



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Francielli Matos

**ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL: UM ESTUDO DA PRÁTICA**

SÃO CARLOS

2020

Francielli Matos

**ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL: UM ESTUDO DA PRÁTICA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Carlos como parte das exigências do Programa de PósGraduação em Terapia Ocupacional – PPGTO, para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional. **Área de Concentração:** Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional. **Linha de Pesquisa:** Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária.

Orientadora:

Prof.^a Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim

SÃO CARLOS
2020

MATOS, Francielli¹. Atuação do terapeuta ocupacional na unidade de terapia intensiva neonatal: um estudo da prática. Projeto de Pesquisa (Mestrado em Terapia Ocupacional – Linha 1 Promoção do Desenvolvimento nos Contextos de vida diária). Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, 2020.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Francieli Matos, realizada em 30/06/2020.

Comissão Julgadora:

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim
Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim (UFSCar)

Viviana Aparecida de Lima
Profa. Dra. Viviana Aparecida de Lima (PUCCAMP)

Patrícia Carla de Souza Della Barba
Profa. Dra. Patrícia Carla de Souza Della Barba (UFSCar)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

RESUMO

A Terapia Ocupacional tem como propósito, compor a equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de forma a contribuir com estratégias que favoreçam o acolhimento e a intervenção para as demandas do recém-nascido e de sua família. Nesse contexto, de atenção intensiva, a literatura indica que o terapeuta ocupacional deve estar atento aos sinais do bebê, seu estado clínico e as condições do ambiente, a fim de favorecer o desenvolvimento cerebral e a estabilidade fisiológica neonatal. O Sudeste é a região com maior concentração de UTIN, além de ser a região onde mais se produz conhecimento nesta temática. O objetivo geral deste estudo é caracterizar a prática dos Terapeutas Ocupacionais em UTIN no Estado de São Paulo. Especificamente, pretende-se verificar o perfil profissional dos terapeutas ocupacionais que atuam em UTIN; identificar as ações desempenhadas por terapeutas ocupacionais no âmbito das UTIN e propor um roteiro de observação para a prática de terapeutas ocupacionais que atuam em UTIN. Este estudo tem caráter descritivo, de abordagem predominantemente qualitativa e obtenção de dados por meio de entrevista semiestruturada. A entrevista foi realizada com 8 terapeutas ocupacionais de 5 cidades do estado de São Paulo. Constata-se que a prática destas profissionais está relacionada à atuação com o recém-nascido, com a família, com a equipe, e, ainda, no ambiente físico da UTIN. Também são citados desafios profissionais relacionados ao excesso de funções dentro do hospital, a falta de reconhecimento por parte da equipe e a dificuldade em encontrar referências teóricas específicas direcionadas para a prática. O estudo permitiu conhecer a prática relatada de 8 profissionais, terapeutas ocupacionais, atuantes em unidades intensivas neonatais, apresentando suas vivências, métodos e desafios. Os dados reafirmam, ainda, a emergência desse campo para a Terapia Ocupacional. Este estudo, embora limitado pelo número restrito de participantes, apresenta resultados que clarificam e detalham a prática de terapeutas ocupacionais atuantes em UTIN, que podem contribuir para o fomento da profissão nesse campo de atuação.

Palavras-chave: Prematuridade; Serviço Hospitalar de Terapia Ocupacional; Unidade de Terapia Intensiva; Terapia Ocupacional

ABSTRACT

Occupational Therapy aims to compose a team from the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in order to contribute with strategies that favor the welcoming and interventions for the demands of the newborn and his family. In this context, intensive care, a literature indicates that the occupational therapist must be attentive to the baby's signs, clinical condition and environmental conditions, in order to favor brain development and neonatal physiological stability. The Southeast is a region with the highest concentration of NICUs, in addition to being the region where it produces the most knowledge on this subject. The general objective of this study is to characterize the practice of Occupational Therapists at the NICU in the State of São Paulo. Specifically, it is intended to verify the professional profile of occupational therapists who work in the NICU; identify how actions performed by occupational therapists within the scope of the NICU and propose an observation guide for the practice of occupational therapists working in the NICU. This study has a descriptive character, predominantly qualitative approach and data data through semistructured interviews. The interview was conducted with 8 occupational therapists from 5 cities in the state of São Paulo. It appears that the practice of these professionals is specialized in working with newborns, with a family, with a team and, even, without a physical environment of the NICU. Professional challenges related to excessive functions within the hospital, the lack of recognition on the part of the team and the difficulty in finding specific theoretical references directed to practice are also mentioned. The study allowed to know the practice of 8 professionals, occupational therapists, working in neonatal intensive care units, showing their experiences, methods and challenges. The data also reaffirm an emergency in this field for Occupational Therapy. This study, although limited by the limited number of participants, presents results that clarify and detail the practice of occupational therapists working in the NICU, who can contribute to the promotion of the profession in this field.

Keywords: Prematurity; Hospital Occupational Therapy Service; Intensive care unit; Occupational therapy

*A ciência diz que não se pode
ajudar as crianças sem ajudar os
adultos que cuidam delas.
Crianças não recebem ajuda de
programas, mas de pessoas.*

Jack Shonkoff

*Conheça todas as teorias, domine
todas as técnicas, mas ao tocar
uma alma humana, seja apenas
outra alma humana. Carl Jung*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Deus por me acompanhar em cada passo demonstrando que nunca estou sozinha e que tudo tem um propósito;

Aos meus tios e primos, Francimeire, Sérgio, Clarissa e Gustavo, por me acolherem em São Carlos e no coração, trazendo tantos sorrisos mesmo em dias de chuva;

Ao meu avô Antônio por trazer lembranças sobre o que é correto, sobre conquistas e sobre o amor em gestos, e por falar em amor, agradeço a quem me ensinou a amar e que é dona de tudo que há de bom em mim, minha avó Maria;

À minha prima Lali, a maior representante do que é família pra mim, por dividir tantos momentos, sonhos, garrafas de vinho e me trazer conforto todos os dias só por existir;

Ao meu bem, Isabele Franklin, por acreditar em mim mais do que eu mesma, por madrugar comigo em tempos de escrita e por substituir minhas lágrimas por sorrisos;

À Ju, Ste e Thais, por fazerem eu me apaixonar ainda mais pela UTIN através do trabalho em equipe, dos acolhimentos e das risadas que faziam horas sem ver o sol muito mais iluminadas;

Às pessoas que carrego no coração e que me inspiram a ser melhor todos os dias: Bia, Ju, Tia Vilma, Vitt, Luma, Rena, Lud, Coty, Helô, Le, Kelvin, Nat, João, Thay, Dulce, Thiago e Sueli;

Ao Bono e ao Negresco, por despertarem em mim o que não se pode explicar;

Às terapeutas ocupacionais que participaram da pesquisa e dividiram sua prática e desafios comigo, pude ampliar horizontes sem sair de casa em cada entrevista;

Aos professores do PPGTO, por me apresentarem um mundo novo dentro da área acadêmica em Terapia Ocupacional e me levar a lugares que nunca imaginei encontrar;

Às professoras Patrícia Carla de Souza Della Barba e Viviana Lima, por contribuírem em minha banca e potencializarem ainda mais a minha formação, vocês têm minha admiração;

À minha orientadora Regina, por ter presença marcante em minha trajetória e me acompanhar nesta fase que jamais sairei da mesma maneira em que entrei. Muito obrigada!

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 – Terapeutas Ocupacionais identificadas a partir do primeiro contato telefônico

Fluxograma 2 – Terapeutas Ocupacionais selecionadas para a pesquisa

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Terapeutas Ocupacionais identificadas no estado de São Paulo

Gráfico 2 – Perfil de formação das participantes

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conhecimentos e habilidades para prática na UTIN

Quadro 2 – Possibilidades de intervenção da TO

Quadro 3 – Primeiras respostas das unidades hospitalares após contato telefônico

Quadro 4 – DRS referentes às cidades identificadas

Quadro 5 – Respostas finais das unidades hospitalares após contato telefônico

Quadro 6 – Eixos de estudo do roteiro da entrevista semiestruturada

Quadro 7 – Perfil das Participantes

Quadro 8 – Composição da equipe multiprofissional das participantes

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRATO – Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais

ATOHOSP – Associação Científica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DNPM – Desenvolvimento Neuropsicomotor

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 A Terapia Ocupacional e sua prática hospitalar	13
1.2 A produção de conhecimento e a Terapia Ocupacional em contextos hospitalares	15
1.3 A Terapia Ocupacional e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	16
2 OBJETIVO	24
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivos específicos	24
3 MÉTODO	25
3.1 Tipo do estudo	25
3.2 Local	25
3.3 Seleção dos participantes	26
3.3.1 Critérios de inclusão	28
3.3.2 Critérios de exclusão	28
3.3.3 Convite para participação da pesquisa	28
3.4 Procedimentos para coleta de dados	33
3.5 Análise de Dados	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 Quanto aos participantes	37
4.3 Cenário de prática	40
4.4 Quanto a população atendida	42
4.5 Quanto aos critérios para o atendimento	43
4.6 Quanto a avaliação do bebê	44
4.5 Quanto à intervenção	45
4.6 Humanização	57
4.7 Desafios encontrados	58
5 PROPOSTA DE ROTEIROS	59
5.1 Roteiro de avaliação do ambiente	61
5.2 Roteiro de avaliação da família	61
5.3 Roteiro de avaliação do recém-nascido	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	64
ANEXOS	72
APÊNDICES	75

1 INTRODUÇÃO

1.1 A Terapia Ocupacional e sua prática hospitalar

A Terapia Ocupacional caracteriza-se como uma profissão da área da saúde e tem sua origem em ambiente hospitalar, no início do século XX, nos Estados Unidos da América e dentro do mesmo período, no Brasil. Inicialmente sua prática tinha como objetivo a reabilitação funcional de pacientes crônicos e seu surgimento veio da necessidade de compartimentalização do conhecimento e especificação de uma área. É possível falar do longo período de trabalho do terapeuta ocupacional no hospital, mas as práticas e saberes ainda estão sendo consolidadas (GALHEIGO, 2010).

Os campos de conhecimento e prática da terapia ocupacional foram criados a partir da necessidade de desconstrução do modelo hospitalocêntrico, através do surgimento de propostas de ação de proteção, promoção, recuperação da saúde e de reabilitação. Portanto, no Brasil, a terapia ocupacional se expandiu em determinados domínios de maneira mais progressiva em relação ao campo de contextos hospitalares, seja em volume de produção científica ou de inserção profissional na assistência (GALHEIGO, 2008).

Mângia (1998) argumenta que os campos na terapia ocupacional passaram a ser constituídos a partir das demandas das populações e de sua capacidade de negociação por serviços e bens sociais, das dinâmicas e particularidades do mercado de trabalho e da construção de discursos e diálogos com as demais profissões. Para a autora, a partir dos anos 90, a tarefa tem sido a de consolidação dos campos específicos da terapia ocupacional.

Segundo Galheigo (2010), a consolidação de um campo de saber e de prática depende necessariamente de sua vitalidade. Sendo esta, determinada pela qualidade e amplitude de seu desenvolvimento tecnológico, de sua produção de conhecimento, e pelo acesso de tal produção por parte da academia e dos próprios profissionais. A autora afirma que “o dinamismo de um campo é igualmente fomentado pela qualidade da interatividade entre a pesquisa, a educação (graduada, continuada e pós-graduada) e os cenários de prática”.

Compreender a terapia ocupacional como um núcleo profissional de saberes e práticas implica em explorar as tendências e tensões que têm sido produzidas no saber-fazer profissional. Sendo assim, é de grande importância reconhecer que as perspectivas, referências, modelos e

abordagens utilizados expressam modos de entendimento e ação da terapia ocupacional em relação a sua época, que podem ou não ter continuidade na trajetória histórica da profissão (CAMPOS, 2000; MALFITANO, 2005).

Diante das modificações de práticas, ocorridas na história da Terapia Ocupacional, são escassos os registros de atuação exercidos pelos profissionais ao longo dos tempos. São poucas as produções de conhecimento ou dados que fomentam a discussão de forma sistemática sobre o atual papel desse profissional, desde suas áreas de atuação até seus procedimentos específicos (GALHEIGO, 2007). Dessa forma, a participação do terapeuta ocupacional como essencial na equipe de saúde do hospital ainda não está consolidada, existem lacunas com relação ao diálogo entre a terapia ocupacional e a atenção hospitalar (GALHEIGO, 2008).

Galheigo (2008) afirma que compreender o uso dos referenciais no campo de prática é um recurso facilitador para a atuação profissional e contribui para a compreensão das contradições e dilemas do campo no que se refere a sua denominação, às concepções de saúde que adota, sua interlocução com os demais segmentos do setor saúde e, enfim, ao papel da terapia ocupacional.

Para Valente e De Carlo (2013) o terapeuta ocupacional que trabalha na área hospitalar necessita estar em constante busca do conhecimento técnico-científico e, também, do conhecimento histórico cultural do contexto em que seu trabalho está inserido, a fim de obter compreensão sobre as ações desenvolvidas e influenciar sua dinâmica de trabalho.

Em relação à definição da especialidade de Contextos Hospitalares, essa ocorreu em julho de 2013, a partir da Resolução n.º. 429, que define as áreas de atuação e competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares. Para o COFFITO, são consideradas áreas de atuação do especialista em Contextos Hospitalares: Intra- Hospitalar, Extra-Hospitalar e Cuidados Paliativos. Nesse sentido, são considerados ambientes de atuação da especialidade: os hospitais, os ambulatorios, os domicílios e os serviços de *home care*, podendo estes serem de caráter público, privado, filantrópico, militar ou terceiro setor (COFFITO, 2009).

Segundo o Conselho Federal da profissão, as intervenções nessa especialidade preconizam: o diagnóstico terapêutico ocupacional, e a eleição, execução e utilização de métodos, técnicas e recursos pertinentes e adequados aos contextos hospitalares, intervindo junto ao indivíduo e coletividade, em todos os níveis de atenção e fases do desenvolvimento ontogênico (COFFITO, 2009).

De acordo com a referida Resolução n°. 429, o terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares deverá promover ações de promoção, prevenção, proteção, educação, intervenção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, segundo princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, em especial em relação às concepções da integralidade e humanização da atenção à saúde, com destaque para o cuidado oferecido em linhas de cuidado (FRIZZO, 2018).

1.2 A produção de conhecimento e a Terapia Ocupacional em contextos hospitalares

A produção e divulgação, científica e tecnológica no campo da Terapia Ocupacional no Brasil, foram alavancadas há aproximadamente vinte anos com o ingresso de profissionais em programas de pós-graduação *scrito-sensu*, com a criação dos dois periódicos nacionais e com a sistematização bi-anual dos congressos nacionais da categoria. Entretanto, apesar de evidente crescimento profissional, algumas discrepâncias nos cenários de prática, no conjunto dos saberes produzidos e no desenvolvimento dos domínios de intervenção, se mantiveram (GALHEIGO, 2010)

Um estudo realizado por Valente e De Carlo (2013) quanto à produção de conhecimento da Terapia Ocupacional no ambiente hospitalar, constatou que os estudos recentes apresentam o empenho por parte dos autores para produção de materiais que viabilizem o campo de prática. Porém, poucas produções conceituam ou organizam dados que fundamentam o campo de atuação da Terapia Ocupacional neste ambiente. As autoras enfatizam a necessidade de estudos que apresentem eficácia das ações da Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares.

Matsuo (2016, p.40) em sua dissertação apresenta uma revisão integrativa sobre a produção de conhecimento relacionada a atuação do terapeuta ocupacional na área de neonatologia que se iniciou em 1994. Neste mesmo ano, a autora identifica o início da produção relacionada à capacitação dos profissionais para o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e quais as especificidades do campo de atuação do Terapeuta Ocupacional nesta área. A revisão realizada contempla 30 anos de publicação e identifica a predominância de artigos estadunidenses. Quanto à produção nacional, sua maioria é identificada no período dos últimos 12 anos com predominância no Sudeste do país. Foi possível observar que a produção de conhecimento no Brasil apresenta crescimento lento, porém constante em relação aos outros países e que se constitui majoritariamente por estudos relacionados à intervenção com a família, seguida da intervenção com o neonato.

Segundo a autora, em diferentes momentos históricos da terapia ocupacional no Brasil, estudiosos têm problematizado acerca da constituição de saberes e práticas da profissão, em geral. Entretanto, ainda hoje há carência de estudos de terapia ocupacional no Brasil que busquem compreender possíveis periodicidades no surgimento de novas perspectivas, que resultaram em incorporações, mudanças ou rupturas importantes em relação aos saberes e práticas anteriormente produzidos (MATSUO, 2016).

A literatura indica que o conhecimento direcionado à prática é enriquecido quando produzido a partir dos próprios profissionais em seu *setting* de trabalho. Marcolino (2009) apresenta em sua tese um modo de pesquisar centrado na experiência vivida pelos profissionais, de forma a explicitar dentro das possibilidades, as condições que definem o processo terapêutico ocupacional de trabalho.

1.3 A Terapia Ocupacional e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A UTIN destina-se ao atendimento de recém-nascidos graves ou com risco de morte, dentre esses se enquadram os bebês prematuros, que nascem em período anterior a 37 semanas de gestação e podem ser classificados como “prematuros extremos”, no caso de nascimento anterior à 28 semanas, “intermediários” que nascem entre 28 e 34 semanas, e os chamados “prematuros tardios” que nascem entre 34 até 37 semanas. À medida que novas tecnologias possibilitam a sobrevivência de bebês prematuros, o índice desta população com problemas no desenvolvimento em longo prazo também aumenta, podendo afetar áreas motoras, cognitivas, de comportamento e de desempenho escolar (DITZ; ROCHA, 2018).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2013) define a função do terapeuta ocupacional, em contextos hospitalares, como um profissional capaz de realizar: procedimento de avaliação, intervenção e orientação, realizados com o cliente internado e/ou familiar e cuidador, em diversos setores e serviços, incluindo a UTI neonatal. Também evidencia que a intervenção deve ser oferecida o mais precoce possível, principalmente a fim de prevenir deformidades, disfunções e agravos físicos e/ou psicoafetivo-sociais, promovendo o desempenho funcional/ocupacional e qualidade de vida durante a hospitalização.

Neste ambiente, especificamente nas unidades intensivas, segundo Dittz e Rocha (2018), a Terapia Ocupacional tem como propósito, juntamente com a equipe, criar estratégias que possibilitem aliar a tecnologia de saberes, procedimentos e equipamentos ao acolhimento e respeito às individualidades do recém-nascido e de sua família. Tendo em vista que a atuação deste profissional tem como foco o envolvimento das pessoas em ocupações que sejam significativas a elas, as autoras definem como ocupação do bebê as “tarefas e atividades relacionadas à cultura da família ou da UTIN, as quais se espera a participação do bebê. Entre essas ocupações, estão as de responder aos estímulos do ambiente, manter a homeostase, brincar, estabelecer interações sociais com os pais e alimentar-se.”

“A participação do bebê nessas ocupações depende de fatores intrínsecos a ele, do ambiente e do contexto. Nesse sentido, o terapeuta ocupacional tem como papel apoiar e facilitar o envolvimento do bebê nas tarefas e nas atividades que promovam sua saúde, seu crescimento e desenvolvimento, considerando as capacidades do bebê em consonância com as necessidades da família e o contexto da UTIN” (DITZ; ROCHA, 2018, p.132).

Na literatura nacional disponível, o livro “*Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos*” é um dos referenciais mais recente desta temática, em que Dittz e Rocha (2018) apresentam o capítulo intitulado “*Terapia Ocupacional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica*” relatando conhecimentos e habilidades necessários, de modo geral, para a prática na UTIN. As autoras relatam que tais práticas são realizadas por outros profissionais, porém, cada um, exerce dentro de sua especificidade, sendo a que se coloca para a Terapia Ocupacional, segundo as autoras, é a ocupação humana.

O Quadro 1, a seguir, apresenta uma síntese de conhecimentos e habilidades gerais para a atuação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

CONHECIMENTOS E HABILIDADES PARA A PRÁTICA EM UTIN
Realizar comunicação efetiva com famílias e equipe
Compreender a função, uso e manuseio de equipamentos

Determinar o momento apropriado para avaliação dos bebês
Selecionar e aplicar avaliações que identifiquem habilidades e vulnerabilidades ao
Avaliar o efeito do ambiente, a prática dos cuidadores, o posicionamento, a organização
Elaborar plano individualizado de intervenções terapêuticas
Reforçar com a equipe o papel da família
Observar e analisar continuamente as respostas dos bebês para intervenções terapêuticas
Colaborar com a família, equipe e outras pessoas que potencialmente contribuem para o bem-
Realizar registro de avaliações e intervenções de forma objetiva, interpretativa, completa e concisa
Elaborar plano de alta e acompanhamento conjunto com a equipe multiprofissional para o atendimento das necessidades do bebê e de sua família, considerando a rede de serviços e

Quadro 1 – Conhecimentos e habilidades para recursos existentes na comunidade.a prática na UTIN

Para as autoras, tendo em vista o modelo biomédico tão presente no campo da neonatologia, a Terapia Ocupacional tem a possibilidade de dar ênfase aos componentes de desempenho do bebê. Neste aspecto, o terapeuta ocupacional tem o papel de identificar as atividades que promovam a saúde, o crescimento e o desenvolvimento. Em cada estágio da internação, o profissional irá avaliar as potencialidades e vulnerabilidades individuais do bebê (DITZ; ROCHA, 2018).

De maneira complementar, para Matsuo (2016), o trabalho do terapeuta ocupacional se dirige à intervenção direta com o paciente durante o período de sua internação, de maneira a favorecer sua auto-organização e a realização das suas atividades de vida diária. A autora, fundamentada em sua revisão, define o papel do terapeuta ocupacional no ambiente da UTIN como atuante na prevenção de atrasos no desenvolvimento global, por meio da estimulação, além de realizar o posicionamento adequado, e, realizar a prescrição e confecção de órteses.

Ainda, segundo a autora citada, a intervenção com o recém-nascido implica na participação da família como cuidadores imediatos dos bebês. Assim, o terapeuta ocupacional tem a possibilidade de oferecer orientações para que a família realize as atividades de vida diária de seus filhos, fortalecendo a criação de vínculo e potencializando a segurança para os cuidados em casa (MATSUO, 2016).

A família do recém-nascido acaba por adquirir co-ocupações¹, devido as ações em relação ao bebê ocorrerem por duas ou mais pessoas. Elas, as famílias, têm o objetivo de interagir, oferecer conforto, identificar e atender às necessidades do bebê. Com um bebê prematuro, estas ações tendem a vir com insegurança e dúvidas que podem ser acolhidas no tratamento do terapeuta ocupacional (DITZ; ROCHA, 2018).

Como estratégia de cuidado com a família, Joaquim et al. (2014; 2016) apresenta a possibilidade de criação de grupos para acolhimento às mães de recém-nascidos internados na unidade neonatal, em que os grupos podem conter temas sugeridos pelas próprias mães que vivem uma nova rotina dentro da UTIN, favorecendo com que o grupo se torne um espaço de cuidado, identificação e compartilhamento entre elas.

Quanto ao ambiente da UTIN, Matsuo (2016) identifica nesse, em sua revisão, mais uma possibilidade de atuação da Terapia Ocupacional, considerando que o contexto da UTIN oferece estímulos ambientais excessivos (como por exemplo: ruídos e luminosidade) considerados estressores aos recém-nascidos. A atuação vem da importância em tornar (adaptar) o ambiente o mais favorável ao desenvolvimento do bebê.

Segundo Ditz e Rocha (2018), a partir das habilidades apresentadas anteriormente no Quadro 1, é possível delinear algumas possibilidades de intervenção terapêutico-ocupacional, relacionadas ao posicionamento, toque, brincar, estimulação, adequação do ambiente e cuidado a família, descritas no Quadro 2, a seguir.

POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL	
INTERVENÇÃO	OBJETIVO
Posicionamento (posição supina, prona, lateral)	Proporcionar contenção ao bebê, favorecendo seu ajuste ao ambiente; encorajar o bebê ao padrão flexor facilitando o acesso de sua mão a boca; manter o alinhamento corporal para evitar assimetrias posturais; favorecer o desenvolvimento motor para envolvimento do bebê em ocupações como o brincar e a interação com a família.
Posicionamento canguru	Favorecer o vínculo mãe-bebê; incentivar o aleitamento materno; manutenção da temperatura corporal; estimulação sensorial adequada.
Toque	Proporcionar ao bebê um toque de segurança e conforto tendo em vista, o excesso de toques traumáticos; Auxiliar na modulação da percepção da dor; manutenção do estado de sono.
Brincar exploratório	Contribuir para o desenvolvimento de habilidades cognitivas, habilidades de interação sensorial (tátil, auditiva, visual e vestibular).
Estimulação auditiva	Estimular o desenvolvimento normal da linguagem, da atenção e da percepção.
Adequação do ambiente	Identificar possibilidades de redução do excesso de estímulos ao bebê (redução de ruídos, utilizar mantas sobre as incubadoras para controle da luz, não colocar objetos sobre as incubadoras, desligar os celulares dentro do ambiente, entre outros).
Cuidados com a família	Identificar a composição familiar e dar a devida assistência; favorecer oportunidades de execução dos papéis ocupacionais no cuidado com o bebê e também individualmente; estimular a criação de vínculo; orientação quanto aos cuidados e rotina do bebê; proporcionar acolhimento.

Quadro 2 - Possibilidades de intervenção da Terapia Ocupacional. (DITZ; ROCHA, 2018).

Estudos internacionais (PINEDA, 2013, 2018; PURDY, 2015; MADLINGER et al., 2014; POHELMANN, 2012; ROSS, 2012; WELCH, 2012) apontam alguns dos aspectos sobre os quais têm havido intervenções em recém-nascidos em Unidades de Terapia Intensivas Neonatais, dentre eles, dois (PINEDA, 2013, 2018 e ROSS, 2012) foram desenvolvidos por terapeutas ocupacionais.

Um estudo realizado por Ross (2012) teve como objetivo descrever os preditores do uso precoce da terapia e testar a hipótese de que terapias multiprofissionais realizadas na UTIN estão relacionadas a melhores desfechos neurocomportamentais. Foram analisados 79 bebês nascidos com menos de 32 semanas de gestação, que foram sujeitos a intervenções da Terapia Ocupacional,

Fisioterapia e Fonoaudiologia, onde foi possível constatar que os serviços de terapia precoce na UTIN podem começar no início da gestação e continuar rotineiramente até a alta da UTIN, a fim de otimizar os resultados.

Como parte da intervenção com a família, Welch (2012) realizou um estudo com 260 mães e seus respectivos bebês, onde apresentou que a interação da mãe com o bebê é de extrema importância para a trajetória de desenvolvimento do recém-nascido.

Pohelmann et al. (2012) apresenta um estudo que explorou o temperamento e o comportamento de 109 bebês prematuros, onde foi observado que os comportamentos parentais precoces se relacionam com o comportamento e o desenvolvimento do bebê. O autor relata em seus resultados que tanto os fatores biológicos quanto a qualidade do cuidado são preditores importantes para resultados positivos em bebês prematuros e podem ser considerados como focos para vigilância e intervenções de desenvolvimento. Ressaltando a importância da participação da família no tratamento de bebês prematuros.

Segundo o estudo realizado por Pineda et al. (2013), com o objetivo de determinar os fatores associados à preocupação da mãe sobre o desenvolvimento do bebê e a intenção de acessar os serviços de terapia após a alta da UTIN e que contou com 84 participantes, 81% dos cuidadores primários relataram intenção em buscar terapia para os bebês. Tal intenção esteve associada com a orientação que a mãe possui quanto às necessidades e possibilidades de intervenção para o bebê. Tais orientações, segundo a pesquisadora, fazem parte da atuação da terapia ocupacional no ambiente da UTIN. A avaliação neurocomportamental, realizada por esse profissional, pode ajudar na detecção precoce de recém-nascidos que necessitam ser direcionados para a intervenção preventiva, maximizando seu resultado quanto ao desenvolvimento infantil (PINEDA, et al., 2013)

É possível identificar na literatura necessidade intervenção com as famílias dos recém nascidos, de forma a exaltar a importância de uma equipe preparada e qualificada para atender as necessidades no período de internação e oferecer orientações para o período pós-alta (PURDY, et al., 2015).

Uma outra intervenção primária ao neurodesenvolvimento na UTIN é o posicionamento terapêutico. Um estudo randomizado realizado por Madlinger et al. (2014) com o objetivo de investigar os efeitos neurocomportamentais e clínicos de um dispositivo de posicionamento alternativo em comparação com os métodos de posicionamento tradicionais usados em bebês prematuros, avaliou 100 bebês prematuros e constatou que os bebês do grupo de posicionamento

alternativo de posição fletida, demonstraram menos assimetria durante o teste neurocomportamental. Nos casos de bebês prematuros, há uma interrupção total do posicionamento no período do terceiro trimestre, sendo assim é benéfico promover a posição flexionada semelhante ao ambiente uterino, mediante a flexão (braços e pernas dobrados e tronco dobrado para a frente) e orientação da linha média. Auxílios de posicionamento tradicionais, como panos e limites colocados ao redor do corpo, são usados na UTIN para facilitar e manter a orientação da flexão e da linha média. (MADLINGER, et al., 2014).

Outro estudo realizado por Pineda (2018) teve como objetivo, avaliar associações entre o tipo de quarto da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) (enfermaria aberta e sala privada) e os resultados médicos; neurocomportamento, eletrofisiologia e estrutura cerebral na alta hospitalar e resultados sobre o desenvolvimento aos 2 anos de idade. Como resultado do estudo, concluiu-se que a UTIN de um único quarto, por exemplo, tem o potencial de melhorar o estado neurocomportamental do bebê na alta, tendo em vista que o bebê receberá estímulos visuais e sonoros somente pela necessidade de seu tratamento.

Segundo Dittz e Rocha (2018) a prática da terapia ocupacional no ambiente da UTIN deve estar sempre sustentada por referenciais teóricos norteadores da profissão, onde exista significado no envolvimento do bebê e sua família em ocupações.

Destaca-se que toda a trajetória do sujeito no ambiente da UTIN será construída pelos vínculos ali estabelecidos, dentre eles: entre o terapeuta ocupacional e a equipe, a família, o ambiente hospitalar e o próprio sujeito. Sendo assim, quanto maior for a inserção desse profissional nesse espaço, segundo Matsuo (2016), considerando-o como um espaço vital no processo de adaptação entre a hospitalização e a elaboração dos primeiros vínculos afetivos e familiares, melhor será as trocas desse sujeito com os estímulos oriundos desse ambiente hospitalar.

Tendo em vista os dados referentes às diversas possibilidades de prática dentro das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, surgem os questionamentos: Quem são os profissionais da terapia ocupacional atuantes na área? Como tem sido esta atuação? Quais as referências e modelos norteadores? Quais os desafios para o campo?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

- Caracterizar a prática dos Terapeutas Ocupacionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

2.2 Objetivos específicos

- Verificar o perfil profissional dos terapeutas ocupacionais que atuam em UTIN
- Identificar as ações desempenhadas por terapeutas ocupacionais no âmbito das UTIN,
- Propor um roteiro de observação para a prática de terapeutas ocupacionais que atuam em UTIN.

3 MÉTODO

3.1 Tipo do estudo

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Utilizou-se como fonte de dados os profissionais terapeutas ocupacionais no campo de trabalho de prática de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

O estudo descritivo pretendeu descrever e explorar aspectos de forma realista, sendo capaz de expandir a compreensão acerca da temática a ser estudada. A pesquisa descritiva utiliza recursos como registro, análise e o correlacionamento de fenômenos sem manipulá-los (PRODANOV, 2013).

Segundo Mertens (2012) estudos como este, requerem uma triangulação de perspectivas para identificação das questões de pesquisa. Métodos qualitativos fornecem meios de explicar eventuais dados que identificam a intenção dos indivíduos em relação a prática analisada.

3.2 Local

Com intuito de definir os locais para o desenvolvimento do estudo, utilizou-se o *site* do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), onde foi possível acessar a listagem dos estabelecimentos com UTIN no país e, especificadamente, no estado de São Paulo. Esta busca foi realizada no período de outubro a dezembro de 2018.

A partir desta listagem foram selecionados os estabelecimentos para identificação dos profissionais terapeutas ocupacionais.

3.3 Seleção dos participantes

Inicialmente, realizou-se um mapeamento para identificação dos hospitais equipados com Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no país, através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES²).

Nessa primeira busca, foi possível observar que o Estado de São Paulo é a região com maior concentração de instituições que possuem UTIN, apresentando um total de 240. Nesta região, segundo o estudo mais atualizado, também se encontra a maior produção de conhecimento na área hospitalar em UTIN, que se refere a 84% das produções na área (GALHEIGO, 2008). Sendo assim o Estado de São Paulo foi campo de estudo para esta pesquisa, onde foram identificados os possíveis participantes: profissionais terapeutas ocupacionais que atuam em UTIN.

Após o contato telefônico com todas as 239 unidades hospitalares, pode-se obter os dados apresentados no Quadro 3, sendo estes: unidades que responderam que contam ou não com a atuação do terapeuta ocupacional na UTIN; unidades que apesar de cadastradas no CNES, não possuem UTIN; instituições que não atenderam a ligação, via telefone, após quatro tentativas, e, outras que solicitaram o contato via e-mail, porém, este não foi retornado.

UNIDADES HOSPITALARES	TOTAL
CONTAM COM TO	37
NÃO CONTAM COM TO	133
NÃO ATENDERAM	57
SOLICITARAM CONTATO VIA EMAIL	4
NÃO POSSUI UTIN	8
	239

Quadro 3 – Unidades Hospitalares quanto a atuação de TO em UTIN após contato telefônico

² Disponível em http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00 . Acesso em 12 de dez. de 2018

No contato telefônico obteve-se a informação da quantidade de profissionais de TO atuantes nas unidades e, significativamente, o dado obtido é de que cada unidade hospitalar conta com uma profissional. Sendo assim, o número de TO atuantes corresponde ao número de unidades hospitalares que contém TO.

O gráfico 1 a seguir traz a distribuição das terapeutas ocupacionais atuantes em UTIN em cidades do estado de São Paulo. Foi possível identificar 37 profissionais terapeutas ocupacionais que atuam na UTIN do hospital de 26 cidades. A distribuição destes profissionais, em relação à cidade de localização da unidade hospitalar, pode ser observada no Gráfico 1.

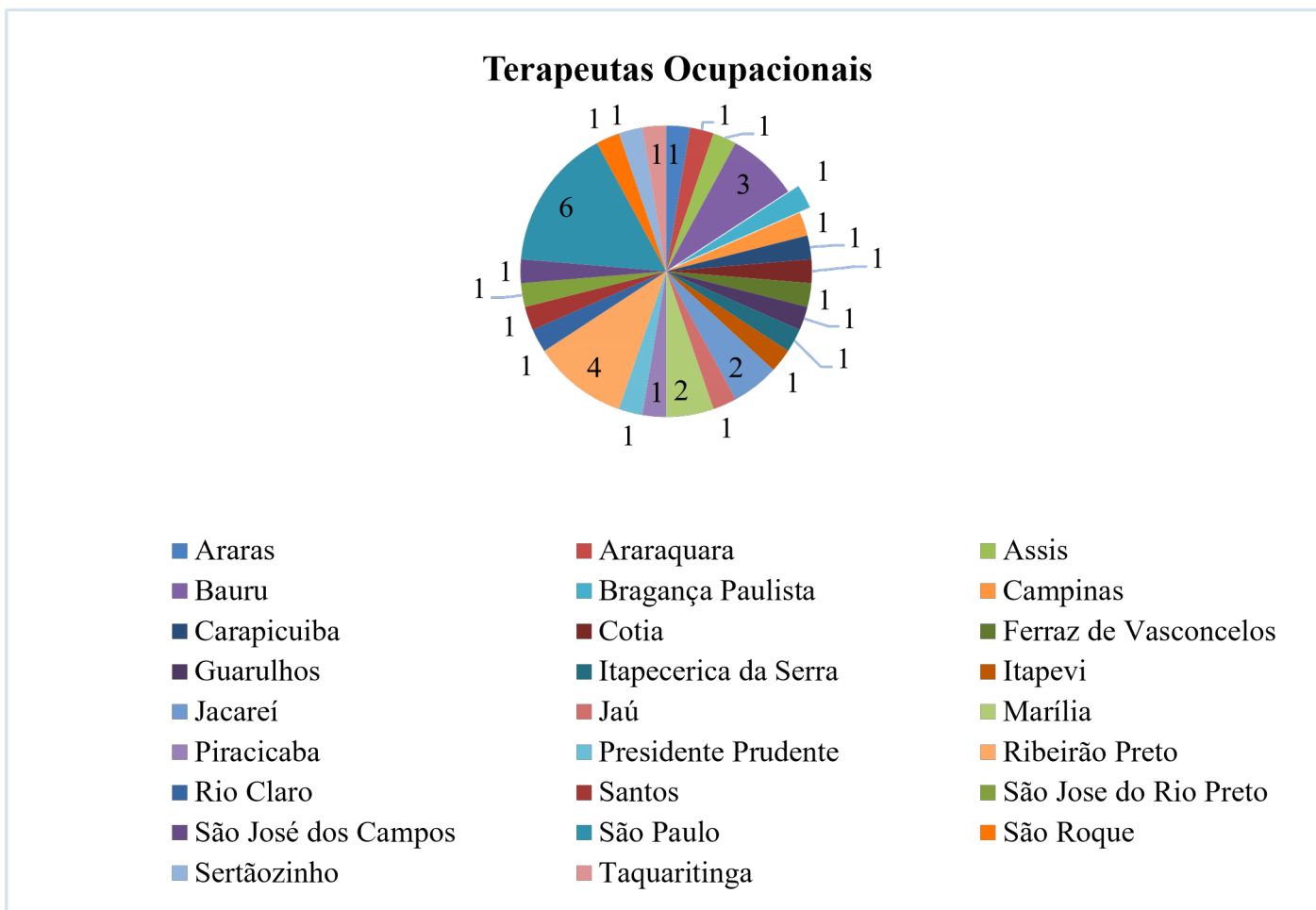


Gráfico 1 – Terapeutas Ocupacionais identificados no Estado de São Paulo.

Observa-se que dentre as 26 cidades, São Paulo, Ribeirão Preto e Bauru são as que possuíam maior número de terapeutas ocupacionais (seis, quatro e três, respectivamente), em seguida Marília e Jacareí com duas profissionais, e, as demais cidades, com apenas uma.

3.3.1. Critérios de inclusão

Assim, foram inicialmente incluídos profissionais terapeutas ocupacionais que atuavam no cenário da UTIN das cidades de São Paulo, Ribeirão Preto e Bauru, tendo em vista que eram as cidades com maior prevalência de profissionais atuantes na UTIN.

Conforme desfecho da busca destes profissionais, foi possível observar que o número de profissionais identificadas não contemplava o objetivo da pesquisa, sendo assim, optou-se por incluir as UTIN das outras 23 cidades. Foram incluídos, também, profissionais que já tivessem atuado por mais de 2 anos no setor, ainda que não estivessem mais atuando no período da pesquisa.

3.3.2. Critérios de exclusão

Conforme citado anteriormente, no primeiro momento da pesquisa, foram excluídos do estudo os profissionais que não atuam nas cidades de São Paulo, Ribeirão Preto e Bauru, devido ao baixo número de profissionais, em relação a essas cidades citadas.

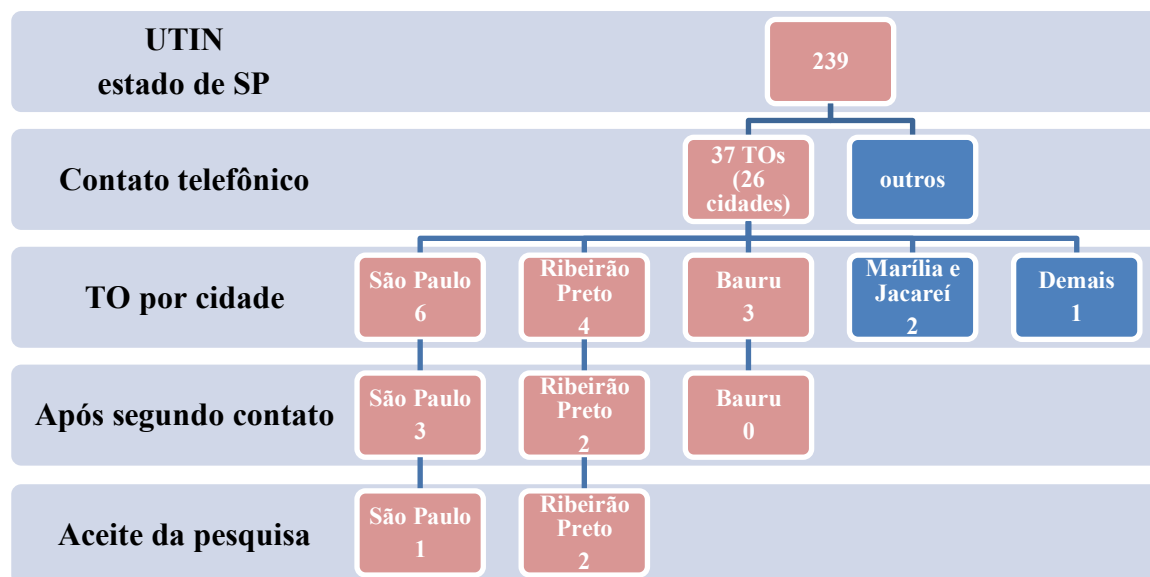
Porém, em um segundo momento, as outras cidades foram incluídas, sendo excluídos apenas os profissionais que atuavam na UTIN devido à residência profissional.

3.3.3 Convite para participação da pesquisa

Concluído o mapeamento para a identificação dos terapeutas ocupacionais, realizou-se um segundo contato telefônico, solicitando às instituições o endereço eletrônico de cada profissional, para que pudesse ser feito o convite para participação na pesquisa.

Após esse segundo contato com as instituições, foi possível identificar que algumas informações não coincidiam com o que havia sido anteriormente relatado pelo próprio local. Os três hospitais da cidade de Bauru afirmaram que não havia terapeuta ocupacional atuante na UTIN e o mesmo ocorreu com dois hospitais da cidade de Ribeirão Preto e dois de São Paulo. Desta forma, localizou-se dois profissionais da cidade de Ribeirão Preto e 3 profissionais da cidade de São Paulo. Destes 6 profissionais, apenas 3 corresponderam para a participação da pesquisa retornando o aceite da mesma.

O fluxograma 1, a seguir, apresenta o caminho percorrido entre a identificação e o aceite desses profissionais para participação no estudo.



Fluxograma 1. Terapeutas Ocupacionais identificadas a partir do primeiro contato telefônico.

Devido ao pequeno grupo que aceitou o convite para a participação, formado após o contato com as instituições hospitalares, optou-se por abranger o foco, incluindo as demais cidades do estado, a partir de indicações das participantes já encontradas.

Sendo assim, contactou-se uma das terapeutas ocupacionais, já identificadas a partir de sua instituição hospitalar, solicitando a indicação de outras profissionais. Como resultado, a pesquisadora foi apresentada a um grupo de terapeutas ocupacionais atuantes em UTIN que ocorre no veículo de comunicação *Whastapp*®.

Neste grupo social, a proposta da pesquisa foi apresentada e esclarecida, tendo sido demonstrado o interesse na participação por cinco profissionais. Destas profissionais, apenas uma pertencia ao estado de São Paulo e esta, portanto, foi adicionada às demais anteriormente selecionadas, totalizando o número de quatro participantes. As profissionais não atuantes no estado de São Paulo, foram esclarecidas em relação ao critério geográfico e por isso não foram submetidas ao processo de leitura e aceite do termo de consentimento livre e esclarecido, para posterior participação. Tendo sido estabelecido o compromisso da pesquisadora que a mesma iria encaminhar os resultados finais da pesquisa a essas profissionais.

Sendo assim, uma nova relação de profissionais foi formada com a identificação dessas quatro profissionais para a pesquisa. Tendo em vista o número ainda reduzido de participantes

optou-se pelo convite via telefone para participação dos profissionais das outras cidades identificadas através do CNES (Gráfico 1), além das selecionadas inicialmente. Além do contato via telefone, manteve-se a solicitação de indicação de outras profissionais.

Para que o contato com as outras 23 cidades ocorresse de maneira mais assertiva foi realizado um mapeamento dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) no estado de São Paulo em relação as cidades anteriormente identificadas, onde obteve-se os dados a seguir, apresentados no quadro 4.

26 Cidades identificadas no 1º contato	DRS do estado de São Paulo
Carapicuíba, Cotia, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi e São Paulo	DRS I – Grande São Paulo
Araraquara e Taquaritinga	DRS III – Araraquara
Santos	DRS IV – Baixada Santista
Bauru e Jaú	DRS VI – Bauru
Bragança Paulista e Campinas	DRS VII – Campinas
Assis e Marília	DRS IX – Marília
Araras, Rio Claro e Piracicaba	DRS X – Piracicaba
Presidente Prudente	DRS XI – Presidente Prudente
Ribeirão Preto e Sertãozinho	DRS XIII – Ribeirão Preto
São José do Rio Preto	DRS XV – São José do Rio Preto
São Roque	DRS XVI – Sorocaba
Jacareí e São José dos Campos	DRS XVII – Taubaté

Quadro 4 – DRS referente às cidades identificadas. (Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-desaudef>. Acesso em: 30/04/2020).

Sabendo a quais DRS as 26 cidades estavam vinculadas, buscou-se mais informações em relação às UTIN nas cidades através dos sites, porém as informações fornecidas limitavam-se ao contato telefônico, não havendo mais informações que acrescentassem à pesquisa no sentido de favorecer o contato com os hospitais em que se encontravam as terapeutas ocupacionais. Foi realizado então o contato via telefone com as DRS, entretanto, algumas delas não dispunham de informações sobre os hospitais com UTIN, enquanto as outras sugeriram a obtenção de dados no CNES, conforme já realizado pela pesquisadora.

Diante desse retorno, optou-se novamente pelo contato telefônico as unidades hospitalares identificadas pelo CNS.

O Quadro 5 – apresenta o retorno das unidades com relação a presença de TO nas UTIN.

CONTATO TELEFÔNICO COM AS OUTRAS 23 CIDADES IDENTIFICADAS	
CIDADES	RETORNO DO CONTATO
Araras, Carapicuíba, Jaú, São José dos Campos, Sertãozinho	Possui o profissional da Terapia Ocupacional, mas a equipe não soube identificar e fornecer o horário em que atua
Assis	Não tem UTIN
Araraquara, Bragança, Cotia, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Presidente Prudente, Santos, São José do Rio Preto, São Roque, Taquaritinga	A Terapeuta Ocupacional do hospital não atua UTIN
Itapecerica da Serra	Solicitaram convite via e-mail e não responderam
Marília, Piracicaba	Não atenderam a ligação após 10 tentativas em diferentes setores

Itapevi, Jacareí, Rio Claro	A equipe da UTIN identificou o profissional, mas não soube fornecer o horário em que atua
Campinas	Fornecido o contato da profissional

Quadro 5 – Retorno das Unidades Hospitalares identificadas pelo CNES, após contato telefônico

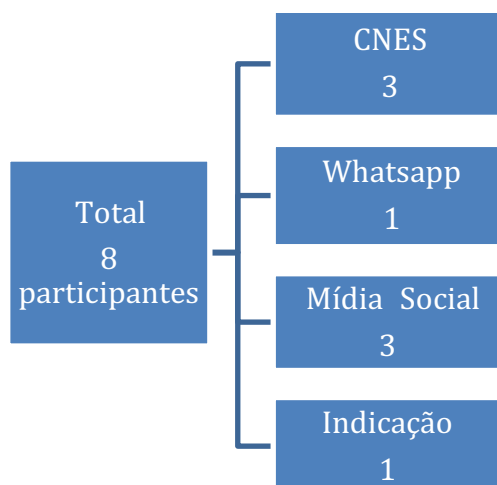
É possível observar que houve divergência de dados nas cidades de Jacareí e Assis em relação ao CNES, tendo em vista que as unidades hospitalares relataram não possuírem UTIN.

Após a identificação das instituições hospitalares com a presença de terapeutas ocupacionais atuantes, optou-se por uma busca via mídias sociais, com os descritores “terapeuta ocupacional” e o nome do hospital onde estas profissionais foram identificadas conforme o contato telefônico (Quadro 4). Esta busca forneceu *links* de perfis com nome e sobrenome nos sites *Linkedin®* e *Facebook®*, a partir dos quais foi possível contactar pessoas até que fossem identificadas futuras participantes da pesquisa.

Embora a cidade de Campinas contasse com profissionais atuantes na UTIN, atendiam o critério de exclusão, por serem ainda alunas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança em processo de aprendizado.

Portanto, inicialmente foram identificadas para a pesquisa, três profissionais via contato telefônico, a partir das três cidades com maior número de hospitais com UTIN. Através da inclusão das outras 23 cidades identificadas no CNES, obteve-se o contato de mais cinco participantes, sendo que na busca via mídias sociais, foram encontradas três novas participantes e a indicação dessas profissionais levou a mais uma, além da inclusão de uma participante identificada a partir do grupo no *Whatsapp®* de profissionais referido anteriormente, o qual foi indicado por uma das participantes.

Totalizando ao final oito participantes para a pesquisa. O resultado do processo de identificação das profissionais participantes da pesquisa é apresentado no Fluxograma 2, a seguir:



Fluxograma – 2 – Terapeutas Ocupacionais identificadas para a pesquisa

3.4 Procedimentos para coleta de dados

Fase 1. Considerações éticas

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição a fim de adquirir a anuência e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (*Apêndice A*), e foram orientados quanto a proposta da pesquisa, sobre o compromisso de preservação de sua identidade, sobre a possibilidade de recusa, desistência ou exclusão de segmentos da entrevista a qualquer momento da pesquisa, conforme Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. O estudo teve aprovação sob o número de parecer 016618/2019 (Anexo A).

Fase 2. Instrumento utilizado

Utilizou-se de entrevista semi estruturada para coleta de dados, de forma a buscar respostas às questões deste estudo. Para Yin (1984) além do conhecimento e experiência do pesquisador, a elaboração de um protocolo é uma estratégia a ser seguida para aumentar a confiabilidade de qualquer estudo qualitativo e oportuna a possibilidade de maior rigor científico.

- Roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice B)

Duarte (2004) indica como fundamental o método de entrevista quando se deseja mapear práticas de universos sociais específicos. O autor afirma que este método permite o aprofundamento

no modo como cada um dos sujeitos percebe e significa sua realidade, fornecendo informações consistentes, capazes de descrever e compreender determinado cenário.

Neste estudo a entrevista é semiestruturada e direcionada por um roteiro previamente elaborado, composto por questões abertas que apresentam reflexões de carácter qualitativo para a busca de significado e descrição por parte do profissional em seu *setting* de prática. As questões foram fundamentadas em resoluções e estudos que apresentam atribuições do terapeuta ocupacional no ambiente da UTIN. O roteiro foi dividido em eixos como: (a) Identificação do profissional, (b) Contextualização do cenário, (c) Embasamento teórico e curricular, para identificação da fundamentação utilizada pelo profissional e reconhecimento da prática utilizada e (d) Desafios profissionais (Quadro 6).

O primeiro eixo identificou o profissional quanto aos seus dados pessoais e formação acadêmica, o segundo eixo contextualizou o ambiente do entrevistado. O terceiro eixo consistiu no conhecimento dos fundamentos teórico-metodológicos que norteiam as práticas dos profissionais, suas referências, modelos, e prática no campo da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O quarto e último eixo, consistiu no relato de desafios identificados na prática da profissão.

Secção	Eixos de estudo
Identificação do profissional	Dados de carácter pessoal (idade, género, formação académica, experiência profissional, o tempo de serviço na profissão, tempo de especialidade, pesquisa e publicação na área)
Contextualização do cenário	Nível de complexidade dos serviços, equipe, número de leitos, divisões e programas, inserção do terapeuta ocupacional, frequência de atendimentos no setor
Embasamento teórico e curricular	Uso de referenciais teóricos e práticos, critérios de encaminhamento para terapia ocupacional, uso avaliações, tipos de objetivos, intervenções e abordagens
Desafios profissionais	Tipos de desafios, estratégias de superação, sentimento pessoal em relação à competência profissional, percepção de déficits na área.

Quadro 6 – Eixos de estudo do roteiro da entrevista semiestruturada

Fase 3. Validação do Instrumento

Para a elaboração e adequação do roteiro de entrevista foi considerada a vivência da pesquisadora, a literatura sobre a temática da UTIN e Terapia Ocupacional, a apreciação de juízes. Os juízes foram 2 profissionais acadêmicos que atuam com pesquisas e estudos na área de neonatologia e Terapia Ocupacional.

“Os juízes são geralmente pessoas envolvidas em pesquisas, capacitados na avaliação e ajuste do roteiro. Seu papel fundamental é indicar se os termos utilizados são compreensíveis e adequados à população a que se destina, se há questões que geram dificuldade de interpretação, se o instrumento favorece o envolvimento do entrevistado na resposta das questões e se atinge o objetivo proposto.” (BELEI et al., 2008, p. 189)

Após analisadas as contribuições dos juízes referentes a terminologia de procedimentos nos casos de “Canguru” que foi substituído para “Método Canguru” e a inserção de “procedimentos pós alta”. Também foram considerados apontamentos gramaticais.

Fase 4. Realização da entrevista semiestruturada

Após a identificação dos profissionais Terapeutas Ocupacionais e o aceite para participação da pesquisa, foi aplicado o roteiro de entrevista semiestruturada via Skype. A entrevista teve seu áudio gravado com um gravador para melhor absorção dos dados no momento da transcrição da mesma.

Durante a realização das entrevistas as participantes mostraram-se solícitas e a duração foi de 30 a 40 minutos. Duas delas foram realizadas no período de trabalho das participantes, porém com horário pré-agendado, portanto não houve prejuízo as mesmas, enquanto as outras 6 foram realizadas em situação fora do trabalho.

Durante a entrevista, a pesquisadora fez a leitura do roteiro de pesquisa conforme sequência das perguntas e as participantes só tiveram acesso ao roteiro no momento da leitura. As perguntas foram feitas de forma clara e pausadamente, com intervalo entre elas para que a participante

oferecesse sua resposta. Se fez necessária a repetição de algumas perguntas devido a falha na conexão das participantes ou pelo fato de não terem escutado adequadamente.

3.5 Análise de Dados

Para Mertens (2012) a integração de dados mistos não somente é importante para identificação dos pares, mas também por ser o modo fundamental para conhecimento de determinado objeto de estudo.

Os dados foram apresentados de forma descritiva em formato de gráfico, a fim de identificar a incidência numérica em relação ao número de indivíduos entrevistados e a similaridade de suas respostas (FREITAS; MOSCAROLA, 2002).

Também foi realizada análise de conteúdo das questões abertas, de forma a obter conhecimento sobre o todo, após a codificação de cada uma das respostas. O produto desta análise será a expressão da realidade a partir da descrição, compreensão e explicação das práticas estudadas (FREITAS; MOSCAROLA, 2002).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de participantes encontrados é inferior às expectativas em relação ao número de UTIN no estado de São Paulo, o que nos oferece importante reflexão quanto ao cenário da Terapia Ocupacional em relação à atuação em UTIN.

Porém, a prática destes profissionais trouxe considerações quanto as possibilidades de intervenção e aspectos a serem analisados tanto para a atuação com o bebê, quanto com a família, o ambiente e a equipe.

Os resultados estão apresentados de forma descritiva, reportando à categorização de aspectos de interesse e conceitos que contemplam os objetivos da pesquisa. Assim, estão agrupados em sete eixos: participantes, cenário de prática, população atendida, critérios de atendimento, atuação do terapeuta ocupacional, humanização e desafios profissionais.

4.1 Quanto aos participantes

Participaram da pesquisa oito terapeutas ocupacionais, ainda que no período de 2019 o estado de São Paulo contava com 241 Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, conforme dado fornecido na plataforma CNES.

De acordo com a Resolução N°. 418/2012, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional e, em que, são preconizados procedimentos de avaliação, intervenção e orientação, realizados em diversos setores e unidades, (COFFITO, 2012), verifica-se uma situação com um número limitado de profissionais atuantes identificados.

Segundo Matsuo (2016) a discussão sobre a especialidade da terapia ocupacional em ambientes hospitalares tem sido legitimada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) em parceria com os Conselhos Regionais e Associações e entidades representativas de classe, a saber Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO) e Associação Científica em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos (ATOHOSP).

Quanto às oito participantes, três delas (P1, P3 e P4) foram identificadas inicialmente a partir do contato via telefone, diretamente com a unidade hospitalar. As outras cinco foram identificadas a partir de mídias sociais ou indicação das próprias participantes.

Neste estudo, todas as oito participantes são do sexo feminino, tal predominância confirma o perfil da profissão e de profissionais no setor da UTIN, já traçado anteriormente em

diferentes estudos (SANTIAGO, 2015; BARRETA, 2018; FIGUEIREDO, et al., 2018). Quanto à idade, as participantes encontram-se na faixa etária dos 30 anos, com média aproximada de 28 anos. O tempo de formação, varia de 6 a 15 anos, com média aproximada de 10 anos.

No Quadro 7, a seguir, é possível observar esses dados, além das cidades de origem e o período de atuação em UTIN de cada uma das oito participantes.

PERFIL DAS PARTICIPANTES				
	IDADE (anos)	CIDADE	TEMPO DE FORMADA (anos)	PERÍODO DE ATUAÇÃO NA UTIN (anos)
P1	36	Ribeirão Preto	13	8
P2	29	São Paulo	6	2
P3	32	São Paulo	10	2
P4	36	Ribeirão Preto	15	3
P5	33	Rio Claro	6	5
P6	35	Jacareí	14	12 *
P7	26	Jacareí	6	6
P8	30	Itapeccerica da Serra	8	3 *

Quadro 7 – Perfil das participantes

*Legenda: * no momento da coleta não estavam mais atuantes em UTIN.*

As participantes deste estudo, apresentam tempo de formação superior a 6 anos, sendo que P5 e P7, foram inseridas no setor da UTIN logo após a graduação.

As participantes contemplam as cidades de Itapeccerica da Serra, Jacareí, Ribeirão Preto, Rio Claro e São Paulo. Com relação a atuação, seis profissionais são atuantes no período da coleta de dados e 2 (P6 e P8) que já não estavam na prática da UTIN. Essas duas participantes, P6 e P8, atuaram 12 e 3 anos respectivamente e deixaram a atuação no setor devido seguimento para a área acadêmica.

O gráfico 2 a seguir apresenta dados sobre o perfil da formação das 8 participantes, em relação à instituição de formação, formação acadêmica e cursos na área de terapia ocupacional.

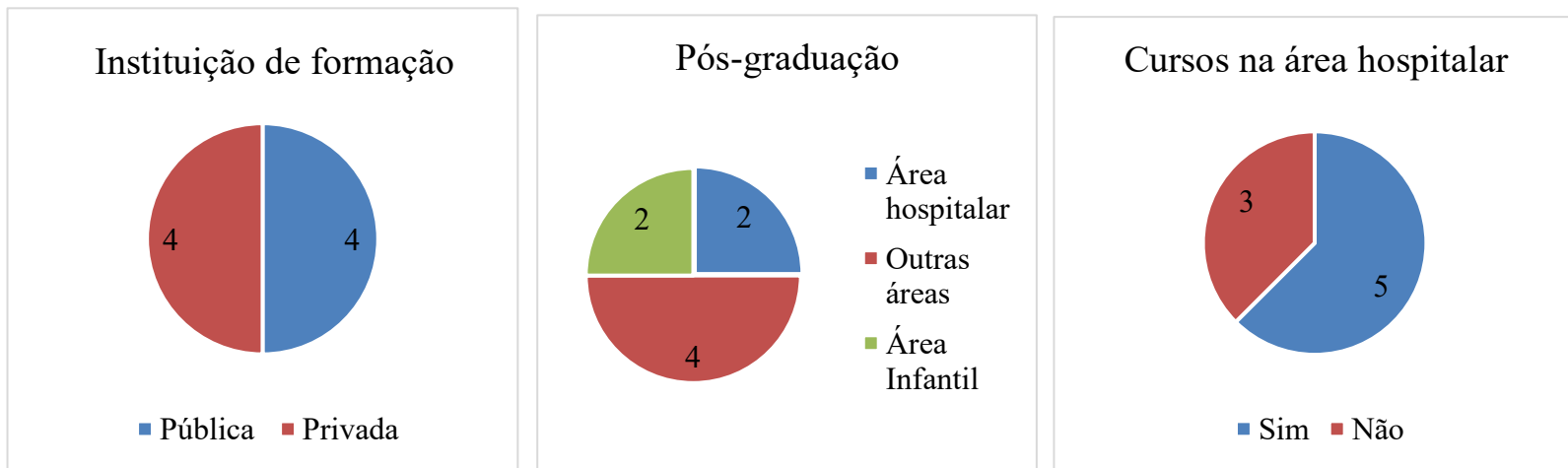


Gráfico 2 – Perfil da formação das participantes

Em relação ao tempo de formação, observa-se que todas as terapeutas ocupacionais apresentam mais de 06 anos de formadas, portanto, tiveram a possibilidade de acompanhamento das mudanças de modelos assistenciais no ambiente hospitalar, onde inicialmente o foco era na cura, que migraram para modelos onde a atenção básica é a comunicação para as atenções de média e alta complexidade, onde o cenário favoreceu a necessidade de especialização em diferentes áreas da saúde de forma a levar o tratamento para o âmbito biopsicossocial (BEIRÃO, 2010).

Quanto a formação acadêmica todas possuem pós-graduação (lato sensu ou stricto sensu), um estudo realizado por Carvalho, em 2010, com 50 terapeutas ocupacionais atuantes em unidades de saúde também constatou que todas as profissionais possuíam pós-graduação (CARVALHO, 2010).

Quanto aos programas de Pós-Graduação, as participantes citam os apresentados, a seguir, uma única vez: Especialização em Saúde mental; Pós-graduação em Saúde Mental; Aprimoramento em Pediatria Hospitalar; Aprimoramento em Reabilitação Física; Pós-Graduação em Neurologia; Pós-Graduação em Equoterapia; Mestrado em Neuroengenharia; Mestrado e Doutorado em Ciências aplicadas à Pediatria; Especialização em Neurologia Dinâmica; Terapia da Mão; Pós-Graduação online em Terapia Intensiva, Pós-Graduação em Educação e Pós-Graduação em Educação Especial.

Quanto aos cursos, também são citados uma única vez: Curso de cuidados paliativos, Curso de Neuroreabilitação, Curso de órtese, Curso de Terapia Ocupacional da UTIN e Curso de Instrumentação cirúrgica.

Tanto em relação aos programas de pós-graduação quanto aos cursos citados pelas participantes, nota-se uma diversidade de temáticas, essas, nem sempre direcionadas a atuação específica em unidades de terapia intensiva neonatal.

Com relação ao título de especialização de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, nenhuma das participantes chegou a realizar o exame para sua obtenção. Ainda que as Resoluções-COFFITO nº 377 e nº 378, ambas publicadas no dia 14 de julho de 2010 (DOU nº 133, Seção 1, páginas 921/923 e 923/924, respectivamente), garantem ao profissional terapeuta ocupacional o título de especialista em determinadas áreas, dentre elas a hospitalar.

4.2 Cenário de prática

Três participantes (P1 e P5) relatam não existir divisões no setor da UTIN, enquanto outras duas (P6 e P7) relatam divisões nomeadas como “UCINCo” (Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais) e “UCINCa” (Unidade de Cuidados Intermediários Canguru), além das divisões apresentadas também por P2, P3 e P8: setor “Intensivo” e “Semi-intensivo”, conforme nomenclatura da própria Política de Atenção Intensiva de Organização dos Serviços Hospitalares. Também são citadas divisões de “Cardiologia” e “Berçário” (P4) conforme preconizado na Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012 e dados da literatura que afirmam que a divisão funcional da Unidade Neonatal em setores, facilita a dinâmica de trabalho, determina o tipo de complexidade da assistência, diminui o contato em caso de infecção e permite aos pais viverem experiências semelhantes, de acordo com o quadro apresentado pelo recém-nascido (BARBOSA; GONZAGA; MARTINS, 2016).

As equipes, das quais fazem parte ou fizeram parte seus correspondentes, as oito participantes desse estudo, estão compostas pelas áreas de Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem e Fonoaudiologia, sendo estas três últimas áreas, as que compõem todas as equipes.

O quadro 8, a seguir, apresenta a composição das equipes as quais as participantes do estudo estão vinculadas.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Enfermagem	X	X	X	X	X	X	X	X
Fonoaudiologia	X	X	X	X	X	X	X	X
Fisioterapia	X	X	X	X	X	X	X	X
Nutrição		X		X	X		X	X
Assistência Social		X			X		X	
Psicologia	X	X	X		X	X	X	

Quadro 8 – Composição da equipe multiprofissional das participantes

Nota-se que P2, P5 e P7, compõe equipes com maior número de áreas disciplinares.

A Resolução do Ministério da Saúde de N° 7, de 24 de fevereiro de 2010 designa para a UTIN uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade, contendo para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os profissionais de fisioterapia e enfermagem, fato contemplado na equipe de todas as oito participantes do estudo. Além disso, conforme a resolução, devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito: terapia nutricional, assistência psicológica, assistência fonoaudiológica. A Terapia Ocupacional, nessa resolução, é citada somente para compor as UTI Pediátrica e UTI Adulto, o que pode justificar a baixa inserção e reconhecimento deste profissional nesse setor (BRASIL, 2010).

Atualmente, verifica-se, assim, que não existem normas regulamentadoras para que se garanta a presença de uma terapeuta ocupacional exclusiva para a atuação na UTIN. A consequência disso está relatada nas falas das participantes, tendo em vista que todas necessitam dividir sua carga horária entre todos os setores do hospital, ficando restrito o período dedicado ao atendimento na UTIN. Somente uma profissional (P8) vai à UTIN de segunda a sexta-feira, porém seus atendimentos ocorrem a partir de interconsulta.

P6: “Por conta da carga horária da TO, nós deixávamos mais da metade das demandas do setor. Eu não conseguia ir todos os dias”

P7: *“Muitos bebês têm prescrição para TO, porém por eu ser sozinha para atender a todo o hospital, não consigo atender. Então a equipe me sinaliza os que têm maior necessidade”.*

Além disso, é possível observar nas falas de P1, P2, P3, que a solicitação da equipe tem influência significativa para a sinalização da necessidade dos atendimentos, chegando a ser determinante nos casos de P2 e P5. O que pode indicar um círculo vicioso, em que o TO só atua na unidade com a solicitação de outros membros da equipe, o que dificultaria o conhecimento por parte de um maior número e de diferentes áreas profissionais sobre sua especificidade, portanto menos oportunidades de encaminhamentos.

P2: *“E vou raramente para a UTIN, vou somente por interconsulta, tem mês que eu vou, tem mês que não. Como eu sou uma TO para o hospital todo, acaba ficando difícil até para eu realizar intervenções mais elaboradas.”*

P5: *“Eu atendo diariamente, mas somente com prescrição médica diária. Quem avalia o que o bebê precisa é o médico”.*

4.3 Quanto a população atendida

Todas as oito participantes referem atuar com bebês prematuros. Bebês prematuros são aqueles nascidos com tempo de gestação inferior a 37 semanas ou baixo peso ao nascer, sendo inferior a 2.500g (LINO et al., 2015). De acordo com o Ministério da Saúde a taxa de nascimentos prematuros no Brasil é de 11,5% em relação ao total de nascidos vivos, o que evidencia a prevalência desta condição no setor da UTIN e na população atendida pelas participantes (PACHU, 2018).

Ainda, sendo o último trimestre do período intrauterino considerado o período máximo de desenvolvimento, qualquer interrupção neste processo favorece o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, malformação sensorial, dificuldade no aprendizado e doenças respiratórias (MELO; ANDRADE, 2013). O que justificaria equipes multiprofissionais para a atenção a esse

bebê diante da diversidade de aspectos a serem considerados para a prevenção do desenvolvimento global saudável.

Além disso P1, P4 e P8 relatam atender bebês com má-formação e cardiopatias que podem estar relacionadas às consequências da prematuridade, devido as dificuldades de adaptação à vida extrauterina, principalmente, devido à imaturidade anatômica e fisiológica (SALGE, 2009; BARBOSA, 2015). P1 também relatou atender bebês com Síndrome de Edwards e Síndrome de Patau.

P1: *“Os atendidos em meu setor são principalmente os bebês prematuros a partir de 25 semanas e com consequências da prematuridade; também tem bebês mal-formados; bebês com cardiopatia, com síndrome não compatível com a vida; Síndrome de Edwards e Síndrome de Patau”*

Os resultados vão ao encontro do que a literatura indica quanto a UTIN destinar-se ao atendimento de recém-nascidos graves ou com risco de morte, sendo a maioria deles prematuros. Ainda, que à medida que novas tecnologias possibilitam a sobrevivência destes bebês, o índice desta população com problemas no desenvolvimento em longo prazo também aumenta, podendo afetar áreas motoras, cognitivas, de comportamento e de desempenho escolar (DITZ; ROCHA, 2018) o que torna a possibilidade de atuação do terapeuta ocupacional importante para a prevenção e promoção à saúde destes bebês.

4.4 Quanto aos critérios para o atendimento

É possível observar que nenhuma das participantes deste estudo, utiliza um único critério para orientar o seu atendimento na UTIN. Ainda, nas respostas, das participantes, não são encontrados critérios padronizados que referenciam a atuação das terapeutas ocupacionais, o que as condiciona a estabelecerem métodos próprios, o que pode estar relacionado a dificuldade de compreensão da equipe quanto a atuação.

Assim, a observação clínica do bebê é o critério utilizado por P1, P2, P5 e P6 para o atendimento, onde são citadas a observação do estado de alerta e peso do bebê (P1, P2), o nível de estabilidade clínica (P5) e o período em que o bebê está internado (P6).

P1: “Meus critérios prioritários são: estado de alerta (para que eu manipule o bebê ele precisa estar acordado) e capacidade de choro. A única exceção é se o bebê estiver mal posicionado enquanto dorme, eu o manipulo para o posicionamento adequado. Os bebês somente são atendidos se estiverem com peso acima de 1.100kg, os que se apresentam com peso inferior, somente é realizada orientação às famílias”.

P5: “Eu sempre atendo os que estão clinicamente mais estáveis primeiro, deixando em último caso, os bebês que estão em isolamento”.

Como forma de encontrar o bebê em seu estado de alerta, P2, P6 e P7 referem se atentar para o período do atendimento que, se realizado no período da manhã, no momento que antecede a mamada ou após o banho, podem ser facilitadores à intervenção.

P2: “Quando eu vou para a UTIN eu vou pela manhã antes da mamada, para que os bebês estejam mais acordados, de banho tomado, as mães já estão com eles. Eu era chamada para estimulação motora e posicionamento.”

P6: “Eu sempre realizo o atendimento antes da mamada, pois os bebês estão mais acordados ou para que a estimulação os desperte para mamar.”

De acordo com a participante P3, o critério utilizado por ela, é a necessidade de estimulação do DNPM ou a presença de déficits motores que indicaria a necessidade de atuação, similarmente ao que refere P8 que realiza atendimentos para os bebês que necessitam de confecção de órtese, posicionamento ou, especificamente, nos casos de má formação.

4.5 Quanto a avaliação do bebê

As oito participantes deste estudo relatam, de forma unânime, não utilizar protocolos padronizados, mas citam avaliações próprias para se orientar em relação a estimulação, a avaliação do posicionamento e ao nível de estresse.

De acordo com P5 a avaliação ocorre a partir do reflexo dos bebês, onde a variação nas respostas pode caracterizar a necessidade de intervenção. Corroborando com dados da literatura que indicam que a maior parte dos movimentos do recém-nascido é expressada por reflexos primitivos, que desaparecem durante os seis primeiros meses de vida, quando estruturas

neurológicas hierarquicamente mais recentes (corticais) vão amadurecendo e tornando-se funcionais (OLIVEIRA, 2012).

Já as participantes P3 e P6 relatam a criação de protocolos próprios, a partir da Teoria Sincronoativa do Desenvolvimento, considerando desde o ambiente até o contexto do paciente e sua rede de apoio. Essa teoria proposta por Heidelise Als (1986) enfatiza o acolhimento mais humanizado aos recém-nascidos e norteia caminhos para a observação do funcionamento cerebral do bebê, através da observação de seu comportamento.

A participante P8 relata não ter conhecimento sobre possíveis protocolos para a UTIN. Porém, utiliza avaliação própria em casos de bebês que necessitavam da aplicação de órteses.

Ainda, como forma de medir os resultados, nenhuma das participantes utiliza algum tipo de avaliação ou protocolo sistematizado que favoreça a análise do desempenho, a partir de suas intervenções. P2 e P3 utilizam a observação do bebê e o relato da família para esta finalidade.

P3: “Eu acompanho o que a família vai me relatando sobre as melhoras do bebê e também observo as respostas conforme vou atendendo”

Embora, uma das participantes tenha sinalizado o interesse em avaliações padronizadas para qualificação da atuação, no caso, a participante P1 destaca a GM (*General Moviment*) e a TIMP (*Test of Infant Motor Performace*) apesar de identificar limitações financeiras para o uso.

P1: “Não utilizo nenhum, gostaria muito de fazer a GM mas é muito cara, eu gostaria de usar a TIMP mas ainda não consegui ter acesso.

Esses dados indicam a ausência do uso de protocolos específicos da área, o que pode dificultar a prática das profissionais, uma vez que cada uma passa a seguir o que acredita ser suficiente, a partir de sua experiência prévia e saberes acumulados, além de dificultar a validação dos resultados obtidos a partir da intervenção realizada. Fato esse, contrário ao que aponta a literatura, sobre o processo de avaliação ter um papel fundamental de conhecer o desempenho ocupacional do recém nascido pré-termo, as suas capacidades e as suas limitações, considerando os contextos físico e social e, também, compreendendo interesses e prioridades, junto dos familiares (ROYAL COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS, 2017), o que pode direcionar e guiar aspectos da atuação profissional.

Um estudo realizado por Chaves (2010) apresentou que no Brasil, ainda é reduzido o número de instrumentos padronizados, válidos e específicos para Terapia Ocupacional. Foram encontradas, naquele momento, 7 escalas de avaliação elaboradas ou devidamente adaptadas para o país, adequadas apenas para alguns tipos de população, condições clínicas ou faixas etárias, não sendo específicas para o setor da UTIN. Atualmente, há ampla discussão com relação ao embasamento científico das intervenções e avaliações e a necessidade de ampliação da ciência da Terapia Ocupacional.

4.6 Quanto à intervenção

De acordo com os dados obtidos pelas respostas das participantes, foi possível identificar 9 eixos de intervenção na unidade neonatal, sendo eles: Estimulação do DNPM, Estimulação Sensorial, Posicionamento, Aleitamento, Método Canguru, Atuação com a família, Atuação com a equipe, Atuação no ambiente, Humanização e Alta.

4.6.1 Estimulação do DNPM

Para estimulação do DNPM do bebê, P1, P5 e P6 relatam realizar a estimulação visual, utilizando uma prancha de contraste com listras pretas e brancas confeccionadas com material EVA, para estimulação do foco na linha média e do acompanhamento com os olhos enquanto P2 e P3 utilizam o brinquedo como recurso para a mesma finalidade.

P7 e P8 relatam enfrentar dificuldades para utilização de brinquedos, por resistência da equipe em relação a higienização, mesmo sendo utilizados recursos possíveis de higienização como o álcool. P7 relata conseguir realizar a estimulação através da luz de uma lanterna.

P3 utiliza o brinquedo e também orienta que a mãe utilize o próprio rosto para estimulação do bebê, além de especificar o caso de bebês que utilizam sonda nasointestinal, pontuando o risco de estrabismo convergente e a necessidade de estimulação visual neste caso.

A participante P1 sinaliza que faz parte da estimulação visual a prevenção de consequências adversas pelo nascimento prematuro e necessidade de estar num ambiente de UTIN, referido na literatura, como altamente tecnológico, equipado com luminosidade, ruído e movimentação

totalmente excessiva em relação ao que o bebê está apto a receber no útero da mãe (RODARTE, 2007).

P1: *“Eu utilizo óculos de proteção para menores de 32 semanas, para minimizar a retinopatia da prematuridade. Porém nem sempre é possível posicionar o bebê diante do menor foco de luz no ambiente.”*

Com relação a estimulação auditiva P4, P5, P6 e P7 relatam realizar através de chocalho ou com a voz da própria mãe. P5 e P7 relatam dificuldade em realizar estimulação sonora tendo em vista o ambiente da UTIN já oferecer estimulação sonora em excesso.

P5: *“A estimulação auditiva é complicada porque a UTIN já é muito barulhenta, estamos tentando implantar um projeto de música, mas necessita de silêncio, então fica mais complicado”.*

Apesar das participantes encontrarem dificuldades para redução de ruídos no setor da UTIN, a literatura indica que este tipo de estimulação auditiva é a principal fonte de estresse para o recém-nascido e a preocupação com estes ruídos deve-se pautar no risco de alteração na capacidade auditiva, além do estresse que dificulta a auto regulação e o sono do bebê (PINHEIRO, 2011).

É possível inferir que o profissional da Terapia Ocupacional tem competência para atuar em relação à mudanças e adaptações no ambiente da UTIN, por meio da diminuição dos estressores, oferecendo estimulação visual e auditiva que resultem em um ambiente terapêutico e saudável ao desenvolvimento do bebê.

4.6.2 Estimulação Tátil

As participantes P1 e P3 relatam utilizar a técnica da Shantala para relaxamento dos bebês, bem como orientam as mães para utilização da técnica. P2 também relata que a técnica para o relaxamento é utilizada no setor, porém não é realizada pela terapeuta ocupacional.

P3: *“Se a criança possui uma sonda gastrointestinal, já iniciamos o toque através da Shantala de forma suave, para que ela esteja cada vez mais receptiva ao estímulo sensorial tátil no corpo.”*

Como conhecido na literatura, a Shantala é uma técnica que facilita o cuidado com o corpo frágil do bebê, além de facilitar a criação de vínculo afetivo com a família e também promover uma melhora no desenvolvimento neuropsicomotor. Além disso, melhora do sistema imunológico, digestório, circulatório; adequação da frequência respiratória, da saturação de oxigênio; facilitação do desenvolvimento neurológico, percepção corporal e coordenação; diminuição do quadro álgico; relaxamento global da musculatura; melhora do sono; melhora da amamentação e aumento de peso; redução de irritabilidade (DE OLIVEIRA, 2016).

Também foi citado por P1, P2, P3 e P5 a utilização de objetos do próprio bebê como a sua manta, sua escova de cabelo, gase e roupinhas com diferentes texturas para estimulação tátilcinestésica.

P3: *“Orieto a mãe a realizar o toque através da Shantala, utilizo objetos do próprio bebê como a escova e o tecido da roupa. Muitas vezes eu nem toco na criança, deixo para a mãe realizar”*

Uma intervenção importante considerada por P6 foi a de utilizar a estimulação sensorial como facilitadora do reflexo de sucção do bebê, através estimulação extra-oral.

Somente P4, P8 e P7 relatam não realizar nenhuma estimulação tátil devido o quadro clínico dos bebês.

4.6.3 Posicionamento

Todas as oito participantes relatam realizar intervenção em relação ao posicionamento adequado. Conforme relatado por P1, é importante que toda a equipe tenha conhecimento quanto aos benefícios do posicionamento, que estão relacionados a redução da perda de peso, a melhora na absorção da dieta nutricional e redução de deformidades físicas (XAVIER, 2012).

P1: "A equipe apresenta técnicas antigas de amarrar as mãos do bebê, então a TO tenta apresentar alternativas para favorecer o posicionamento adequado. Se a gente consegue um bom posicionamento do bebê, conseguimos reduzir as deformidades e o encurtamento."

Com relação ao posicionamento do bebê na incubadora, todas as participantes relatam utilizar coxins de apoio, sendo citados o lençol e a espuma como material.

P5: "Realizo o posicionamento terapêutico, sempre pergunto para a equipe em qual decúbito o bebe estava e se é possível realizar algum tipo de mudança, pois existem bebês que dependendo a posição, acabam ficando com desconforto. Após o posicionamento terapêutico eu oriento a equipe para deixa-lo na posição um tempinho para auto regulação"

Também é citado por P3 a orientação à família para que mantenham o bebê em linha média, além de realizar as trocas posturais dentro da incubadora ou até mesmo colocando o bebê no colo quando possível.

Além da incubadora, P6 e P7 relatam posicionar o bebê na rede no intervalo entre a mamada para manter o bebê confortável, além de realizar o posicionamento adequado das mãos evitando deformidades motoras devido o padrão flexor. P2 e P8 apresentam a possibilidade de confecção de órteses com material termoplástico ou o neopreme.

4.6.4 Redução de estresse

P1 e P3 relatam utilizar o toque palmar e a contenção facilitada que são recursos que favorecem a auto regulação e a redução do estresse. Tais medidas durante a realização dos procedimentos de rotina, possibilitam a redução do estresse do bebê, favorecendo um desenvolvimento neuromotor mais harmonioso (BALBINO, 2012).

P1: "Realizo a contenção facilitada e o toque palmar para auto regulação, facilitando o estado de sono e a redução de estresse."

P3: "Oriento o uso do toque da mãe para auto regulação do bebe, além do posicionamento adequado. Quando o bebê pode sair da incubadora, oriento a mãe para que pegue o bebe e realize o balanço para que retome ao bebe a sensação do útero."

O toque terapêutico é uma estratégia efetiva de proporcionar conforto ao RN e, ao mesmo tempo, tranquilidade às mães, ao oferecer uma oportunidade de participação mais efetiva nos cuidados ao filho, à medida que também interagem com ele durante a terapia (RAMADA, 2013).

Avilès (2010) pontua que a intervenção da Terapia Ocupacional no ambiente da UTIN justifica-se por esta profissão compreender a necessidade de proteger o bebê e favorecer seu desenvolvimento neuropsicomotor, entendendo que nesta primeira fase de vida serão estruturados aspectos para o desenvolvimento global e desempenho funcional. O que pode ser percebido na atuação das profissionais que buscam adequar os estímulos do ambiente ao mesmo tempo em que apoiam os esforços de autorregulação dos bebês, com o objetivo de favorecer um adequado desenvolvimento (OTTONI, 2014)

P1 e P7 estabelecem um cronograma de orientação a equipe sobre a hora do sono, de forma a garantir que por 1 hora no período da manhã e da tarde, o bebê não receba nenhum tipo de manipulação.

Outra intervenção relatada por P1 é a de participação no momento da coleta de sangue para realizar o toque, minimizando o estresse causado pelo procedimento. Além de orientar a equipe quanto ao uso da sacarose com a mesma finalidade, esta estratégia possibilita melhor controle da dor durante procedimentos, complementando o efeito analgésico de métodos farmacológicos (NAZARETH, 2015).

Com relação a estímulos sonoros, P4 orienta a equipe para redução dos ruídos do setor principalmente no período da noite. P5 utiliza a música para redução da agitação e P3 orienta a mãe para que cante músicas ou até mesmo converse com o bebê de forma a acalmá-lo.

A estimulação vestibular também aparece nos relatos, como atuação para minimizar os efeitos estressores do ambiente, como é o caso de P5:

P5: “Quando o bebê pode sair da incubadora, oriento a mãe para que pegue o bebê e realize o balanço para que retome ao bebê a sensação do útero.”

O uso do ofurô é citado por P6 e P7, dados da literatura indicam que esta técnica é utilizada para o tratamento de dor, estresse, ganho de peso e redução do tempo de internação nas UTIN, além de promover o desenvolvimento sensório-motor e afetivo. A técnica busca simular os estímulos e as sensações experimentadas no útero materno, proporcionando relaxamento, segurança e limite corporal ao bebê (GONÇALVES, 2017).

P2 e P8 relataram não realizar nenhum tipo de procedimento relacionado a redução do estresse do bebê.

4.6.5 Método canguru

Com relação a utilização do método canguru, é possível observar a limitação do conhecimento em relação a execução do método, não somente por parte das participantes, mas também por algumas equipes, conforme representado pela fala de P1, P2 e P5.

P1: “Eu faço parte da turma que orienta a equipe para a realização do método. Porém ainda há muita resistência e insegurança por parte da equipe.”

P2: “Eu nem sei falar como acontece, porque lá eles chamam de Canguru somente o fato da mãe pegar o bebê no colo e deixando em contato pele a pele por 1h. Existe uma sala específica para isto mas as mães não gostam de ficar lá por ser isolada e elas acabarem ficando sozinhas. Eu não atuo em nenhuma intervenção do método canguru”

P5: “Depois dos cursos que eu realizei, percebi que o método canguru tem várias etapas, então não sei dizer se no setor é realizado o correto, mas ocorre o contato do bebê pele a pele com a mãe.”

Ainda que, data do ano 2000 a implantação pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 5 de julho, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Projeto Mãe Canguru, que ficou difundido como Método Canguru. Nesta norma é possível identificar as informações necessárias à aplicação das três etapas do Método Canguru em que norteiam a identificação do população-alvo, os recursos necessários para a adoção do Método Canguru, as normas gerais e as vantagens para a promoção da saúde do RN de baixo peso (BRASIL, 2012).

Sendo, o Método Canguru um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que consiste em promover, a partir da posição canguru, o contato pele a pele entre mãe/pai/familiares e o bebê de baixo peso, de forma gradual, possibilitando maior vínculo afetivo, estabilidade de temperatura do corpo da criança, estímulo à amamentação e ao desenvolvimento do recém-nascido, além de menor tempo de internação, diminuição do choro e mais segurança e envolvimento dos familiares nos cuidados com o bebê (BRASIL, 2012).

Em outros casos, como os de P3, P4 e P8 as participantes relataram que o método é praticado no setor, porém não há envolvimento da terapeuta ocupacional. Somente P6 e P7 relatam realizar o método, evidenciando o uso para a redução da dor e estresse (P6) e antes da mamada (P7).

É possível identificar que todas as participantes, apesar de apresentadas à técnica em algum momento, apresentam variáveis relacionadas a resistência da equipe, ambiente adequado e até mesmo dúvidas com relação as possibilidades de intervenção da Terapia Ocupacional.

Porém, a Terapia Ocupacional e o Método Canguru, apresentam objetivos similares com relação a promoção do vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento do recém-nascido, o que torna a prática do método possível sob orientação e execução das profissionais no ambiente da UTIN.

4.6.6 Aleitamento

Para a participante P1, apesar de somente incentivar as mães quanto a importância do aleitamento, ela acredita existir mais possibilidades em relação a esta intervenção, como o posicionamento da mãe e do bebê, que é identificado na fala de P8, que auxilia no posicionamento adequado e preventivo no caso de bebês com lesão do plexo braquial.

P8: “A orientação era realizada por toda equipe, no meu caso eu sempre foquei em orientar o posicionamento adequado, principalmente nos casos de lesão do plexo braquial para que as mães não forçassem os ombros do bebê podendo agravar a lesão. Sempre buscava orientar para que o braço do bebê não ficasse caído e em alguns casos até confeccionava uma espécie de tipóia para manter o braço do bebê no posicionamento adequado.”

Segundo Galheigo (2007) o terapeuta ocupacional é direcionado para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno desde 1998. Porém, de acordo com a fala das participantes, é possível identificar que nem todas atuam neste segmento.

Como relatado por P3 e P4, a terapia ocupacional pode orientar quanto a pega, posicionamento para o bebê abocanhar a aréola do seio adequadamente, de forma a facilitar a sucção e reduzir o risco de feridas no seio, além de estimular os reflexos de sucção e orientar as mães quanto a massagem no seio para facilitação da retirada do leite.

O aleitamento pode promover o vínculo entre pais-bebê e a melhora significativa do quadro clínico de seus filhos. Além disso, o aleitamento materno é muito importante, pois traz benefícios,

nutrientes essenciais e propicia o desenvolvimento saudável da criança (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Algumas profissionais, como P2 e P5 referem que a intervenção em relação ao aleitamento materno ocorre por outros profissionais da equipe como a fonoaudióloga, a enfermeira ou a nutricionista.

Em contrapartida, P6 e P7 evidenciam a importância do hospital amigo da criança, onde uma das características está na equipe, em sua totalidade, ser incentivadora ao aleitamento materno.

4.6.7 Alta

Quanto ao momento da alta, são citadas diferentes ações que se relacionam as demandas específicas dos bebês, como no caso de P1, que relata orientação em função de intercorrências sofridas pelos bebês:

P1: “Em relação a bebês com anóxia, é realizada orientação em relação as atividades de vida diária, para que não exista gasto energético excessivo.”

As participantes P2, P3 e P5 relatam oferecer orientações quanto a higienização, os cuidados respiratórios, sobre a estimulação do DNPM através dos brinquedos, a importância da rotina para regulação do sono e o uso da Shantala.

Já P4 relata orientar quanto ao uso de órteses, porém a orientação em relação aos cuidados de higiene e alimentação, não são realizadas por ela, e sim pela enfermagem.

P6, P7 e P8 apontam a ação de encaminhar o bebê e a família para o serviço de *follow-up*, que no caso de P6 era apresentado, para a mãe, antes da alta, para garantir o retorno ao serviço. Além disso, oferece orientações de estimulação ao bebê a serem executadas pela família, até o primeiro atendimento ambulatorial.

Um estudo realizado por Frota (2013), entrevistou 9 mães em atendimento no ambulatório *follow-up*, onde foi possível constatar que as orientações de alta hospitalar deveriam vir acompanhadas por palestras, cartilhas ou manuais que as ajudassem no cuidado diário, tendo em vista que algumas mães levam o bebê para casa sem estarem preparadas para esta realidade.

Estes aspectos avivam a oportunidade de intervenção da Terapia Ocupacional em fornecer às famílias orientações quanto aos cuidados do bebê durante a internação, de forma a envolver a mãe neste processo e possibilitando-a a exercer seu papel.

4.6.8 Atuação com a família

Todas as participantes relatam oferecer orientações não somente a mãe, mas a família do bebê, quanto a estimulação, o posicionamento do bebê e os cuidados básicos, conforme representado na fala de P2.

P2: “Oriento as famílias para estimularem os bebês em áreas visuais e auditivas durante a internação através de brinquedos, pois não consigo estar no setor o tempo todo.”

As orientações a família contemplam diversos temas, sendo relacionados com as atividades de vida diária, como os cuidados com a higiene do bebê, o banho, o cuidado com o coto umbilical conforme relatam P1, P3 e P8. O brincar também é referido na prática de P5, que orienta a família para estimular o bebê nas áreas visuais e auditivas através do brinquedo.

P1 e P4 citam as ações de acolhimento às mães, através da escuta, que em alguns casos sofrem frustração devido o estado clínico do bebê que pode oferecer pouca interação devido sedação ou estado grave de saúde.

P1: “Em caso de má formação congênita, é feito um trabalho de cuidados paliativos, acolhendo as famílias e também orientando em relação aos cuidados com o corpo do bebê. Também é realizado o trabalho com mães que apresentam dificuldade de vínculo, orientando como exercer a maternidade, as trocas de fralda, o banho e orientando o toque no bebê.”

A literatura indica que as expectativas familiares quanto a uma gestação tranquila e a chegada de um bebê saudável muitas vezes não se concretizam perante a necessidade de internação em uma unidade de cuidados intensivos (NASCIMENTO, 2012), portanto, é de fundamental importância o acolhimento de toda família, conforme observado na atuação de todas as participantes em diferentes abordagens como a escuta ativa e a orientação com os cuidados ou enfrentamento da nova rotina.

Joaquim (2018) apresenta relatos onde o momento da internação pouco é permissivo às mães, restando apenas a obediência aos comandos profissionais. Não há uma orientação sistematizada e por vezes dualidades no que é recomendado a elas, evidenciando a importância da atenção e

cuidado necessário às orientações que podem ser fornecidas e esclarecidas através do profissional terapeuta ocupacional.

Nenhuma das participantes relata realizar o atendimento em grupo, o desenvolvimento de atividades em grupos contribui para aliviar os sentimentos, expectativas, angústia e ansiedade, além de promover divertimento e sensação de autocontrole por parte da família (MOURADIAN et al., 2013; BALBINO et al., 2015).

Tal ausência difere do que se encontra na literatura sobre a atuação da Terapia Ocupacional com grupos no contexto da UTIN, que está voltada para a organização e adaptação da rotina dos membros e as novas demandas a partir do nascimento do bebê. Ainda, que, no contexto da neonatologia, os terapeutas ocupacionais têm desenvolvido programas abrangentes e interativos, que visam apoiar os pais a lidarem com a ansiedade decorrente da internação do bebê na UTIN por meio da realização dos grupos e que a proposta de espaços para a realização de grupos de atividades possibilita a aproximação do sujeito com o outro e consigo mesmo, colocando-o em uma posição central e valorizando suas ações (JOAQUIM, et al., 2014; MAXIMINO; LIBERMAN, 2015).

4.6.9 Atuação com a equipe

Quanto a atuação com a equipe, é possível identificar a realização de treinamentos em relação ao posicionamento do bebê, para as participantes P1 e P2 e P6.

P1: “Realizado o trabalho com a equipe para conscientização do posicionamento adequado, principalmente, quando o bebê faz uso do CPAP, pois existe insegurança em relação a mudança de decúbito ou posicionamento no Método Canguru.

Nos casos de P3 e P4 o diálogo com a equipe é restrito devido a carga horária, impossibilitando até a participação em reuniões de equipe.

Para P5 e P6 houve uma trajetória até conseguir criar um vínculo com a equipe, que foi conquistado a partir da apresentação do trabalho da TO. Já P7 e P8 participam de reuniões de equipe e discussões de caso.

P8: “Existe uma boa relação com a equipe médica e em caso de órteses, por exemplo, era possível orientar a equipe sobre o tempo de uso, orientar sobre como ela precisa ser posicionada, os profissionais acabavam ajudando bastante no acompanhamento do uso, principalmente a fisioterapeuta”.

Matsuo (2016) em seu estudo, caracterizou um aspecto do trabalho do terapeuta ocupacional em relação à equipe da UTIN com participação em reuniões de equipe, comunicação eventual e encaminhamento. Os quais também são identificados na vivência de P7 e P8, podendo ser acrescido o treinamento que é realizado por P1, P2 e P6.

4.6.10 Atuação no ambiente

As profissionais P1, P2, P3, P7 e P8 relatam não realizar intervenções no ambiente, portanto, não atuando em um aspecto importante como sinalizado na literatura.

P1: “A gente tenta mudar o posicionamento para evitar focos de luz, mas a equipe apresenta bastante resistência”.

P3: “É importante que exista uma mudança no ambiente para respeitar o ciclo circadiano do bebê, assim facilita o DNPM, mas não consigo intervir. O hospital apresenta um padrão em relação as venezianas da janela então a luz acaba entrando mesmo e na UTIN não pode entrar tecido, então não consigo cobrir a incubadora para redução da luz.”

Porém P4 e P6 relatam conseguir realizar intervenções relacionadas a redução de ruídos e a emissão de luz que é controlada cobrindo a incubadora com uma manta.

P4: “Realizamos a redução de ruídos do local e eu fiz uma adaptação em todos os latões de lixo da unidade com E.V.A, para que não fizesse barulho no momento em que fosse fechada”

O ambiente da UTIN oferece ao recém-nascido uma experiência bastante diferente daquela vivenciada no ambiente uterino, onde o acesso a ruídos, luminosidade e movimentação era extremamente reduzido (SCOCHI, 2001). O ambiente apresenta condições desfavoráveis como ruído elevado, iluminação excessiva e manuseio frequente. Apesar de ser relatada somente por P4 e P6, a intervenção no ambiente da UTIN é de extrema importância.

O terapeuta ocupacional deve estar atento aos sinais do bebê, seu estado clínico e as condições do ambiente, a fim de favorecer o desenvolvimento cerebral e a estabilidade fisiológica neonatal. Para isso, práticas como a redução de ruído e luminosidade, posicionamento terapêutico, toque adequado, preservação do sono, modificações no processo de cuidado, o brincar e participação da família podem ser utilizadas (DITZ; ROCHA, 2018). Sendo assim, faz parte da atuação com o recém-nascido, o cuidado com o ambiente, a fim de regular os estímulos externos, conforme estratégias utilizadas por P4 e P6.

De Sousa (2008) constataram alto índice de manipulações no recém-nascido em UTIN, não havendo tempo para descanso. Apesar das ações de cuidados serem necessárias para a qualidade de vida do bebê, as mesmas são feitas seguindo a rotina estabelecida pela UTI Neonatal e não às condições fisiológicas do recém-nascido (OTTONI, 2014). Ainda, a literatura indica que a exposição do recém-nascido a situações que geram dor e estresse pode acarretar complicações que dificultam a manutenção da homeostase e aumentam as chances de óbito (CRUZ, 2016). Portanto a terapia ocupacional tem competência para atuar de forma a reduzir o estresse do recém-nascido no ambiente da UTIN, oferecendo mudanças no ambiente através de adaptações de mobiliário, conforme relatado por P2 e até oferecendo orientação a equipe em relação às manipulações como forma de intervenção e prevenção do recém-nascido.

4.7 Humanização

Apesar das práticas de humanização apresentarem cada vez mais visibilidade nas ações de saúde a partir da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2014), não foram todas as participantes que expressaram realizar algum tipo de ação em relação a esse aspecto.

As participantes P1, P3 e P4 apresentam ações direcionadas à família, P1 oferece acolhimento em relação ao óbito do recém-nascido, entregando à família, pertences do bebê como sua pulseira, seu cartão de identificação e até um carimbo de seu pezinho, além de orientações com relação a rede de apoio, enquanto P4 oferece grupo de apoio espiritual como forma de acolher as famílias. Para P3, a principal ação é a escuta ativa, deixando com que as mães tragam as necessidades da família como um todo para depois oferecer intervenções, mantendo sempre a família como ativa no cuidado.

P1: “No caso de pacientes que vão a óbito, foi desenvolvido com a psicologia e a enfermagem uma sacolinha com uma mensagem, orientações de locais da rede de apoio, pertences do bebê como a pulseira que ele utilizava, seu cartão de vacinação, o pezinho carimbado.”

P4: “Organizo um grupo de apoio espiritual que ocorre uma vez na semana. Estou implantando um projeto de acupuntura para os pais que irá começar ainda”

De modo geral, constata-se a utilização de roupas, objetos e pertences do próprio o bebê, como roupinhas, mantas e brinquedos, além da comemoração do mês de aniversário do bebê. A humanização deve ser vista como um direito do paciente em todo seu ciclo vital. Em uma visão humanizada de atendimento, todos têm direito ao respeito das suas necessidades, valores e crenças, princípios éticos e morais; ter alívio da dor e de seu sofrimento com todos os recursos tecnológicos e psicológicos disponíveis; e ainda, ter condições e ambientes que facilitem o restabelecimento, a manutenção, a melhora da saúde e, em última instância, a morte digna (MARTINS; FARIA, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2008) o conceito de humanização no campo da saúde é assumido por intermédio da Política Nacional de Humanização (PNH), que enfatiza a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias para ampliar a condição de direitos e de cidadania.

Além de atuação direta com o recém-nascido e sua família, práticas pautadas na política de humanização também podem ser visualizadas em relação à própria equipe, como no caso da participante P1 que relata promover duas vezes por ano o cuidado em parceria com a equipe da psiquiatria com o objetivo de oferecer apoio aos funcionários, para redução do estresse através de um café da manhã comunitário. Já P2, P6, P7e P8 relatam não realizar nenhum tipo de ação.

A literatura indica que diversas ações podem facilitar a assistência humanizada como: a intervenção junto aos sinais neurocomportamentais do bebê; a organização do ambiente físico; a organização da rotina dos procedimentos; o melhor manejo nas intervenções diretas com o prétermo; o maior tempo de visita dos pais à UTIN; apoio aos pais em relação aos cuidados com o bebê; e a humanização das condições de trabalho dos profissionais que atuam na UTIN. Os profissionais atuantes na busca da humanização do cuidado junto ao recém-nascido nas UTIN deverão promover todos estes aspectos. Ao realizar estas ações, o profissional estará prevenindo possíveis sequelas que reduziriam o desempenho ocupacional da criança, e promovendo o seu desenvolvimento saudável (ALMOHALLA; GUERRA, 2011).

4.8 Desafios encontrados

Os desafios encontrados podem ser evidenciados em três aspectos, reconhecimento da equipe, carga horária do profissional e pouco embasamento teórico-prático para auxiliar no trabalho.

Com relação a equipe P1 relata encontrar dificuldades com relação a apropriação por parte de outros profissionais, em relação a prática da TO na UTIN. P2, P3, P4, P5, P6 e P8 relatam que os profissionais da equipe não são abertos a todas as intervenções e acabam não reconhecendo o trabalho da TO.

P4: “Meu maior desafio é o reconhecimento do trabalho por parte da equipe, por não respeitar o posicionamento que você quer deixar o bebê, os médicos que não aceitam minha manipulação”

P6: “O desafio é o trabalho em equipe, a importância da formação da equipe, o trabalho com as famílias, para que todos reconheçam o trabalho. Devido a TO ser muito holística a interpretação do trabalho pode ser banalizada. Além das leis que não favorecem a divulgação da TO

Com relação a instituição hospitalar, P1, P2, P3 e P7 relatam a impossibilidade de um profissional específico para o setor da UTIN e a ausência de incentivo a cursos, por parte da instituição. P2 e P7 relata a estrutura do hospital que não tem muitos recursos para produção de materiais que auxiliam na estimulação e até para a confecção de órteses.

Com relação estrutura de cursos P2 e P7 relatam ter dificuldades em encontrar conteúdo teórico-científico ou até mesmo cursos específicos para a UTIN.

P2: “Eu percebo que outras áreas da TO possuem muito mais conteúdo e cursos disponíveis em relação a UTIN.”

P7: “Minha dificuldade é a questão da literatura, muito do que eu sei hoje eu fui aprendendo na prática, não existem relatos de práticas da TO ou protocolos específicos.

P8: “Eu acho que a maior dificuldade está relacionada em entender até aonde podemos ir com o paciente internado, o quanto a gente pode intervir em uma visão de modificar o ambiente hospitalar que já existe com profissionais que ficam no setor por muito mais tempo, não tem artigo pra isso”.

P6 especificou o desafio da atuação com a dor, onde relata ser uma área pouco explorada pela terapia ocupacional, bem como outros profissionais da UTIN, apesar do importante impacto na hospitalização do RN.

5 PROPOSIÇÃO DE TRÊS ROTEIROS DE OBSERVAÇÃO

Como um dos desdobramentos do desenvolvimento da dissertação, apresenta-se aqui uma proposição inicial de roteiro de observação a ser utilizado na prática de terapeutas ocupacionais no contexto da internação hospitalar de bebês e suas famílias em unidades de terapia intensiva neonatal.

Entretanto, é importante ressaltar que se trata de uma proposta que demanda novas investigações para validação em termos de conteúdo teórico, terminologia e operacionalidade para uso na atuação dos profissionais nas unidades intensivas hospitalares, a fim de auxiliar práticas relacionadas a adequação do ambiente, ao acolhimento e escuta a família e a intervenção com o recém-nascido.

Cabe dizer, que o desenvolvimento dos roteiros foi fundamentado na revisão de literatura sobre o tema e nos dados obtidos nesta pesquisa.

Para o primeiro roteiro, relativo ao ambiente, são considerados os aspectos estruturais referentes aos ruídos, à luminosidade e a manipulação do bebê, considerando que o contexto da UTIN oferece estímulos ambientais excessivos e estressores aos recém-nascidos, sendo necessário tornar o ambiente favorável ao desenvolvimento saudável do bebê (RODARTTE, 2007; MATSUO, 2016; DITZ; ROCHA, 2018).

Para o segundo roteiro, relacionado à família, optou-se por evidenciar aspectos que facilitem ao profissional o oferecimento de orientações sobre as atividades de vida diária de seus filhos, fortalecendo a criação de vínculo e potencializando a segurança para os cuidados no ambiente da UTIN e, posteriormente, em casa (WELCH, 2012; MOURADIAN et al., 2013; BALBINO et al., 2015; MATSUO, 2016; JOAQUIM, 2018).

Já, para o terceiro roteiro, são consideradas intervenções ao recém-nascido a fim de favorecer o posicionamento adequado (XAVIER, 2012), a estimulação do DNPM (ALS, 1986; MADLINGER, et al., 2014) e a estimulação sensorial (SCHOCI, 2001). A intervenção direta com o bebê possibilita ao terapeuta ocupacional identificar atividades que promovam a saúde, o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido (MATSUO, 2016; DITZ; ROCHA, 2018).

A seguir, apresenta-se a estrutura dos roteiros com os respectivos tópicos:

5.1 Roteiro de observação do ambiente

OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE (físico-social) DA UTIN		
Aspectos a serem observados:	S	N
O posicionamento da incubadora favorece a presença da mãe		
O posicionamento da incubadora favorece o controle de luminosidade		
O posicionamento da incubadora favorece o controle de ruído		
É possível utilizar manta ou outro material para controlar a luminosidade		
É possível realizar algum tipo de adaptação para redução do ruído		
É possível delimitar algum período do dia para que não exista manipulação no bebê		
É possível individualizar/personalizar a incubadora (utensílios do bebê, placa com o nome, entre outros.)		
OBSERVAÇÕES:		

5.2 Roteiro de avaliação da família

OBSERVAÇÃO DA FAMÍLIA NA UTIN		
Aspectos a serem observados:	S	N
A família está adaptada a nova rotina em uma UTIN		
O bebê possui uma rede de apoio		
A mãe precisa de orientações em relação ao aleitamento		
A mãe (família) necessita de orientações quanto aos cuidados do bebê (higiene, troca, alimentação, posicionamento, manuseio, entre outros)		
A família necessita de orientações quanto a rotina da unidade		
OBSERVAÇÕES:		

--

5.3 Roteiro de avaliação do recém-nascido

OBSERVAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA UTIN		
Aspectos a serem observados	S	N
POSICIONAMENTO		
O bebê necessita de ninhos/coxins de apoio		
O bebê necessita de órtese para posicionamento		
É possível utilizar técnicas de posicionamento (método canguru, rede, polvo)		
ESTIMULAÇÃO SENSORIAL		
O bebê aceita estímulos táteis (Texturas, Técnicas de Relaxamento, Shantala, Ofurô, entre outros)		
O bebê aceita/necessita de estímulos sonoros (Chocalho, Voz, Música)		
O bebê aceita/necessita de estímulos visuais (Cores, Contrastes, Rostos)		
O bebê aceita/necessita de estímulos pacificadores (Chupeta, Ninhos, Rolinhos, entre outros)		
ESTIMULAÇÃO DO DNPM		
O bebê necessita de mobilização passiva		
O bebê apresenta alteração nos reflexos		
OUTROS		
O bebê aceita/necessita de ações que reduzam a dor (toque, aplicação de sacarose, entre outros)		
O bebê aceita/necessita de redução do gasto energético para ganho de peso (diminuição da manipulação, diminuição do choro, entre outros)		
OBSERVAÇÕES:		

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, foi possível identificar que o campo de formação e prática profissional de terapeutas ocupacionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal ainda está em crescimento, o que dificulta a atuação no setor e sua consequente consolidação. Além disso, a regulamentação vigente não favorece a participação desses profissionais, gerando insegurança e, até mesmo, limitando a prática.

Observou-se que o terapeuta ocupacional pode desenvolver intervenções na UTIN que promovam a humanização e o uso de abordagens terapêuticas e estimulações (motoras, táteis, visuais, proprioceptivas, sensoriais) que irão interferir na qualidade de vida e nos aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. Ainda, o profissional possui importante participação nas vivências das famílias no contexto da hospitalização num momento crítico e colaboração com a equipe da UTIN de forma a oferecer qualidade em suas respectivas rotinas.

Conclui-se que estudos como este devam ser realizados, de forma a (re)conhecer a atuação profissional in loco, favorecendo a identificação da realidade na prática, apontando fragilidades e virtudes de modo a fomentar a reflexão sobre a prática e a partir dela criar e consolidar evidências e futuras proposições teórico-metodológicas.

REFERÊNCIAS

ALS, H. A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. **Phys. Occup. Ther. Pediatr.**, v. 6, n. 3/4, p. 3-53, 1986.

ALMOHALLA, L., GUERRA, R. M. R. Identificação. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 117-126, maio/ago. 2011

AVILÈS, C. Terapia Ocupacional en neonatología: una experiencia desde el sur. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, n. 10, p. ág. 9-19, 2010.

BALBINO, A.C., CARDOSO, M.V.L.M.L., SILVA, R.C.C., MORAES, K.M. Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. **Rev enferm UERJ**. 2012; 20:615-20.

BALBINO, F. S. et al. Grupo de apoio aos pais como uma experiência transformadora para a família em unidade neonatal. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 297-302, 2015.

BARETTA, R. A., SEHNEM, S.B. O processo psicoterapêutico da equoterapia. **Pesquisa em Psicologia-anais eletrônicos**, p. 115-128, 2018.

BEIRÃO, R.O.S., ALVES, C.K.A. Terapia ocupacional no sus: refletindo sobre a normatização vigente/occupational therapy in sus: reflecting about the effective norms. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 18, n. 3, 2010.

BELEI, Renata Aparecida et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de educação**, n. 30, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru_1ed.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES Leitos*. Disponível em http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=35 . [Acessado em 24 de outubro de 2018] .

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação. Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC. 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Brasília, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.219-230, 2000

CARVALHO, C. R. A. et al. **A atuação dos terapeutas ocupacionais em unidades públicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro**. 2010. Tese de Doutorado.

CHAVES, G. F. et al. Escalas de avaliação para Terapia Ocupacional no Brasil. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 21, n. 3, p. 240-246, 2010.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução no 371, de 06 de novembro 2009. Dispõe sobre a alteração do artigo 1o da Resolução COFFITO no 366 [Internet]. D.O.U., Brasília, DF; 228 (Seção 1):852. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3134#more3134>

CRESWELL, J. W., CLARK, V.L. Plano. **Pesquisa de Métodos Mistos-: Série Métodos de Pesquisa**. Penso Editora, 2015.

CRUZ, C. T. et al. Avaliação da dor de recém-nascidos durante procedimentos invasivos em terapia intensiva. **Revista Dor**, v. 17, n. 3, p. 197-200, 2016.

DE SOUSA, M.W.C.R, DA SILVA W.C., NEVES, S.A. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. **ConScientiae Saúde**. 2008.

DE OLIVEIRA, I. P. S. et al. A shantala como estimulação sensório-motora em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. **Cadernos de educação, saúde e fisioterapia**, v. 3, n. 6, 2016

DITZ, E.S.; ROCHA, L.L.B. Terapia Ocupacional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. In: DE CARLO, M.M.; KUDO, A.M. Terapia Ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos. Rio de Janeiro, 2018.cap.12, p.311-349.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em revista**, v. 20, n. 24, p. 213-225, 2004.

FIGUEIREDO, M.O. et al. Terapia ocupacional: uma profissão relacionada ao feminino. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, p. 115-126,

FREITAS, H. M. R., MOSCAROLA, J. Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. **RAE-eletrônica**. Vol. 1, n. 1, documento eletrônico, 2002.

FRIZZO, H.C.F, CORRÊA, V.A.C. Terapia ocupacional em contextos hospitalares: a especialidade, atribuições, competências e fundamentos. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 1, p. 130-139, 2018.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 277-283, 2013.

GALHEIGO, S.M. Domínios e temáticas no campo das práticas hospitalares em terapia ocupacional: uma revisão da literatura brasileira de 1990 a 2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 3, p. 113-121, 2007.

GALHEIGO, S M, ANTUNES, J. R. A caracterização da produção bibliográfica nas práticas hospitalares em terapia ocupacional no Brasil: uma revisão da literatura de 1990 a 2007. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 91-99, 2008.

GALHEIGO, S. M., TESSUTO, L. A. A. Trajetórias, percepções e inquietações de terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo no âmbito das práticas da terapia ocupacional no hospital.

Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 21, n. 1, p. 23-32, 2010.

GALHEIGO, S.A. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 20-28, 2008.

GONÇALVES, RL, et al. Hidroterapia com ofurô como modalidade de fisioterapia no contexto hospitalar humanizado em neonatologia. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal: Cardiorrespiratória e Terapia Intensiva: Ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 59–90. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.1).

JOAQUIM, R. H. V. T., SILVESTRINI, M.S., MARINI, B. P. R. Grupo de maes de bebes prematuros hospitalizados: experiencia de intervencao de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 1, 2014

JOAQUIM, R. H. V. T.; EL-KHATIB, U.; BARBA, P.C.S.D. A integração do processo ensino e aprendizagem de alunas de Terapia Ocupacional e o cuidado de mães de bebês de risco na hospitalização. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*. 2016;24(2):397-402.

LINO, L. H. et al. Os benefícios da rede de balanço em incubadoras utilizadas em recém-nascidos na UTI neonatal: uma estratégia de humanização. **Enfermagem Revista**, v. 18, n. 1, p. 88-100, 2015.

MADLINGER-LEWIS, L. et al. The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: a randomized clinical trial. **Research in developmental disabilities**, v. 35, n. 2, p. 490-497, 2014.

MARCOLINO, T. Q. et al. A porta está aberta: aprendizagem colaborativa, prática iniciante, raciocínio clínico e terapia ocupacional. 2009.

MARTINS, D. G., BARBOSA, K. F., GONZAGA, M. G.. intervenção da terapia ocupacional na implantação do setor de UTI neonatal do Hospital do Câncer de Campo Grande-MS. *Multitemas*, n. 26, 2016

MARTINS, J. J.; FARIA, E. M. A reorganização do trabalho da enfermagem em UTI. *Texto & Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 388-401, 2000.

MATSUO, C.M. **Terapia Ocupacional e a produção de cuidado em uma unidade de cuidados intermediários neonatais no município de São Paulo**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2016

MAXIMINO, V., LIBERMAN, F. Grupos e Terapia Ocupacional: formação, pesquisa e ações. **São Paulo: Summus**, 2015.

MELO, M. R. O.; ANDRADE, I. S. N. S. Desenvolvimento infantil e prematuridade: Uma reflexão sobre o conhecimento e as expectativas maternas. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, vol. 26, nº 4, pág. 548-553, out/dez.2013.

MERTENS, D. M., HESSE-BIBER, S. Triangulation and mixed methods research: Provocative positions. 2012.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993

MOURADIAN, L. E.; DEGRACE, B. W.; THOMPSON, D. M. Art- based occupation group reduces parent anxiety in the NICU: amixed-methods study. *The American Journal of Occupational Therapy*, Rockville, v. 67, n. 6, p. 692-700, 2013.

NASCIMENTO, M.M. UTI Neonatal: Ambiente de Expectativas ou de Estresse. *Psicologado*, 2012.

NAZARETH, C. D.; LAVOR, M. F.H.; SOUSA, T. M. A. S. Ocorrência de dor em bebês internados em unidade de terapia intensiva neonatal de maternidade terciária. 2015.

OLIVEIRA, L. D.; FLORES, M. R.; SOUZA, A. P. R. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 333-342, mar./abr. 2012.

OTTONI, ACS, Grave MTQ. Avaliação dos sinais neurocom-portamentais de bebês. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. 2014 maio/ago.;25(2):151-8.

PACHU, H. A. F.; VIANA, L. C. Aleitamento materno em UTI neonatal. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 16, n. 2, p. 58-65, 2018.

PIERCE, D. Co-occupation: The Challenges of Defining Concepts Original to Occupational Science. **Journal of Occupational Science**, London, v. 16, n. 3, p. 203-207, 2009

PINEDA, R. G. et al. Factors Associated with Developmental Concern and Intent to Access Therapy Following NICU Discharge. **Pediatric physical therapy: the official publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association**, v. 25, n. 1, p. 62, 2013

PINEDA, R. G. et al. Alterations in brain structure and neurodevelopmental outcome in preterm infants hospitalized in different neonatal intensive care unit environments. **The Journal of pediatrics**, v. 164, n. 1, p. 52-60. e2, 2014.

PINEDA, R. G. et al. (2018). Parent participation in the neonatal intensive care unit: Predictors and relationships to neurobehavior and developmental outcomes, *Early Human Development*, 117, pp. 32-38.

PINHEIRO, E. M. et al. Ruído na unidade de terapia intensiva neonatal e no interior da incubadora. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1-8, 2011
POEHLMANN, J. et al. Preterm infants who are prone to distress: differential effects of parenting on 36-month behavioral and cognitive outcomes. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 53, n. 10, p. 1018-1025, 2012.

PRODANOV, C.C.; DE FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição**. Editora Feevale, 2013.

PURDY, I. B.; CRAIG, J. W.; ZEANA, P. NICU discharge planning and beyond: recommendations for parent psychosocial support. **Journal of Perinatology**, v. 35, n. 1, p. S24-S28, 2015.

RAMADA, N. C. et al. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 4, p. 421-425, 2013.

RODARTE, M. D. O. **Exposição e reatividade do prematuro ao ruído intenso durante o cuidado em incubadora**. 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Royal College of Occupational Therapists (2017) *Career development framework: guiding principles for occupational therapy*. London: RCOT.

ROSS, K. et al. Occupational therapy, physical therapy and speech-language pathology in the neonatal intensive care unit: Patterns of therapy usage in a level IV NICU. **Research in developmental disabilities**, v. 64, p. 108-117, 2017.

SÁ NETO, J.A.; RODRIGUES, B. M. R. D. La tecnología como fundamento de la atención en neonatología. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 372-377, 2010.

SALGE, AKM, et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev Enferm**. 2009;11(3):642-46

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 49, n. SPE, p. 123-130, 2015.

SCOCHI, C. G. S. et al. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paul Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 9-16, 2001.

VALENTE SANTOS, C.A. et al. Hospital como campo de práticas: revisão integrativa da literatura e a terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 21, n. 1, 2013.

WELCH, Martha G. et al. Family nurture intervention (FNI): methods and treatment protocol of a randomized controlled trial in the NICU. **BMC pediatrics**, v. 12, n. 1, p. 14, 2012.

XAVIER, S. O. et al. Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal [Positioning strategies for premature newborns: implications for neonatal nursing care]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 6, p. 814-818, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos**. Bookman editora, 2015.

ANEXOS

ANEXO A - ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Primeiramente obrigada por aceitar participar da pesquisa, suas respostas serão de grande valia para produção do conhecimento na área e você foi selecionada por estar dentre os profissionais que atuam na UTIN no estado de São Paulo. Lembrando que a identidade do entrevistado não será publicada e as informações são apenas de cunho científico acadêmico.

A - Contextualização do cenário

- 1) A UTIN em quem você trabalha conta com quais profissionais da equipe multiprofissional?
- 2) A UTIN em que você atua é dividida em setores de especialidades?
- 3) Explique a sua rotina no ambiente da UTIN (frequência de atendimentos; existe alguma ordem/etapas de procedimentos)
- 4) O que você entende como especialidade da Terapia Ocupacional dentro da equipe em que trabalha
- 5) Quais as principais demandas identificadas por você dentro do ambiente da UTIN para a terapia ocupacional
- 6) Existe algum critério para encaminhamento à terapia ocupacional?

B - Embasamento teórico e curricular

- 1) Em que instituição realizou a graduação em Terapia Ocupacional?
- 2) Realizou alguma pós graduação? Se sim, qual (quais)?
- 3) Tem algum curso na área hospitalar? Se sim, qual (quais)?
- 4) A quanto tempo trabalha no área da UTIN?
- 5) Você conhece outros profissionais terapeutas ocupacionais que atuam na área da UTIN?
- 6) Você possui a prova de título de especialização na área hospitalar?

C - Reconhecimento da prática realizada

Atuação biológica

Quais das seguintes ações você realiza na UTIN e descreva a maneira em que o trabalho é realizado:

() Estimulação do desenvolvimento (área visual, tátil, auditiva, auto regulação, sono)

() Posicionamento

() Método canguru

() Redução de estresse do recém – nascido

() Atuação pós cirúrgica

() Atuação relacionada à alta

Atuação familiar

() Orientação

() Aleitamento (posicionamento da mãe, posicionamento do bebê, pega correta, maneiras alternativas de aleitamento)

() Grupos (frequência, temática, participantes)

Atuação ambiental

() Posicionamento da incubadora

() Gestão da emissão de luz no ambiente da incubadora

() Gestão dos ruídos no ambiente da incubadora

Humanização

Caso realize, quais ações de humanização você identifica em sua prática no ambiente da UTIN

Equipe multiprofissional

Qual a sua participação em relação à equipe da UTIN? (Participação de reuniões, discussão de caso, orientação)

Instrumentos utilizados

Existe alguma avaliação, protocolo ou instrumento utilizado para realização dos procedimentos?

Existe alguma maneira de identificação dos resultados, é possível mensurar ou evidenciar isto?

Desafios profissionais

Identifica algum tipos de desafio? Quais as estratégias de superação, sentimento pessoal em relação à competência profissional, percepção de déficits na área.

Caso a sua prática não tenha sido contemplada nos itens anteriores, por favor relate as demais áreas de atuação.

ANEXO B – Parecer do comitê de ética e pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação do Terapeuta Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um estudo da prática no estado de São Paulo

Pesquisador: Francieli Matos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08621719.0.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.382.799

Apresentação do Projeto:

O estudo "Atuação do Terapeuta Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um estudo da prática no estado de São Paulo" envolverá a participação de 13 terapeutas ocupacionais que atuam em UTIN das cidades de Bauru, São Paulo e Ribeirão Preto. Dessa forma, justifica-se a análise do protocolo de pesquisa por esse CEP.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é caracterizar a prática dos terapeutas ocupacionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no estado de São Paulo.

Como objetivos secundários a pesquisadora informa:

- Mapear a participação de Terapeutas Ocupacionais contratados em UTIN no estado de São Paulo.
- Descrever a prática na UTIN por terapeutas ocupacionais.
- Explicitar os referenciais teórico metodológicos utilizados por terapeutas ocupacionais que atuam na UTIN.
- Identificar os recursos e técnicas utilizadas para atuação na UTIN.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que foi realizado o mapeamento para identificação dos hospitais equipados com Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no país, através do Cadastro

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA
UF: SP **Município:** SAO CARLOS **CEP:** 13.565-905
Telefone: (16)3351-8685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo o Estado de SP a região com maior concentração de instituições. Após o contato telefônico com todas as 241 unidades hospitalares, pode-se obter os dados de que 38 unidades contam com atuação do terapeuta ocupacional na UTIN. Foi possível observar maior prevalência de terapeutas ocupacionais nas cidades de São Paulo, Bauru e Ribeirão Preto. Será solicitado o contato eletrônico dos profissionais através da instituição.

Será utilizada a entrevista como abordagem de coleta de dados para obtenção das respostas às questões deste estudo. A entrevista será semiestruturada e direcionada por um roteiro previamente elaborado, composto por questões objetivas e abertas que apresentam reflexões de caráter quanti-qualitativo para a busca de significado e descrição por parte do profissional em seu setting de prática. O roteiro será dividido em quatro eixos: (a) identificação do profissional, (b) contextualização do cenário, (c) embasamento teórico e curricular, para identificação da fundamentação utilizada pelo profissional e reconhecimento da prática utilizada e (d) desafios profissionais.

Dessa forma, a pesquisadora identifica como riscos: desconforto ao evocar sentimentos, lembranças, reflexões desagradáveis ou levar a um leve cansaço após o profissional responder a entrevista. Dentre os benefícios considera-se que o trabalho trará contribuições relevantes para a formação e prática profissional de terapeutas ocupacionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), campo ainda pouco explorado e conhecido por terapeutas ocupacionais e outros profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante para compreensão das práticas regionais do cuidado humanizado em UTIN e pelas especificidades da profissão.

A forma de coleta de dados apresentou alteração, não envolvendo a observação do espaço e passando a envolver entrevistas por Skype.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentou folha de rosto assinada pela Coordenadora do Programa ao qual a pesquisadora está vinculada.
- Apresentou TCLE com alterações, conforme mudanças apresentadas na metodologia na 2ª versão
- Apresentou projeto na íntegra com roteiro de coleta de dados.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.382.799

Recomendações:

Informar ao CEP mudanças metodológicas que ocorrerem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo apresentado possui as informações necessárias para análise dos aspectos éticos envolvendo os seres humanos do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1207724.pdf	07/05/2019 15:20:31		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	07/05/2019 15:14:58	Francielli Matos	Aceito
Outros	Carta_resposta.doc	07/05/2019 15:02:16	Francielli Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_apos_consideracoes.docx	07/05/2019 14:58:37	Francielli Matos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_apos_consideracoes.docx	07/05/2019 13:55:15	Francielli Matos	Aceito
Folha de Rosto	f.pdf	07/02/2019 20:09:28	Francielli Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_convite_ao_profissional_participante.pdf	14/01/2019 19:48:45	Francielli Matos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	14/01/2019 19:38:29	Francielli Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_convite_a_instituicao.pdf	14/01/2019 19:37:16	Francielli Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	modelo_autorizacao_instituicao.pdf	14/01/2019 19:35:57	Francielli Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	14/01/2019 19:31:50	Francielli Matos	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	14/01/2019 19:28:21	Francielli Matos	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 3.382.789

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 11 de Junho de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-8685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

APENDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UM ESTUDO DA PRÁTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Atuação do Terapeuta Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um estudo da prática no estado de São Paulo”. O objetivo deste estudo é caracterizar a prática dos Terapeutas Ocupacionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal no estado de São Paulo. Você foi selecionado (a) por ser estar dentro do grupo de profissionais atuantes em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal no estado de São Paulo. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por um questionário respondido em entrevista via Skype. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente 50 minutos para a entrevista.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhuma fase do estudo serão divulgadas informações nominais, por gênero ou idade. Quando for necessário exemplificar determinada situação serão usadas siglas geográficas para identificação da região de origem dos profissionais e sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento deste questionário pode oferecer risco a você, pois se considera a possibilidade de um risco subjetivo, tendo em vista que algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos, lembranças, reflexões desagradáveis, constrangimento, coerção

profissional ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Em caso de dano resultante da sua participação na pesquisa, haverá indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, conforme orientação da resolução CNS 466/2012, Item IV.3-h.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Francielli Matos

Endereço: Departamento de Terapia Ocupacional. Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905.

Contato telefônico: (19) 99769-5864 e-mail: franciellimatos@hotmail.com

Local e data: _____

Nome do participante: _____

Assinatura do Participante

Assinatura da pesquisadora