



**TERAPIA OCUPACIONAL – 26 A 50**

**26. (PMM/URCA 2025) O marco inicial da Terapia Ocupacional como profissão é frequentemente associado ao desenvolvimento do "Tratamento Moral" no final do século XVIII e início do XIX. Esse movimento revolucionou o cuidado a pessoas com transtornos mentais, propondo uma abordagem mais humana e terapêutica. Qual dos seguintes pioneiros é mais diretamente associado à fundação da primeira escola de Terapia Ocupacional e à formalização da profissão no início do século XX?**

- A) Philippe Pinel, por defender a remoção das correntes dos pacientes em hospitais psiquiátricos na França.
- B) William Tuke, por fundar o "Retiro de York" na Inglaterra, onde a ocupação era usada como forma de tratamento.
- C) Adolf Meyer, por sua filosofia de que o engajamento em ocupações é essencial para a saúde mental e o bem-estar.
- D) Eleanor Clarke Slagle, por organizar a primeira escola profissionalizante (Henry B. Favill School of Occupations) e ser uma das fundadoras da Associação Americana de Terapia Ocupacional.
- E) Benjamin Rush, por introduzir o Tratamento Moral nos Estados Unidos e defender o uso de atividades laborais para pacientes.

**27. (PMM/URCA 2025) A evolução da Terapia Ocupacional foi significativamente influenciada pelas grandes guerras mundiais, que geraram uma alta demanda por reabilitação de soldados feridos. Durante esse período, a profissão expandiu seu foco para além da saúde mental, incorporando a reabilitação física. Qual foi a principal contribuição das Guerras Mundiais para a prática da Terapia Ocupacional?**

- A) O desenvolvimento exclusivo de próteses e órteses para veteranos de guerra.
- B) A consolidação de modelos teóricos focados exclusivamente no desenvolvimento infantil.
- C) A expansão da prática para a reabilitação física, com foco na reintegração funcional e vocacional de soldados feridos.
- D) A criação dos primeiros hospitais psiquiátricos, aplicando os princípios do Tratamento Moral.
- E) A redução do uso de atividades artesanais, substituindo-as completamente por exercícios de fortalecimento muscular.

**28. (PMM/URCA 2025) A implementação da Terapia Ocupacional no Brasil ocorreu de forma mais estruturada em meados do século XX, impulsionada por necessidades específicas de saúde pública no país. Qual evento**

**histórico foi o principal catalisador para a criação do primeiro curso de formação em Terapia Ocupacional no Brasil, em 1956, no Rio de Janeiro?**

- A) A necessidade de reabilitar trabalhadores após a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943.
- B) A epidemia de poliomielite, que criou uma grande demanda por profissionais de reabilitação para tratar as sequelas da doença.
- C) A reforma psiquiátrica brasileira, que buscava substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção psicosocial.
- D) A chegada de imigrantes europeus após a Segunda Guerra Mundial, que trouxeram consigo os modelos de tratamento ocupacional.
- E) A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que demandou a formação de equipes multiprofissionais.

**29. (PMM/URCA 2025) A regulamentação da profissão de Terapeuta Ocupacional no Brasil foi um passo fundamental para o seu reconhecimento e consolidação. Qual Decreto-Lei, compartilhado com a Fisioterapia, regulamentou a Terapia Ocupacional como uma profissão de nível superior no país?**

- A) Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.
- B) Decreto-Lei nº 938/69, que provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.
- C) Lei nº 8.856/94, que fixa a jornada de trabalho dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.
- D) Portaria nº 1.886/97, que cria o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).
- E) Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

**30. (PMM/URCA 2025) A avaliação dos reflexos primitivos é um componente essencial no exame neurológico de um lactente, pois sua presença ou ausência e, principalmente, sua integração em idades esperadas, fornecem informações cruciais sobre a maturação do Sistema Nervoso Central (SNC). A persistência de certos reflexos além da idade típica pode indicar um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Qual dos reflexos abaixo, quando persiste de forma ativa após os 6 meses de vida, é fortemente associado a dificuldades na coordenação motora fina, como o ato de pegar e soltar objetos voluntariamente?**

- A) Reflexo de Moro, que normalmente se integra entre 2 e 4 meses.
- B) Reflexo de Marcha Automática, que desaparece por volta dos 3 a 4 meses.



- C) Reflexo de Prensão Palmar, cuja integração é esperada entre 3 e 6 meses.
- D) Reflexo Tônico-Cervical Assimétrico (RTCA), que se integra por volta dos 3 a 4 meses.
- E) Reflexo de Galant, que se integra entre 3 e 9 meses, mas não está diretamente ligado à preensão voluntária.

**31. (PMM/URCA 2025) O desenvolvimento motor grosso segue uma sequência craniocaudal e próximo-distal previsível durante o primeiro ano de vida. Cada marco adquirido serve como base para o próximo, sendo fundamental para a exploração do ambiente e para o desenvolvimento cognitivo e social da criança. Considerando os principais marcos motores, assinale a alternativa que apresenta a sequência de aquisição cronologicamente correta:**

- A) Sentar sem apoio; rolar de costas para a barriga; engatinhar; ficar de pé com apoio.
- B) Rolar de costas para a barriga; sentar sem apoio; engatinhar; ficar de pé com apoio.
- C) Controlar a cabeça; engatinhar; sentar sem apoio; rolar de costas para a barriga.
- D) Rolar de costas para a barriga; engatinhar; ficar de pé com apoio; sentar sem apoio.
- E) Sentar sem apoio; ficar de pé com apoio; rolar de costas para a barriga; engatinhar.

**32. (PMM/URCA 2025) Um terapeuta ocupacional avalia uma criança de 12 meses que foi encaminhada por apresentar “atraso no desenvolvimento”. Durante a avaliação, o profissional observa que a criança sustenta bem a cabeça, rola em ambas as direções e senta-se sem apoio, mas não engatinha na posição de quatro apoios (alternando mãos e joelhos), não se puxa para ficar de pé e não demonstra interesse em explorar o ambiente além do seu alcance imediato. A avaliação dos reflexos primitivos revela a persistência do Reflexo Tônico Labiríntico (RTL) em extensão. Qual é a correlação mais provável entre a persistência do RTL e o quadro motor apresentado pela criança?**

- A) A persistência do RTL não tem relação com o atraso, que provavelmente é de origem puramente comportamental.
- B) A persistência do RTL afeta principalmente a coordenação olho-mão, justificando apenas a falta de exploração de brinquedos.
- C) A persistência do RTL em extensão dificulta a flexão do quadril e a dissociação de membros necessária para engatinhar e se levantar, impactando diretamente a mobilidade.

- D) A persistência do RTL está associada exclusivamente a problemas de equilíbrio na posição sentada, o que contradiz a observação de que a criança senta sem apoio.

- E) A persistência do RTL causa um aumento do tônus flexor, o que impediria a criança de rolar, mas não de engatinhar.

**33. (PMM/URCA 2025) Um paciente de 68 anos, destro, deu entrada em um serviço de reabilitação 30 dias após um Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico em artéria cerebral média direita. O quadro clínico inclui hemiparesia esquerda com predomínio braquial, heminegligência à esquerda, apraxia de vestuário e alteração da percepção espacial. Na avaliação da Medida de Independência Funcional (MIF), ele é classificado com “assistência máxima” para se vestir e “assistência moderada” para higiene oral. O paciente relata grande frustração por não conseguir realizar suas atividades de vida diária (AVDs) de forma independente. Com base no quadro apresentado, qual das seguintes estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional é a mais adequada e prioritária na fase inicial do tratamento?**

- A) Iniciar imediatamente o treino de escrita com a mão esquerda (não dominante) para compensar a hemiparesia.
- B) Focar exclusivamente no fortalecimento muscular do membro superior esquerdo, utilizando pesos e faixas elásticas, para depois iniciar o treino de AVDs.
- C) Utilizar a abordagem de Terapia por Contensão Induzida (TCI), restringindo o membro superior direito (não afetado) durante 90% do dia para forçar o uso do lado parético.
- D) Realizar o treino das AVDs (vestuário e higiene) em um ambiente controlado, utilizando pistas verbais e visuais para direcionar a atenção ao lado esquerdo e simplificando a tarefa em etapas (encadeamento).
- E) Prescrever uma cadeira de rodas motorizada para garantir a mobilidade independente, adiando o treino de marcha até que a hemiparesia melhore significativamente.

**34. (PMM/URCA 2025) Uma mulher de 45 anos, pianista profissional, sofreu uma fratura de rádio distal à direita (mão dominante) e foi submetida a tratamento com redução aberta e fixação interna. Após 6 semanas de imobilização, ela foi liberada pelo médico para iniciar a Terapia Ocupacional. Na avaliação, o terapeuta ocupacional observa edema residual moderado, rigidez articular em punho e dedos, diminuição da força de preensão e relato de dor ao tentar realizar movimentos finos. A paciente está ansiosa para retornar ao trabalho. Qual plano de tratamento da Terapia Ocupacional é o mais indicado para a fase inicial de reabilitação desta paciente?**



- A) Iniciar imediatamente a prática de escalas musicais no piano por várias horas ao dia para acelerar a recuperação da destreza.
- B) Focar em exercícios de fortalecimento com carga elevada para o punho e mão, visando um ganho rápido de força muscular.
- C) Prescrever uma órtese estática de punho para ser usada continuamente, a fim de prevenir a dor e garantir o repouso absoluto da articulação.
- D) Implementar um programa que inclua controle do edema (ex: banho de contraste, elevação), exercícios ativos e ativo-assistidos para ganho de amplitude de movimento (ADM) e dessensibilização da cicatriz, progredindo para atividades funcionais leves.
- E) Recomendar o afastamento definitivo da profissão de pianista, considerando a gravidade da lesão e a alta demanda funcional.

**35. (PMM/URCA 2025) Um paciente de 55 anos, diagnosticado com Artrite Reumatoide há 10 anos, apresenta deformidades em “pescoço de cisne” e desvio ulnar na mão dominante. Ele trabalha como escriturário e relata dor significativa (EVA 7/10) e fadiga ao manusear canetas e digitar. A intervenção da Terapia Ocupacional visa melhorar seu desempenho no trabalho. Considerando o estágio crônico da doença e a necessidade de manter a função, qual das seguintes prescrições e orientações é a mais adequada?**

- A) Prescrição de uma órtese estática de repouso para ser utilizada durante a jornada de trabalho, a fim de bloquear a dor e a inflamação.
- B) Indicação de cirurgia corretiva como passo inicial, suspendendo as intervenções conservadoras até a recuperação pós-operatória.
- C) Foco em exercícios de alongamento passivo com força máxima para tentar corrigir mecanicamente as deformidades articulares.
- D) Prescrição de uma órtese funcional (ex: para bloqueio do desvio ulnar) para uso durante a atividade, combinada com a adaptação dos instrumentos de trabalho (ex: teclado ergonômico, engrossador de caneta) e educação em proteção articular.
- E) Aconselhar o paciente a solicitar o afastamento do trabalho para evitar a progressão da doença, focando o tratamento apenas no alívio da dor.

**36. (PMM/URCA 2025) A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) define Tecnologia Assistiva (TA) como “produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias,**

**práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social”. O Comitê de Ajudas Técnicas (CAT) organiza a TA em diversas categorias. Um terapeuta ocupacional atende um jovem com distrofia muscular de Duchenne em estágio avançado. Ele apresenta fraqueza muscular generalizada, mas preserva o movimento da cabeça e tem bom controle visual. Ele deseja acessar o computador para estudar e se comunicar com amigos. Qual das seguintes categorias de Tecnologia Assistiva seria a mais apropriada para atender a essa demanda específica?**

- A) Auxílios para a Vida Diária, como um engrossador de talheres para facilitar a alimentação.
- B) Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), como um sistema de pranchas com símbolos para comunicação não-verbal.
- C) Órteses e Próteses, como uma órtese para estabilização do punho para digitação.
- D) Adequação Postural, como uma almofada para prevenir úlceras por pressão na cadeira de rodas.
- E) Recursos de Acessibilidade ao Computador, como um mouse de cabeça ou um sistema de rastreamento ocular (eye tracking).

**37. (PMM/URCA 2025) As órteses são dispositivos externos aplicados ao corpo para modificar as características estruturais ou funcionais do sistema neuromusculoesquelético. Elas são classificadas de acordo com sua função (estática ou dinâmica) e objetivo terapêutico. Um terapeuta ocupacional confecciona uma órtese para um paciente com lesão do nervo radial, que apresenta uma condição conhecida como “mão caída” (incapacidade de estender o punho e os dedos). O objetivo é permitir que o paciente realize atividades de preensão e soltura durante o período de recuperação nervosa. Qual tipo de órtese e qual o seu princípio de funcionamento seriam os mais indicados para atingir esse objetivo funcional?**

- A) Uma órtese dinâmica de extensão para punho e dedos, que utiliza elásticos ou molas para substituir a ação dos músculos extensores paralisados, permitindo a preensão ativa e a soltura passiva.
- B) Uma órtese estática de repouso em posição neutra, para imobilizar o punho e os dedos e prevenir contraturas.
- C) Uma órtese estática seriada, que é remodelada periodicamente para forçar o ganho de amplitude de movimento de flexão do punho.
- D) Uma órtese para bloqueio do desvio ulnar, focada em corrigir o alinhamento dos dedos, sem atuar na extensão do punho.



- E) Uma tala de imobilização dorsal que mantém apenas o punho em extensão, deixando os dedos livres, mas sem assistir no movimento de abertura da mão.

**38. (PMM/URCA 2025) Um paciente de 30 anos foi diagnosticado com Síndrome do Túnel do Carpo em estágio leve a moderado na mão dominante. Ele trabalha em um escritório e relata sintomas de parestesia (formigamento) e dor na região dos três primeiros dedos, principalmente durante a noite e ao realizar movimentos repetitivos de flexão do punho durante o dia. O médico sugeriu um tratamento conservador. Qual é a prescrição de órtese mais comum e eficaz que um terapeuta ocupacional indicaria para o manejo conservador desta condição?**

- A) Uma órtese dinâmica com tração elástica para os dedos, a ser usada durante o dia para fortalecer a musculatura intrínseca.
- B) Uma órtese estática de imobilização do polegar (tipo De Quervain), para restringir o movimento do polegar e do punho.
- C) Uma órtese estática de posicionamento para o punho, moldada em posição neutra (0 a 15 graus de extensão), para ser usada principalmente durante a noite.
- D) Uma órtese estática seriada para promover a extensão máxima do punho, visando alongar o nervo mediano.
- E) Uma órtese funcional que limita apenas a flexão do punho, mas permite a extensão completa, para ser usada durante as atividades de trabalho.

**39. (PMM/URCA 2025) A análise da atividade é uma competência central do terapeuta ocupacional, utilizada para entender as demandas de uma ocupação e as habilidades necessárias para realizá-la. Segundo a Estrutura de Prática da Terapia Ocupacional (AOTA, 4ª ed.), a análise envolve avaliar os “fatores do cliente” (valores, crenças, espiritualidade; funções e estruturas do corpo), os “padrões de desempenho” (hábitos, rotinas, papéis, rituais) e as “habilidades de desempenho” (motoras, de processo, de interação social). Um terapeuta ocupacional analisa a atividade “preparar um café da manhã simples (café com leite e pão com manteiga)” para um cliente em reabilitação pós-traumatismo crânioencefálico (TCE). O cliente consegue pegar os utensílios, mas os organiza de forma caótica, esquece etapas (ex: colocar o pó de café no filtro) e se distrai facilmente com o barulho da rua. A qual componente do desempenho a dificuldade do cliente está mais diretamente relacionada?**

- A) Fatores do cliente, especificamente as funções neuromusculoesqueléticas.

- B) Padrões de desempenho, especificamente o papel de “cozinheiro”.

- C) Habilidades de desempenho, especificamente as habilidades de processo (cognitivas).

- D) Habilidades de desempenho, especificamente as habilidades motoras.

- E) Fatores do cliente, especificamente os valores e crenças sobre cozinhar.

**40. (PMM/URCA 2025) A avaliação da força muscular é um procedimento padrão para quantificar o déficit motor e planejar a intervenção. A Escala de Oxford (ou Medical Research Council - MRC) é a mais utilizada, graduando a força de 0 a 5. Durante a avaliação de um paciente com lesão medular incompleta, o terapeuta ocupacional testa o músculo quadríceps (extensor do joelho). O profissional observa que o paciente consegue realizar a extensão completa do joelho quando está deitado de lado (posição com gravidade eliminada), mas não consegue iniciar o movimento quando está sentado. Qual grau de força muscular deve ser atribuído ao quadríceps segundo a Escala de Oxford?**

- A) Grau 0 (Ausência de contração muscular).
- B) Grau 1 (Contração muscular visível ou palpável, mas sem movimento).
- C) Grau 2 (Movimento ativo completo em uma posição que elimina a ação da gravidade).
- D) Grau 3 (Movimento ativo completo contra a ação da gravidade, mas sem resistência).
- E) Grau 4 (Movimento ativo completo contra a gravidade e contra resistência moderada).

**41. (PMM/URCA 2025) A goniometria é o método utilizado para medir a amplitude de movimento (ADM) de uma articulação. O procedimento requer o conhecimento dos marcos anatômicos para o correto alinhamento do goniômetro (eixo, braço fixo e braço móvel). Ao medir a ADM de abdução do ombro de um paciente, o terapeuta ocupacional deve alinhar o goniômetro da seguinte forma:**

- A) Eixo no cotovelo; braço fixo alinhado com o tronco; braço móvel alinhado com o antebraço.
- B) Eixo na articulação acromioclavicular; braço fixo paralelo à coluna vertebral; braço móvel alinhado com a linha média do úmero.
- C) Eixo no processo coracoide; braço fixo perpendicular ao chão; braço móvel alinhado com o rádio.
- D) Eixo no manúbrio esternal; braço fixo apontado para o ombro oposto; braço móvel alinhado com o úmero.



- E) Eixo no centro da cabeça umeral (ponto anterior do acrômio); braço fixo paralelo à linha axilar média do tronco; braço móvel alinhado com a linha média do úmero.

**42. (PMM/URCA 2025) A anamnese em Terapia Ocupacional, frequentemente estruturada como um “Perfil Ocupacional”, é o ponto de partida do processo terapêutico. Seu objetivo é coletar informações sobre a história ocupacional do cliente, suas experiências, padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades. Qual das seguintes perguntas é a mais representativa de uma abordagem centrada no cliente durante a elaboração do Perfil Ocupacional?**

- A) “Qual é o seu diagnóstico médico e há quanto tempo você o recebeu?”
- B) “Você consegue mover seu braço acima da cabeça? Qual o seu nível de dor de 0 a 10?”
- C) “O que é importante para você em um dia típico? Quais atividades você está tendo dificuldade para fazer e o que você gostaria de voltar a ser capaz de fazer?”
- D) “Você mora em casa ou apartamento? Tem escadas? Quem mora com você?”
- E) “Seus exames de imagem mostram qual tipo de lesão? Você está tomando alguma medicação?”

**43. (PMM/URCA 2025) Um terapeuta ocupacional analisa a atividade de “pentear o cabelo” para um paciente que se queixa de dificuldade para realizar essa tarefa após uma cirurgia no ombro. A análise revela que a atividade exige que o paciente eleve o braço e o rode externamente para alcançar a parte de trás da cabeça. A dificuldade em realizar essa tarefa está mais provavelmente associada à fraqueza ou limitação de movimento de quais músculos do ombro?**

- A) Deltóide (fibras mediais) e supraespinhal, responsáveis pela abdução, e infraespinhal e redondo menor, responsáveis pela rotação externa.
- B) Deltóide (fibras anteriores) e bíceps braquial, responsáveis pela flexão do ombro.
- C) Peitoral maior e latíssimo do dorso, responsáveis pela adução e rotação interna.
- D) Subescapular, responsável primariamente pela rotação interna.
- E) Romboides e trapézio (fibras médias), responsáveis pela retração da escápula.

**44. (PMM/URCA 2025) Um paciente de 28 anos, vítima de um acidente de moto, sofreu uma lesão completa do plexo braquial (níveis C5-T1) à direita, resultando em um braço flácido e sem função motora ou sensitiva. Ele era destro e trabalhava como designer gráfico. Após a fase inicial, o terapeuta ocupacional foca na adaptação do paciente às suas novas condições. A avaliação revela que o ombro direito está subluxado devido à falta de tônus muscular. O paciente deseja voltar a usar o computador para trabalhar. Qual é a combinação de intervenções da Terapia Ocupacional mais abrangente e adequada para este caso?**

- A) Prescrever uma órtese de suspensão para o ombro (tipo estilingue funcional ou suspensório de ombro) para reduzir a subluxação, iniciar o treino de dominância com a mão esquerda para atividades de escrita e uso do mouse, e realizar a análise da atividade de “uso do computador” para propor adaptações ergonômicas.
- B) Indicar uma tipoia simples para sustentação do ombro, iniciar o treino de AVDs com a mão esquerda (não dominante) e recomendar um teclado de uma só mão.
- C) Focar exclusivamente em exercícios de amplitude de movimento passivo para o membro superior direito para prevenir contraturas e prescrever uma órtese de repouso para a mão.
- D) Recomendar a cirurgia de transferência de nervo como única opção e, enquanto isso, treinar o paciente a usar comandos de voz para todas as atividades, desconsiderando o uso do membro superior esquerdo.
- E) Confeccionar uma órtese estática de punho e mão para o lado direito e focar o tratamento em atividades de lazer que não envolvam o uso de computadores, como jogos de tabuleiro adaptados.

**45. (PMM/URCA 2025) Uma jovem de 22 anos, diagnosticada com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e Depressão, abandonou a faculdade e relata passar a maior parte do dia no quarto, com anedonia e falta de energia. Ela expressa um desejo de “voltar a ter uma rotina”, mas se sente sobreacarregada para iniciar qualquer tarefa. O terapeuta ocupacional, utilizando o Modelo de Ocupação Humana (MOHO), planeja a intervenção. Dentro da estrutura do MOHO, qual seria a abordagem inicial mais coerente para promover o engajamento ocupacional desta paciente?**

- A) Utilizar uma abordagem biomecânica, focando em exercícios de condicionamento físico para aumentar sua energia e resistência para as tarefas.
- B) Focar no componente de Habituação, prescrevendo imediatamente um cronograma rígido com horários para acordar, comer, estudar e dormir, a fim de reestruturar sua rotina diária.



C) Focar na Capacidade de Desempenho, realizando uma avaliação detalhada da sua força muscular e amplitude de movimento para descartar causas físicas para a falta de energia.

D) Focar no Ambiente, recomendando uma mudança imediata de residência para um local mais calmo e com mais natureza, sem antes trabalhar os fatores internos da paciente.

E) Focar no componente de Volição, explorando seus interesses passados (ex: pintura, jardinagem) e valores, e usando uma abordagem de ativação comportamental com atividades simples, curtas e prazerosas para reconstruir seu senso de capacidade e eficácia pessoal.

**46. (PMM/URCA 2025) Um idoso de 78 anos, que mora sozinho, sofreu uma fratura de quadril e foi submetido a uma artroplastia total de quadril com abordagem posterior. Ele recebeu alta hospitalar com as seguintes precauções: não flexionar o quadril operado acima de 90 graus, não cruzar as pernas e não realizar rotação interna do quadril. Na avaliação domiciliar, o terapeuta ocupacional analisa a atividade de “tomar banho” e “vestir-se”. Quais adaptações e prescrições de Tecnologia Assistiva são essenciais para garantir a segurança e a independência deste paciente, respeitando as precauções cirúrgicas?**

A) Um andador com rodas, uma calçadeira de cabo longo, uma meia elástica de compressão e um banco alto para a cozinha.

B) Uma cadeira de banho com encosto, uma esponja de cabo longo, uma calçadeira de cabo longo e um pegador de objetos (pinça longa).

C) Uma barra de apoio para o box, um tapete antiderrapante e a recomendação de que um familiar realize o banho e o vestir por 6 meses.

D) Um assento de vaso sanitário elevado, uma bengala de quatro pontas e o treino para que ele aprenda a pegar objetos do chão flexionando a coluna.

E) Uma cadeira de rodas para uso dentro de casa, uma prancha de transferência e um sistema de alerta de emergência pessoal.

**47. (PMM/URCA 2025) Uma criança de 4 anos com diagnóstico de Paralisia Cerebral (PC) do tipo diplégica espástica apresenta um padrão de marcha em tesoura (adução e rotação interna dos quadris) e equinismo (andar nas pontas dos pés). Ela tem bom controle de tronco e usa um andador para locomoção. O terapeuta ocupacional observa que o padrão espástico se intensifica com o esforço, dificultando a dissociação de membros e aumentando o gasto energético. Qual é a combinação de intervenções da Terapia Ocupacional mais indicada para otimizar o padrão de marcha e a funcionalidade desta criança?**

A) Focar exclusivamente no fortalecimento dos membros superiores para melhorar o uso do andador.

B) Indicar o uso de uma cadeira de rodas como principal meio de locomoção para conservar energia e prevenir a marcha patológica.

C) Realizar alongamentos passivos dos isquiotibiais e adutores, associados à prescrição de órteses suropodálicas (AFOs) para controlar o equino e ao treino de marcha em ambientes com diferentes demandas para promover a adaptação.

D) Prescrever uma órtese de abdução de quadril para ser usada durante o dia e a noite, restringindo completamente o padrão de tesoura, e focar o treino em atividades sentadas.

E) Utilizar a Terapia por Contensão Induzida no membro inferior de menor comprometimento para forçar o uso do lado mais espástico.

**48. (PMM/URCA 2025) Uma paciente de 62 anos com diagnóstico de Rizarrose (artrose da articulação trapézio-metacarpiana do polegar) em ambas as mãos relata dor intensa (EVA 8/10) ao realizar atividades que exigem a pinça lateral, como girar uma chave ou abrir um pote. A avaliação revela crepitação, edema na base do polegar e instabilidade articular. Ela deseja continuar a realizar suas atividades domésticas de forma independente. Qual é a abordagem da Terapia Ocupacional que melhor combina proteção articular, alívio da dor e manutenção da função?**

A) Recomendar a interrupção de todas as atividades que causam dor e o uso contínuo de uma órtese de imobilização de punho e polegar (Spica).

B) Prescrever uma órtese curta e funcional para o polegar (imobilizadora da articulação CMC), para ser usada durante as atividades dolorosas, associada à educação sobre adaptação de tarefas (ex: usar abridores de pote elétricos) e fortalecimento dos músculos daeminência tenar.

C) Focar em aplicações de calor profundo (ultrassom) e massagem, sem o uso de órteses ou adaptações, para não criar dependência.

D) Indicar uma órtese dinâmica com tração elástica para o polegar, visando aumentar a amplitude de movimento de abdução.

E) Encaminhar para infiltração de corticoides e aguardar a resolução dos sintomas antes de iniciar qualquer intervenção ocupacional.



**49. (PMM/URCA 2025) Um terapeuta ocupacional avalia um paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) em estágio intermediário. O paciente apresenta fraqueza progressiva nos membros superiores, com força grau 2 na Escala de Oxford para flexores de cotovelo e extensores de punho. Ele ainda consegue andar curtas distâncias, mas sua fala está começando a ficar disártica. Sua principal queixa é a incapacidade de se alimentar de forma independente e o medo de perder a comunicação. Qual plano de intervenção da Terapia Ocupacional aborda as necessidades atuais e futuras (preparatórias) deste paciente de forma mais holística?**

- A) Focar em fortalecer os membros superiores com exercícios de resistência progressiva para reverter a fraqueza.
- B) Prescrever uma órtese estática de repouso para ambas as mãos para prevenir contraturas e ensinar a família a realizar todas as atividades para o paciente.
- C) Recomendar alimentação por gastrostomia (GTT) imediatamente para prevenir a fadiga e focar o tratamento apenas na comunicação, utilizando um sistema de alta tecnologia com rastreamento ocular.
- D) Prescrever um engrossador de talheres e um prato com borda elevada para a alimentação e, simultaneamente, iniciar a avaliação e a introdução de um sistema de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) de baixa tecnologia (prancha de letras) para uso futuro.
- E) Adaptar a cadeira de rodas com um suporte de braço (calha) e ensinar o paciente a usar um garfo universal preso à mão com uma faixa elástica, adiando a questão da comunicação.

**50. (PMM/URCA 2025) O “Tratamento Moral”, liderado por pioneiros como Philippe Pinel e William Tuke no século XVIII, é considerado a base filosófica da Terapia Ocupacional. Este movimento defendia que a participação em ocupações rotineiras e o tratamento humano poderiam restaurar a saúde mental. Qual das seguintes práticas clínicas contemporâneas melhor reflete a herança direta dos princípios do Tratamento Moral?**

- A) A utilização da goniometria e de testes de força muscular para quantificar objetivamente os déficits físicos de um paciente.
- B) A prescrição de uma órtese dinâmica para substituir a função de músculos paralisados após uma lesão nervosa.
- C) A utilização da Terapia por Contenção Induzida, que envolve a restrição do membro não afetado para forçar o uso do membro parético em pacientes pós-AVC.
- D) A aplicação de bandagens neuromusculares (kinesiotaping) para facilitar ou inibir a contração muscular em atletas.

E) A estruturação de um grupo terapêutico em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) onde os usuários participam de uma oficina de culinária para desenvolver hábitos, papéis sociais e senso de pertencimento.