

Prefeitura Municipal de Natal

Concurso Público
Edital nº 01/2018 - SEMAD - SMS



SMS / RN - SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE NATAL

Fonoaudiólogo

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, respectivamente, **60 questões** de múltipla escolha, assim distribuídas: **01 a 10** ▶ Língua Portuguesa; **11 a 30** ▶ Legislação do SUS; **31 a 60** ▶ Conhecimentos Específicos.
- 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 A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta na cor preta.
- 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 de múltipla escolha 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** e **este Caderno**.

Assinatura do Candidato: _____

As questões de 01 a 10 desta prova são baseadas no texto a seguir.

Gente como a gente

Por Eduardo Szklarz e Karin Hueck

- 1º Conheci a Sandra em 2013, numa prisão de Buenos Aires. Ela tinha aspecto largado e a expressão triste de quem havia sido separada do filho ainda pequeno. Nascida na Alemanha, ela já havia passado 20 anos atrás das grades na Argentina e ignorava todas as visitas que recebia, inclusive a minha. Não quis me olhar nos olhos. Era como se eu – ou ela – não estivesse ali.
- 2º No ano seguinte, advogados de Sandra entraram com pedido de *habeas corpus*, alegando que seu encarceramento era cruel e injustificado. Por um motivo simples: ela não havia cometido crime algum. Estava presa só por ser um animal. Sandra é um orangotango, e a prisão é o zoológico de Buenos Aires.
- 3º A Justiça argentina acatou o pedido feito pela Afada, uma ONG de direitos dos animais. Assim, Sandra tornou-se o primeiro animal no mundo a ser reconhecido como “pessoa não humana” – e, portanto, “sujeito de direitos” que devem ser respeitados. Inclusive o direito de não ser explorada para divertimento humano. Sandra ainda aguarda definição sobre seu destino, mas seu caso serviu de precedente para a libertação de outros grandes primatas.
- 4º Com essa decisão, os tribunais admitiram, pela primeira vez, o que a ciência já sabe faz um tempo: os animais não são assim tão diferentes de nós. Já foi provado que centenas de espécies têm inteligência, emoções e relações sociais complexas. Assim como nós, vacas fazem amizade. Chimpanzés sentem inveja e vergonha. Galinhas têm noção de futuro. Polvos usam ferramentas e constroem abrigos.
- 5º Mas, acima de tudo, como vi nos olhos de Sandra, animais têm a capacidade de sofrer. Até os menos desenvolvidos, como lagostas e peixes, que não fazem cara feia quando sentem dor. Se você injetar veneno de abelha nos lábios de uma truta, ela vai parar de comer e esfregar a boca contra a parede do tanque. Se você furar caranguejos com um anzol, eles vão passar as garras no lugar da lesão. E, se você passar ácido acético (um irritante) nas antenas de um camarão, ele vai massageá-las com as patas da frente – mas não se você aplicar anestesia antes. “Isso não é mero reflexo”, diz o biólogo Robert Elwood, da Queen’s University, na Irlanda do Norte. “É um comportamento prolongado e totalmente consistente com a ideia de dor.”
- 6º Mais de 2.500 estudos científicos já mostraram que os animais são seres tão complexos quanto nós – ainda que não sejamos idênticos. Mas fingimos que não sabemos disso, e seguimos tratando-os como se fossem inanimados.
- 7º Como conseguimos conciliar esses dois fatos? Por que torturamos outros bichos como Sandra, mesmo sabendo que eles sofrem?
- 8º Toda a nossa relação com os bichos é esquisita e irracional. Dividimos o reino animal em castas, que merecem mais ou menos direitos, de acordo com a sua utilidade. Há espécies, como as que nos servem de alimento, que são especialmente maltratadas. Multiplicamos de propósito bois, porcos e galinhas (só de galinhas, há 20 bilhões no planeta), apenas para confiná-los, criá-los em condições degradantes e depois matá-los. O ser humano sempre comeu carne – mas precisa tratar suas presas com tanta frieza? Frangos têm os bicos serrados para não praticar canibalismo dentro das gaiolas. Filhotes de boi são arrancados de suas mães e mantidos anêmicos para ficar com a carne macia. Milhares de peixes morrem todos os dias em redes que eram destinadas a matar outras espécies – e tudo bem. Além dos bichos que vão parar no nosso prato, há os que sacrificamos em nome do progresso. Cobiaias de laboratório, por exemplo, nascem para ser torturadas até a morte. Fabricantes de cosméticos ainda gotejam xampu em coelhos imobilizados, que não podem piscar enquanto o produto corrói seus olhos. Já macacos bebês são trancados em jaulas e expostos a serpentes, choques e ruídos para desenvolver ansiedade e depressão e ter seus cérebros dissecados depois. Apenas nos EUA, 25 milhões de bichos são usados em experimentos, o equivalente a uma Austrália de animais humanos.

- 9º Mas difícil mesmo é tentar justificar o que fazemos com os animais de que *gostamos*. Quem tem cachorro e gato, por exemplo, jura que ama seus bichinhos mais do que tudo. No Brasil, 61% dos donos de *pets* consideram seus animais um membro da sua família. Nos EUA, 36% compram presentes de aniversário para seus bichinhos. Mas ninguém em sã consciência trataria um parente *Homo sapiens* como trata um *Canis familiaris* ou um *Felis catus*. *Pets* são cruzados entre si para gerar raças deformadas e com graves problemas genéticos apenas porque as consideramos “fofas”. Todos são arrancados de suas mães e confinados dentro de espaços limitados até o dia de sua morte. Escolhemos quando, quanto e o que vão comer. Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados. Isso sem falar de outros animais de estimação, como canários, peixinhos dourados ou *hamsters*, que passam a vida em celas solitárias que chamamos de gaiolas e aquários. Há correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que apontam essas contradições para dizer que, não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.
- 10º Em comum, todos os animais – os que amamos, os que odiamos, os que comemos – sofrem da mesma condição: são considerados posse dos seres humanos. E, como nossa posse, podem ser dispostos da maneira como quisermos. Essa noção, claro, é uma convenção: uma ideia que se espalhou há séculos e serve como manual de como tratar seres de duas, quatro, seis, oito ou nenhuma pata. É o que cientistas chamam de especismo – a noção de que o *Homo sapiens* é uma espécie superior, sagrada e incomparável, e que os diferentes de nós não merecem os mesmos direitos. Essa lógica não é parecida com outros discursos de superioridades que você já ouviu por aí?

SZKLARZ, Eduardo; HUECK, Karen. Gente como a gente. **Superinteressante**. São Paulo, Editora Abril, Nº 385, Fevereiro, 2018. [Adaptado]

- 01.** O propósito comunicativo principal do texto orienta-se para
- A) comprovar, por meio de situações reais, que o ser humano considera-se uma raça superior.
 - B) defender que todos os seres vivos devem ser tratados de maneira igualitária.
 - C) analisar, de maneira positiva, a decisão da corte argentina em relação ao direito animal.
 - D) problematizar sobre o tratamento cruel dado a outras espécies animais pelo ser humano.
- 02.** A sequência dominante do texto apresenta verbos flexionados no
- A) pretérito perfeito do indicativo.
 - B) presente do subjuntivo.
 - C) presente do indicativo.
 - D) pretérito imperfeito do subjuntivo.
- 03.** Os três primeiros parágrafos apresentam
- A) a sequência argumentativa como dominante e a narrativa como secundária.
 - B) a sequência narrativa como dominante e a descritiva como secundária.
 - C) as sequências narrativa e descritiva como secundárias.
 - D) as sequências argumentativa e narrativa como secundárias.
- 04.** No período inicial do segundo, do terceiro e do quarto parágrafos, verifica-se,
- A) em todos os casos, a presença de elemento coesivo que retoma uma informação presente no parágrafo anterior.
 - B) em todos os casos, a ausência de elemento coesivo que retome uma informação presente no parágrafo anterior.
 - C) apenas nos dois primeiros casos, a presença de elemento coesivo que estabelece interligação com o parágrafo anterior.
 - D) apenas nos dois primeiros casos, a ausência de elemento coesivo que estabelece interligação com o parágrafo anterior.

05. No terceiro parágrafo, as aspas foram utilizadas para

- A) explicitar o conteúdo de uma citação indireta.
- B) evidenciar o uso de linguagem denotativa.
- C) marcar o uso de linguagem conotativa.
- D) demarcar os limites de uma citação direta.

06. Considere o parágrafo:

Mas difícil mesmo é tentar justificar o que fazemos com os animais de que *gostamos*. Quem tem cachorro e gato, por exemplo, jura que ama seus bichinhos mais do que tudo. No Brasil, 61% dos donos de pets consideram seus animais um membro da sua família. Nos EUA, 36% compram presentes de aniversário para seus bichinhos. Mas ninguém em sã consciência trataria um parente *Homo sapiens* como trata um *Canis familiaris* ou um *Felis catus*. Pets são cruzados entre si para gerar raças deformadas e com graves problemas genéticos apenas porque as consideramos “fofas”. Todos são arrancados de suas mães e confinados dentro de espaços limitados até o dia de sua morte. Escolhemos quando, quanto e o que vão comer. Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados. Isso sem falar de outros animais de estimação, como canários, peixinhos dourados ou hamsters, que passam a vida em celas solitárias que chamamos de gaiolas e aquários. Há correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que apontam essas contradições para dizer que, não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.

A ideia central do parágrafo encontra-se explicitada

- A) no primeiro período.
- B) no último período.
- C) no quinto período.
- D) no oitavo parágrafo.

07. Considere o trecho:

Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados.

De acordo com a norma-padrão do português escrito, o ponto final do primeiro período pode ser

- A) substituído por uma vírgula, com alteração de sentido.
- B) retirado, com alteração de sentido.
- C) substituído por uma vírgula, sem alteração de sentido.
- D) retirado, sem alteração de sentido.

Para responder às questões 08 e 09, considere o fragmento a seguir.

Há[1] correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que[2] apontam essas contradições para dizer que[3], não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.

08. Em relação ao elemento linguístico [1], afirma-se:

I	Deveria estar flexionado no plural porque concorda com o sujeito <i>correntes de filósofos e ativistas</i> .
II	Está flexionado no singular por se tratar de um verbo impessoal e utilizado no sentido de <i>existir</i> .
III	Se for substituído pelo verbo existir, este deve ser flexionado no plural.
IV	Se for substituído pelo verbo existir, este deve ser flexionado no singular

Das afirmativas, estão corretas

- A) I e III.
- B) I e IV.
- C) II e III.
- D) II e IV.

09. Em relação aos elementos linguísticos [2] e [3],
- A) ambos introduzem orações adjetivas.
 - B) o primeiro introduz uma oração substantiva e o segundo, uma oração adjetiva.
 - C) o primeiro introduz uma oração adjetiva e o segundo, uma oração substantiva.
 - D) ambos introduzem orações substantivas.
10. Sobre a linguagem empregada no texto, o uso da primeira pessoa do plural revela que os autores
- A) querem manter-se distanciados da temática tratada.
 - B) assumem, de maneira explícita, o comprometimento com o tema abordado.
 - C) querem posicionar-se objetivamente em relação à temática.
 - D) assumem, de maneira implícita, uma concessão diante do tema abordado.

Legislação do SUS

11 a 30

11. Em meio a uma profunda crise econômica e política do Estado brasileiro surge, no final da década de 1970 e início dos anos 1980, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que defendia um sistema de saúde universal, em contraposição ao modelo médico assistencial privatista, então vigente, que se apresentava cada vez mais ineficiente, caro e excludente. O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira
- A) propôs estratégias como as Ações Integradas em Saúde para o alcance de um sistema de saúde mais integrado que foram implantadas após a Constituição de 1988.
 - B) teve a participação de profissionais de saúde, de intelectuais da saúde coletiva e de lideranças políticas, mas sem a colaboração de parlamentares.
 - C) teve seu ponto alto na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a qual produziu um relatório que pouco influenciou no Sistema Único de Saúde.
 - D) gerou mudanças no sistema de saúde, alcançando mudanças institucionais importantes e apontando alternativas centradas na Atenção Primária em Saúde.
12. A Constituição Federal de 1988 incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado, fundamentando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS passa a ser o principal norteador na condução das políticas de saúde do Brasil, incorporando o conceito ampliado de saúde e entendendo a saúde como cidadania. A partir de então, as políticas públicas de saúde no Brasil
- A) priorizam a assistência nas unidades de atenção primária em saúde que, na rede de atenção à saúde, estão concentradas em locais específicos do território.
 - B) preconizam a realização de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, fundamentando-se na integralidade e priorizando as ações curativas.
 - C) garantem o acesso universal aos serviços de saúde realizados nas Unidades Básicas e o atendimento para serviços de alta complexidade através da saúde suplementar.
 - D) baseiam-se na justiça social para superar as desigualdades na assistência e garantem o acesso gratuito aos serviços públicos de saúde.

13. O SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade. Analise as afirmativas abaixo que discorrem sobre os princípios do SUS.

I	Em situações que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso à saúde, é necessário estabelecer o princípio da equidade tratando igualmente os desiguais para minimizar o efeito da determinação social.
II	A rede regionalizada representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais com objetivo de organizar os serviços de saúde para que todos tenham acesso a todos os níveis de atendimento.
III	A descentralização permite que as realidades de saúde de cada município sejam respeitadas, uma vez que a tomada de decisão é feita pelos seus gestores, com a transferência direta de recursos da União.
IV	A participação da comunidade expressa o exercício da democracia no que se refere às decisões na saúde e assegura o controle social, cabendo aos gestores a função de fiscalizar e avaliar as ações.

Em relação aos princípios do SUS, estão corretas as afirmativas

- A) I e II.** **B) I e IV.** **C) II e III.** **D) III e IV.**

14. A Lei nº 8.142/90 foi sancionada na tentativa de superar os vetos presidenciais aplicados à Lei nº 8.080/90 que atingiram, especialmente, os aspectos referentes aos recursos financeiros e à participação social. A Lei nº 8.142/90, então, passou a regular as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde entre a União, estados e municípios, bem como a participação da comunidade na gestão do SUS. Nessa lei, fica definido que

- A) o Fundo Nacional de Saúde passa a ser o responsável pela centralização dos recursos financeiros pela União sem repasse aos municípios.**
B) a participação da comunidade na gestão pode acontecer através dos Conselhos de Saúde que têm caráter provisório e deliberativo.
C) a decisão do poder Legislativo prevalece sobre o que foi definido nas Conferências e Conselhos de saúde, caso haja divergência.
D) a oferta de contrapartida de recursos financeiros no orçamento é facultada ao município para que ele receba os repasses federais.

15. A Política Nacional de Atenção Básica considera esse nível de atenção como porta de entrada preferencial do sistema, responsável por ordenar fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Segundo o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, os serviços especiais de acesso aberto também são considerados como porta de entrada. Um desses serviços de acesso aberto é

- A) serviço de atenção às urgências e emergências.**
B) centro de testagem e aconselhamento de DST/Aids.
C) unidade de saúde da família.
D) unidade mista de saúde.

16. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), compete às Secretarias Municipais Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal, entre outras:

- A) organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e excluindo as cedidas pelo estado e pela União.**
B) definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica.
C) definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.
D) manter o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente atualizado mensalmente, conforme regulamentação específica.

17. Diante do cenário de dificuldades para concretização dos princípios do SUS e do questionamento sobre a qualidade da assistência à saúde oferecida a seus usuários, formulou-se, em 2003, a Política Nacional de Humanização do SUS. A PNH tem como um dos seus objetivos
- A) permitir aos usuários o acesso às informações gerais sobre saúde, como o serviço responsável pelo seu atendimento que, independentemente do nível complexidade, deve ser no seu território.
 - B) garantir, nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores do SUS e gestão participativa, que inclui os trabalhadores e os usuários nas decisões.
 - C) reduzir filas e o tempo de espera, com atendimento acolhedor e resolutivo, considerando a vulnerabilidade social e extinguindo o atendimento por livre demanda.
 - D) valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, enfatizando a determinação biológica do processo saúde-doença.
18. Do ponto de vista da sua concepção, a humanização no SUS vai além do atendimento humanizado que valoriza a escuta do paciente e sua subjetividade. Entendida como uma política, ultrapassa as competências de um programa, pois institui ações transversais em diferentes instâncias gestoras do SUS. A fim de concretizar suas ações, a Política Nacional de Humanização se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos para efetivação dos princípios do SUS. Analise as afirmativas abaixo sobre a PNH.

I	Dentre as diretrizes da PNH, podemos citar a 'clínica ampliada' que procura enfrentar a fragmentação das ações de saúde, estimulando o trabalho interdisciplinar e multiprofissional.
II	A PNH preconiza o 'método da tríplice inclusão' com a participação de diferentes agentes, através de técnicas como rodas e fomento das redes.
III	O Apoio matricial é um dispositivo para o processo de trabalho em saúde que oferece suporte técnico-pedagógico de um generalista às equipes de saúde.
IV	Os seus princípios estimulam as mudanças na atenção que deve ser orientada para a autonomia dos sujeitos, sendo o trabalhador de saúde o principal responsável pela saúde dos usuários.

Em relação à PNH, estão corretas as afirmativas

- A) I e II.
 - B) I e III.
 - C) III e IV.
 - D) II e IV.
19. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida pelo Ministério da Saúde como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010). A RAS é constituída por três elementos fundamentais: a população/região de saúde definidas, a estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. Em relação aos componentes da estrutura operacional da RAS, analise as afirmativas seguintes.

I	Atenção Primária à Saúde é considerada o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.
II	As centrais de regulação, os sistemas de identificação e acompanhamento de usuários e os sistemas de transporte sanitários são considerados como sistemas de apoio da RAS.
III	Os sistemas de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde são considerados como sistemas logísticos da RAS.
IV	Os sistemas de transporte sanitário, de acesso regulado à atenção e o cartão de identificação dos usuários são considerados como sistemas logísticos da RAS.

Em relação ao tema exposto, estão corretas as afirmativas

- A) II e III.
- B) I e III.
- C) II e IV.
- D) I e IV.

- 20.** Ao completar a etapa de contratualização do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), os municípios e as equipes assumem compromissos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade no âmbito desse nível de atenção. Nessa perspectiva, um dos compromissos das equipes de saúde é
- A)** implantar apoio institucional e matricial na Atenção Básica, incluindo as equipes de saúde bucal.
 - B)** ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão do cuidado.
 - C)** alimentar os sistemas de informação em saúde para a Atenção Básica de forma regular e consistente.
 - D)** pactuar com a comissão de intergestores bipartite estratégias e diretrizes para implementação das ações de melhoria.
- 21.** Um município aderiu ao 3º Ciclo do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Todas as equipes de saúde passam a desenvolver um conjunto de ações para qualificação da Atenção Básica, com o apoio da gestão, previstas no Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do programa. São consideradas ações de qualificação contidas nesse Eixo:
- A)** contratualização e apoio institucional.
 - B)** adesão e educação permanente dos profissionais.
 - C)** autoavaliação e avaliação externa.
 - D)** apoio institucional e monitoramento de indicadores.
- 22.** O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) tem como objetivo geral avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde. Especificamente, o PNASS tem entre seus objetivos:
- A)** promover a qualidade e inovação na gestão da Atenção Básica, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação.
 - B)** melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da Atenção Básica.
 - C)** incorporar indicadores que meçam o resultado da atenção/assistência prestada pelos estabelecimentos avaliados.
 - D)** conhecer o perfil dos usuários e/ou familiares que frequentam os estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados.
- 23.** O Governo Federal, por meio da Lei n.º 12.871/2013, regulamentou o Programa Mais Médicos (PMM). Esse programa reúne uma série de iniciativas de curto, médio e longo prazos que visa enfrentar o histórico problema da escassez e má distribuição de médicos nas diversas regiões do Brasil e é constituído por três grandes eixos:
- A)** projeto Mais Médicos para o Brasil, investimento na infraestrutura da rede de serviços da atenção básica e valorização da atenção básica.
 - B)** provimento emergencial, formação médica e estímulo à residência médica em medicina da família e comunidade.
 - C)** provimento emergencial, investimento na infraestrutura da rede de serviços da atenção básica e formação médica.
 - D)** valorização da Atenção Básica, formação médica e estímulo à pós-graduação *lato sensu* em Atenção Básica.

O texto a seguir serve de referência para responder às questões 24 e 25.

O Decreto Presidencial nº 7.508/2011 coloca o planejamento em saúde na centralidade da agenda da gestão, a ser desenvolvido nas três esferas de governo, considerando, entre outras questões, as especificidades do território, os problemas e as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, o planejamento da saúde no SUS utiliza instrumentos que devem ser integrados, revistos e adotados em consonância com os seus referenciais legais. É responsabilidade dos três entes federativos a elaboração, a aplicação e a adaptação desses instrumentos com a colaboração de usuários, profissionais e gestores.

24. No que se refere ao planejamento em saúde no SUS, analise as afirmativas seguintes.

I	O planejamento da saúde deve compatibilizar, no âmbito dos planos de saúde, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade orçamentária dos recursos.
II	A elaboração dos planos de saúde estadual e municipal deve seguir um modelo normativo de planejamento, contemplando momentos de diálogo entre os atores envolvidos no processo: gestores e profissionais de saúde.
III	O planejamento da saúde desconsidera os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, os quais não compõem o Mapa da Saúde municipal, regional, estadual e nacional.
IV	No processo de planejamento, a participação social deve ser observada, inclusive em âmbito regional, por meio de estímulo à realização de plenárias de conselhos de saúde e de fóruns de conselheiros de saúde.

Em relação ao planejamento em saúde no SUS, estão corretas as afirmativas.

A) I e III. B) I e IV. C) II e III. D) II e IV.

25. O instrumento de planejamento da saúde que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados é

- A) a Programação Anual de Saúde.
- B) o Relatório Anual de Gestão.
- C) o Plano Plurianual.
- D) a Lei Orçamentária Anual.

26. Nas últimas décadas, seguindo uma tendência global, o Brasil vem passando por um processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, determinado pela queda da fecundidade, declínio da mortalidade por doenças infecciosas, aumento da expectativa de vida e maior exposição a modos de vida pouco saudáveis. Assim, o perfil de morbimortalidade da população apresenta um aumento da ocorrência de casos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Tomando como referência a vigilância das DCNT, analise as afirmativas seguintes.

I	Uma das características da vigilância das DCNT é o monitoramento da adesão a fatores de proteção e de risco dessas doenças que permitem medir as exposições atuais e tendências futuras de adoecimento e mortalidade.
II	A vigilância das DCNT emprega estratégias semelhantes às utilizadas pela vigilância das doenças infectocontagiosas, como por exemplo, a notificação compulsória e a investigação de casos novos.
III	A vigilância das DCNT estimula a prática de ações de promoção da saúde, pautadas em intervenções intersetoriais, a fim de prevenir casos novos, deter o crescimento e melhorar o prognóstico dos casos já existentes.
IV	A vigilância das DCNT utiliza o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) como principal fonte de dados e informações estratégicas de ocorrência das doenças e agravos não transmissíveis.

Em relação a vigilância das DCNT, estão corretas as afirmativas.

A) I e III. B) II e III. C) I e IV. D) II e IV.

27. O Ministério da Saúde define periodicamente a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados em todo o território nacional. A inclusão de doenças e agravos nessa lista está condicionada a alguns critérios, tais como a transcendência, que se expressa por meio de características subsidiárias, que conferem relevância especial à doença ou agravo. Entre essas características, destacam-se:
- A) a magnitude, a vulnerabilidade e a severidade.
 - B) a severidade, a relevância social e a relevância econômica.
 - C) o potencial de disseminação, a relevância social e a magnitude.
 - D) a vulnerabilidade, a relevância econômica e o potencial de disseminação.
28. O relatório *Errar é Humano* do *Institute of Medicine* (IOM) trouxe à tona a ocorrência de 44.000 a 98.000 mortes evitáveis decorrentes de falhas no processo assistencial nos Estados Unidos. A divulgação do relatório provocou, em vários países e organizações internacionais, uma mobilização no sentido de apoiar estratégias destinadas a prevenir e evitar falhas nos sistemas de assistência à saúde. No Brasil, esse movimento teve como um dos desdobramentos a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela portaria GM/MS nº 529/2013. Um dos pressupostos que possibilitam a cultura de segurança, prevista nessa portaria é
- A) a conscientização de que a responsabilidade sobre a segurança dos pacientes é atribuição específica dos profissionais de saúde.
 - B) o estímulo à identificação e a resolução dos problemas de segurança, recompensando os envolvidos.
 - C) o encorajamento à investigação dos eventos adversos para identificação e punição dos responsáveis.
 - D) a percepção de que as metas financeiras e operacionais devem ser priorizadas em relação às metas relativas à segurança.
29. A segurança do paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, as famílias, os gestores e os profissionais de saúde, com a finalidade de ofertar uma assistência segura. Os protocolos de segurança propostos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente incluem:
- A) cirurgia segura, identificação do paciente e as úlceras por pressão.
 - B) higienização das mãos, acessibilidade aos serviços de saúde e cirurgia segura.
 - C) redução de quedas, notificação de eventos adversos e prescrição de medicamentos.
 - D) identificação do paciente, higienização das mãos e integralidade das ações.
30. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 36, de 2013, estabelece que o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve implantar um plano de segurança do paciente em serviços de saúde com atividades de identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos, integrando os diferentes processos de gestão dos riscos desenvolvidos nos serviços de saúde. Uma das técnicas de identificação de riscos mais conhecida e aplicada nos serviços de saúde é
- A) a notificação de incidentes de segurança.
 - B) o sistema eletrônico de alerta.
 - C) a ronda de segurança.
 - D) o mapeamento de riscos.

31. A audiologia é a ciência que estuda a audição humana em todos os seus processos. Ao avaliar um indivíduo que apresente perda auditiva utilizando os exames básicos de uma avaliação audiológica, o objetivo é caracterizar
- A) a perda auditiva, determinando o tipo e a configuração da perda, além do encaminhamento para avaliação de equipe multidisciplinar.
 - B) o quadro clínico audiológico, determinando o tipo, o grau e a configuração da perda auditiva além do encaminhamento para exames complementares se necessário.
 - C) o quadro audiológico quanto ao grau e à configuração da perda auditiva e realizar orientação quanto à exposição ao ruído.
 - D) a dificuldade auditiva que o indivíduo apresenta, por meio de uma triagem auditiva e encaminhá-lo para avaliação médica.
32. Os procedimentos da avaliação audiológica básica são: audiometria tonal limiar, logaudiometria e imitanciometria. A correlação clínica entre os resultados desses exames básicos confirmam ou refutam os resultados obtidos pela demonstração de uma coerência clínica entre os achados. Com base na correlação clínica entre os exames da avaliação audiológica básica, é possível encontrar
- A) limiares auditivos tonais por via aérea e via óssea normais, com *gap* aéreo-ósseo de até 10dB, na presença de curvas tímpanométricas do tipo “C” ou do tipo “B”.
 - B) limiares auditivos tonais por via aérea e via óssea alterados, sem *gap* aéreo-ósseo patológico, na presença de curvas tímpanométricas do tipo “C” ou do tipo “B”.
 - C) limiares auditivos tonais por via aérea alterados e limiares tonais por via óssea preservados na presença de curvas tímpanométricas do tipo “C” ou do tipo “B”.
 - D) limiares auditivos tonais por via aérea e via óssea alterados, com *gap* aéreo-ósseo de até 10dB, na presença de curvas tímpanométricas do tipo “C” ou do tipo “B”.
33. Um paciente adulto foi encaminhado para realização de avaliação audiológica. A partir da audiometria tonal limiar, foram identificados limiares auditivos de via aérea nas frequências de 250 a 2000Hz em 60dBNA, e de 3000 a 8000Hz em 50dBNA, bilateralmente. Por sua vez, na audiometria tonal por via óssea, foram identificados limiares de 40dBNA nas frequências de 500 a 2000Hz e limiares de 30dBNA nas frequências de 3000 e 4000Hz, em ambas as orelhas. A partir dos dados obtidos conclui-se que esse paciente apresenta
- A) perda auditiva do tipo condutiva, de grau moderado bilateralmente.
 - B) perda auditiva do tipo mista, de grau moderadamente severo bilateralmente.
 - C) perda auditiva do tipo sensorioneural, de grau moderado bilateralmente.
 - D) perda auditiva do tipo condutiva, de grau moderadamente severo bilateralmente.
34. Paciente passou por avaliação audiológica básica por meio da qual foi identificada uma perda auditiva tipo sensorioneural bilateral, de grau moderado na orelha direita, e, de grau leve, na orelha esquerda. Com base no laudo audiológico, os limiares de reconhecimento de fala (LRF) obtidos foram:
- A) na orelha direita, um LRF entre 56 e 80dBNA e, na orelha esquerda, um LRF entre 41 e 65dBNA.
 - B) na orelha direita, um LRF entre 41 e 65dBNA e, na orelha esquerda, um LRF entre 26 e 50dBNA.
 - C) na orelha direita, um LRF entre 20 e 40dBNA e, na orelha esquerda, um LRF entre 60 e 70dBNA.
 - D) na orelha direita, um LRF entre 25 e 65dBNA e, na orelha esquerda, um LRF entre 35 e 50dBNA.

35. Um paciente foi encaminhado para avaliação audiológica após quadro de paralisia facial periférica do lado esquerdo. Na avaliação audiológica por meio da audiometria tonal limiar foram obtidos limiares auditivos normais bilateralmente e respostas de logaudiometria normais e compatíveis com a audiometria tonal. Na realização da imitanciometria, foram encontradas curvas timpanométricas do tipo “A” bilateralmente. Com base no caso descrito, é correto afirmar que, quanto ao resultado dos reflexo acústico do músculo estapédio,
- A) os reflexos ipsilaterais direito e esquerdo estarão ausentes, e os reflexos contra-laterais direito e esquerdos estarão presentes, dentro dos limites de normalidade.
 - B) os reflexos ipsilaterais direito e contra-laterais esquerdo estarão ausentes, e os reflexos ipsilaterais esquerdo e contra-laterais direito estarão presentes.
 - C) os reflexos ipsilaterais direito e contra-laterais esquerdo estarão presentes, e os reflexos ipsilaterais esquerdo e contra-laterais direito estarão ausentes.
 - D) Os reflexos ipsilaterais direito e esquerdo estarão presentes, e os reflexos contra-laterais direito e esquerdos estarão ausentes.
36. A partir da avaliação audiológica básica, é possível observar dados que direcionam a conduta quanto a encaminhamento para exames complementares à avaliação audiológica. Nesse contexto o fonoaudiólogo deve encaminhar para realização de avaliação complementar
- A) com o potencial evocado auditivo do tronco encefálico os casos de assimetria da perda auditiva e/ou zumbido.
 - B) com as emissões otoacústicas por estímulo transiente os casos de perdas auditivas profundas e autofonia.
 - C) com a avaliação do processamento auditivo central os casos que apresentem curva timpanométrica do tipo “A” com presença de zumbido unilateral.
 - D) com as emissões otoacústicas produto de distorção os casos de assimetria da perda auditiva do tipo mista e zumbido.
37. A avaliação audiológica deve ser iniciada com a anamnese, por meio da qual o fonoaudiólogo poderá identificar queixas e características do quadro clínico geral do paciente que possam estar associadas a possível alteração auditiva. Nesse sentido, considere os seguintes dados obtidos a partir de uma anamnese: dificuldade de compreensão de fala em ambiente silencioso; autofonia; dificuldade auditiva não progressiva e zumbido de frequência grave. Esses dados estão associados à hipótese diagnóstica de perda auditiva do tipo
- A) condutiva.
 - B) sensorioneural.
 - C) mista.
 - D) central.
38. Os quadros clínicos audiológicos estão associados à fisiopatologia das perdas auditivas, de acordo com cada etiologia. A otosclerose é um quadro clínico audiológico encontrado principalmente em mulheres e pode ser associado a alterações hormonais. Na avaliação audiológica de um paciente com quadro clínico audiológico de otosclerose, observam-se
- A) limiares auditivos compatíveis com perda auditiva do tipo mista, timpanometria do tipo “B” e reflexos acústicos do músculo estapédio ausentes.
 - B) limiares auditivos compatíveis com perda auditiva do tipo condutiva, timpanometria do tipo “Ad” e reflexos acústicos do músculo estapédio presentes.
 - C) limiares auditivos compatíveis com perda auditiva do tipo sensorioneural, timpanometria do tipo “C” e reflexos acústicos do músculo estapédio ausentes.
 - D) limiares auditivos compatíveis com perda auditiva do tipo condutiva, timpanometria do tipo “A” e reflexos acústicos do músculo estapédio ausentes.

39. Um paciente passou por avaliação audiológica por meio da qual foram obtidos os dados abaixo.

		250Hz	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	6000Hz	8000Hz
Orelha Direita	Via aérea	0dBNA	10dBNA	10dBNA	05dBNA	05dBNA	10dBNA	10dBNA
	Via óssea	_____	10dBNA	10dBNA	05dBNA	05dBNA	_____	_____
Orelha Esquerda	Via aérea	40dBNA	40dBNA	40dBNA	35dBNA	40dBNA	45dBNA	40dBNA
	Via óssea	_____	40dBNA	40dBNA	35dBNA	40dBNA	_____	_____
						Mono	Diss	Intensidade
LRF	OD	20dBNA		IPRF	OD	88%	80%	50dBNA
LRF	OE	45dBNA		IPRF	OE	88%	92%	80dBNA

Com base nos resultados apresentados, o paciente deverá ser encaminhado para realizar

- A) potencial evocado auditivo de tronco encefálico devido a suspeita de alteração retrococlear na orelha direita.
- B) potencial evocado auditivo de tronco encefálico devido a suspeita de alteração coclear na orelha esquerda.
- C) emissões otoacústicas devido a suspeita de alteração coclear na orelha direita.
- D) emissões otoacústicas devido a suspeita de alteração retrococlear na orelha esquerda.

40. A triagem auditiva neonatal é um procedimento a ser realizado no primeiro mês de vida do bebê. O protocolo é composto pelo teste e pelo reteste, e pode ser realizado por meio das emissões otoacústicas e do potencial evocado auditivo do tronco encefálico automático. Considerando a recomendação do Ministério da Saúde sobre a triagem auditiva neonatal em bebês sem indicadores de risco, analise as afirmativas abaixo.

I	A indicação é testar com o potencial evocado auditivo do tronco encefálico automático, e, no caso de falha, o paciente deve ser encaminhado para o diagnóstico audiológico logo após alta hospitalar.
II	A indicação é testar com as emissões otoacústicas, no caso de falha, retestar com as emissões otoacústicas, e, se persistir a falha, retestar com o potencial evocado auditivo do tronco encefálico automático antes da alta.
III	O resteste deve ocorrer num período de 30 dias, e a avaliação deve ser realizada por meio do potencial evocado auditivo do tronco encefálico automático, na intensidade de 35dBnNA.
IV	No teste e no reteste, as crianças que apresentarem falhas nas emissões otoacústicas e passem no exame de potencial evocado auditivo do tronco encefálico automático devem ter alta sem necessidade de monitoramento.

Estão corretas as afirmativas

- A) I e II.
- B) I e IV.
- C) II e III.
- D) III e IV.

41. Uma criança de 1 ano de idade foi encaminhada para avaliação audiológica devido a monitoramento auditivo, por ter apresentado indicador de risco para deficiência auditiva ao realizar a triagem auditiva neonatal. Para avaliar o quadro clínico dessa criança, indica-se a realização de
- A) audiometria de reforço visual e imitanciometria.
 - B) audiometria lúdica e imitanciometria.
 - C) audiometria de reforço visual e potencial evocado auditivo do tronco encefálico.
 - D) audiometria lúdica e emissões otoacústicas.
42. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia da Atenção básica. A partir de uma análise situacional do território, o fonoaudiólogo inserido na ESF pode
- A) orientar agentes comunitários de saúde, para avaliar sinais e sintomas referentes à comunicação dos usuários e para detectar indicadores de alterações da comunicação humana.
 - B) desenvolver atividades de promoção à saúde referentes à comunicação, por meio da abordagem de temas como saúde materno-infantil, desenvolvimento infantil e saúde auditiva.
 - C) desenvolver ações que favoreçam o diagnóstico de alteração do desenvolvimento infantil para coletar dados referentes à comunicação dos usuários.
 - D) promover a interface com as instituições educacionais do território, tendo como objetivo a avaliação da saúde escolar voltada, prioritariamente, aos educadores.
43. Os profissionais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem apoiar a Estratégia de Saúde da Família por meio de
- A) projetos terapêuticos voltados ao atendimento de linguagem, sendo o fonoaudiólogo o profissional responsável a essa prestação de cuidado.
 - B) projetos vinculados a sua formação profissional, o que o diferencia na realização das atividades comuns aos demais profissionais.
 - C) projetos de matriciamento e construção conjunta de projetos terapêuticos e demais trocas de saberes.
 - D) projeto de matriciamento visando identificar os indicadores de risco coletivo de desenvolvimento para a comunicação humana.
44. O Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, instituiu o Programa Saúde na Escola, que visa garantir atenção à saúde integral de crianças e adolescentes do ensino básico. Em relação às ações realizadas nas escolas, é previsto que o fonoaudiólogo desenvolva
- A) capacitação dos educadores e demais profissionais da rede básica sobre o desenvolvimento auditivo de crianças, além de ações para promoção e prevenção de problemas auditivos.
 - B) diagnóstico e encaminhamento das crianças identificadas com alterações auditivas para tratamento na rede especializada de serviços do SUS.
 - C) identificação dos educadores com possíveis sinais de alterações de linguagem oral e escrita, além de projetos de atuação para intervenção individualizada.
 - D) ações de assistência à saúde paralelas às ações pedagógicas da escola, distinguindo suas ações das realizadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.
45. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi instituído pela Portaria MS Nº 2.527 de outubro de 2011. O SAD tem por objetivo
- A) capacitar as equipes e a família na humanização da atenção, trabalhando a autonomia do paciente internado para favorecer sua alta.
 - B) estruturar equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD) compostas por, no mínimo, cinco profissionais, sendo o fonoaudiólogo um dos profissionais previstos na lei.
 - C) favorecer a cobertura à reabilitação fonoaudiológica, prevendo os ambulatórios de reabilitação, como atendimento excepcional no SAD para essa especialidade.
 - D) reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, para a redução da demanda de atendimento hospitalar.

49. Uma das condutas terapêuticas para o atendimento em pacientes disfônicos é a terapia de grupos. O trabalho em grupo facilita a atuação fonoaudiológica dentro da perspectiva social da voz, visto que permite ao paciente perceber sua voz na interação com outras pessoas.

O fonoaudiólogo, num trabalho de grupo com pacientes disfônicos, deve

- A) atentar para alguns critérios de seleção tais como número de participantes, sexo, idade e hipótese diagnóstica, pois os grupos devem ser compostos por pessoas do mesmo sexo, mas de faixa etária diferente e com diferentes hipóteses diagnósticas.
- B) controlar, através da liderança diretiva, como o grupo funcionará, a fim de que os objetivos propostos para cada membro, sejam alcançados ao final do processo terapêutico ainda que no coletivo.
- C) atuar como educador, que transmite, os conhecimentos que possui para serem aprendidos pelos pacientes, lembrando que estes não devem ser vistos individualmente por se tratar de um trabalho em grupo.
- D) abranger objetivos diferentes do atendimento individual, podendo trabalhar em situações de interação do paciente com outras pessoas que não sejam somente o terapeuta.

50. A avaliação vocal pode ser feita pelas análises perceptivo-auditiva, temporal e computadorizada. A descrição dos aspectos que qualificam a voz precisa ser analisada individualmente, levando-se em consideração o sexo, a faixa etária, a profissão e a demanda vocal do paciente.

Sobre aspectos da avaliação vocal, considere as afirmativas abaixo.

I	<i>Ressonância</i> compreende a projeção do som no espaço associada à modificação do sinal laríngeo pelas estruturas do trato fonatório, que envolve pulmões, laringe, faringe, cavidade oral, cavidade nasal e seios paranasais.
II	<i>PITCH</i> é o parâmetro vocal que corresponde à percepção auditiva da frequência fundamental. O <i>PITCH</i> pode ser classificado como adequado, reduzido, aumentado ou como médio, fraco ou forte.
III	<i>Loudness</i> é o parâmetro clínico que corresponde à percepção auditiva da intensidade vocal. Pode ser classificado como grave, agravado, médio ou adequado, agudizado e agudo.
IV	<i>Estabilidade</i> compreende as forças mioelásticas da laringe correlacionadas às forças aerodinâmicas da corrente de ar. <i>Instabilidade</i> se caracteriza por flutuações de intensidade e de frequência, quebras de sonoridade e de frequência.

Estão corretas as afirmativas

- A) I e IV.
- B) II e III.
- C) I e II.
- D) III e IV.

51. Paciente sexo masculino, 36 anos, sofreu queimadura de segundo grau com agente térmico, que atingiu hemiface direita, região cervical e ombro do lado direito. O paciente, com queixa de dor intensa, foi imediatamente ao hospital de referência da sua cidade.

Para esse paciente, o trabalho fonoaudiológico

- A) permite, por meio da realização de massagens na face, o aumento da aderência e da retração tecidual, favorecendo a adequação das funções orofaciais.
- B) está vetado, pois as sequelas provenientes das queimaduras de 2° e 3° graus impedem a atuação do fonoaudiólogo.
- C) visa à reabilitação de sequelas funcionais do sistema estomatognático e do aparelho fonador.
- D) ocorre de maneira multidisciplinar, fora do ambiente de UTI, com restrição à presença em caso de ferida aberta.

56. As fissuras labiopalatinas (FLP) são malformações congênitas de lábio e de palato, consideradas craniofaciais e enquadradas na classificação das displasias (CARDIM, 1989). A atuação fonoaudiológica na terapia de pacientes portadores de FLP pode ocorrer em conjunto com tratamentos ortodônticos, ortopédicos e cirúrgicos.

No tratamento de pacientes fissurados

- A)** se houver sequela cirúrgica em lábios, palato mole, palato duro e ossos da face, mesmo com comprometimento estético e emocional por toda a vida, o resultado da fonoterapia não será afetado.
- B)** se o bebê tiver uma fissura labiopalatina, o fonoaudiólogo deve orientar a mãe e os demais familiares a desistir do aleitamento materno e escolher um bico ortodôntico adequado ao caso a fim de evitar engasgos e otites.
- C)** se houver distúrbios na função auditiva, os pais devem ser orientados, pois, em pacientes com fissuras labiopalatinas, é mais comum encontrarmos perdas auditivas sensorioneurais que perdas condutivas.
- D)** se houver atraso na aquisição da linguagem e da fala do paciente fissurado, deve-se pesquisar a possível etiologia. As limitações impostas pela patologia devem ser respeitadas para, assim, eleger a prioridade no tratamento.

57. Paciente 38 anos, sexo feminino, professora, compareceu no ambulatório de fonoaudiologia com os seguintes sintomas: secura na boca; cansaço para mastigar alimentos sólidos e para falar; ruídos articulares; dor irradiada para cabeça, ouvido e nuca; zumbido; sensação de pressão nos ouvidos e otalgia.

Diante desses sintomas, o provável diagnóstico é

- A)** perda auditiva sensorioneural.
- B)** síndrome do respirador oral.
- C)** disfunção temporomandibular (DTM).
- D)** lesão no nervo trigêmio.

58. Mãe compareceu no ambulatório de Fonoaudiologia com o filho de dois anos relatando que, desde que seu filho nasceu, foi informada de que ele tinha uma síndrome, mas não se lembra de qual síndrome se trata.

Durante avaliação fonoaudiológica, foram observados hipoplasia mandibular; malformação de orelha direita; palato alto; língua geográfica; hipoplasia dos ossos zigomático e maxilar.

Considerando essa descrição, conclui-se que a criança é portadora da

- A)** síndrome de Moebius.
- B)** síndrome de Rett.
- C)** síndrome de Treacher Collins.
- D)** síndrome de Goldenhar.

59. A iniciativa Hospital Amigo da Criança visa à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio da mobilização de diversos profissionais nos cuidados de mães e bebês. Essa iniciativa propõe mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce.

No Hospital Amigo da Criança, o fonoaudiólogo deve:

- A)** ter conhecimento sobre o processo da amamentação e ter competência para identificar e solucionar fatores que podem intervir nesse processo, como, por exemplo, a presença de disfunções orais.
- B)** conhecer “Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno” os quais envolvem toda a equipe e tem o primeiro passo como o mais importante para o trabalho fonoaudiológico no Hospital.
- C)** ter conhecimento sobre os critérios para a indicação da alimentação via oral com uso de mamadeira nos recém-nascidos baixo peso sempre que suas mães não estiverem presentes para oferecer o peito.
- D)** conhecer o momento ideal para dar início à transição da alimentação de sonda para mamadeira, da sonda para seio materno e de sonda para copinho, sem necessidade da sucção não-nutritiva.

60. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Sobre o NASF, considere as afirmativas abaixo.

I	O Nasf deve ser constituído por profissionais que estão no rol de ocupações descritas na Portaria Nº 2488/2011, não sendo permitido incluir nenhum outro profissional, pois a presença de outra ocupação além das descritas em portaria não é considerada no cálculo da carga horária mínima estabelecida para cada modalidade de NASF e não tem efeitos para repasse de recursos.
II	O NASF deve formar suas equipes através do contrato de profissionais advindos de concurso público municipal, pois esta é a única forma de garantir vínculo com o território estabelecido para atuação. Qualquer outra forma de trabalho no NASF que não seja através de concurso público municipal constitui infração passível de fiscalização e punição.
III	O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiar os profissionais das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e os saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes.
IV	O NASF trabalha na lógica do apoio matricial. Isso significa, em síntese, uma estratégia de organização da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e da cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado de determinado território. Assim, os profissionais do NASF podem compartilhar o seu saber específico com a Estratégia de Saúde da Família.

Considerando o exposto, estão corretas as afirmativas

- A) I e III.
- B) II e III.
- C) III e IV.
- D) II e IV.