INSTITUTO SANTOS DUMONT
ENSINO E PESQUISA

PROCESSO SELETIVO
Edital nº 001/2027

Residência Multiprofissional no Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência

Terapia Ocupacional

Leia estas instruções:

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

Assinatura do Candidato: _____

Eixo Comum do Programa RESPCD — 01 a 30

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Questões Específicas de Terapia Ocupacional 31 a 50

31. M. A. C., 40 anos, sexo masculino, foi encaminhado ao setor de Terapia Ocupacional do Instituto Santos Dumont (ISD), após diagnóstico de lesão medular por mergulho em águas rasas. Durante a avaliação neurológica, foram identificadas funções sensitivas preservadas abaixo do nível neurológico, incluindo os segmentos sacrais, além de função motora parcialmente preservada abaixo desse nível. Entre os músculos-chave avaliados abaixo do nível neurológico, pelo menos metade apresentou força muscular igual ou superior a 3. Considerando os achados da avaliação neurológica segundo a escala AIS (*ASIA Impairment Scale*), o paciente apresenta lesão do tipo

A) AIS D.

B) AIS B.

C) AIS C.

D) AIS E.

32. O protocolo da Terapia por Contensão Induzida (TCI), também conhecida como técnica de restrição e comumente usada em paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC), pode ser estruturado em três elementos principais: treinamento repetitivo e orientado à tarefa do membro superior mais parético, métodos para estimular a adesão e a transferência dos ganhos terapêuticos para o cotidiano e restrição do membro superior menos parético. Tendo em vista os elementos que compõem o protocolo de TCI, o treinamento deve incluir treino orientado à tarefa por

A) 60 minutos, métodos de adesão por 30 minutos e restrição durante 90% do período acordado.

B) 30 minutos, métodos de adesão por 2,5 horas e restrição durante 50% do período acordado.

C) 2,5 horas, métodos de adesão por 60 minutos e restrição durante 50% do período acordado.

D) 2,5 horas, métodos de adesão por 30 minutos e restrição durante 90% do período acordado.

33. Uma pessoa idosa com demência leve apresenta dificuldade para realizar o banho de forma independente. Na avaliação, reconhece os objetos utilizados, inicia a atividade espontaneamente e executa, adequadamente, algumas etapas, mas interrompe o desempenho ao mudar de uma etapa para outra. Apresenta melhor desempenho quando recebe orientações breves e mantém interesse em realizar a atividade sem auxílio. Com base nas características apresentadas e nos princípios da intervenção da Terapia Ocupacional, a conduta mais adequada consiste em

A) estruturar os horários da atividade, utilizar recursos externos de orientação e estimular a pessoa a seguir a rotina previamente estabelecida.

B) fornecer informações sobre cada etapa separadamente, utilizar pistas conforme a necessidade e estimular a participação ativa da pessoa na atividade.

C) fornecer pistas verbais e gestuais durante a atividade, utilizar reforço positivo e orientar a pessoa nas etapas que apresentam maior dificuldade.

D) estruturar a forma de realização da atividade, reduzir sua complexidade e utilizar recursos compensatórios para favorecer a independência funcional.

34. Durante a confecção de uma órtese dinâmica para mobilização de uma articulação, o terapeuta ocupacional identifica que é necessário aplicar determinada força para produzir o movimento desejado. Considerando os princípios mecânicos envolvidos na confecção de órteses, o terapeuta decide aumentar a distância perpendicular entre o eixo articular e o ponto de aplicação da força, mantendo a mesma magnitude de força. Nessa situação, espera-se que ocorra

A) aumento do torque produzido pela órtese, favorecendo o movimento articular com a mesma força aplicada.

B) aumento da força aplicada sobre a articulação, mantendo o torque produzido pela órtese no mesmo valor.

C) redução do torque produzido pela órtese, favorecendo o movimento articular com menor força aplicada.

D) redução da força aplicada sobre a articulação, mantendo o torque produzido pela órtese no mesmo valor.

35. Durante a avaliação de uma criança de 6 anos, a terapeuta ocupacional observa que ela aceita movimentos lineares lentos enquanto permanece sentada com os pés apoiados. Quando a atividade envolve retirar os pés do chão ou inclinar a cabeça para trás, a criança segura firmemente o equipamento, demonstra medo intenso e solicita a interrupção. Após a atividade, mantém estabilidade corporal e ausência de sinais de mal-estar. O padrão de resposta observado é compatível com a

A) hiporresponsividade vestibular, caracterizada por respostas de baixa amplitude diante dos estímulos de movimento presentes no ambiente.

B) aversão ao movimento, caracterizada por desconforto autonômico durante ou após experiências vestibulares de diferentes intensidades.

C) insegurança gravitacional, caracterizada por medo acentuado diante da mudança da cabeça e do corpo em relação à gravidade.

D) dificuldade de discriminação vestibular, caracterizada por imprecisão no reconhecimento da direção, da velocidade e da duração dos movimentos.

36. Em um serviço de saúde mental, a terapeuta ocupacional atende um adolescente de 16 anos em acompanhamento no CAPS. A mãe do adolescente, sem a presença dele, solicita à profissional acesso integral ao prontuário e informações detalhadas sobre o conteúdo das sessões. Considerando os princípios éticos que regem o exercício profissional, a conduta adequada da terapeuta ocupacional é

A) orientar a mãe sobre os limites do sigilo e, respeitando a autonomia do adolescente, esclarecer os direitos e as possibilidades de acesso às informações.

B) compartilhar as informações solicitadas, pois a relação parental confere à mãe o direito de acesso integral ao prontuário do filho.

C) negar qualquer informação à mãe, uma vez que o sigilo profissional é absoluto e não admite exceções.

D) repassar apenas as informações consideradas pertinentes pela profissional, sem necessidade de consultar o adolescente.

37. Uma criança de 4 anos é encaminhada para avaliação em Terapia Ocupacional por apresentar dificuldades ao participar de brincadeiras com outras crianças. Durante o atendimento, o terapeuta observa que ela demonstra interesse pelos brinquedos disponíveis, explora diferentes objetos e inicia algumas brincadeiras espontaneamente, mas apresenta dificuldade para compartilhar materiais, sustentar brincadeiras com pares e ampliar as possibilidades de uso dos objetos. A partir dessas observações, o terapeuta planeja a intervenção considerando as características do brincar da criança, suas possibilidades de interação e a organização do ambiente e dos materiais. Com base nos fundamentos da Terapia Ocupacional sobre o brincar e na situação apresentada, analise as afirmativas abaixo.

I	O brincar constitui uma ocupação central da infância e pode ser abordado na Terapia Ocupacional como ocupação a ser favorecida e meio terapêutico para promover desenvolvimento e participação.
II	A observação da qualidade do brincar, considerando aspectos como motivação, iniciativa, envolvimento e interação, fornece informações relevantes para a avaliação do desempenho ocupacional infantil.
III	A análise terapêutico-ocupacional do brincar concentra-se nos componentes motores envolvidos na atividade lúdica, enquanto as dimensões afetivas e sociais são consideradas em outras áreas da avaliação infantil.
IV	A organização do ambiente e dos materiais lúdicos tem função predominantemente operacional na intervenção, enquanto a qualidade da experiência de brincar decorre das habilidades individuais apresentadas pela criança.

Das afirmativas, estão corretas

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

38. A vida cotidiana é composta por diversas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), desempenhadas em diferentes contextos, como ambiente doméstico, escola, trabalho, lazer, hospitais ou outras instituições. Considerando que a Terapia Ocupacional tem, como foco de intervenção, as relações entre a pessoa, suas ocupações e os contextos nos quais está inserida bem como compete ao terapeuta ocupacional realizar avaliações relacionadas ao desempenho ocupacional, analise as afirmativas abaixo.

I	O PEDI (Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade) avalia o perfil funcional da criança em três dimensões: desempenho de habilidades da criança, independência ou quantidade de ajuda fornecida pelo cuidador e as modificações do ambiente doméstico.
II	A Avaliação da Função escolar (SFA) mensura o perfil funcional em relação às atividades de vida diária (autocuidado), ao controle dos esfíncteres, à mobilidade, à deambulação, à comunicação e às atividades cognitivas de caráter social.
III	O COPM (Questionário de Avaliação em Saúde) é um instrumento de avaliação funcional autorreferente, que pode ser utilizado com a população adulta e idosa bem como indicado para pacientes com comprometimento motor.
IV	A escala de Barthel é um questionário para medir o nível de independência funcional e os cuidados necessários em relação a 10 AVD. A pontuação registrada indica o desempenho do avaliado na realização das tarefas e o classifica como independente, com alguma dependência ou dependente.

Das afirmativas, estão corretas:

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

39. Durante uma reunião de equipe, em um serviço de saúde, diferentes profissionais discutem o acompanhamento de um usuário que apresenta dificuldades para participar das atividades de sua rotina. Ao apresentar sua análise, o terapeuta ocupacional relaciona as demandas identificadas às ocupações, aos contextos de vida e às possibilidades de intervenção, compartilhando com os demais profissionais informações pertinentes à sua área de atuação. A discussão envolve a definição conjunta de estratégias para o acompanhamento do usuário. Considerando os fundamentos do trabalho em equipe na Terapia Ocupacional, a atuação do terapeuta ocupacional, nessa situação, consiste em

A) estabelecer uma conduta terapêutica a partir das demandas ocupacionais identificadas, compartilhando, posteriormente, com os demais profissionais as estratégias definidas.

B) estabelecer as intervenções relacionadas às ocupações ao campo específico da Terapia Ocupacional, preservando a autonomia de cada profissional na definição das condutas do usuário.

C) compartilhar a discussão das demandas ocupacionais do terapeuta ocupacional, encaminhando aos demais profissionais as informações necessárias à continuidade de suas intervenções.

D) compartilhar com os demais profissionais as contribuições específicas da Terapia Ocupacional, articulando seus conhecimentos às discussões e às decisões construídas pela equipe.

40. Durante o planejamento de uma intervenção, uma terapeuta ocupacional seleciona a atividade de preparar uma refeição simples para compreender suas exigências antes de utilizá-la com diferentes usuários. Para isso, descreve os objetos e materiais envolvidos, as características do espaço, a sequência e o tempo necessários para sua realização, as ações requeridas e as habilidades de desempenho mobilizadas. Posteriormente, essas informações são utilizadas para analisar possibilidades de adaptação e graduação da atividade de acordo com os objetivos terapêuticos. Tendo em vista os fundamentos da análise da atividade na Terapia Ocupacional, a conduta descrita caracteriza-se por

A) examinar as demandas típicas da atividade de forma sistematizada, favorecendo a compreensão de seus componentes e subsidiando decisões relacionadas à seleção, adaptação ou graduação da atividade no processo terapêutico.

B) decompor a atividade em etapas de execução para estabelecer, previamente, quais habilidades motoras, cognitivas e sensoriais devem ser trabalhadas, considerando as características do contexto em que a atividade será realizada.

C) identificar, inicialmente, as limitações apresentadas por cada usuário durante a execução da atividade, estabelecendo, a partir delas, as demandas específicas que deverão ser consideradas na intervenção terapêutica.

D) analisar a atividade a partir da resposta apresentada pelo usuário durante sua execução, considerando o desempenho observado como principal referência para determinar as características e as demandas que compõem a atividade.

41. Durante o acompanhamento de uma pessoa adulta, em um serviço de reabilitação, a terapeuta ocupacional identifica dificuldades para o retorno às atividades relacionadas ao trabalho. Na avaliação, observa que a pessoa apresenta redução da resistência física e dificuldade para organizar algumas etapas das tarefas mas também relata mudanças na rotina, perda de autonomia para administrar seu tempo e insegurança quanto à retomada de seu papel profissional. A Terapeuta Ocupacional analisa as demandas das atividades realizadas no ambiente de trabalho, os recursos disponíveis, a organização da rotina e os significados atribuídos pela pessoa ao trabalho. A partir dessa análise, são planejadas experiências terapêuticas que envolvem a realização de atividades relacionadas ao cotidiano profissional e a reorganização progressiva da rotina. Com base nos fundamentos da Terapia Ocupacional e na situação apresentada, a intervenção descrita caracteriza-se pela

A) utilização da atividade como recurso terapêutico para desenvolver capacidades de desempenho, tendo a recuperação funcional como eixo organizador da intervenção e a participação ocupacional como resultado decorrente desse processo.

B) compreensão da ocupação em sua relação com a pessoa e o contexto, utilizando atividades e experiências ocupacionais de modo terapêutico para favorecer o desempenho e a participação em situações significativas da vida cotidiana.

C) análise das características individuais e das demandas das tarefas para selecionar atividades terapêuticas, utilizando o contexto de realização como referência complementar para o desenvolvimento das capacidades necessárias ao desempenho.

D) organização de atividades graduadas segundo as capacidades apresentadas pela pessoa, buscando favorecer sua autonomia funcional e utilizando as ocupações cotidianas como contexto para aplicação dos ganhos obtidos no processo terapêutico.

42. No contexto da atenção à pessoa idosa com demência, a Terapia Ocupacional pode utilizar diferentes abordagens cognitivas, sensoriais e comportamentais, com o objetivo de favorecer o desempenho ocupacional, preservar as capacidades funcionais remanescentes e promover a qualidade de vida. Entre essas abordagens, destaca-se a terapia Snoezelen, que consiste em uma modalidade de

A) treinamento cognitivo baseado na prática estruturada de tarefas direcionadas a funções cognitivas específicas, como memória, atenção e resolução de problemas.

B) identificação das necessidades e dos objetivos individuais, utilizando estratégias para a aquisição de novas informações ou métodos compensatórios, como o uso de recursos auxiliares de memória.

C) estimulação multissensorial que combina relaxamento e exploração de estímulos sensoriais, visando proporcionar experiências agradáveis e favorecer o bem-estar.

D) orientação para a realidade, que busca favorecer a compreensão do ambiente por meio da apresentação sistemática e repetitiva de informações relacionadas ao tempo, ao lugar e à pessoa.

43. Uma criança de 9 anos é encaminhada à Terapia Ocupacional por apresentar possíveis dificuldades de processamento sensorial. A família relata problemas durante o banho, o vestir e as refeições, enquanto a escola informa que ela apresenta dificuldade para permanecer em atividades coletivas e participar das aulas de Educação Física. Dessa forma, as respostas da criança variam de acordo com as características das tarefas e dos ambientes. O procedimento avaliativo coerente com uma abordagem centrada na participação consiste em, inicialmente,

A) observar as respostas sensoriais em um ambiente terapêutico estruturado, utilizando o comportamento apresentado para estimar o desempenho nos demais contextos.

B) aplicar testes padronizados de funções sensoriais, utilizando os resultados obtidos para definir as ocupações que serão posteriormente investigadas, relacionadas às hipóteses formuladas.

C) classificar os padrões de modulação em questionários respondidos pelos cuidadores, utilizando o padrão predominante para direcionar as observações clínicas.

D) fazer um levantamento das ocupações, dos contextos e das percepções da criança e dos cuidadores, selecionando, posteriormente, as medidas sensoriais relacionadas às hipóteses formuladas.

44. Em um centro de reabilitação, o terapeuta ocupacional organiza um grupo com quatro usuários que apresentam diferentes limitações funcionais. Durante o atendimento, cada participante escolhe e realiza uma atividade artesanal individualmente, enquanto o terapeuta circula entre os integrantes, oferecendo orientações específicas e mantendo uma relação terapêutica individualizada com cada usuário. Ao final, o profissional promove uma breve discussão sobre as experiências vivenciadas durante o fazer. Considerando as características das intervenções grupais em Terapia Ocupacional, a modalidade descrita caracteriza-se como

A) grupo de atividades, pois cada participante realiza sua própria atividade, mantendo relação individual com o terapeuta ocupacional.

B) grupo operativo, pois os participantes realizam atividades individuais orientadas pelo terapeuta, tendo como foco a realização de uma tarefa.

C) atividade grupal, pois os participantes realizam atividades diferentes, compartilhando o mesmo ambiente e acompanhamento terapêutico.

D) grupo terapêutico verbal, pois a discussão das experiências vivenciadas constitui o principal elemento da intervenção realizada pelo terapeuta.

45. Uma criança de 7 anos apresenta dificuldade para aprender ações motoras pouco familiares, imitar posições corporais, utilizar os fechos das roupas e organizar o corpo em novos brinquedos do parque. Também são identificadas dificuldades na localização de estímulos táteis e na percepção do movimento e da posição das articulações. A avaliação evidencia força muscular, amplitude de movimento e compreensão das instruções compatíveis com a idade. A hipótese funcional que articula os achados sensoriais e práxicos dessa criança corresponde à

A) visuodispraxia, fundamentada no processamento visuoespacial e na organização de ações corporais a partir das características visuais dos objetos.

B) disfunção de integração bilateral e sequenciamento, fundamentada no processamento vestibular-proprioceptivo e na organização de ações bilaterais antecipatórias.

C) somatodispraxia, fundamentada na discriminação somatossensorial imprecisa e na consequente dificuldade para planejar ações corporais pouco familiares.

D) disfunção de modulação sensorial, fundamentada no ajuste da intensidade das respostas comportamentais aos estímulos presentes nos diferentes ambientes.

46. Uma criança de 8 anos exerce força excessiva sobre o lápis, rasga o papel durante a escrita e derruba líquidos ao tentar ajustar a força empregada para segurar o copo. Durante o vestir, observa continuamente as mãos para manipular botões e apresenta dificuldade para reproduzir a posição dos membros quando os olhos estão fechados. Nas experiências cotidianas, aceita diferentes tipos de toque e participa de atividades com movimento. Os achados apresentados indicam

A) hiperresponsividade tátil, associada à ativação de respostas protetivas e à manifestação de comportamentos de esquiva diante do contato físico.

B) dificuldade de discriminação somatossensorial, associada a um esquema corporal impreciso e à graduação inadequada da força durante as ações.

C) hiporresponsividade proprioceptiva, associada a respostas reduzidas aos estímulos corporais e à procura frequente por experiências de maior intensidade.

D) dificuldade de práxis, associada à elaboração de planos motores e à organização de ações pouco familiares orientadas para uma finalidade.

47. Um homem de 32 anos, com lesão medular cervical, apresenta comprometimento dos movimentos dos membros superiores e dificuldade para utilizar o computador e controlar sua cadeira de rodas. Durante a avaliação, o terapeuta ocupacional identifica que as limitações funcionais estão relacionadas não apenas às funções corporais mas também às demandas das atividades e às características do ambiente. Considerando a perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a atuação da Terapia Ocupacional na reabilitação da pessoa com lesão medular, a conduta mais adequada é

A) adaptar as atividades às limitações motoras apresentadas, priorizando o desempenho funcional independentemente das características do ambiente.

B) priorizar a recuperação das funções motoras comprometidas para, posteriormente, selecionar recursos que favoreçam a funcionalidade e a participação.

C) selecionar recursos de tecnologia assistiva conforme o nível neurológico, considerando, principalmente, as limitações corporais apresentadas pela pessoa.

D) analisar a interação entre pessoa, atividade e ambiente para selecionar recursos que favoreçam a funcionalidade e a participação.

48. Uma pessoa com hemiparesia após Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresenta dificuldade para realizar movimentos voluntários com o membro superior mais comprometido. Durante a reabilitação, o terapeuta ocupacional utiliza um espelho posicionado no plano sagital, de modo que o paciente visualize o reflexo do membro menos comprometido, como se fosse o membro parético. Com base nos princípios e nas evidências sobre a Terapia do Espelho, seu princípio consiste na

A) ilusão visual produzida pelo espelho, a qual possibilita a interpretação do reflexo do membro menos comprometido como sendo o parético em movimento, podendo favorecer a ativação de redes sensório-motoras relacionadas ao movimento e contribuir para a melhora da função motora.

B) realização com maior benefício esperado na fase aguda do AVC, considerando a maior capacidade de reorganização neural nesse período e podendo favorecer a ativação de redes sensório-motoras relacionadas ao movimento bem como contribuir para a melhora da função motora, embora sua aplicação possa ser considerada em diferentes fases da recuperação.

C) atuação por meio da estimulação proprioceptiva direta do membro parético, sendo indicada principalmente para a redução da dor neuropática após o AVC, podendo favorecer a ativação de redes sensório-motoras relacionadas ao movimento e contribuir para a melhora da função motora.

D) negligência visuoespacial, sendo pouco consistente seu efeito sobre função e deficiência perceptiva, podendo favorecer a ativação de redes sensório-motoras relacionadas ao movimento e contribuir para a melhora da função motora.

49. Um homem de 68 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson em estágio intermediário, é acompanhado pelo serviço de Terapia Ocupacional. Durante a avaliação do desempenho ocupacional, o paciente relata lentidão na execução de Atividades da Vida Diária (AVD), bloqueios motores ao transitar pelos cômodos da residência e dificuldade na manipulação de abotoamentos e de utensílios domésticos em razão da bradicinesia e do tremor de repouso. Para promover a independência funcional e a segurança do paciente no seu cotidiano, a conduta terapêutica ocupacional indicada é

A) prescrever a execução de atividades focadas na flexão mantida do tronco e a redução da altura de cadeiras para treinar as transferências posturais.

B) orientar a realização de tarefas motoras e verbais simultâneas durante as AVDs para estimular o processamento de funções automáticas dos núcleos da base.

C) propor o uso de cabos com maior diâmetro, a substituição de fechos por velcro® no vestuário e o emprego de pistas extrínsecas no ambiente para facilitação motora.

D) incentivar o treino funcional de motricidade fina sem o uso de suporte nos membros superiores para fortalecer a musculatura e conter o tremor de repouso.

50. Um terapeuta ocupacional realiza a avaliação antropométrica de um paciente adulto com lesão medular que apresenta bom controle de tronco e busca a propulsão independente da cadeira de rodas em suas atividades cotidianas. Durante a tomada de medidas para a adequada prescrição do equipamento e prevenção de lesões por pressão e desalinhamentos posturais, o profissional precisa definir as dimensões do assento e a altura do encosto. Para assegurar a distribuição adequada do peso corporal, a eficiência biomecânica na autopropulsão e a proteção tecidual na fossa poplítea, a conduta correta, na mensuração e especificação desses componentes, é

A) mensurar a profundidade do assento de modo a estender a superfície até a fossa poplítea e definir a altura do encosto ajustada ao acrômio do ombro.

B) determinar a profundidade do assento com medida menor do que a distância do sacro à fossa poplítea e fixar a altura do encosto no ângulo inferior escapular.

C) dimensionar a largura do assento com uma margem ampla em relação aos trocanteres maiores e posicionar o encosto até o nível da região axilar do cliente.

D) ajustar a largura do assento de acordo com o comprimento total da bacia e elevar a altura do encosto para fornecer suporte até a região occipital.