

***Campus Realengo***

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

**Bacharelado em Terapia Ocupacional**

**Izabella de Souza Rezende**

**Atuação do terapeuta  
ocupacional em  
ambulatório infanto  
juvenil: um relato de  
experiência**

Rio de Janeiro

2022

IZABELLA DE SOUZA REZENDE

ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL EM AMBULATÓRIO INFANTO  
JUVENIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Rio de Janeiro

2022

R467

Rezende, Izabella de Souza

Atuação do terapeuta ocupacional em ambulatório infanto juvenil: um relato de experiência / Izabella de Souza Rezende, 2021.

28f.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Terapia ocupacional)  
Instituto Federal do Rio de Janeiro, 2021.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Márcia Cristina de Araújo Silva.

1. Terapia ocupacional. 2. Reabilitação infantil. 3. Desenvolvimento neuropsicomotor. 4. Ambulatório. 5. Criança. I. Instituto Federal do Rio de Janeiro. Campus Realengo. II. Silva, Márcia Cristina de Araújo. III. Título.

COBIB/CReal

CDU 615.851.3

IZABELLA DE SOUZA REZENDE

ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL EM AMBULATÓRIO INFANTO  
JUVENIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Artigo apresentado a coordenação do curso de Terapia Ocupacional, como cumprimento parcial das exigências para conclusão do curso.

Orientadora: Professora Mestre Márcia Cristina de Araújo Silva.

Aprovado em 21/02/2022

Banca Examinadora

---

Profª Mestre Márcia Cristina de Araújo Silva – (Orientador - IFRJ)

---

Profª Especialista Caciana da Rocha Pinho – (Membro – IFRJ)

---

Profª Especialista Marcelle Carvalho Queiroz Graça – (Membro – IFRJ)

---

Profª Mestre Marcia Dolores Carvalho Gallo – (Membro – IFRJ)

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro, quero agradecer a mim mesma por não ter desistido de chegar até aqui! Foram muitos obstáculos pelo caminho e aquela certeza de que eu não chegaria até o final. Mas eu cheguei!

E antes de agradecer as pessoas mais importantes que fizeram parte desse longo e árduo processo, quero agradecer aos que não acreditaram em mim, sejam colegas, familiares e/ou professores. Às vezes o apoio que não recebemos também nos fortalece.

Aos meus familiares que estiveram do meu lado e contribuíram para que eu pudesse fazer o meu melhor, seja financeiramente ou moralmente, mas que não me abandonaram. Esse diploma também será de vocês.

Um agradecimento especial para Minha Mãe, Dona Marli Esther.

Aos meus amigos que me deram forças e coragem para eu não desistir, mesmo aqueles que ao longo do caminho saíram da minha vida ou estiveram longe. À distância e o afastamento não querem dizer que não estamos ligados. Os amigos são a parte mais bonita que temos na vida. Meu muito obrigada à vocês.

A minha orientadora que foi um grande alicerce desde o começo. Uma pessoa que via e viu potencial em mim, desde o começo. Ela foi compreensiva e dedicada comigo. Fica aqui a minha imensa gratidão professora Márcia Cristina.

Agradecer as crianças que eu tive a honra de conhecer durante meu estágio e a profissional dedicada e atenciosa que sempre estava pronta para responder minhas dúvidas.

E quero agradecer a Deus também por ter me guiado e me protegido nos dolorosos anos vivendo no Rio de Janeiro, aquele lugar é uma selva!

## **Terapia Ocupacional em ambulatório infanto juvenil: um relato de experiência**

### **Occupational Therapy in a juvenile outpatient clinic: an experience report**

Izabella de Souza Rezende

Márcia Cristina de Araújo Silva<sup>2</sup>

#### **RESUMO:**

O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) é consequência de um conjunto de fatores biológicos, é influenciado pelo ambiente externo e os estímulos deste ambiente podem causar prejuízos no amadurecimento da criança. Os riscos de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM) estão intimamente relacionados a fatores tais como: prematuridade, desnutrição, déficits neurológicos, alterações genéticas, prejuízos na saúde materna e intercorrências durante o parto e no pós parto. O ADNPM pode levar à incapacidade funcional e, conseqüentemente, as crianças não se desenvolverão conforme os marcos esperados para cada faixa etária da infância. Como método de trabalho, realizou-se um relato de experiência a partir de observações vivenciadas em estágio em terapia ocupacional. O terapeuta ocupacional (TO) tem nos ambulatórios de atendimento a crianças e jovens, papel relevante na participação de ações de implementação de assistência humanizada e nas reuniões de equipe, para discutir sobre a população atendida. Esse profissional pode utilizar-se das brincadeiras como estratégias para alcançar e favorecer o desempenho ocupacional das crianças, desenvolver as habilidades correspondentes a sua faixa etária, integrando, dessa forma, a brincadeira, o brinquedo, o desenvolvimento do brincar. O objetivo do presente estudo é relatar as experiências vivenciadas nos atendimentos terapêuticos ocupacionais em ambulatório infantil de um Hospital Federal do Rio de Janeiro. Por meio deste relato foi possível conhecer, através das evidências científicas produzidas por terapeutas ocupacionais, o trabalho desenvolvido em diversos lugares do Brasil e compreender a importância da construção e divulgação da terapia ocupacional e os benefícios que ela proporciona às crianças que apresentam atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor.

**Palavras-chave:** terapia ocupacional; reabilitação infantil; desenvolvimento neuropsicomotor, ambulatório, criança.

<sup>1</sup> Graduanda em Terapia Ocupacional pelo IFRJ – izabellarezendeto@gmail.com

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional e docente do curso de Terapia Ocupacional do IFRJ – marcia.araujo@ifrj.edu.br

## **ABSTRACT:**

The neuro psychomotor development is a consequence of a set of biological factors. It's influenced by the external environment and the stimulus of this environment can cause damages to the child's ripening process.

The risks of delay in neuro psychomotor development are closely related to factors such as: prematurity, malnutrition, neurological deficits, genetic alterations, damage to maternal health and complications during childbirth and postpartum.

The ADNPM can lead to functional disability and, consequently, children will not develop as expected for each age group of childhood.

As a working method, an experience report was carried out based on observations experienced during an internship in occupational therapy.

The Occupational Therapist (OT), for working in rehabilitation, plays a relevant role in child and young people care clinics in participating in actions to implement humanized care and in team meetings to discuss population served. This professional can use games as strategies to achieve and favor the occupational performance of children, develop the skills corresponding to their age group, through integrating play, toy and the development of play. The aim of this study was report the experience at the childhood treatment outpatient in a Federal Hospital os Rio de Janeiro. With the elaboration of this report, it was possible to know through the publications of occupational therapy professionals, the work developed in several places in Brazil and to understand the importance of the construction and dissemination of occupational therapy and the benefits it provides to children who have delays in neuro psychomotor development.

**Keywords:** Occupational Therapy; child rehabilitation; neuro psychomotor development; ambulatory; child

<sup>1</sup> Graduanda em Terapia Ocupacional pelo IFRJ – izabellarezendeto@gmail.com

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional e docente do curso de Terapia Ocupacional do IFRJ – marcia.araujo@ifrj.edu.br

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>10</b>
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>11</b>
<b>4. DISCUSSÃO</b>	<b>15</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) acontece devido a um conjunto de fatores biológicos, é influenciado pelo ambiente externo e pela qualidade dos estímulos deste ambiente. Alguns fatores biológicos podem causar prejuízos no amadurecimento da criança (BUFFONE; EICKMAN; LIMA, 2016).

Os riscos de atraso DNPM estão intimamente relacionados a um conjunto de fatores tais como: prematuridade, desnutrição, déficits neurológicos, alterações genéticas, saúde materna e intercorrências durante o parto e no pós parto. Além disso, esses fatores podem desencadear diversas condições de saúde e alterações que irão comprometer esses indivíduos em suas ocupações. (BUFFONE; EICKMAN; LIMA, 2016; MENDES *et al.*, 2015).

Estudos apontam que com o avanço das tecnologias de cuidados neonatais, bebês que precisam usufruir desse tipo de assistência após o nascimento, podem desenvolver algum tipo de condição crônica de saúde relacionada aos aspectos biológicos, psicológicos ou cognitivos (TAVARES; DUARTE; SENA, 2018; TAVARES *et al.*, 2014).

As complicações durante o parto e os avanços científicos e tecnológicos de suporte utilizados para diminuir a mortalidade de recém-nascidos prematuros e prematuros extremos, podem desencadear comorbidades que alteram e comprometem habilidades de desempenho motoras, de desempenho processual e de participação social (SOUZA; MARINO, 2013; TAVARES *et al.*, 2014).

A encefalopatia crônica não progressiva da infância, por exemplo, é a condição de saúde mais observada em prematuros extremos e também em bebês que sofrem hipóxia intra ou extra uterina (SOUZA; MARINO, 2013; TAVARES *et al.*, 2014).

A principal consequência destas complicações é o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM) que pode causar incapacidade funcional e, conseqüentemente, as crianças não se desenvolverão conforme os marcos esperados para cada faixa etária da infância (SOUZA; MARINO, 2013; TAVARES *et al.*, 2014).

Os impactos do ADNPM nas ocupações das crianças causam prejuízos na independência funcional e, seus familiares precisam se reorganizar para atender às

necessidades e aos seus cuidados, seja por um determinado período de tempo, ou então permanentemente (TAVARES; DUARTE; SENA, 2018; TAVARES *et al*, 2014).

Crianças com ADNPM precisam de cuidados específicos que irão contribuir para a melhora da qualidade de vida e o desempenho em ocupações e, é importante que os pais e cuidadores estejam envolvidos no tratamento, para que dessa forma, as crianças possam ter novas experiências em diversos contextos da sua vida e não apenas nos espaços clínicos (ARAÚJO; GONÇALO; CAZEIRO, 2018).

Dessa forma, os cuidados que uma criança com ADNPM requer, contribuem para a exaustão e o aumento do estresse de seus pais e cuidadores, sendo este papel, em sua grande maioria, desempenhado pelas mães. O excesso de cuidados, falta de informações, constantes idas a médicos e às terapias, dificuldades financeiras e os diversos sentimentos conflituosos gerados, são fatores que provocam sobrecarga nesses cuidadores com impactos na sua qualidade de vida e seu no desempenho ocupacional (ARAÚJO; GONÇALO; CAZEIRO, 2018; ESTANIESKI; GUARANY, 2015.).

As crianças que experienciam tratamentos em ambulatórios de reabilitação sofrem impactos significativos no seu cotidiano, principalmente no que diz respeito ao desempenho de ocupações, dentre elas o brincar, que é parte fundamental para o seu desenvolvimento. É por meio de intervenções lúdicas, vivenciadas nesse espaço de cuidado, que a criança irá se aproximar dos profissionais de saúde e criar vínculo com o ambiente e a equipe interprofissional, essencial para o desenvolvimento de novas experiências (BERNARDES *et al.*, 2014).

O terapeuta ocupacional (TO) tem nos ambulatórios de atendimento a crianças e jovens, papel relevante na participação de ações de implementação de assistência humanizada e nas reuniões de equipe para discutir sobre a população atendida. O TO, ao avaliar e propor o plano de intervenção, precisa ser meticuloso sobre as demandas desses indivíduos, priorizar seu desenvolvimento e considerar seus contextos e singularidades para que o tratamento seja adequado à especificidade de cada criança (BERNARDES *et al.*, 2014).

Segundo Peruzzolo e colaboradores (2014), esse profissional atua também no programa de *follow-up* para a estimulação precoce de crianças prematuras, com a orientação aos pais e construção de uma rotina adequada, conforme a idade corrigida

da criança. A inclusão do terapeuta ocupacional nesse tipo de ambulatório é relevante, visto que seu olhar está direcionado a todos os contextos e aspectos do cotidiano da criança e de sua família. Além disso, está apto a trazer para a equipe multidisciplinar questões fundamentais para os processos que envolvem os impactos da patologia, dos atrasos na aquisição de habilidades motoras, habilidades sociais, no seu desenvolvimento (PERUZZOLO, *et al.*, 2014).

Faz parte também da atuação do terapeuta ocupacional, no ambiente ambulatorial, o registro em prontuário, pois é a partir dele que outros profissionais e membros da equipe podem se inteirar com as práticas e os objetivos de tratamento com as crianças que são atendidas pela equipe interprofissional (COFFITO, 2015; PELISSARI E PALHARES, 2015).

Deste modo, o objetivo do presente estudo é relatar as experiências vivenciadas nos atendimentos terapêuticos ocupacionais em ambulatório infantil de um Hospital Federal do Rio de Janeiro.

## **2. METODOLOGIA**

Estudo do tipo relato de experiência, foi elaborado a partir dos registros em diário de campo, das observações dos atendimentos, durante estágio não-obrigatório realizado em um Hospital Federal do Rio de Janeiro. As anotações foram feitas durante 10 meses, no período de abril de 2019 a janeiro de 2020. O setor de terapia ocupacional funcionava duas vezes por semana e, cada atendimento tinha trinta minutos de duração. Contudo, cada criança fazia somente uma sessão semanal com a terapeuta ocupacional.

### 3. RESULTADOS

O estágio foi realizado entre os meses de abril de 2019 a janeiro de 2020, em um Hospital Federal localizado no município do Rio de Janeiro. No local funcionava pronto atendimento, enfermaria e ambulatório de diversas especialidades. O estágio aconteceu no ambulatório de pediatria que tinha uma equipe interprofissional na qual se inseria o terapeuta ocupacional. Os atendimentos eram realizados com crianças com idade entre seis meses e doze anos, uma vez por semana, individualmente, com duração de trinta minutos.

A clientela apresentava diagnósticos variados, tais como: Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância, Transtorno do Espectro Autista, Atraso do Desenvolvimento Neuropsicomotor, Déficit Intelectual, Síndrome de Down e algumas patologias raras incluindo Síndrome de Crouzon e Síndrome de Cornélia de Lange.

A sala de atendimento era pequena e não contava com muitos recursos, tinha uma bola para manuseios e uma maca. Devido ao tamanho do local, os acompanhantes aguardavam na recepção e apenas entravam em momentos tais como avaliação, orientações e, em casos de choro persistente da criança.

Os atendimentos eram elaborados de acordo com os objetivos traçados pela terapeuta ocupacional e, as estratégias de intervenção eram mantidas/continuadas tendo como referência o que foi realizado na semana anterior. As atividades propostas, geralmente, tinham os mesmos objetivos para que durante um determinado período de tempo, fosse possível observar como a criança estava respondendo aos estímulos, quais as dificuldades ela apresentava durante o desempenho das atividades, o que ela dominava bem e quais os ganhos ela obtinha.

Grande parte das crianças avaliadas não iniciava os atendimentos devido à alta demanda do local, dessa forma, os nomes das crianças entravam para uma lista de espera. Sendo assim, a terapeuta optava por não montar um plano de intervenção, já que não havia uma previsão para o início da terapia. O plano de intervenção não era feito, visto que, infelizmente, a maior parte dessas crianças, não conseguia iniciar os atendimentos na unidade devido a uma alta demanda da fila de espera.

Durante a avaliação, a terapeuta ocupacional sempre orientava os pais e/ou responsáveis, pensando justamente na demora para o início do atendimento pois, nem sempre conseguiam a vaga para iniciar a terapia. Como no ambulatório havia

atendimento de médicos pediatras e neuropediatras, a terapeuta sempre questionava aos pais sobre o acompanhamento das crianças com esses profissionais. O que me chamou muito a atenção, pois caso a criança não tivesse sendo acompanhada por um médico, a própria terapeuta encaminhava a criança para atendimento na unidade.

A avaliação era feita por meio de entrevista elaborada pela terapeuta ocupacional do serviço com os responsáveis e, nesta entrevista, investigava-se a gestação, o parto, o estado geral de saúde da mãe e da criança além de testes, exames e consultas realizados antes e após o nascimento. Era orientado aos responsáveis levar exames e relatórios dos médicos e de outros profissionais para que a avaliação fosse mais completa e que o TO tivesse acesso ao processo de investigação do diagnóstico e/ou o parecer.

Em relação à criança, eram avaliados o comportamento, seu modo de brincar, as habilidades que possuía e como era a resolução de problemas. A terapeuta ocupacional interagiu com ela, conversava, e fazia perguntas com o objetivo de extrair informações diretamente da criança, tais como: pedir para que identificasse cores, números, formas, conceitos básicos.

Como não havia nenhum instrumento padronizado, a observação era a principal forma de avaliar a criança, não apenas no primeiro atendimento, mas também, durante todo o processo de intervenção. Era por meio deste recurso que a terapeuta ocupacional conseguia identificar as mudanças e a evolução dos pacientes. Além da observação, o feedback dos responsáveis era outra principal forma de verificar o progresso da criança durante o processo da terapia.

O processo de observação perpassava todo o tempo em que duravam as sessões e era mantido desde o primeiro atendimento e ao longo da intervenção. Em muitos casos o desempenho na atividade era o foco da observação principalmente na aquisição ou perda de habilidades e ajustes no comportamento ou labilidade emocional.

No momento em que o paciente entrava na sala, a terapeuta ocupacional começava a verificar se havia mudanças ou não no comportamento durante o atendimento. Este era evidenciado principalmente pelo baixo limiar de frustração, quando a criança errava ou confundia alguma etapa, ou pelo entusiasmo/motivação, quando dominava etapas nas quais tinham maior dificuldade de realizar.

As investigações sobre as habilidades de desempenho motoras, visavam avaliação da amplitude de movimento, do controle de tronco e cabeça, do equilíbrio dinâmico e estático, da participação social, por meio do engajamento e da interação com a terapeuta durante as atividades, comunicação e expressão.

Os objetivos de tratamento eram direcionados para estimular, desenvolver e aprimorar habilidades de participação social, desempenho processual e motor. Para tanto, utilizavam-se de brincadeiras, jogos e brinquedos, a exemplo: quebra-cabeças, jogo da memória, boliche, amarelinha, livros de histórias infantis, brinquedos de encaixe e de montar. Também eram realizados manuseios para o controle postural, reações de endireitamento do tronco, treino de marcha, equilíbrio, redução da espasticidade, fortalecimento muscular.

Toda a conduta realizada durante os atendimentos era descrita na evolução, impressa e anexada ao prontuário de cada criança no qual estavam contidos os dados pessoais, as evoluções, condutas e procedimentos realizados por todos os profissionais que a assistiam.

O registro no prontuário era algo que chamava a atenção. Todos os profissionais que tinham contato com a criança e a família, faziam suas anotações e observações. Dessa forma, era possível identificar toda a rotina da criança no ambulatório. Assim, sabia-se quais as consultas e os atendimentos, compreendiam-se as demandas não apenas da criança, mas também, dos familiares, as dificuldades enfrentadas e, principalmente, como estava o seu acompanhamento.

Durante o período do estágio, identificou-se a importância do terapeuta ocupacional no ambulatório e os impactos dos atendimentos nos ganhos alcançados pelas crianças. Foi notória a mudança, principalmente no comportamento no que se refere à tolerância durante a realização das atividades propostas. Observou-se também aumento da sociabilidade, melhora na capacidade funcional, aumento da amplitude de movimento durante o desempenho das atividades, ganhos na comunicação, melhor resposta aos estímulos sensoriais, aumento do equilíbrio, aumento da coordenação motora global.

Percebeu-se mudança relevante no vínculo terapêutico, uma vez que esse evidencia uma resposta positiva e criação de laços afetivos, principalmente em crianças com TEA. Elas se adaptaram ao local, passaram a se interessar mais pelas

atividades propostas e a permanecer mais tempo na sala de atendimento, sem o acompanhante.

Mudanças nas habilidades motoras também foram observadas. Nas atividades nas quais eram utilizados materiais para empilhar, equilibrar, transferir de uma mão para outra objetos diversos e/ou brinquedos, de modo geral, os pacientes apresentaram respostas positivas no aumento da amplitude de movimento em membros superiores. O objetivo dessas atividades estava associado a generalização desses movimentos para facilitar o desempenho de atividades de vida diária com a máxima independência e autonomia viáveis para cada criança.

Na promoção da melhora na coordenação motora global e no equilíbrio, foram utilizados recursos como o boliche e a amarelinha, e notou-se a melhora dessas habilidades ao longo dos atendimentos. A constatação dos ganhos se deu por meio da observação do paciente nos jogos, seu engajamento, motivação além da sua percepção do corpo naquele espaço, a relação com os materiais utilizados, como: os pinos do boliche e a bola, a forma como pegava os objetos, a preensão palmar, a destreza, a manipulação.

Em relação a observação da melhora na coordenação motora fina, os recursos que eram utilizados para promover e possibilitar ganhos foram o quebra cabeça, jogos da memória, alinhavos e encaixes de objetos pequenos com formas geométricas, cores e tamanhos diferentes.

Uma parte muito importante dos atendimentos eram as orientações passadas aos pais e cuidadores das crianças. Orientações escritas, verbais e, também, demonstradas e ensinadas, para que em casa a criança pudesse ter melhores condições e maior autonomia para realizar as atividades cotidianas. Quando os pais e cuidadores as reproduziam e praticavam, era visível a melhora no engajamento no tratamento da criança e confiança no trabalho da terapeuta ocupacional. Assim, percebeu-se que essas orientações também foram importantes (ou decisivas?) para a promoção dos ganhos significativos no progresso dessas crianças.

A confiança no trabalho que estava sendo realizado pela terapeuta ocupacional, era percebida principalmente, nas trocas feitas pelos pais e cuidadores, nos relatos que eram trazidos por eles, da percepção das melhoras no comportamento, nos afazeres do dia a dia, no ganho ou melhora na independência

nas ocupações. Esses relatos além de serem direcionados diretamente à profissional em questão, também eram feitos por meio do SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente).

#### 4. DISCUSSÃO

A motivação de relatar a experiência vivenciada em um ambulatório de pediatria partiu da observação dos ganhos nas habilidades das crianças, e da percepção da importância da atuação do terapeuta ocupacional nas condições de saúde que influenciam o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e que impactam o desempenho ocupacional de crianças.

Conforme o Censo Demográfico que 2000 apresenta, 14,5% da população do país tem algum tipo de deficiência. Contudo, observou-se que apenas 2% dessa população recebia algum tipo de assistência (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003).

Já no Censo Demográfico de 2010 observa-se um aumento relativo de pessoas com deficiência no território nacional, representada por, 23,9% da população, ou seja, 45 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência: motora, intelectual, visual ou auditiva (IBGE, 2010).

Considerando-se o público alvo deste relato, aproximadamente, 3.905,253 são pessoas com idade que variam entre 0 e 14 anos. Destacam-se neste grupo, 391.266 (que possuem deficiência intelectual (IBGE, 2010; SCHAIK; SOUZA; ROCHA, 2014).

Borgneth *et al* (2018) em seu estudo baseado no Censo Demográfico de 2010 estimaram que 113.294 (7,5%) de crianças e adolescentes, cariocas necessitavam de cuidados especializados (IBGE, 2010; BORGNETH *et al.*, 2018). Esses dados corroboram com a alta demanda por atendimento vivenciada no ambulatório e que, por falta de mais profissionais da área, não era possível atender, contribuindo assim, para a formação de uma fila de espera, com um número significativo de crianças que precisam de atendimento especializado.

Segundo a AOTA (2015, p. 5), ocupações são as atividades realizadas diariamente, sejam individuais, familiares ou coletivas, que são significativas e que trazem propósito para à vida. Ocupação pode ser o que “as pessoas querem, precisam ou devem fazer, seja de natureza física, mental, social, sexual, política ou espiritual, incluindo sono e descanso”.

Dentre os papéis ocupacionais da criança, o brincar é um dos mais relevantes, e é através dele que ela desenvolve habilidades sociais, afetivas e cognitivas, aprende

a se comportar e se relacionar com o ambiente, a conviver com seus pares e a explorar a sua criatividade (BERNARDES *et al.*, 2014).

Além disso, o brincar é um recurso relevante para potencializar o DNPM e promover o desenvolvimento de habilidades que compõem o desenvolvimento infantil (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

O terapeuta ocupacional (TO) utiliza-se das brincadeiras como estratégias lúdicas para alcançar e favorecer o desempenho ocupacional das crianças, desenvolver as habilidades correspondentes a sua faixa etária, integrando, dessa forma, a brincadeira, o brinquedo, o desenvolvimento do brincar visando contribuir para o DNPM (SOUZA; MARINO, 2013). No ambulatório, local onde se desenvolveu esse relato, as estratégias lúdicas e o brincar eram a principal forma de abordagem com as crianças, e estavam presentes em todas as atividades e em todos os recursos utilizados.

A avaliação do brincar pode ser mensurada por diversos instrumentos padronizados, como o Histórico Lúdico; Escala Lúdica pré-escolar de Knox; Escala de Brincar da Criança; Teste de Entretenimento; Avaliação do Comportamento Lúdico; entre outros (BRUNELLO; MIETO; SILVA, 2013). Para avaliar o DNPM pode ser utilizado o teste Denver II - *Denver Developmental Screening Teste* (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Contudo, estudos indicam que o uso de instrumentos padronizados para a avaliação do brincar, na prática clínica, não são comumente, e o que se destaca como a prática do dia a dia é a observação da qualidade do brincar das crianças como método avaliativo. Para além disso, é comum o uso da entrevista elaborada pelos profissionais do serviço, ou apenas pelo TO, para acompanhamento do processo clínico e investigação com a família (BRUNELLO; MIETO; SILVA, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

No ambulatório, objeto desse relato, a entrevista era elaborada pela terapeuta para investigação inicial com a família e/ou cuidadores a fim de obter informações sobre gestação, parto, exames e consultas antes e após o nascimento. Ao longo das sessões o processo de avaliação continuava, com a observação da criança através do brincar, do interesse pelos recursos, do comportamento e das progressões diante

das atividades, a TO conseguia elaborar as metas do tratamento, identificar a aquisição ou não, de habilidade adquiridas e as mudanças apresentadas.

Crianças com ADNPM podem apresentar lacunas no desenvolvimento, muitas vezes causadoras de incapacidade na realização das atividades do cotidiano e no desempenho ocupacional. Teixeira *et al* (2020) em seu estudo observaram que as crianças com menor interesse por brincadeiras ou as que menos se interessavam pelos brinquedos, apresentaram maior percentual para suspeita de ADNPM. Para os autores o interesse da criança pelo brincar pode estar comprometido pelo ADNPM, assim, apontam a importância da avaliação da qualidade do brincar, do interesse da criança pelos brinquedos e das habilidades desempenhadas nessa ocupação, dado que, através do brincar, a criança desenvolve inúmeras habilidades motoras, processuais e sociais (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Tavares, Duarte e Sena (2018) e Miranda, Resegue e Figueiras, (2003) demonstraram que grande parte dos participantes de suas pesquisas apresentaram atraso nas habilidades de desempenho motor, processual e de participação social e indicaram a relevância do atendimento ambulatorial de crianças e jovens com objetivo de melhorar habilidades e potencialidades, além de proporcionar novas experiências e possibilidades de ganhos funcionais nos espaços de reabilitação. Este relato permitiu o mesmo tipo de compreensão dos autores, uma vez que, foi possível observar melhoras importantes na funcionalidade dos pacientes atendidos pelo setor de TO.

A utilização de brinquedos como recurso terapêutico ocupacional com crianças que têm deficiência e possuem comprometimento no desempenho ocupacional contribui durante o processo terapêutico para favorecer as habilidades motoras, processuais e cognitivas (FERREIRA, *et al.*, 2021; SILVA; PONTES, 2013).

Souza e Marino (2013) demonstraram resultados positivos no desenvolvimento global de uma criança com ADNPM que, após sessões de terapia ocupacional, foi capaz de iniciar brincadeiras, ganhou maior estabilidade na posição ortostática e nas trocas posturais.

Os atendimentos tinham como objetivos proporcionar trocas posturais de supino para prono, de supino para decúbitos laterais direito e esquerdo, de decúbitos laterais para sentar e de sentada para ajoelhada, semi ajoelhada e em pé (SOUZA;

MARINO, 2013, p.152). Para tanto, os pesquisadores utilizaram recursos lúdicos, bola suíça, brinquedos de cores e formas diferentes para chamar a atenção da criança (SOUZA; MARINO, 2013).

Tanto as estratégias de intervenção, quanto os recursos descritos em vários estudos foram utilizados ou desenvolvidos no ambulatório, objeto deste relato. Ou seja, as experiências vivenciadas no campo de estágio corroboram o que está descrito na literatura que trata do atendimento a crianças e adolescentes no processo de reabilitação física (BARCELOS *et al.*, 2012; CAMPOS *et al.*, 2017; FERREIRA, *et al.*, 2021; LEAL; GRADIM; SOUZA, 2020; MARONESI *et al.*, 2015; SILVA; PONTES, 2013; SOUZA; MARINO, 2013)

Barcelos *et al* (2013) descreveu o uso da bola suíça e o colo do próprio terapeuta na realização dos manuseios com a criança de modo que a ela fosse proporcionada a sensação do movimento e o estímulo do controle postural. Além disso, a criança poderia experimentar outras posições, como rolar, ajoelhar, sentar e ficar de pé.

Os manuseios eram feitos com o auxílio de brinquedos e do brincar para que a criança experimentasse novas sensações e se sentisse mais segura e também para estreitar o vínculo terapêutico (BARCELOS *et al.*, 2012).

Maronesi *et al* (2015), apresentaram em sua pesquisa, um plano de intervenção direcionado para o desenvolvimento da coordenação motora final, global e equilíbrio de uma criança com ADNPM. Os resultados obtidos demonstraram melhora nas habilidades de forma geral. Algumas das estratégias realizadas por Maronesi *et al* (2015) se assemelham ao que era desenvolvido com os pacientes no ambulatório de pediatria, objeto deste relato. Além disso, as atividades feitas pelos TOs da pesquisa foram adaptadas para serem desenvolvidas no referido ambulatório.

A brincadeira *pulando com bambolês* foi substituída por *pular amarelinha*; a atividade de confeccionar *pulseira com miçangas* e *colar de canudos*, foi adaptada para a atividade de alinhavo. No ambulatório, devido ao espaço disponível era possível realizar a brincadeira de estátua.

Embora no estudo de Maronesi *et al* (2015) as crianças tenham sido avaliadas por meio de instrumentos padronizados, o que não aconteceu neste relato, observou-

se que os resultados obtidos foram semelhantes aos observados no estudo supracitado.

Na pesquisa de Campos *et al* (2017) evidenciou-se a eficácia das brincadeiras para a aquisição do desenvolvimento do esquema corporal, orientação espacial e temporal de uma criança com ADNPM. Algumas brincadeiras utilizadas pelos autores também eram utilizadas no ambulatório da mesma forma ou, dependendo da capacidade da criança ou do adolescente, eram adaptadas.

A brincadeira *brincando com o corpo* era muito utilizada no ambulatório, principalmente com crianças autistas, que apresentavam comportamento agitado e pouca atenção e concentração durante as atividades. Brincadeiras com o espelho também eram muito utilizadas no ambulatório, tanto para escrever e desenhar no espelho com canetas hidrográficas e tinta guache, quanto para reconhecer partes do corpo, brincadeiras intituladas no artigo como *reflexo no espelho* e *pintura no espelho* (CAMPOS *et al.*, 2017).

Campos *et al* (2017) identificaram que a criança progrediu e apresentou ganhos na realização das brincadeiras e na aquisição ou aperfeiçoamento de habilidades motoras e cognitivas, na autonomia durante as sessões, demonstrou compreender e interagir adequadamente com a sala de atendimento, além de reconhecer seu corpo espaço. Destaca-se também melhora da atenção e concentração durante a realização das atividades.

É importante esclarecer que o ADNPM está associado também a algumas condições de saúde como Transtorno do Espectro Autista (TEA), Síndrome de Down (SD) e doenças raras.

Miranda, Resegue e Figueiras (2003), apontam que na Síndrome de Down a criança pode apresentar anomalias congênitas, cardiopatias, distúrbios visuais e auditivos, maior pré-disposição para infecções respiratórias e problemas endócrinos e, que essas crianças precisam de acompanhamento regular e periódico da equipe interprofissional. Os atendimentos para crianças com SD no ambulatório eram pensados de forma diferenciada, de acordo com as condições clínicas da criança e as rotinas médicas acompanhadas pela terapeuta que, além de perguntar sobre o andamento das consultas e exames periódicos, registrava no prontuário a troca de informações.

O TEA é caracterizado como um transtorno global do desenvolvimento e, devido as suas manifestações clínicas, pode causar atrasos do desenvolvimento e/ou alterações funcionais, principalmente, no que tange a comunicação, interação social e comportamento, geralmente, manifestados na primeira infância, até os três anos de idade (LEAL; GRADIM; SOUZA, 2020).

As possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional com crianças com TEA estão associadas ao desenvolvimento de habilidades de desempenho motoras, processuais e de participação social (LEAL; GRADIM; SOUZA, 2020).

Leal, Gradim e Souza (2020) indicaram alguns materiais e recursos lúdicos utilizados nos atendimentos a essas crianças, como exemplo: brinquedos de encaixe, quebra cabeças, jogos de pinos, jogos de cartas, atividades de pintura, dominó e recursos sensoriais (bolinha de sabão, amoebas). Os resultados da sua utilização demonstraram ser positivos, uma vez que, ao longo dos atendimentos, as crianças apresentaram ganhos e progressos na comunicação, no comportamento, na atenção ao desempenhar as atividades, aos comandos e às regras das brincadeiras (LEAL; GRADIM; SOUZA, 2020).

No ambulatório, objeto desse relato, as principais abordagens observadas utilizadas pela terapeuta ocupacional eram o Bobath e o Modelo Lúdico. Em muitos casos, as duas abordagens eram utilizadas conjuntamente, principalmente, em casos de crianças com deficiência motora.

Existem modelos, métodos e técnicas variados que o TO pode utilizar em seus atendimentos com o público infantil tais como: o modelo lúdico, a integração sensorial, o bobath, o therasuit ® e pediasuit ®. No modelo lúdico, por exemplo, o principal objetivo é utilizar o brincar para aumentar a capacidade de ação e a atitude lúdica da criança (ZEN; OMAIRI, 2009).

Os pesquisadores Silva e Pontes (2003) em seu estudo indicaram que a integração sensorial e o método bobath, são principais abordagens utilizadas nos atendimentos do terapeuta ocupacional na reabilitação de crianças e adolescentes.

Ambas as abordagens podem ser utilizadas pelo TO, desde que sejam habilitados e certificados. Além disso, as autoras afirmam que os modelos e abordagens não serão os mesmos para todos os pacientes e que a formação desse profissional, influencia diretamente na sua habilidade de elaborar e aplicar as

melhores intervenções conforme a demanda de cada paciente (SILVA; PONTES, 2013).

O processo terapêutico demanda de alguns fatores que Miranda, Resegue e Figueiras (2003) indicaram e que devem nortear a conduta de atendimento do terapeuta ocupacional no ambulatório diante do paciente com deficiência intelectual (DI), física, auditiva ou visual.

O terapeuta ocupacional deve acolher e tratar a criança que tem DI com naturalidade para que ela se sinta confortável e confiante e, para que assim consiga estabelecer vínculo com o profissional. Já na deficiência física esse profissional deve ser cuidadoso ao se propor as atividades para criança, pois a deficiência física não está necessariamente associada à deficiência intelectual (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003).

Nas deficiências auditivas e/ou visuais, é importante que o terapeuta ocupacional utilize os mesmos meios comunicação com elas que a família e a escola usam. O TO precisa também explicar de forma acessível o que está acontecendo, qual a atividade será realizada, tais como brinquedos, as brincadeiras, de modo a proporcionar um ambiente seguro e confortável para que criança seja capaz de explorá-lo cada vez mais (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003).

Silva e Pontes (2013) elencaram no seu estudo, o uso do brincar, e de atividades lúdicas por terapeutas ocupacionais, como recurso terapêutico, que tem o objetivo de promover experiências e promover ganhos funcionais de acordo com a etapa de seu desenvolvimento, mais próximo da idade da criança.

Outros aspectos que podem ser trabalhados com as crianças e adolescentes são: promover a socialização e o aprendizado; possibilitar o desenvolvimento global e a experimentação de novas situações; promover a inclusão social; treinar habilidades; desenvolver competências para a vida adulta; contribuir para percepção de si, sua ação no mundo e compreensão do que ocorre ao seu redor (BRUNELLO; MIETO; SILVA, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A importância da participação da família no processo de reabilitação é descrita por Barcelos *et al* (2012, p.90) por ser um “facilitador no processo de intervenção, oferecendo ganhos do paciente” e que as orientações oferecidas à família são configuradas em “suporte e incentivo durante as intervenções”. Além disso, as

orientações feitas aos familiares, pelo terapeuta ocupacional podem auxiliar na compreensão da importância do brincar, dos estímulos e do processo terapêutico, para a criança no ambiente domiciliar e ambulatorial. Os responsáveis ou cuidadores, da criança devem permitir a exploração da casa para facilitar a aquisição de novas habilidades, autonomia e independência (FONSECA *et al.*, 2015). A experiência no estágio realizado no ambulatório, pode ser identificada em estudos que investigaram acerca da importância do envolvimento da família no processo de terapêutico e na resposta do engajamento da criança na reabilitação.

Um dos papéis do TO nos atendimentos ambulatoriais é o registro de toda a conduta feita em prontuário, desde a avaliação, passando pelas intervenções e reavaliação e resultados, procedimento elaborado minuciosamente pela TO que atendia no espaço. Compreendeu-se que o prontuário bem feito, bem redigido, com evoluções claras, objetivas e pontuais, direcionadas para as condutas, objetivos e processo de intervenção, facilitava o acompanhamento de outros profissionais que também atendiam as crianças, uma vez que, era utilizado um único documento de registro para cada criança.

O estudo de Pelissarie Palhares (2015) aponta que todo processo de intervenção nos serviços de atendimento, deve ser registrado em prontuário e as informações devem ser atualizadas e mantidas em dia. É no prontuário que está contida toda a história do indivíduo, desde a entrevista, avaliação estruturada, plano de intervenção, objetivos e toda a prática realizada. É um documento legal que pertence ao serviço e ao paciente. Contudo, nem sempre os serviços fazem esse registro com todos os indivíduos atendidos.

O processo de reabilitação possibilita crianças e adolescentes com ADNPM a experimentarem novas possibilidades, experiências, aprenderem meios de modificar o seu cotidiano e explorarem suas capacidades (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003). O terapeuta ocupacional é um profissional capacitado para favorecer o DNPM e sua atuação em ambulatório infanto-juvenil auxilia no desenvolvimento e desempenho ocupacional, além disso, contribui para melhora das habilidades motoras, processuais e sociais (LEAL; GRANDIM; SOUZA, 2020; SOUZA; MARINO, 2013).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da experiência, me foi permitido observar as condutas do terapeuta ocupacional em diversos momentos diferentes. Inicialmente, as crianças passavam por uma avaliação com a terapeuta ocupacional do serviço, das quais pude participar. A terapeuta ocupacional explicava cada ponto observado e registrava no prontuário toda a avaliação.

No meu ponto de vista, a avaliação era uma parte muito importante do trabalho da terapeuta ocupacional do serviço, que tinha ciência das dificuldades enfrentadas pelos pais e/ou responsáveis, principalmente no que tangia ao início dos tratamentos, visto que a demanda era enorme e com poucos locais e profissionais disponíveis na região.

Em relação aos atendimentos, tive a oportunidade de acompanhar o progresso das crianças atendidas e, o que me fez refletir sobre a importância do tratamento terapêutico ocupacional para esse público que tem atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e a importância da reabilitação para elas.

Durante o período do estágio, foi possível compreender que o terapeuta ocupacional está apto a atender às especificidades desta clientela, por meio de recursos lúdicos e brincadeiras, cujos benefícios pude identificar pelo potencial, independência e autonomia dos pacientes. Favorecer a melhora nos aspectos motores, sensoriais e emocionais, as habilidades necessárias para auxiliar no desempenho ocupacional e o engajamento em atividades.

Foi notória a importância do trabalho humanizado, bem como, integrado à família e cuidadores, envolvê-los no processo de reabilitação, faz com que a criança se sinta mais protegida e, auxilia também, no desenvolvimento das habilidades. Consegui compreender que a família e/ou cuidadores são a extensão do trabalho da terapia ocupacional e sem eles, o processo de reabilitação é prejudicado, uma vez que as sessões só aconteciam uma vez na semana.

Em relação aos recursos lúdicos, brinquedos, brincadeiras e os jogos propostos durante as sessões, foi possível observar que o uso dos mesmos era de grande importância para os atendimentos, pois é através do brincar que as crianças se expressavam, aprendiam, se sentiam mais à vontade na sala, com a terapeuta e comigo também.

Outro ponto muito importante observado foi a utilização do conhecimento da terapeuta ocupacional em técnicas de aprimoramento, utilizando de outros recursos além dos brinquedos, como a bola suíça, por exemplo.

Dentre tudo que tive a oportunidade de aprender e desenvolver durante esse processo, uma das coisas que mais me incomodou foi o quanto há necessidade de profissionais e espaços de reabilitação para essas crianças. Nem todos têm acesso aos cuidados básicos, sejam com crianças típicas ou atípicas.

Com a elaboração deste relato, foi possível conhecer, através das publicações dos profissionais de terapia ocupacional, o trabalho desenvolvido em diversos lugares do Brasil e compreender a importância da construção e divulgação dessa profissão e os benefícios que a intervenção terapêutica ocupacional proporciona às crianças que apresentam atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor.

## REFERÊNCIAS

- AOTA. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL et al. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo-traduzida. *Rev. Ter. Ocup. Univ. de São Paulo*, v. 26, 2015
- ARAÚJO, Palloma Moura de; GONÇALO, Thainara Pires; CAZEIRO, Ana Paula Martins. Participação da família no tratamento terapêutico ocupacional da criança com paralisia cerebral. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 29, n. 3, p. 254-262, 2018.
- BARCELOS, Tábata de Aguiar et al. A atuação da terapia ocupacional em hospital pediátrico. *Rev. méd. Minas Gerais*, v. 22, supl. 2, p. 88-91, 2012.
- BERNARDES, Marina Soares, et al. A intervenção do terapeuta ocupacional em brinquedoteca ambulatorial: relato de experiência. *Rev. Elet. Gestão e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 582-594, 2014.
- BORGNETH, Livia Rangel Lopes, et al. Considerações sobre instituições de reabilitação para crianças e adolescentes com deficiência no município do Rio de Janeiro. *Actafisiátrica*, v. 25, n. 2, p. 54-59, 2018.
- BRUNELLO, Maria Inês Britto; MIETO, Fernanda Stella Risseto; SILVA, Carolina Donato da. Procedimentos de avaliação da qualidade do brincar na prática da terapia ocupacional: um estudo exploratório. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 24, n. 2, p. 95-102, 2013.
- BUFFONE, Flávia Regina Ribeiro Cavalcanti; EICKMANN, Sophie Helena; LIMA, Marília de Carvalho. Processamento sensorial e desenvolvimento cognitivo de lactentes nascidos pré-termo e a termo. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 24, n. 4, p. 695-703, 2016.
- CAMPOS, Sara Domiciano Franco, et al. O brincar para o desenvolvimento do esquema corporal, orientação espacial e temporal: análise de uma intervenção. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 25, n. 2, p. 275-285, 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, Resolução nº 415, de 19 de maio de 2012. Disponível em <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3178>. Acesso em 25 set. 2021.
- ESTANIESKI, Ingrid loost; GUARANY, Nicole Ruas. Qualidade de vida, estresse e desempenho ocupacional de mães cuidadoras de crianças e adolescentes autistas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 26, n. 2, p. 194-200, 2015.

FERREIRA, Ana Clara Fragallo *et al.* O brincar como recurso terapêutico ocupacional no tratamento de crianças com Paralisia Cerebral. *REAS*, v. 13, n. 5, p. 1-9, 2021.

FONSECA, Cibele de Fátima da Silva, *et al.* Terapia ocupacional em criança hospitalizada com desnutrição grave e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais*, v. 25, n. 1, p. 125-128, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEORGAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico de 2002. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298009>. Acesso em 25 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEORGAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico de 2010. <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=1445&t=ibge-divulga-indicadores-demograficos-saude&view=noticia>. Acesso em 25 set. 2021.

LEAL, Bruma Sofia Filocreão Miranda; GRADIM, Luma Carolina Câmara; SOUZA, Vanessa Rafaelle Brasil de. Habilidades sociais em crianças com transtorno do espectro autista: uma análise da prática em Terapia Ocupacional. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro*, v. 5, n. 1, p. 121-131.

MARONESI, Letícia Carrillo, *et al.* Análise de uma intervenção dirigida ao desenvolvimento da coordenação motora fina, global e do equilíbrio. *Cad. Ter. Ocup UFSCar*, v. 23, n. 2, p.273-284, 2015.

MENDES, Meíssa Vieira dos Santos, *et al.* Crianças com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor: musicoterapia promovendo qualidade de vida. *Rev. Bras. de Enferm.*, v. 68, n. 5, p. 797-802, 2015.

MIRANDA, Luci Pfeiffer; RESEGUE, Rosa; FIGUEIRAS, Amira Consuelo de Melo. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *J. Pediatr*, v. 79, supl.1, p. S33-S42, 2003.

PELLISSARI, Débora Cristina; PALHARES, Marina Silveira. O registro da intervenção no prontuário pelo terapeuta ocupacional em um ambulatório infantojuvenil. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 23, n. 4, p. 711-722, 2015.

PERUZZOLO, Dani Laura *et al.* Participação da Terapia Ocupacional na equipe do Programa de Seguimento de Prematuros Egressos de UTINs. *Cad. Ter. Ocup UFSCar*, v. 22, n. 1, p. 151-161, 2014.

SCHAIK, Evelien Emmy Van; SOUZA, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de; ROCHA, Eucenir Fredini. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 25, n. 3, p. 233-241, 2014.

SILVA, Carla Cilene Baptista da; PONTES, Fernando Vicente de. A utilização do brincar nas práticas de terapeutas ocupacionais da Baixada Santista. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 24, n. 3, p. 226-232, 2013.

SOUZA, Ariana Carramaschi de; MARINO, Milena de Souza Fazio. Atuação do Terapeuta Ocupacional com criança com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. *Cad. Ter. Ocup UFSCar*, v. 21, n. 1, p. 149-153, 2013.

TAVARES, Tatiana Silva; DUARTE, Elysângela Dittz; SENA, Roseni Rosângela de. Repercussões das condições crônicas nas necessidades de saúde de crianças egressas de unidade neonatal. *Rev. de Enferm. Cent. O. Min.*, v. 8, p. 1-14, 2018.

TAVARES, Tatiana Silva, *et al.* Caracterização do perfil das crianças egressas de unidade neonatal com condição crônica. *Rev. de Enferm. Cent. O. Min.*, v. 3, n. 4, p. 1322-1335, 2014.

TEIXEIRA, Natali Machado Pena, *et al.* Desenvolvimento neuropsicomotor e o brincar de crianças em uma Unidade de Educação Infantil. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 30, n. 2, p. 116-123, 2020.

ZEN, CAMILA CRISTIANE; OMAIRI, CLAUDIA. O modelo lúdico: uma nova visão do brincar para a terapia ocupacional. *Cad. Ter. Ocup UFSCar*, v. 17, n. 1, p. 43-51, 2009.