



**GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA (CEFOR-RH/PB)  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)**

**PROCESSO SELETIVO  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA  
EDITAL Nº 006/2019, de 21 de dezembro de 2019.**

# **CADERNO DE QUESTÕES**

## **► FONOAUDIOLOGIA ◀**

**DATA DA PROVA: 01/02/2020  
DURAÇÃO TOTAL: 04 HORAS (09:00 às 13:00h)**

### **ORIENTAÇÕES AO CANDIDATO:**

- Você receberá do fiscal de sala o seguinte material:
  - ✓ Este caderno de questões;
  - ✓ Um cartão-resposta destinado à marcação das questões.
- **Confira este material** assim que recebê-lo e, caso contenha algum erro, comunique ao fiscal.
- Após a conferência, assine o cartão-resposta no espaço destinado.
- Não dobre, amasse e/ou rasure o cartão-resposta, pois ele não será substituído.
- Este caderno tem um total de 50 (cinquenta) questões, distribuídas da seguinte forma:
  - ✓ Questões de 01 a 20: Conhecimentos de Políticas Públicas de Saúde;
  - ✓ Questões de 21 a 50: Conhecimentos Específicos.
- Para cada questão são apresentadas 05 (cinco) alternativas de resposta (a, b, c, d, e), devendo o candidato **escolher apenas uma** e, utilizando caneta esferográfica azul ou preta, preencher completamente o círculo correspondente no cartão-resposta.
- As respostas das questões deverão, obrigatoriamente, ser transcritas para o cartão-resposta, que será o único documento válido utilizado na correção eletrônica.
- Não serão prestados esclarecimentos sobre o conteúdo da prova durante a sua aplicação.
- O candidato não poderá se ausentar da sala antes de transcorrida uma hora de início da prova.

**Boa prova!  
Comissão do Processo Seletivo da Residência Multiprofissional**

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
11 -	12 -	13 -	14 -	15 -
16 -	17 -	18 -	19 -	20 -
21 -	22 -	23 -	24 -	25 -
26 -	27 -	28 -	29 -	30 -
31 -	32 -	33 -	34 -	35 -
36 -	37 -	38 -	39 -	40 -
41 -	42 -	43 -	44 -	45 -
46 -	47 -	48 -	49 -	50 -

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

1) No início da república velha entre 1889 e 1930 o quadro sanitário era caótico, devido a inexistência de modelo sanitário. O predomínio de doenças transmissíveis, grandes epidemias, fruto da imigração, precárias condições de saneamento básico, impactava negativamente todo o comércio da região e exportações, gerando impulso negativo a economia. Podemos citar as doenças predominantes na época:

- a) Dengue, Febre amarela, Peste e Tétano.
- b) Tuberculose, Hanseníase, Peste e cólera.
- c) Varíola; Tuberculose, Febre amarela.
- d) Febre amarela, tétano, Peste e Varicela.
- e) Dengue, Zica vírus e Varicela.

2) O marco inicial em que houve intervenção do estado no que diz respeito a responsabilidade com os trabalhadores, foi observada através de uma legislação específica, chamada:

- a) Criação do Funrural.
- b) Aprovação da Lei Elói Chaves.
- c) Construção do Consolidado das Leis de Trabalho.
- d) Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões.
- e) Revolta da vacina.

3) O artigo 7º explicita que as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde ou de várias delas e cita quatro elementos que os entes federativos devem definir em relação às Regiões de Saúde: I - seus limites geográficos; II - população usuária das ações e serviços; III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. Estes elementos deverão fazer parte do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde como está no Capítulo V (CONASS. Nota Técnica n. 25, 2011).

Conforme o Decreto nº 7.508 de 2011, para se estabelecer uma Região de Saúde, esta deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- a) Atenção primária e urgência e emergência.
- b) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
- c) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial e vigilância em saúde.
- d) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.
- e) Atenção primária e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

4) Conquistado o direito à saúde, era necessário institucionalizar o SUS. A Lei nº 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) dispôs sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei nº 8.142 de 1990 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área social (Carvalho, André Luis Bonifácio de. O Decreto 7.508 e os aspectos da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. Disponível em:

<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/10/04/63-o-decreto-7-508-e-os-aspectos-da-regulamentacao-da-lei-organica-da-saude/>).

Com base no disposto no Decreto n.º 7.508/2011, considera-se como Região de Saúde:

- a) Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.
- b) O município poderá compor mais de uma região de saúde interestadual, conforme as regiões de saúde dos estados vizinhos.
- c) Os municípios poderão se agrupar no formato que atendam às suas necessidades.
- d) Comporão as regiões de Saúde, as microrregiões, independente dos limites geográficos.
- e) Compete aos gestores municipais e ao gestor estadual aprovarem o formato das regiões, independente das ações e serviços de saúde.

5) Como podemos definir a Intersetorialidade? Assinale V ou F.

- ( ) A integração de diversos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços que contribuem nas decisões de processos administrativos para o enfrentamento de problemas complexos.
- ( ) São ações voltadas aos interesses coletivos que melhoram a eficiência da gestão política e dos serviços prestados.
- ( ) É a superação da fragmentação do conhecimento e da prática.
- ( ) É a reunião de vários saberes e possibilidades de atuação, no sentido de viabilizar um olhar mais amplo sobre a complexidade do objeto, a fim de possibilitar a análise dos problemas e das necessidades, no âmbito de um dado território e contexto.
- ( ) É articulação de vários setores em busca de resolução de problemas.

A sequência CORRETA é:

- a) V, V, V, V, V.
- b) V, V, F, F, V.
- c) F, F, V, V, V.
- d) F, V, F, V, V.
- e) V, V, V, V, F.

6) Como a Intersetorialidade pode ser operacionalizada?

- ( ) Através de diversos atores de setores e áreas diferentes.
- ( ) Por meio da criação de uma rede de compromisso social, estruturada por vínculos.
- ( ) Através de Instituições, organizações e pessoas se articulando em torno de uma questão da sociedade em um determinado território.
- ( ) Através de ações integradas e articuladas de diversas áreas de conhecimentos.
- ( ) Estabelecendo corresponsabilidades e cogestão pela melhora da qualidade de vida da população.

A sequência CORRETA é:

- a) F, V, V, V, V.
- b) V, V, F, F, V.
- c) F, F, V, V, V.

- d) F, V, F, V, V.
- e) V, V, V, V, V.

7) O Sarampo é uma doença imunoprevenível que tem persistido como importante problema de Saúde Pública. Na Paraíba, até a 45ª Semana Epidemiológica do ano de 2019, foram confirmados 40 casos da doença. Considerando a necessidade de intensificação das ações de controle e eliminação da transmissão do vírus, assinale a alternativa CORRETA quanto a conduta apropriada diante da identificação de caso suspeito ou confirmado.

- a) Notificar imediatamente todo caso suspeito de sarampo em até 48 horas.
- b) Realizar bloqueio vacinal seletivo em até 72 horas após a notificação.
- c) Realizar busca retrospectiva de casos suspeitos, nos últimos 10 dias, a partir da data do exantema do primeiro caso confirmado.
- d) Casos suspeitos e/ou confirmados podem frequentar locais com grandes concentrações de pessoas nos primeiros 4 dias após o aparecimento do exantema.
- e) Realizar o monitoramento dos contatos de casos suspeitos ou confirmados por 10 dias.

8) “A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) foram notificadas da ocorrência de um caso de paciente com insuficiência renal aguda e alterações neurológicas de etiologia a esclarecer, internado em hospital da rede privada de saúde do município de Belo Horizonte.”

Frente à situação recente sobre a intoxicação exógena por Dietilenoglicol após a ingestão de cerveja em Belo Horizonte, a vigilância epidemiológica desencadeou um processo investigativo. De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde, 4ª edição, 2019, assinale a alternativa que descreve CORRETAMENTE uma das etapas do roteiro de investigação:

- a) Relatório final: O relatório e outros produtos resultantes da investigação epidemiológica, garantidos os critérios de sigilo e confidencialidade estabelecidos na legislação vigente, deverão ser divulgados aos serviços participantes da investigação e, com a maior brevidade possível, aos demais serviços relacionados à implementação das medidas recomendadas.
- b) Formulação das hipóteses: Quando da ocorrência de uma epidemia, torna-se necessário verificar se a suspeita diagnóstica inicial enquadra-se na definição de caso suspeito ou confirmado da doença em questão.
- c) Caracterização da epidemia: As informações disponíveis devem ser organizadas de forma a permitir a análise de algumas características e responder a algumas questões relativas à sua distribuição no tempo, lugar e pessoa.
- d) Medidas de controle: Tem como objetivo reconhecer e investigar casos similares no espaço geográfico onde houver suspeita da existência de contatos e/ou fonte de contágio ativa.
- e) Divulgação: Os dados da investigação deverão ser sumarizados em um relatório que contenha a descrição do evento (todas as etapas da investigação), incluindo tabelas e gráficos e as principais conclusões e recomendações.

9) A Carta de Ottawa diz que a “Promoção de saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste”. Sobre a promoção de saúde, classifique as afirmações entre verdadeira e falsas, em seguida escolha a alternativa CORRETA:

I - As discussões sobre Promoção de Saúde foram voltadas principalmente para atender as necessidades em saúde dos países industrializados e não exatamente de todas as regiões.

II - A promoção da saúde é responsabilidade exclusiva do setor saúde, pois envolve a necessidade de mudança de estilo de vida dos mais pobres, o que é dever do SUS.

III - As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz, Habitação, Educação, Alimentação, Renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

IV - As ações de promoção da saúde objetivam ajudar a sociedade a conviver com as diferenças sociais sem conflitos, pois diferenças de oportunidades e recursos sempre existirão.

V - As estratégias de promoção da saúde devem seguir as recomendações da Carta de Ottawa sem adaptações locais nos diferentes países e região, só assim garantem os resultados desejados.

- a) Apenas as questões I e III são verdadeiras.
- b) Todas as afirmações são verdadeiras.
- c) Apenas as questões I, II e III são verdadeiras.
- d) Apenas as questões II e V são falsas.
- e) Apenas as questões I, II, III e V são verdadeiras.

10) A promoção da saúde vem sendo discutida desde o processo de redemocratização do Brasil, no qual a 8ª Conferência Nacional de Saúde se constituiu como o grande marco da luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social irrevogável, como os demais direitos humanos e de cidadania. Sobre a Política Nacional de Atenção Básica, é correto afirmar, EXCETO:

- a) A promoção da saúde é um conjunto de estratégias individuais e coletivas articuladas em Rede de Atenção à Saúde que buscam a participação de diferentes setores sociais e a participação do controle social.
- b) No âmbito da atenção e do cuidado, a promoção da saúde é uma estratégia que respeita as especificidades e as potencialidades na construção de projetos terapêuticos, de vida e na organização do trabalho em saúde.
- c) A abordagem da promoção da saúde aponta para o desenvolvimento de políticas públicas e para a produção e disseminação de conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa.
- d) A PNPS considera a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de promoção de saúde.
- e) A PNPS considera a articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial importantes, mas recomenda que as metas da promoção de saúde devam ser definidas exclusivamente pelos profissionais e pelo setor da saúde.

11) As Redes de Atenção à Saúde tem entre outros objetivos promover a orientação dos usuários de forma organizativa que permita monitoramento e avaliação e, dentre elas destaca-se a REDE CEGONHA. Sobre as garantias proporcionadas pela Rede Cegonha, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Garantia da atenção à saúde das crianças até os 6 primeiros meses de vida com qualidade e resolutividade.
- b) Garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal.
- c) Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro.
- d) Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.
- e) Garantia da ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo dentro de uma política mais ampla de atenção integral à saúde da mulher e à saúde da criança.

12) No artigo 1º da lei 8142/90 fala que: O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde, sobre o Conselho de Saúde, é CORRETO afirmar que:

a) O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

b) O Conselho de Saúde, em caráter temporário e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

c) O Conselho de Saúde, em caráter temporário e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos sociais, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

d) O Conselho de Saúde, em caráter permanente e punitivo, órgão colegiado composto por representantes dos órgãos privados, prestadores de serviço, profissionais da educação e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos sociais, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

e) O Conselho de Saúde, em caráter permanente e punitivo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos políticos, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

13) A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009. E talvez seja uma das mais importantes ferramentas para que o cidadão e a cidadã brasileira, conheça seus direitos. O documento, que tem como base seis princípios básicos de cidadania, caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento de saúde, tanto público como privado. Sobre os direitos dos usuários, todas as alternativas estão corretas, EXCETO:

a) Nas situações de urgência /emergência, qualquer serviço de saúde, público ou privado, deve receber e cuidar da pessoa.

b) Toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde.

c) Receber medicamentos da farmácia básica e, se necessário outros medicamentos, o custo deve ser ressarcido ao SUS.

d) O direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto.

e) O acesso ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia.

14) A atuação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003, contemplou, entre outras iniciativas relevantes, a formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), lançada em 2003, e institucionalizada com a publicação da Portaria GM/ MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que estabeleceu diretrizes para sua implementação, fomentando a condução regional da política e a participação interinstitucional e intersetorial. Posteriormente, foi publicada a Portaria GM/ MS 1.996/07, a qual propôs novas diretrizes para a PNEPS, que integram, atualmente, a base normativa do SUS, consolidada em 2017 (GONÇALVES, C. B. et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 1, P. 12-23, AGO 2019)

Sobre a PNEPS podemos afirmar:

- a) A formação no trabalho, a problematização e a aprendizagem significativa são princípios basilares da PNEPS.
- b) É uma política que surgiu à mesma época das leis orgânicas do SUS, logo, considerando já ter mais de uma década de existência, não apresenta mais desafios para a sua implementação.
- c) Considerando sua importância já há financiamento federal, estadual e municipal garantidos para a sua implementação, avaliação e monitoramento.
- d) Seu conceito e diretrizes são utilizados plenamente no cotidiano do trabalho seja na gestão, seja na assistência.
- e) A integração dos Serviços de Saúde com as Instituições de Ensino em Saúde, através de práticas de EPS, tem provocado mudanças efetivas nos currículos dos cursos e nas metodologias aplicadas na saúde.

15) As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) corroboram com os princípios e as diretrizes do SUS, associam a prática à aprendizagem significativa de maneira a problematizar o modelo técnico-assistencial dos serviços às quais estão vinculadas, e a propor soluções e alternativas para o enfrentamento dos problemas. Um grande potencial das residências multiprofissionais é exatamente os diversos olhares de profissionais da saúde de diferentes categorias, especializações e disciplinas sobre os problemas de gestão e de assistência no cotidiano dos serviços de saúde.

Sobre o trabalho em equipe, quais os conceitos que NÃO estão corretamente aplicados nas alternativas a seguir?

- a) Na multiprofissionalidade os saberes especializados de cada categoria separarão a atuação de cada profissional.
- b) Na interprofissionalidade há uma noção do trabalho em saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios.
- c) A multidisciplinaridade ocorre quando, para solucionar um problema, busca-se informação e ajuda em várias disciplinas.
- d) Na interdisciplinaridade a cooperação entre várias disciplinas provoca intercâmbios reais; isto é, existe verdadeira reciprocidade nos intercâmbios e, conseqüentemente, enriquecimentos mútuos.
- e) Na transdisciplinaridade há a construção de um sistema, sem fronteiras sólidas entre as disciplinas, ou seja, há uma visão transversal das diversas possibilidades de enfrentamento de um problema.

16) O Apoio Institucional (AI) na Paraíba, atua através das Gerências Regionais de Saúde para fortalecer as redes de atenção à saúde, a educação permanente em saúde e o planejamento em saúde, qualificando a gestão e os espaços institucionais como as Comissões Intergestores Regionais, as Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço Macrorregionais e os grupos condutores de



rede. Os profissionais que atuam no AI podem ser de diversas áreas da saúde e também das humanas, exatas e ciências biológicas sendo a sua ação orientadas pelo diálogo, trabalho em equipe e co-gestão.

Sobre o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, assinale a opção CORRETA.

- a) Uma equipe de trabalho multiprofissional sempre trabalha de forma interdisciplinar.
- b) Na equipe transdisciplinar, as relações internas são organizadas e hierarquizadas.
- c) A equipe interdisciplinar reúne disciplinas com objetivos diferenciados e profissionais que dialogam entre si.
- d) Os trabalhos em parceria são naturalmente interdisciplinares.
- e) A equipe multidisciplinar compõe-se de mais de um profissional da mesma área envolvida no trabalho a ser realizado.

17) Constituem-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que sejam de acesso universal, igualitário e gratuito. Via de regra, gastos com saneamento básico e obras de infraestrutura não podem ser incluídos pelos municípios como despesas em saúde. Existem algumas exceções sobre os gastos com o saneamento básico que estão dispostas na Lei nº 141/2012 que são nos casos:

I - De domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo conselho de saúde do ente da federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta lei.

II - De domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pela Câmara de Vereadores (como ente municipal).

III - Dos distritos sanitários de comunidades remanescentes de quilombos.

IV - Dos distritos sanitários especiais indígenas.

V - De limpeza urbana e remoção de resíduos.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

- a) Apenas as assertivas III, IV e V estão corretas.
- b) As assertivas I, II, III e IV estão corretas.
- c) Apenas as assertivas I, III e IV estão corretas.
- d) Apenas as assertivas II, IV e V estão corretas.
- e) Todas as assertivas estão corretas.

18) Uma das conquistas da Lei Complementar nº 141/2012 foi descrever quais despesas são consideradas gastos com saúde, além dos recursos mínimos voltados para ações e serviços públicos em saúde. Dessa forma, em relação aos recursos aplicados por cada ente federativo, é CORRETO afirmar que:

- a) Os estados e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde no mínimo 15% da arrecadação dos impostos estaduais.
- b) Os estados e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde no mínimo 17% da arrecadação dos impostos estaduais.
- c) Os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 12% da arrecadação dos impostos municipais.

- d) Os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 17% da arrecadação dos impostos municipais.
- e) O Distrito Federal aplicará anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

19) O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) está integrado à Estratégia e-SUS AB. A **Portaria nº 2.499, de 23 de setembro de 2019**, altera a forma de registro de dados de aplicação de vacinas, imunoglobulinas e soros realizada nas unidades de atenção primária à saúde para apenas um sistema, o e-SUS AB. A integração dos sistemas de informação proporcionará melhoria nos registros de imunização e também no acompanhamento por parte das equipes de saúde do histórico de vacinação dos cidadãos. Diante das informações sobre o papel dos profissionais de saúde da Atenção Primária no SIPNI marque a alternativa INCORRETA:

- a) Registrar as informações de imunização exclusivamente nos softwares disponibilizado Ministério da Saúde (Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC ou Coleta de Dados Simplificada - CDS).
- b) Registrar as informações de imunização exclusivamente nos softwares disponibilizado Ministério da Saúde ou nos sistemas próprios ou de terceiros devidamente integrados ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
- c) Registrar no SIPNI os dados referentes à movimentação de imunobiológicos nas salas de vacinas, aos eventos adversos pós-vacinação e ao monitoramento rápido de coberturas vacinais.
- d) O registro de dados por meio do SIPNI e API Web será encerrado em 60 dias, contados a partir da publicação da Portaria 2.499/2019.
- e) Registrar os dados de vacina atípicas, com índices epidemiológicos mais graves no SIPNI.

20) O campo científico denominado Saúde Coletiva é composto por três pilares: a epidemiologia, as ciências sociais e o planejamento. Segundo Paim (2006), o ato de planejar é anterior ao surgimento desse campo científico. Porém, no campo pessoal o ato de planejar pode ser uma escolha, o que não ocorre na ação coletiva e social. Para este mesmo autor, no campo da saúde “em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, essa necessidade torna-se premente”. Acerca dos aspectos históricos do planejamento governamental, é CORRETO afirmar que:

- a) O primeiro esforço da humanidade em implementar o planejamento na perspectiva da ação social está relacionado a uma nova forma de organização da sociedade conhecida como socialismo, em 1917, na Rússia.
- b) O planejamento na perspectiva de organizar as ações sociais começou a ser exercido pelos países capitalistas, no início do século XX na tentativa de gerar transparência às ações governamentais. Esta foi a época da revolução bolchevique, que tem estreita ligação com a necessidade de implementar o planejamento nas ações governamentais.
- c) A primeira iniciativa de planejar no âmbito social se deu pela Inglaterra, com o Plano Beveridge, em 1943, o que serviu de referência para a criação do Serviço Nacional de Saúde nesse país, em 1948.
- d) A inserção do planejamento nas instituições governamentais em todo o mundo se deu a partir de uma pesquisa desenvolvida pela Universidade de Salamanca, a quarta universidade pública mais antiga do mundo, no ano de 1920.
- e) O primeiro esforço em implementar o planejamento governamental se deu no período pós II Guerra Mundial, com a criação das Organizações das Nações Unidas (ONU) e seus componentes na saúde (OMS), trabalho (OIT) e educação e cultura (UNESCO).

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

### ► FONOAUDIOLOGIA ◀

21) De acordo com o Código de Ética da Fonoaudiologia (2016), que foi elaborado por um grupo de trabalho composto de membros do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia e é norteado pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH), NÃO fazem parte dos deveres gerais do Fonoaudiólogo:

- a) Resguardar a privacidade do cliente.
- b) Notificar doenças e agravos, conforme a legislação vigente.
- c) Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família, à coletividade e ao meio ambiente.
- d) Apontar falhas nos regulamentos e normas de instituições quando as julgar incompatíveis com o exercício da atividade ou prejudiciais ao cliente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes.
- e) Servir, parcialmente, à Justiça, a depender do caso em questão.

22) NÃO constituem direitos dos Fonoaudiólogos com relação às redes sociais:

- a) Divulgar seus serviços.
- b) Criar canais de comunicação com a população.
- c) Conceder entrevistas ou palestras sobre assuntos fonoaudiológicos de sua atribuição, com a finalidade de esclarecimento e educação no interesse da coletividade.
- d) Criar ou participar de grupos de discussão, desde que respeitados os preceitos deste código de ética.
- e) Discutir casos ou esclarecer dúvidas relativas à prestação de serviço ao cliente quando este for exposto ou facilmente identificável.

23) “O leite humano é a mais adequada fonte de nutrientes para o recém-nascido, e todas as mães saudáveis devem ser encorajadas a amamentar seus filhos. Além de ser nutricionalmente adequado e uma rica fonte de anticorpos, o leite materno oferece a oportunidade de uma harmoniosa interação mãe-filho, o que contribui psicologicamente para uma relação bastante saudável” (BASSETO; BROCK; WAJNSZTEJN, 1998). Sabe-se que o hormônio que controla a secreção de leite e que é produzido pelo estímulo da sucção mamária chama-se:

- a) Prolactina.
- b) Ocitocina.
- c) Colostro.
- d) Progesterona.
- e) Estrógeno.

24) “No recém-nascido e no lactente, a fase oral da deglutição é constituída quase que exclusivamente pela sucção” (LEVY; ALMEIDA, 2018). Acerca destas funções estomatognáticas do bebê, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Ritmicidade é um aspecto inconsistente no padrão de alimentação nos primeiros três meses de vida.
- b) O ato de sugar envolve a coordenação entre lábios, língua, hioide e músculos da mandíbula.
- c) A boca do recém-nascido é pouco sensível ao estímulo gustativo e tátil.
- d) A sucção é uma função reflexa, e aparece no bebê por volta da 2ª semana após o nascimento.
- e) A sucção é constante, e não varia de acordo com a ausência ou presença de líquidos.

25) Com relação aos reflexos relacionados à deglutição presentes em recém-nascidos a termo saudáveis, pode-se considerar CORRETO que:

- a) O reflexo de GAG pode ser disparado com o toque na parte anterior da língua ou da faringe.
- b) O reflexo de procura é observado com o toque nos cantos da boca, e é considerado normal até os 9 meses de idade.
- c) Alguns reflexos são básicos para a sobrevivência (reflexo de Moro, de Marcha, tônico cervical assimétrico e depois o simétrico, mordida, vômito, entre outros), e bebês saudáveis nascem com eles.
- d) Caso haja persistência desses reflexos, não ocorre interferência no desenvolvimento da criança em relação à alimentação e deglutição.
- e) O reflexo de sucção é estimulado com o toque do bico na boca ou na ponta da língua, e é considerado normal até os 3 a 6 meses.

26) Paciente prematuro, 8 meses de idade corrigida, ingere apenas alimentos pastosos e líquidos, vem ao consultório fonoaudiológico com queixa de engasgos especialmente com líquidos e pneumonias recorrentes. Realizou avaliação clínica fonoaudiológica e videofluoroscopia, cujo diagnóstico final foi disfagia orofaríngea. Encontram-se entre os achados sugestivos deste distúrbio, EXCETO:

- a) Tempo prolongado para se alimentar.
- b) Voz molhada após a deglutição.
- c) Ganho de peso.
- d) Tosse durante a alimentação.
- e) Acúmulo de saliva na boca.

27) A disfagia orofaríngea (DOF) é um distúrbio de deglutição bastante comum em pediatria, e tem a aspiração como uma das principais consequências, podendo levar a problemas respiratórios. Um dos exames para o diagnóstico da disfagia é a Videoendoscopia da deglutição (VED). Assinale a alternativa CORRETA sobre este procedimento:

- a) É um exame realizado pelo Otorrinolaringologista, normalmente sem a presença do Fonoaudiólogo, porém este pode observá-lo.
- b) Permite a avaliação da disfagia em crianças e adultos de todas as idades, porém expõe o paciente à radiação.
- c) Propicia a avaliação de todas as fases da deglutição, inclusive a esofágica.
- d) É realizado por meio do Fibronasolaringoscópio, o qual é introduzido em uma das fossas nasais e posicionado na região retropalatal.
- e) Uma de suas desvantagens inclui a impossibilidade de testar manobras terapêuticas e de verificar a sensibilidade laríngea.

28) Acerca da deglutição de saliva na criança disfágica, é VERDADEIRA a afirmativa:

- a) Deve ser avaliada após a avaliação da deglutição de alimentos nas mais diferentes consistências.
- b) Caso o paciente apresente sinais sugestivos de penetração/aspiração ou a sialoestase esteja comprometendo significativamente a fase oral da deglutição, deve-se discutir com a equipe a possibilidade do uso de medidas para estimular a salivação.
- c) O fonoaudiólogo avalia apenas a deglutição espontânea de saliva, não devendo verificar a necessidade de estímulos ou manobras para desencadear o reflexo de deglutição.
- d) Caso a criança apresente bom desempenho na avaliação da deglutição de saliva, pode ser realizada a avaliação da deglutição com alimentos.
- e) Não se costuma avaliar se a criança realiza o manejo de secreções de forma adequada.

29) Neonato pré-termo com incoordenação sucção/deglutição, pausas respiratórias durante a alimentação e engasgos. São aspectos importantes na avaliação deste paciente, EXCETO:

- a) Verificação do controle da cabeça, posicionamento de língua e posição de mandíbula.
- b) Avaliação da mastigação uni ou bilateral, com ou sem projeção de cabeça.
- c) Avaliação dos reflexos orais.
- d) Frequência, ritmo e duração dos grupos de sucções e deglutições realizados durante a alimentação.
- e) Inspeção das estruturas orofaciais.

30) Dentre os antecedentes com risco para as disfagias em bebês e crianças, NÃO se pode incluir:

- a) Infecções congênitas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, herpes e citomegalovírus).
- b) Recém-nascidos pequenos para a idade gestacional ou com peso ao nascimento < 1.500 kg.
- c) Distúrbios neurológicos.
- d) Casos de presbifagia na família.
- e) Intubação orotraqueal prolongada.

31) Procedimento complementar muito utilizado para investigação da função da deglutição em pacientes traqueostomizados, de fácil execução, cuja sensibilidade ainda é questionada atualmente. “Consiste na análise da deglutição de saliva ou de alimentos corados com azul em pacientes traqueostomizados seguida de aspiração com cateter, quando necessário” (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2009). Este denomina-se:

- a) *Blue Dye Test* ou *Blue Dye Test* modificado.
- b) *Blue tracheostomy test*.
- c) *Blue aspiration Test*.
- d) Nasofibroscopia azul.
- e) Ausculta cervical com corante.

32) Segundo Marchesan, Oliveira e Martinelli (2014), a estrutura histológica do frênulo lingual não possibilita modificações nessa membrana a partir de exercícios. Dessa forma, em alguns casos, tornam-se necessários procedimentos cirúrgicos a fim de evitar alterações nas funções. O procedimento caracterizado pela excisão PARCIAL do frênulo lingual, geralmente realizada em crianças mais velhas ou em adultos, é chamado:

- a) Frenotomia.
- b) Frenectomia.
- c) Frenulopastia.
- d) Frenectostomia.
- e) Frenotomia parcial.

33) Segundo Marchesan (2013), a língua é um dos elementos móveis mais importantes na produção da articulação, portanto todo fonoaudiólogo deve saber avaliá-la. A mesma autora classifica clinicamente o frênulo lingual em:

- a) Normal; anteriorizado; curto; curto e anteriorizado; anquiloglossia.
- b) Normal; anteriorizado; posteriorizado; ausente.
- c) Normal; curto; longo; ausente.
- d) Normal; fixo; curto; longo.
- e) Anterior; posterior; curto; longo.

34) “Muitas crianças, por volta do primeiro aniversário, começam a ensaiar suas primeiras palavras. Porém, antes de chegarem a essa forma verbal de linguagem, desenvolveram uma série de habilidades comunicativas mais gerais em um plano não-verbal pré-linguístico” (ZORZI, 2005).

I – A criança necessita ter uma razão ou motivo para se comunicar.

II – É necessário ter algo para comunicar, ou seja, o conteúdo.

III – Torna-se também necessário um meio de comunicação, que pode ser verbal ou não-verbal.

IV – São necessárias pessoas com quem se comunicar, com ou sem atenção ao que é dito.

V – Deve haver condições favoráveis para a interação, dentre elas a atribuição de significado aos esforços comunicativos da criança.

VI – A criança deve ter capacidades cognitivas para atuar sobre o mundo e compreendê-lo.

Estão CORRETAS as afirmativas, que se constituem condições necessárias ao desenvolvimento de formas linguísticas mais evoluídas:

a) I, II, V e VI.

b) I, II, III, IV e VI.

c) I, II, III e VI.

d) I, II, III, V e VI.

e) Todas as afirmativas estão corretas.

35) As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas de lábio e palato, consideradas craniofaciais. Encontram-se na literatura inúmeras classificações, dentre elas a de Spina (1972), que toma por base o forame incisivo. Acerca da fissura submucosa e submucosa oculta, pode-se afirmar que:

a) A voz encontrada na fissura submucosa é predominantemente oral.

b) A fissura submucosa e a submucosa oculta estão mais comumente enquadradas na classificação das fissuras pré-forames.

c) Observa-se, na fissura submucosa, comumente, a tríade: úvula bífida, diástase da musculatura velar e chanfradura da borda posterior do palato. Caso a úvula esteja íntegra, a fissura não se enquadra nesta classificação.

d) A fissura submucosa oculta é de difícil diagnóstico clínico, sendo o único sinal observável a qualidade vocal predominantemente nasal.

e) Todos os casos de fissura submucosa apresentam alterações na fala, portanto, o seu tratamento deve ser cirúrgico, e após este, realizada a fonoterapia.

36) Com relação à reabilitação dos pacientes com fissuras labiopalatinas, assinale a alternativa INCORRETA:

a) A reabilitação completa dos portadores de fissuras constitui a meta principal do tratamento.

b) O tratamento não é exclusivamente cirúrgico, e sim interdisciplinar.

c) São profissionais que compõem a equipe multidisciplinar no tratamento das fissuras: cirurgião plástico, geneticista, pediatra, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, endodontista, dentre outros.

d) O fonoaudiólogo tem atuação efetiva dentro da equipe no diagnóstico, planejamento cirúrgico e acompanhamento pré e pós-operatório.

e) Os pacientes portadores de fissuras labiopalatinas dificilmente apresentam carência nutricional, mas caso esta ocorra, deve-se recorrer exclusivamente ao nutricionista, profissional habilitado para tratar estas alterações.

37) Paciente L.F.M., sexo masculino, 11 anos. Veio ao consultório fonoaudiológico com diagnóstico de paralisia facial periférica de origem idiopática. Durante avaliação fonoaudiológica da

mímica facial, observou-se que o mesmo se enquadra na classificação grau 1, ou seja, com pequena mobilidade de pele (FOUQUET; LAZARINI, 2013). Acerca da reabilitação fonoaudiológica para este caso, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Devem ser aplicadas técnicas para facilitação do movimento, inibição dos padrões anômalos e coordenação dos movimentos complexos.
- b) Os exercícios devem ser realizados com o paciente observando seus movimentos no espelho, para facilitar o *feedback*.
- c) Os exercícios isométricos, nos quais se sustenta o movimento por alguns segundos, devem ser utilizados inicialmente neste caso.
- d) Deve-se utilizar procedimentos para “despertar” a musculatura facial, como compressas frias, gelo e batidas rápidas.
- e) Deve-se iniciar a estimulação da mímica facial com os exercícios isotônicos, como também pelos de contrarresistência.

38) A alteração vocal que, quando presente em crianças, é mais predominante no sexo masculino, e é caracterizada pelo espessamento da borda livre das pregas vocais, na região do seu 1/3 anterior com o 1/3 médio, chama-se:

- a) Pólipo.
- b) Nódulo de prega vocal.
- c) Edema de Reinke.
- d) Cisto.
- e) Sulco.

39) Uma criança de 9 anos que apresenta queixas na leitura e escrita persistentes desde a alfabetização. Durante a avaliação fonoaudiológica verificaram-se as seguintes alterações: “parto” (prato), “carata” (carta), “afião” (avião), “bolu” (bolo). As alterações ortográficas descritas são, respectivamente:

- a) Omissão de letras, acréscimo de letras, substituição surdo/sonoro, apoio na oralidade.
- b) Inversão de letras, acréscimo de letras, substituição surdo/sonoro, apoio na oralidade.
- c) Omissão do /r/vibrante, acréscimo de letras, troca de letras, substituição de letras.
- d) Omissão do /r/ vibrante, inclusão de sílaba, substituição surdo/sonoro, apoio na oralidade.
- e) Inversão de letras, inclusão de sílaba, troca de letras, substituição de letras.

40) “Os pacientes em UTI têm dificuldade na comunicação quando incapazes de falar, como no caso da ventilação mecânica. A intubação orotraqueal, a traqueostomia, além de fatores como *delirium* em fases críticas e alterações de fala, linguagem e cognição em decorrência de doenças neurológicas também interferem na comunicação dos pacientes” (CORREIA; MANSUR, 2015). Acerca da comunicação dos pacientes em ambiente hospitalar, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) A intervenção dos profissionais de saúde no auxílio da comunicação funcional do paciente pode incluir a forma não verbal de comunicação com gestos, expressão facial, escrita, uso de pranchas de comunicação e de meios eletrônicos, como o computador.
- b) Constituem pré-requisitos que o paciente deve apresentar para o uso da comunicação alternativa: desejo de se comunicar; contato ocular antes e durante a comunicação; reconhecimento e uso de expressões faciais, gestos e outros meios não verbais; estabelecimento de troca de turnos de comunicação; dentre outros.
- c) Comprometimento na cognição e controle motor diminuído não influenciam no uso da comunicação não verbal.

d) Em casos de traqueostomia em pacientes com ventilação mecânica pode ocorrer o uso da válvula de fala, restabelecendo a passagem de ar pelas pregas vocais e permitindo a vocalização do paciente.

e) A indicação de válvula de fala deve ser previamente discutida com a equipe multidisciplinar, especialmente a fisioterapia e a médica, para prevenir intercorrências em seu uso.

41) O fonema /f/ classifica-se como:

- a) Consoante oral, constrictiva, fricativa sonora, alveolar.
- b) Consoante nasal, constrictiva, fricativa surda, labiodental.
- c) Consoante oral, constrictiva, fricativa surda, labiodental.
- d) Consoante oral, oclusiva, surda, labiodental.
- e) Consoante oral, constrictiva vibrante sonora, labiodental.

42) “A leitura e a escrita são fundamentais para a aquisição de conhecimentos e troca de experiências. Permitem o acesso a pontos de vista variados, a uma multiplicidade de ideias e oferecem oportunidades ao indivíduo para que participe de forma mais ativa do contexto social em que está inserido” (PELOSI, 2015). O distúrbio do desenvolvimento que envolve dificuldades significativas no aprendizado da leitura fluente e precisa de palavras, apesar da inteligência e instrução adequada, denomina-se:

- a) Déficit intelectual.
- b) Distúrbio específico de linguagem.
- c) Déficit no processamento fonológico.
- d) Distúrbio do desenvolvimento da fluência.
- e) Dislexia.

43) A fluência pode ser analisada por diversos parâmetros, pois é uma série de atributos o que garante que a comunicação oral será bem recebida pelo ouvinte e isso faz com que o falante seja considerado fluente (CUPELLO,2007). De acordo com a mesma autora, encontram-se entre as disfluências mais comuns, EXCETO:

- a) Bradilalia.
- b) Taquilalia.
- c) Gagueira dispráxica.
- d) Tartajeio.
- e) Disritmia prosódica.

44) O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um quadro caracterizado pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora (SILVA; SOUZA, 2005) Acerca deste tema, assinale a alternativa CORRETA.

- a) O comportamento da criança com TDAH não perturba o círculo familiar e escolar; as atividades lúdicas geralmente são bastante satisfatórias.
- b) A maioria das crianças com TDAH não têm dificuldades escolares, pois aprendem mais facilmente por meio escrito.
- c) O diagnóstico do TDAH é realizado predominantemente por exames de imagem.
- d) No ambiente escolar, algumas crianças tendem a se sentir excluídas, e alguns comportamentos como a agressividade e a impulsividade também acabam gerando seu isolamento social.
- e) O atendimento realizado ao paciente com TDAH é predominantemente médico, sendo os demais profissionais necessários apenas a depender de cada caso.



45) “Em um esquema de construção conjunta das relações afetivas da criança com seu início próximo, pode-se considerar que a expressão indiferenciada das necessidades básicas e, posteriormente, a expressão de outras emoções “básicas” que preenchem uma função adaptativa estejam na origem dos estados afetivos da criança” (CHEVRIE-MULLER & NARBONA, 2005). A zona na qual a criança consegue realizar as ações SOZINHA, sem a ajuda de um adulto, denomina-se:

- a) Zona de desenvolvimento proximal.
- b) Zona de desenvolvimento real.
- c) Zona de aprendizagem motora.
- d) Zona de desenvolvimento independente.
- e) Zona de aprendizagem secundária.

46) Considerando as questões envolvidas nas mudanças da voz na adolescência, considere as afirmativas:

I – Durante a puberdade, ocorrem as alterações antropométricas que provocam mudanças nas diversas funções do organismo humano. Ocorre um crescimento mais evidente e acentuado da laringe no sexo masculino.

II – Durante a adolescência, a instabilidade da frequência vocal é mais marcante nos rapazes, e a instabilidade do *loudness*, mais comum nas moças.

III – As modificações nos órgãos da fonação que ocorrem na puberdade podem gerar uma disфонia temporária, marcada por rugosidade, instabilidade, quebras de frequência e sonoridade e, em alguns casos, soproidade.

IV – A puberфонia caracteriza-se pela persistência da voz grave após a idade esperada, quando já ocorreu o fim da puberdade, que pode coexistir com desajustes funcionais que mantenham esse padrão vocal.

Estão CORRETAS:

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

47) Acerca das disartrofonias e apraxias, analise as afirmativas a seguir.

I- Disartrofonias são alterações motoras de fala de origem neurológica, consequência de transtornos centrais e/ou periféricos de origem muscular.

II- As disartrofonias referem-se a problemas na execução motora que podem comprometer além da função fonatória, a respiração, a ressonância, a articulação e a prosódia.

III - As apraxias, por sua vez, referem-se às alterações na programação motora dos atos da fala.

IV - As disartrofonias podem ser classificadas em: flácida, espástica, hipocinética, hipercinética, atáxica e mista, de acordo com o local da lesão.

Estão CORRETAS:

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

48) Paciente M. F. G., 15 anos, apresenta paralisia cerebral e diagnóstico de disartrofia por paralisia pseudobulbar. Os sintomas apresentados pelo mesmo são: dificuldades na linguagem, deglutição, labilidade emocional, fala lenta, articulação imprecisa. Durante avaliação fonoaudiológica, observou-se que a voz se apresenta rouca, *pitch* grave, *loudness* reduzido. Observa-se ainda hipertonia da musculatura fonatória, com fraqueza laríngea. Pode-se classificar a disartrofia apresentada pelo paciente em:

- a) Espástica.
- b) Flácida.
- c) Hipocinética.
- d) Hipercinética.
- e) Atáxica.

49) “A afasia é um distúrbio que afeta a linguagem, mas não é um distúrbio de linguagem (...) o distúrbio é causado por alterações em múltiplos níveis cognitivos e não apenas por déficits específicos de linguagem, uma vez que os déficits não são específicos de uma modalidade (MCNEIL e DOYLE, 2000). Dentre as manifestações presentes nos quadros afásicos, incluem-se as sequências fonêmicas ou grafêmicas que obedecem às regras da língua, assemelhando-se às palavras, mas que não existem na língua, não sendo compreendidas nem reconhecidas pelos interlocutores como palavras e que não são dicionarizadas. Estas denominam-se:

- a) Paráfrases.
- b) Anomias.
- c) Parafasias semânticas.
- d) Neologismos.
- e) Estereotípias.

50) O atendimento fonoaudiológico em crianças à beira do leito tem como objetivo principal (re) habilitar pacientes com:

- a) Distúrbios de deglutição.
- b) Afasia.
- c) Disfonia.
- d) Alterações na linguagem.
- e) Alterações na fala.