de alta) e devem ser explicados aos pais ou responsáveis.

- a) I, II, III
- b) I, II, IV
- c) I, III, V
- d) I, III, IV, V
- e) I, II, IV, V

19. Marque a resposta correta em relação aos Potenciais evocados auditivos de tronco encefálico

- a) O nervo auditivo e o tronco encefálico continuam com seu processo maturacional até os sete anos de vida.
- b) O processo maturacional do nervo auditivo e o tronco encefálico ocorre da porção central para a periférica.
- c) No primeiro mês de vida, o aumento da onda I, no potencial evocado auditivo de tronco encefálico, permite supor alteração da função auditiva periférica.
- d) Para auxiliar na detecção da resposta do potencial evocado auditivo de tronco encefálico, utiliza-se o componente S20 (slow negative 20).
- e) Uma aplicabilidade do Potencial evocado auditivo de tronco encefálico é a pesquisa do limiar psicoacústico usando o estímulo *click*. É fornecida, através deste, informação detalhada sobre o grau da deficiência auditiva.

20. Leia as afirmativas abaixo e marque a resposta que, de acordo com o Joint Committee of Infant Hearing (JCIH, 2007) são considerados indicadores de risco para deficiência auditiva no neonato:

- I. Infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, HIV)
- II. Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal
- III. Permanência na UTI por mais de cinco dias
- IV. Preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem.

- a) I, II, III
- b) I, III, IV
- c) II, III, IV
- d) todas as respostas estão corretas
- e) nenhuma resposta está correta